

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2000-2001

9 JULI 2001

Wetsvoorstel betreffende de euthanasie

VERSLAG

NAMENS DE VERENIGDE
COMMISSIES VOOR DE JUSTITIE EN
VOOR DE SOCIALE AANGELEGENHEDEN
UITGEBRACHT DOOR
DE DAMES LALOY
EN VAN RIET

Aan de werkzaamheden van de verenigde commissies hebben deelgenomen :

— Commissie voor de Justitie:

1. Vaste leden: de heer Dubié, voorzitter; de dames De Schampelaere, de T' Serclaes, de heer Istasse, de dames Kaçar, Leduc, Lindekens (tot 31.1.2001), de heren Mahoux, Monfils, mevrouw Nyssens, de heer Ramoudt, mevrouw Staveaux-Van Steenberghe, de heer Steverlynck, mevrouw Taelman, de heer Vandenberghe, mevrouw Vanlerberghe en de heer Zenner (tot 25.10.2000).

2. Plaatsvervangers: de heren Buysse, Ceder, Cornil, Daif, de dames de Bethune, De Roeck, de heren D'Hooghe, Galand, Geens, Lozie, Malmendier, Maystadt (tot 31.12.1999), Moens, Moreels (tot 20.8.2000), mevrouw Pehlivan, de heren Raes (tot 5.3.2001), Remans, Roelants du Vivier, Thissen, de dames van Kessel, Willame-Boonen, de heer Wille, de dames Laloy en Van Riet, rapporteurs.

— Commissie voor de Sociale Aangelegenheden:

1. Vaste leden: de heren Kelchtermans, voorzitter; Barbeaux, Buysse, Cornil, Dedecker, Destexhe, D'Hooghe, Galand, Malmendier, Moreels (tot 6.7.2000), mevrouw Pehlivan, de heren Poty, Raes (tot 5.3.2001), Remans, Santkin (tot 30.1.2001), mevrouw van Kessel en mevrouw Van Riet, rapporteur.

2. Plaatsvervangers: de heer Colla, mevrouw Cornet d'Elzcius, de heer Dallemagne, mevrouw de Bethune, de heer De Grauwe, de dames De Roeck, De Schampelaere, de heren Devolder, Geens, de dames Leduc, Lindekens (tot 31.1.2001), de heren Maertens, Mahoux, Monfils, Morael, Siquet, mevrouw Staveaux-Van Steenberghe, de heren Steverlynck, Thissen, Vandenberghe, mevrouw Vanlerberghe en mevrouw Laloy, rapporteur.

Andere senatoren: De dames Kestelyn-Sierens, Lizin, Nagy, de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne.

Zie:

Stukken van de Senaat:

2-244 - 1999/2000:

Nr. 1: Wetsvoorstel van de heer Mahoux, mevrouw Leduc, de heer Monfils en de dames Vanlerberghe, Nagy en De Roeck.

Nr. 2: Amendementen.

2-244 - 2000/2001:

Nrs. 3 tot 20: Amendementen.

Nr. 21: Advies van de Raad van State.

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2000-2001

9 JUILLET 2001

Proposition de loi relative à l'euthanasie

RAPPORT

FAIT AU NOM
DES COMMISSIONS RÉUNIES
DE LA JUSTICE
ET DES AFFAIRES SOCIALES
PAR MMES LALOY
ET VAN RIET

Ont participé aux travaux des commissions réunies :

— Commission de la Justice:

1. Membres effectifs: M. Dubié, président; Mmes De Schampelaere, de T' Serclaes, M. Istasse, Mmes Kaçar, Leduc, Lindekens (jusqu'au 31.1.2001), MM. Mahoux, Monfils, Mme Nyssens, M. Ramoudt, Mme Staveaux-Van Steenberghe, M. Steverlynck, Mme Taelman, M. Vandenberghe, Mme Vanlerberghe et M. Zenner (jusqu'au 25.10.2000).

2. Membres suppléants: MM. Buysse, Ceder, Cornil, Daif, Mmes de Bethune, De Roeck, MM. D'Hooghe, Galand, Geens, Lozie, Malmendier, Maystadt (jusqu'au 31.12.1999), Moens, Moreels (jusqu'au 20.8.2000), Mme Pehlivan, MM. Raes (jusqu'au 5.3.2001), Remans, Roelants du Vivier, Thissen, Mmes van Kessel, Willame-Boonen, M. Wille, Mmes Laloy et Van Riet, rapporteuses.

— Commission des Affaires sociales:

1. Membres effectifs: MM. Kelchtermans, président; Barbeaux, Buysse, Cornil, Dedecker, Destexhe, D'Hooghe, Galand, Malmendier, Moreels (jusqu'au 6.7.2000), Mme Pehlivan, MM. Poty, Raes (jusqu'au 5.3.2001), Remans, Santkin (jusqu'au 30.1.2001), Mme van Kessel et Mme Van Riet, rapporteuse.

2. Membres suppléants: M. Colla, Mme Cornet d'Elzcius, M. Dallemagne, Mme de Bethune, M. De Grauwe, Mmes De Roeck, De Schampelaere, MM. Devolder, Geens, Mmes Leduc, Lindekens (jusqu'au 31.1.2001), MM. Maertens, Mahoux, Monfils, Morael, Siquet, Mme Staveaux-Van Steenberghe, MM. Steverlynck, Thissen, Vandenberghe, Mme Vanlerberghe et Mme Laloy, rapporteuse.

Autres sénateurs: Mmes Kestelyn-Sierens, Lizin, Nagy, MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne.

Voir:

Documents du Sénat:

2-244 - 1999/2000:

N° 1: Proposition de loi de M. Mahoux, Mme Leduc, M. Monfils et Mmes Vanlerberghe, Nagy et De Roeck.

N° 2: Amendements.

2-244 - 2000/2001:

N°s 3 à 20: Amendements.

N° 21: Avis du Conseil d'État.

SOMMAIRE

INHOUD

	Blz.		Pages
Inleiding	5	Introduction	5
A. Hoorzittingen met vertegenwoordigers van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek	6	A. Auditions de représentants du Comité consultatif de bioéthique	6
I. Uiteenzetting van de heer E. Vermeersch, voorzitter van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek	6	I. Exposé de M. E. Vermeersch, président du Comité consultatif de bioéthique	6
II. Uiteenzetting van de heer Y. Englert, vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek	12	II. Exposé de M. Y. Englert, vice-président du Comité consultatif de bioéthique	12
III. Uiteenzetting van de heer Van Orshoven, vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek	20	III. Exposé de M. Van Orshoven, vice-président du Comité consultatif de bioéthique	20
IV. Uiteenzetting van de heer Cassiers, vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek	22	IV. Exposé de M. Cassiers, vice-président du Comité consultatif de bioéthique	22
V. Gedachtewisseling	25	V. Échange de vues	25
B. Voorstellen die eerst aan de verenigde commissies voorgelegd werden	43	B. Présentation des propositions dont les commissions réunies étaient initialement saisies	43
1. Wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (van de heer Philippe Mahoux en mevrouw Myriam Vanlerberghe); nr. 2-10/1	43	1. Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (de M. Philippe Mahoux et Mme Myriam Vanlerberghe); n° 2-10/1	43
2. Wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging (van de heer Philippe Monfils); nr. 2-22/1	47	2. Proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie (de M. Philippe Monfils); n° 2-22/1	47
3. Wetsvoorstel strekkende tot de vergroting van het medebeslissingsrecht van de patiënt via de invoering van een behandelingsbeschikking (van de heer Frans Lozie en mevrouw Jacinta De Roeck); nr. 2-86/1	54	3. Proposition de loi élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement (de M. Frans Lozie et Mme Jacinta De Roeck); n° 2-86/1	54
4. Wetsvoorstel op de euthanasie (van mevrouw Jeannine Leduc c.s.); nr. 2-105/1 en 2	57	4. Proposition de loi relative à l'euthanasie (de Mme Jeannine Leduc et consorts); n° 2-105/1 et 2	57
5. Wetsvoorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s.); nr. 2-151/1	64	5. Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exerce de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales (de Mme Clotilde Nyssens et consorts); n° 2-151/1	64
6. Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (van de heer Hugo Vandenberghe c.s.); nr. 2-160/1	71	6. Proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (de M. Hugo Vandenberghe et consorts); n° 2-160/1	71
7. Voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan (van mevrouw Iris Van Riet); nr. 2-106/1	75	7. Proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (de Mme Iris Van Riet et consorts); n° 2-106/1	75
C. Drie nieuwe wetsvoorstellen die door zes senatoren ingediend werden	77	C. Présentation de trois nouvelles propositions de loi déposées par six sénateurs	77

1. Wetsvoorstel betreffende de euthanasie (van de heer Philippe Mahoux c.s.); nr. 2-244/1-9	77	1. Proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux et consorts); n° 2-244/1-9	77
2. Wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van ... betreffende de euthanasie (van mevrouw Jacinta De Roeck c.s.); nr. 2-245/1	82	2. Proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie (de Mme Jacinta De Roeck et consorts); n° 2-245/1	82
3. Wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg (van mevrouw Myriam Vanlerberghe c.s.); nr. 2-246/1	83	3. Proposition de loi relative aux soins palliatifs (de Mme Myriam Vanlerberghe et consorts); n° 2-246/1	83
D. Begin van de algemene bespreking	84	D. Début de la discussion générale	84
E. Twee wetsvoorstellen betreffende de palliatieve zorg (nrs; 2-249/1 en 2-402/1)	231	E. Présentation de deux propositions de loi relatives aux soins palliatifs (n°s 2-249/1 et 2-402/1)	231
F. Hoorzittingen	243	F. Auditions	243
G. Hervatting van de algemene bespreking (na de hoorzittingen)	244	G. Reprise de la discussion générale (après les auditions)	244
H. Debat betreffende de palliatieve zorg	451	H. Débat relatif aux soins palliatifs	451
1. Hoorzitting met de heer Manu Keirse, kabinetschef van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en met de heer Rik Thijs, kabinetsadviseur van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen	451	1. Audition de M. Manu Keirse, chef de cabinet du ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et de M. Rik Thijs, conseiller de cabinet du ministre des Affaires sociales et des Pensions	451
2. Gedachtewisseling en vragen over de hoorzitting met de heren Keirse en Thijs	489	2. Échange de vues et questions suscités par l'audition de MM. Keirse et Thijs	489
3. Hoorzitting met mevrouw Magda Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en met de heer Vandembroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen	515	3. Audition de Mme Magda Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et de M. Vandembroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions	515
I. Artikelsgewijze bespreking van het wetsvoorstel betreffende de euthanasie (van de heer Philippe Mahoux c.s.); nr. 2-244/1	540	I. Discussion des articles de la proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux et consorts); n° 2-244/1	540
Opschrift van het wetsvoorstel	540	Intitulé de la proposition de loi	540
Hoofdstuk I — Opschrift	555	Chapitre premier — Intitulé	555
Artikel 1	558	Article premier	558
Artikel 1bis (nieuw)	559	Article 1 ^{er} bis (nouveau)	559
Artikel 1ter (nieuw)	569	Article 1 ^{er} ter (nouveau)	569
Artikel 1quater (nieuw)	571	Article 1 ^{er} quater (nouveau)	571
Artikel 2	577	Article 2	577
Hoofdstuk Ibis (nieuw)	644	Chapitre I ^{er} bis (nouveau)	644
Artikel 2bis (nieuw)	644	Article 2bis (nouveau)	644
Hoofdstuk Iter (nieuw)	647	Chapitre I ^{er} ter (nouveau)	647
Artikel 2ter (nieuw)	647	Article 2ter (nouveau)	647
Hoofdstuk II — Opschrift	655	Chapitre II — Intitulé	655
Artikel 3	655	Article 3	655
Artikel 3bis	903	Article 3bis	903
Artikel 4	915	Article 4	915
Problematiek van de zwangere vrouw (amendementen op artikel 3)	1120	Problématique de la femme enceinte (amendements à l'article 3)	1120
Artikel 4bis (nieuw)	1133	Article 4bis (nouveau)	1133

Artikel 5	1134	Article 5	1134
Hoofdstuk IV <i>bis</i> (nieuw) (hoofdstuk V van de aangenomen tekst)	1182	Chapitre IV <i>bis</i> (nouveau) (chapitre V du texte adopté)	1182
Artikel 5 <i>bis</i> (nieuw) (artikel 6 van de aangenomen tekst)	1182	Article 5 <i>bis</i> (nouveau) (article 6 du texte adopté)	1182
Artikel 5 <i>ter</i> (nieuw) (artikel 7 van de aangenomen tekst)	1230	Article 5 <i>ter</i> (nouveau) (article 7 du texte adopté)	1230
Artikel 5 <i>ter</i> -1 (nieuw)	1268	Article 5 <i>ter</i> -1 (nouveau)	1268
Artikel 5 <i>quater</i> (nieuw) (artikel 8 van de aangenomen tekst)	1272	Article 5 <i>quater</i> (nouveau) (article 8 du texte adopté)	1272
Artikel 5 <i>quater</i> -1 (nieuw)	1292	Article 5 <i>quater</i> -1 (nouveau)	1292
Artikel 5 <i>quinquies</i> (nieuw) (artikel 9 van de aangenomen tekst)	1295	Article 5 <i>quinquies</i> (nouveau) (article 9 du texte adopté)	1295
Artikel 5 <i>sexies</i> (nieuw) (artikel 10 van de aangenomen tekst)	1302	Article 5 <i>sexies</i> (nouveau) (article 10 du texte adopté)	1302
Artikel 5 <i>septies</i> (nieuw) (artikel 11 van de aangenomen tekst)	1303	Article 5 <i>septies</i> (nouveau) (article 11 du texte adopté)	1303
Artikel 5 <i>septies</i> -1 (nieuw)	1303	Article 5 <i>septies</i> -1 (nouveau)	1303
Artikel 5 <i>octies</i> (nieuw) (artikel 12 van de aangenomen tekst)	1304	Article 5 <i>octies</i> (nouveau) (article 12 du texte adopté)	1304
Artikel 5 <i>novies</i> (nieuw) (artikel 13 van de aangenomen tekst)	1306	Article 5 <i>novies</i> (nouveau) (article 13 du texte adopté)	1306
Artikel 5 <i>decies</i> (nieuw)	1307	Article 5 <i>decies</i> (nouveau)	1307
Artikel 6 (artikel 14 van de aangenomen tekst)	1307	Article 6 (article 14 du texte adopté)	1307
Artikel 7 (artikel 15 van de aangenomen tekst)	1319	Article 7 (article 15 du texte adopté)	1319
Artikel 7 <i>bis</i> (nieuw)	1328	Article 7 <i>bis</i> (nouveau)	1328
Artikel 7 <i>ter</i>	1334	Article 7 <i>ter</i>	1334
Artikel 8	1335	Article 8	1335
Artikel 9	1338	Article 9	1338
Artikel 10	1338	Article 10	1338
Hoofdstuk VII (nieuw)	1340	Chapitre VII (nouveau)	1340
Verklaringen voor de eindstemming	1341	Déclarations avant le vote final	1341
Eindstemming	1358	Vote final	1358

INLEIDING

De verenigde commissies voor de Justitie en de Sociale Aangelegenheden hebben 86 vergaderingen gewijd aan de bespreking van de problematiek van euthanasie en palliatieve zorg.

De werkzaamheden zijn begonnen op 20 oktober 1999 en werden beëindigd op 9 juli 2001.

Aanvankelijk bogen de verenigde commissies zich over de volgende wetsvoorstellen:

— Wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (van de heer Philippe Mahoux en mevrouw Myriam Vanlerberghe) (nr. 2-10/1);

— Wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging (van de heer Philippe Monfils) (nr. 2-22/1);

— Wetsvoorstel strekkende tot de vergroting van het medebeslissingsrecht van de patiënt via de invoering van een behandelingsbeschikking (van de heer Frans Lozie en mevrouw Jacinta De Roeck) (nr. 2-86/1).

Naarmate andere wetsvoorstellen die betrekking hadden op deze problematiek werden ingediend, werden ze ook in de verenigde commissies behandeld:

— Wetsvoorstel op de euthanasie (van mevrouw Jeannine Leduc c.s.) (nr. 2-105/1);

— Voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan (van mevrouw Iris Van Riet c.s.) (nr. 2-106/1);

— Wetsvoorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s.) (nr. 2-151/1);

— Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (van de heer Hugo Vandenberghe c.s.) (nr. 2-160/1);

— Wetsvoorstel betreffende de euthanasie (van de heer Philippe Mahoux, mevrouw Jeannine Leduc, de heer Philippe Monfils en de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy en Jacinta De Roeck) (nr. 2-244/1);

— Wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van ... betreffende de euthanasie (van mevrouw Jacinta De Roeck, de heer Philippe Monfils, mevrouw Myriam Vanlerberghe, mevrouw Marie Nagy, de heer Philippe Mahoux en mevrouw Jeannine Leduc) (nr. 2-245/1);

INTRODUCTION

Les commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales ont consacré 86 réunions à la discussion de la problématique de l'euthanasie et des soins palliatifs.

Les travaux ont débuté le 20 octobre 1999 pour se terminer le 9 juillet 2001.

À l'origine, les commissions réunies étaient saisies des propositions de loi suivantes:

— Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (de M. Philippe Mahoux et Mme Myriam Vanlerberghe) (n° 2-10/1);

— Proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie (de M. Philippe Monfils) (n° 2-22/1);

— Proposition de loi élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement (de M. Frans Lozie et Mme Jacinta De Roeck) (n° 2-86/1).

Au fur et à mesure de leur dépôt, d'autres propositions de loi relatives à la problématique en discussion ont été jointes aux travaux:

— Proposition de loi relative à l'euthanasie (de Mme Jeannine Leduc et consorts) (n° 2-105/1);

— Proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (de Mme Iris Van Riet et consorts) (n° 2-106/1);

— Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales (de Mme Clotilde Nyssens et consorts) (n° 2-151/1);

— Proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (de M. Hugo Vandenberghe et consorts) (n° 2-160/1);

— Proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux, Mme Jeannine Leduc, M. Philippe Monfils et consorts) (n° 2-244/1);

— Proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie (de Mme Jacinta De Roeck, M. Philippe Monfils, Mme Myriam Vanlerberghe et consorts) (n° 2-245/1);

— Wetsvoorstel betreffende palliatieve zorg (van de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Jacinta De Roeck en Jeannine Leduc en de heren Philippe Mahoux en Philippe Monfils) (nr. 2-246/1);

— Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg voor eenieder te garanderen en om het kader voor het verlenen van de palliatieve zorg vast te stellen (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s.) (nr. 2-249/1);

— Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (van mevrouw Ingrid van Kessel c.s.) (nr. 2-402/1).

*
* *

Alvorens te beginnen met de behandeling van de verschillende ingediende wetsvoorstellen, hebben de verenigde commissies vier vertegenwoordigers van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek gehoord: de heren Vermeersch, Van Orshoven, Cassiers en Englert.

Dit Comité heeft immers twee adviezen inzake euthanasie uitgebracht.

Het eerste advies (advies nr. 1) werd uitgebracht op 12 mei 1997 en betreft de wenselijkheid van een wettelijke regeling voor euthanasie. Er werd uitvoerig over gediscussieerd tijdens een debat over euthanasie dat in de Senaat op 9 en 10 december 1997 werd georganiseerd(1).

Het tweede advies (advies nr. 9) werd uitgebracht op 22 februari 1999 en betreft het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen.

A. HOORZITTING MET VERTEGENWOORDIGERS VAN HET RAADGEVEND COMITÉ VOOR BIO-ETHIEK

I. Uiteenzetting door de heer E. Vermeersch, voorzitter van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek

De heer Vermeersch merkt op dat het Raadgevend Comité tot op heden twee adviezen in verband met euthanasie heeft uitgebracht. Hierin worden verschillende voorstellen naast elkaar geplaatst. De doelstelling bij het tot stand komen van de adviezen bestond er immers niet in tot een eenvormig standpunt te komen. Wel werd getracht de verschillende opinies die in dit verband leven, zo precies mogelijk te omschrijven.

(1) Zie *Handelingen van de Senaat* van 9 en 10 december 1997.

— Proposition de loi relative aux soins palliatifs (de Mme Myriam Vanlerberghe, Mme Marie Nagy, Mme Jacinta De Roeck et consorts) (n° 2-246/1);

— Proposition de loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs (de Mme Clotilde Nyssens et consorts) (n° 2-249/1).

— Proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (de Mme Ingrid van Kessel et consorts) (n° 2-402/1)

*
* *

Avant de commencer l'examen des diverses propositions de loi déposées, les commissions réunies ont tout d'abord procédé à l'audition de quatre représentants du Comité consultatif de bioéthique: MM. Vermeersch, Van Orshoven, Cassiers et Englert.

Il convient de rappeler en effet que ce Comité a rendu deux avis en matière d'euthanasie.

Le premier avis (avis n° 1), rendu le 12 mai 1997, concerne l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie. Il a fait l'objet d'un large débat tenu les 9 et 10 décembre 1997 au Sénat sur le thème de l'euthanasie(1).

Le deuxième avis (avis n° 9), rendu le 22 février 1999, concerne l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

A. AUDITIONS DE REPRÉSENTANTS DU COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE

I. Exposé de M. E. Vermeersch, président du Comité consultatif de bioéthique

M. Vermeersch fait observer que le Comité consultatif de bioéthique a, jusqu'à présent, émis deux avis concernant l'euthanasie, dans lesquels différentes propositions sont juxtaposées. En effet, la rédaction des avis visait non pas à adopter un point de vue uniforme, mais à définir le plus précisément possible les différentes opinions que l'on rencontre à ce sujet.

(1) Voir *Annales du Sénat* des 9 et 10 décembre 1997.

Advies nr. 1 betreffende de wenselijkheid van een wettelijke regeling voor euthanasie

In dit advies worden vier voorstellen naast elkaar geplaatst:

Het voorstel nr. 1 pleit voor een wetswijziging die de arts toelaat, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, met inachtneming van een aantal voorwaarden, euthanasie toe te passen.

Het voorstel nr. 2 staat vanuit ethisch oogpunt dicht bij het eerste voorstel, maar gaat ervan uit dat de strafwet ongewijzigd blijft. De arts die euthanasie uitvoert kan zich echter, onder dezelfde voorwaarden als in het eerste voorstel, beroepen op een noodtoestand om zijn handelen juridisch te verantwoorden. Het beleid van justitie moet hieraan worden aangepast. Dit voorstel staat het dichtst bij de «*procedure a posteriori*», die momenteel in Nederland wordt toegepast.

Het voorstel nr. 3, dat zeer veel belangstelling heeft gekregen in de commissie en in het Raadgevend Comité, pleit voor een procedurele regeling *a priori* voor de belangrijkste medische beslissingen omtrent het levenseinde.

De voorstanders van dit voorstel zijn van oordeel dat een hele reeks medische beslissingen rond het levenseinde, waaronder euthanasie, slechts kunnen worden genomen na ethisch overleg tussen de patiënt, de arts, een tweede arts die onder meer onderzoekt of de ziekte werkelijk ongeneeslijk is, de familie en het behandelend team.

Daarnaast zou nog een derde persoon, niet-arts, aan het overleg moeten deelnemen die wordt aangevoerd door het ethisch comité van het betrokken ziekenhuis. Belangrijk hierbij is dat binnen het Raadgevend Comité door niemand is voorgesteld dat in plaats van deze persoon, een commissie of het ethisch comité zelf zou worden geraadpleegd.

Ook in deze visie zijn het uiteindelijk de arts en de patiënt die de beslissing nemen of al dan niet tot euthanasie wordt overgegaan. Ook hier is nog een controle *a posteriori* om na te gaan of de opgelegde procedures correct werden nageleefd.

Het vierde voorstel tenslotte pleit voor het behoud van het huidige verbod op euthanasie.

Advies nr. 9 betreffende het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen

Ook wat het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen betreft, werden binnen het Raadgevend Comité verschillende voorstellen geformuleerd.

Avis n° 1 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie

Dans cet avis, quatre propositions sont juxtaposées:

La proposition n° 1 plaide pour une modification de la loi permettant au médecin, à la demande expresse du patient, de pratiquer l'euthanasie dans le respect d'un certain nombre de conditions.

La proposition n° 2 est proche de la première du point de vue éthique, mais elle part du principe que la loi pénale reste inchangée. Le médecin qui pratique l'euthanasie peut toutefois, dans des conditions identiques à celles de la première proposition, invoquer un état de nécessité pour justifier juridiquement son acte. L'action de la justice doit être adaptée en conséquence. Cette proposition est la plus proche de la «*procédure a posteriori*» appliquée actuellement aux Pays-Bas.

La proposition n° 3, qui a suscité énormément d'intérêt au sein de la commission et du comité consultatif, préconise de soumettre à une procédure *a priori* les principales décisions médicales touchant à la fin de la vie.

Les partisans de cette proposition considèrent que toute une série de décisions médicales relatives à la fin de la vie, parmi lesquelles l'euthanasie, ne peuvent être prises qu'après une concertation éthique entre le patient, le médecin, un second médecin, qui examine notamment si le malade est réellement incurable, la famille et l'équipe soignante.

Devrait en outre participer à la concertation, une tierce personne, non-médecin, qui serait désignée par le comité d'éthique de l'hôpital en question. Il importe de préciser qu'au sein du comité consultatif, personne n'a proposé; plutôt que la consultation de cette personne, celle d'une commission ou du comité éthique lui-même.

Dans cette conception également, ce sont finalement le médecin et le patient qui décident si l'on procédera ou non à l'euthanasie. Ici aussi, il y a encore un contrôle *a posteriori* pour vérifier si les procédures imposées ont été appliquées correctement.

La quatrième proposition, enfin, plaide pour le maintien de l'interdiction actuelle qui frappe l'euthanasie.

Avis n° 9 concernant l'actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté

Différentes propositions ont également été formulées au sein du Comité consultatif en ce qui concerne l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

Het eerste voorstel wordt gesteund door de leden die in het advies nr. 1 achter de voorstellen 1 en 2 stonden. Het voorstel pleit voor de mogelijkheid van levensbeëindiging bij wilsonbekwamen, liefst via een wetswijziging. Levensbeëindigend handelen is evenwel slechts mogelijk indien de arts

— in het bezit is van een voorafgaande wilsverklaring van de betrokken patiënt in deze zin, of

— de opinie van de door de patiënt aangeduide vertrouwenspersoon vernam, of

— in geval er geen wilsverklaring noch vertrouwenspersoon is, op de hoogte werd gebracht van de wensen die de wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt te kennen hebben gegeven. Dit laatste is slechts mogelijk onder precieze voorwaarden en kan niet wanneer de patiënt wilsbekwaam geweest is.

In al deze hypothesen dient de arts, bij de beoordeling van de situatie van de patiënt, ruim overleg te plegen, niet alleen met de vertrouwenspersoon of de wettelijke vertegenwoordigers maar ook met de nabestaanden en het verzorgend team.

De uiteindelijke beslissing of al dan niet tot de handeling wordt overgegaan, ligt echter bij de betrokken arts, niet bij de nabestaanden of het verzorgend team.

In het tweede voorstel wordt levensbeëindiging bij wilsonbekwamen slechts aanvaardbaar geacht met inachtneming van een *a priori* procedure en alleen bij patiënten die in een voorafgaande wilsverklaring om een dergelijke levensbeëindiging hebben gevraagd.

Zowel in het eerste als in het tweede voorstel dient een *a posteriori* procedure te worden gerespecteerd.

De voorstanders van het derde voorstel pleiten voor het behoud van het huidige verbod inzake levensbeëindiging.

Synthese van de adviezen nr. 1 en nr. 9

In de volgende tabel worden de twee adviezen in elkaar geschoven.

La première proposition est appuyée par les membres qui, dans l'avis n° 1, soutenaient les propositions 1 et 2. Elle plaide pour qu'il soit possible de mettre fin à la vie de personnes incapables d'exprimer leur volonté, de préférence en modifiant la loi. Cet acte ne serait toutefois possible que si le médecin :

— est en possession d'une directive anticipée du patient allant dans ce sens, ou

— a pris connaissance de l'opinion de la personne de confiance désignée par le patient, ou

— en l'absence de directive anticipée et de personne de confiance, a été avisé du désir qu'ont exprimé les représentants légaux du patient. Ce dernier cas n'est possible qu'à des conditions précises et n'est pas possible si le patient a été capable d'exprimer sa volonté.

Dans toutes ces hypothèses, le médecin doit, dans l'appréciation de la situation du patient, procéder à une large concertation, non seulement avec la personne de confiance ou les représentants légaux, mais aussi avec les proches parents et l'équipe soignante.

C'est toutefois au médecin concerné, et non aux proches parents ou à l'équipe soignante, qu'il appartiendra de décider, en fin de compte, si l'on procédera ou non à l'acte.

La deuxième proposition ne juge acceptable l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté que dans le respect d'une procédure *a priori*, et uniquement chez les patients qui ont fait la demande d'un tel arrêt actif de la vie dans une directive anticipée.

Dans la première comme dans la deuxième proposition, une procédure *a posteriori* doit être respectée.

Les partisans de la troisième proposition plaident en faveur du maintien de l'interdiction actuelle qui frappe l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

Synthese des avis n° 1 et n° 9

Le tableau ci-dessous confronte les deux avis.

	Eerste Advies: Euthanasie bij wilsbekwamen — Premier avis: <i>Euthanasie des personnes capables</i>	Tweede Advies: Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen met voorafgaande wilsverklaring en/of vertrouwenspersoon — Deuxième avis: <i>Arrêt actif de la vie des personnes incapables avec directive anticipée et/ou personne de confiance</i>	Tweede Advies: Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen zonder voorafgaande wilsverklaring en zonder vertrouwenspersoon — Deuxième avis: <i>Arrêt actif de la vie des personnes incapables sans directive anticipée, ni personne de confiance</i>
Standpunt A. — <i>Position A</i> . . .	JA. — <i>OUI</i> Beslissing van arts en patiënt (voorstel 1 en 2 van het eerste Advies). — <i>Décision du mé- decin et du patient (proposi- tions 1 et 2 du premier Avis)</i>	JA. — <i>OUI</i> Beslissing bij arts met even- tueel vertrouwenspersoon (voorstel 1 van het tweede Advies). — <i>Décision du mé- decin et/ou de la personne de confiance éventuelle (propo- sition 1 du deuxième Avis)</i>	JA. — <i>OUI</i> Op verzoek van wettelijke vertegenwoordigers (voorstel 1 van het tweede Advies). — <i>Sur demande des représen- tants légaux (proposition 1 du deuxième Avis)</i> NEEN. — <i>NON</i> Wanneer de patiënt wilsbe- kwaam is geweest (voorstel 1 van het tweede Advies). — <i>Quand la personne a été ca- pable (proposition 1 du deu- xième Avis)</i>
Standpunt B. — <i>Position B</i> . . .	JA. — <i>OUI</i> Mits noodtoestand en proce- dure <i>a priori</i> (voorstel 3 van het eerste Advies). — <i>Moyen- nant état de nécessité et procé- dures a priori (proposition 3 du premier Avis)</i>	JA. — <i>OUI</i> Mits noodtoestand en proce- dure <i>a priori</i> (voorstel 2 van het tweede Advies). — <i>Moyennant état de nécessité et procédures a priori (propo- sition 2 du deuxième Avis)</i>	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 3 van het tweede Advies. — <i>Proposition 3 du deuxième Avis)</i>
Standpunt C. — <i>Position C</i> . . .	JA. — <i>OUI</i> Mits noodtoestand en proce- dure <i>a priori</i> (voorstel 3 van het eerste Advies). — <i>Moyen- nant état de nécessité et procé- dures a priori (proposition 3 du premier Avis)</i>	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 3 van het tweede Advies. — <i>Proposition 3 du deuxième Avis)</i>	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 3 van het tweede Advies. — <i>Proposition 3 du deuxième Avis)</i>
Standpunt D. — <i>Position D</i> . . .	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 4 van het eerste Advies. — <i>Proposition 4 du premier Avis)</i>	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 3 van het tweede Advies. — <i>Proposition 3 du deuxième Avis)</i>	NEEN. — <i>NON</i> Voorstel 3 van het tweede Advies. — <i>Proposition 3 du deuxième Avis)</i>

Men stelt vast dat er over het geheel van de proble-
matiek vier standpunten kunnen worden onderschei-
den.

Het standpunt A wordt onderschreven door de
leden van het Raadgevend Comité die de voorstellen
nrs. 1 en 2 van het advies nr. 1 steunden. Volgens dit
standpunt kan euthanasie bij wilsbekwamen zonder *a*
priori procedure in overleg tussen de arts en de patiënt
en liefst via een wetswijziging.

Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen
is mogelijk indien deze handeling steunt op een voor-
afgaande wilsverklaring van de patiënt of indien deze
een vertrouwenspersoon heeft aangesteld. De beslis-
sing ligt bij de arts eventueel in overleg met de ver-
trouwenspersoon.

On constate que quatre points de vue peuvent se
dégager dans l'ensemble de la problématique.

Le point de vue A est adopté par les membres du
Comité consultatif qui ont soutenu les propositions
n^{os} 1 et 2 de l'avis n^o 2. Selon ce point de vue,
l'euthanasie peut être pratiquée sans procédure *a*
priori sur une personne capable d'exprimer sa
volonté, après concertation entre le médecin et le
patient, et de préférence par une modification de la
loi.

L'arrêt actif de la vie des personnes incapables
d'exprimer leur volonté est possible s'il se fonde sur
une déclaration de volonté préalable du patient ou si
ce dernier a désigné une personne de confiance. La
décision appartient au médecin, éventuellement de
concert avec la personne de confiance.

Levensbeëindiging op verzoek van een wettelijke vertegenwoordiger is onder bepaalde voorwaarden mogelijk, maar alleen indien de patiënt nooit handlingsbekwaam is geweest.

In alle gevallen is het optreden van de arts gebonden aan een procedure *a posteriori*.

Het standpunt B wordt ondersteund door diegenen die menen dat euthanasie slechts in uitzonderlijke omstandigheden, namelijk wanneer zich een noodtoestand voordoet, ethisch kan worden verantwoord (het derde voorstel van het advies nr. 1).

Levensbeëindiging bij wilsonbekwamen die vooraf geen wilsverklaring opstelden, kan in deze opvatting ethisch nooit worden verantwoord. Indien er wel een wilsverklaring is, kan in uitzonderlijke gevallen tot levensbeëindiging worden overgegaan wanneer men het beginsel «nood breekt wet» kan doen gelden.

In alle gevallen dient een *a priori* procedure te worden nageleefd.

Het standpunt C wordt onderschreven door de voorstanders van het derde voorstel in het advies nr. 1, die vinden dat dit de uiterste grens is tot waar men kan gaan. In deze opvatting kan geen enkele vorm van levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen ethisch worden verantwoord.

Het standpunt D wordt onderschreven door diegenen die het wettelijke verbod op euthanasie en levensbeëindiging bij wilsonbekwamen onverkort wensen te handhaven.

De heer Vermeersch wenst tot slot te onderstrepen dat het Raadgevend Comité in zijn adviezen zeer strikte definities hanteert voor bijvoorbeeld de begrippen euthanasie, wilsonbekwamen, voorafgaande wilsverklaring, enz.

Hij beklemtoont dat over deze terminologie binnen het Raadgevend Comité volledige eensgezindheid bestaat. Hij wenst de leden van de commissies dan ook ten stelligste te adviseren zich bij de besprekingen en bij het uitwerken van wettelijke bepalingen aan deze begripsomschrijvingen te houden. Dit zou veel nutteloze discussies kunnen voorkomen.

Op vraag van de verenigde commissies heeft de spreker de volgende samenvattende tabellen bezorgd:

EUTHANASIE

ADVIES 1

Voorstel 1: *a posteriori*-procedure na wetswijziging

Voorstel 2: *a posteriori*-procedure via «noodtoestand» en beleid van Justitie

L'arrêt actif de la vie à la demande d'un représentant légal est possible à certaines conditions, mais uniquement si le patient n'a jamais eu la capacité juridique.

Dans tous les cas, l'intervention du médecin est liée à une procédure *a posteriori*.

Le point de vue B est soutenu par ceux qui estiment que l'euthanasie ne peut se justifier sur le plan éthique que dans des circonstances exceptionnelles, c'est-à-dire quand il se produit un état de nécessité (troisième proposition de l'avis n° 1).

Dans cette conception, l'arrêt actif de la vie d'une personne incapable d'exprimer sa volonté qui n'a pas rédigé de directive ne peut jamais être justifié sur le plan éthique. S'il y a bel et bien une directive, on peut, dans des cas exceptionnels, procéder à l'arrêt actif de la vie si l'on peut faire valoir le principe «nécessité fait loi».

Dans tous les cas, une procédure *a priori* doit être respectée.

Le point de vue C est adopté par les partisans de la troisième proposition de l'avis n° 1, qui estiment que c'est là l'extrême limite à ne pas dépasser. Selon cette conception, aucune forme d'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté ne peut se justifier sur le plan éthique.

Ont souscrit au point de vue D, ceux qui souhaitent maintenir tel quel l'interdit légal de pratiquer l'euthanasie et l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

En conclusion, M. Vermeersch tient à souligner que dans ses avis, le Comité consultatif utilise des définitions très strictes pour désigner par exemple les notions d'euthanasie, de personnes incapables d'exprimer leur volonté, de directive anticipée, etc.

Il souligne qu'il y a au sein du Comité consultatif une parfaite unanimité concernant cette terminologie. Il recommande dès lors très instamment aux membres des commissions de s'en tenir à ces définitions dans les discussions et dans l'élaboration de dispositions légales. Cela permettrait d'éviter beaucoup de discussions inutiles.

À la demande des commissions réunies, l'orateur leur a communiqué les tableaux récapitulatifs suivants:

EUTHANASIE

AVIS 1

Proposition 1: procédure *a posteriori* après modification de la loi

Proposition 2: procédure *a posteriori* — recours à l'«état de nécessité» et action adaptée de la Justice

Voorstel 3: *a priori*-procedure

Voorstel 4: euthanasie blijft totaal verboden

LEVENSBEEÏNDIGING WILSONBEKWAMEN

ADVIES 9

Voorstel 1: *a posteriori*-procedure na wetswijziging (of andere regeling)

— voorafgaande wilsverklaring en/of vertrouwenspersoon

— wettelijke vertegenwoordigers

Voorstel 2: *a priori*-procedure

— voorafgaande wilsverklaring

Voorstel 3: levensbeëindiging verboden

SYNTHESE

ADVIES 1 EN 9

Standpunt A: *a posteriori*-procedure na wetswijziging (of andere regeling)

— euthanasie

— levensbeëindiging (voor wilsverklaring en/of vertrouwenspersoon of wettelijke vertegenwoordiging)

Standpunt B: *a priori*-procedure «noodtoestand»

— euthanasie

— levensbeëindiging (na voorafgaande wilsverklaring)

Standpunt C: *a priori*-procedure «noodtoestand»

— alleen euthanasie

Standpunt D: euthanasie en levensbeëindiging wettelijk verboden

PROCEDURES

A priori: voorwaarden

bij euthanasie:

— na verzoek van patiënt ethische beoordeling door arts, familie, verzorgend team en derde persoon (niet-arts) aangeduid door ethisch comité

— de arts neemt de uiteindelijke beslissing

— maatschappelijke controle achteraf

Proposition 3: procédure *a priori*

Proposition 4: l'euthanasie reste totalement interdite

ARRÊT ACTIF DE LA VIE DES PERSONNES INCAPABLES D'EXPRIMER LEUR VOLONTÉ

AVIS 9

Proposition 1: procédure *a posteriori* après modification de la loi (ou autre réglementation)

— directive anticipée et/ou personne de confiance

— représentants légaux

Proposition 2: procédure *a priori*

— directive anticipée

Proposition 3: interdiction de l'arrêt actif de la vie

SYNTHÈSE

AVIS 1 ET 9

Point de vue A: procédure *a posteriori* après modification de la loi (ou une autre réglementation)

— euthanasie

— arrêt actif de la vie (par une directive et/ou personne de confiance ou représentants légaux)

Point de vue B: procédure *a priori* — «état de nécessité»

— euthanasie

— arrêt actif de la vie (après directive anticipée)

Point de vue C: procédure *a priori* — «état de nécessité»

— uniquement euthanasie

Point de vue D: interdiction légale de l'euthanasie et de l'arrêt actif de la vie

PROCÉDURES

A priori: conditions

pour l'euthanasie:

— après une demande du patient, appréciation éthique du médecin, de la famille, de l'équipe soignante et d'une tierce personne (non-médecin) désignée par le comité éthique

— le médecin prend la décision finale

— contrôle social ultérieur

bij levensbeëindiging van wilsonbekwamen:

— zelfde procedure, doch alleen bij voorafgaande wilsverklaring

PROCEDURES

A posteriori: voorwaarden

bij euthanasie:

- ondraaglijk lijden
- duurzaam verzoek
- arts moet collega raadplegen
- verwanten en verzorgend team informeren

bij levensbeëindiging van wilsonbekwamen:

— mits voorafgaande wilsverklaring en/of vertrouwenspersoon

— indien de persoon nooit wilsbekwaam geweest is: op verzoek van wettelijke vertegenwoordigers en raadpleging van verzorgend team

— na het voldoen aan deze voorwaarden ligt de ultieme beslissing bij de arts

De arts moet *a posteriori* in een voorgeschreven formulier de gegevens aan de gerechtelijke overheid overmaken

II. Uiteenzetting van de heer Y. Englert, onderzitter van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek

De spreker dankt de commissies voor de uitnodiging aan het adres van het Raadgevend Comité.

Het getuigt van belangstelling voor het langdurige en intensieve werk dat het Comité rond de problematiek van euthanasie heeft geleverd. Het zal de leden die, in welke positie dan ook, veel energie hebben gestoken in dit moeilijke dossier, beslist tevreden stemmen.

De spreker wenst kort de toestand in Nederland toe te lichten, omdat die het debat ongetwijfeld in belangrijke mate beïnvloedt, niet alleen in België maar over heel de wereld.

De tolerantie ten aanzien van euthanasie, zoals die door de heer Vermeersch werd omschreven, is ontstaan in het begin van de jaren '70, naar aanleiding van een rechtsgeding tegen een arts die een einde had gemaakt aan het lijden van zijn moeder. Het proces, dat in 1973 werd gevoerd, is bekend onder de naam «proces van Leeuwarden». Het heeft in Nederland een groot publiek debat over de problematiek rond euthanasie op gang gebracht.

Tussen 1973 en het begin van de jaren '80 werden een aantal criteria ontwikkeld die voortbouwen op

pour l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté:

— même procédure, mais uniquement en cas de directive anticipée

PROCÉDURES

A posteriori: conditions

pour l'euthanasie:

- souffrance insupportable
- demande persistante
- le médecin doit consulter un confrère
- informer les parents et l'équipe soignante

pour l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté:

— directive anticipée et/ou personne de confiance

— si l'intéressé n'a jamais eu la capacité d'exprimer sa volonté: à la demande de représentants légaux et après consultation de l'équipe soignante

— après l'accomplissement de ces conditions, la décision ultime incombe au médecin

Le médecin doit transmettre les données *a posteriori* à l'autorité judiciaire sur un formulaire prescrit

II. Exposé de M. Y. Englert, vice-président du Comité consultatif de bioéthique

L'orateur remercie la commission pour l'invitation adressée au bureau du Comité consultatif.

Cette invitation, qui témoigne d'un intérêt pour le travail très long et très ardu qui a été réalisé autour de la question de l'euthanasie, suscitera certainement, lors de la prochaine assemblée plénière du Comité, la satisfaction de tous ceux qui, quelle que soit leur position, ont consacré beaucoup d'énergie à ce dossier difficile.

L'orateur souhaite présenter brièvement la situation aux Pays-Bas, qui influence évidemment le débat de façon importante, non seulement en Belgique, mais aussi à l'échelle de la planète.

Aux Pays-Bas, l'histoire de la tolérance autour de l'euthanasie, telle que l'a définie M. Vermeersch, date du début des années 70, suite au procès d'un médecin qui avait mis fin aux souffrances de sa mère. Ce procès, qui date de 1973, est connu sous le nom de «procès de Leeuwarden». Il s'est alors développé dans ce pays un large débat public autour du problème de l'euthanasie.

Entre 1973 et le début des années 80, un certain nombre de critères se sont développés, autour de la

het begrip overmacht en een ingreep van de arts rechtvaardigen. We hebben het hier over een bewuste patiënt die geconfronteerd wordt met een ongeneeslijke ziekte en vraagt dat aan zijn lijden een einde zou worden gemaakt.

Deze criteria zijn de volgende :

— het duurzaam en weloverwogen karakter van het verzoek van de patiënt (men moet zich dus hoeden voor de invloed van derden, voor depressies en voor situaties van tijdelijke aard);

— een ondraaglijk of als dusdanig ervaren lijden (het gaat zowel om fysieke pijn als om psychisch lijden);

— het voorhanden zijn van een tweede medisch advies;

— de toediening van de letale substantie door de arts zelf, met een verklaring *a posteriori*.

Deze criteria werden door de Nederlandse artsenfederatie KNMG aanbevolen.

Sedert 1980 wordt euthanasie in Nederland openlijk toegepast.

In die omstandigheden heeft het ministerie van Justitie in het begin van de jaren '80 gevraagd dat alle verklaringen niet langer door de plaatselijke officieren van justitie zouden worden geëvalueerd, maar dat ze aan het college van procureurs-generaal zouden worden gestuurd, dat beslist of al dan niet wordt vervolgd. Gedurende de jaren '80 werd er inderdaad niet vervolgd.

In 1991 werd een akkoord bereikt tussen Justitie en de Artsenfederatie over een aangifteformulier voor gevallen van euthanasie. Tot dan toe was het onderzoek toevertrouwd aan de gemeentelijke wetsdokter die verslag uitbracht bij de officier van justitie.

Sedert het akkoord van 1991 stelde men een aanhoudende stijging van het aantal meldingen vast: in het begin van de jaren '90 waren er slechts 30 of 40, terwijl er in 1995 ongeveer 1 500 meldingen waren. Volgens ramingen is dit iets meer dan de helft van de actieve daden die in Nederland per jaar worden gesteld.

Een ander kenmerk van de situatie in Nederland is dat deze evolutie gepaard ging met een uiterst doorzichtige evaluatie. De minister van Justitie heeft het departement voor Volksgezondheid van de universiteit van Rotterdam om een studie verzocht. Die studie werd uitgevoerd in samenwerking met een team uit Amsterdam en werd gepubliceerd in de voornaamste internationale vaktijdschriften. Ze staat bekend onder de naam «verslag-Van der Maas». Het is het enige land ter wereld waar dergelijke gegevens bestaan.

Uit deze studie komen een aantal belangrijke elementen naar voren.

notion de force majeure, qui légitimaient l'intervention du médecin. On parle ici du patient conscient qui demande que l'on mette fin à ses souffrances dans le cadre d'une maladie incurable.

Ces critères sont les suivants :

— le souhait durable et réfléchi du patient (il faut donc prendre garde aux influences de tiers, aux états dépressifs, à toutes les situations transitoires, qui doivent être évaluées);

— une souffrance insupportable ou éprouvée comme telle (il s'agit ici tant d'une souffrance physique que d'une souffrance psychologique);

— la présence d'un deuxième avis médical;

— l'administration par le médecin lui-même de la substance létale, avec déclaration *a posteriori*.

Ces critères ont été recommandés par l'Association royale néerlandaise des médecins.

Depuis 1980, on considère qu'il s'agit d'une pratique très ouverte aux Pays-Bas.

Devant cette situation, le ministère de la Justice a demandé, au début des années 80, que toutes les déclarations soient non plus évaluées par les procureurs des différentes régions des Pays-Bas, mais envoyées au collège des procureurs généraux, afin que ceux-ci marquent leur accord sur le fait de ne pas poursuivre. Pendant les années 80, en effet, il n'y avait pas eu de poursuites.

En 1991, la justice et l'Association royale néerlandaise des médecins se sont mis d'accord sur un document de déclaration pour les euthanasies pratiquées. À l'époque, l'enquête était confiée au médecin légiste municipal, qui faisait rapport au procureur.

Depuis l'accord de 1991, on a constaté que le nombre de déclarations ne cessait d'augmenter: au début des années 90, il n'y en avait que 30 à 40, alors qu'en 1995, il y en avait environ 1 500. On estime que ce chiffre représente un peu plus de la moitié des actes actifs posés aux Pays-Bas au cours d'une année.

Une autre particularité de la situation hollandaise est que cette évolution s'est accompagnée d'une évaluation extrêmement transparente de la situation. En effet, le ministre de la Justice a commandé à l'École de santé publique de Rotterdam une étude faite en collaboration avec une équipe d'Amsterdam, publiée dans les plus grands journaux internationaux, et connue sous le nom de «rapport Van der Maas». C'est le seul pays du monde où de telles données existent.

Les éléments essentiels qui ressortent de l'étude sont les suivants.

In de eerste plaats is het verslag-Van der Maas vanuit epidemiologisch oogpunt uiterst nauwkeurig. Zesduizend willekeurig gekozen dossiers en honderden gevallen van euthanasie werden geanalyseerd. Representatieve groepen van Nederlandse artsen werden ondervraagd.

Vervolgens werden de gegevens geëxtrapoléerd naar de gehele Nederlandse bevolking.

Het ministerie van Justitie had zich voorgenomen om geen enkele maatregel te nemen op basis van de gegevens van dit verslag.

Wat typisch is voor de situatie in Nederland en nooit naar België kan worden geëxtrapoléerd, is dat alleen de officier van justitie het initiatief kan nemen tot vervolging. Bijgevolg is er geen vervolging als daarover een akkoord bestaat onder de procureurs-generaal, zelfs als er geen legalisering is.

Het verslag-Van der Maas toont aan dat een zeer groot aantal patiënten (ongeveer 40% van de sterfgevallen) overlijdt na een beslissing van een arts met betrekking tot het levenseinde. Dit blijkt uit de volgende tabel.

Geraamde incidentie van medische beslissingen met betrekking tot het levenseinde (% van het totaal aantal sterfgevallen)

Beslissing tot niet-behandeling	17,5
Verlichting van pijn en symptomen	17,5
Euthanasie en andere interventies rond het levenseinde	2,9
Euthanasie	1,8
Hulp bij zelfdoding	0,3
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek	0,8
Totaal	38,0

(Van der Maas et al., «*The Lancet*», 338, 14 september 1991.)

De andere helft van de sterfgevallen betreft een plots overlijden zonder interventie van een arts.

De meeste interventies van de arts met betrekking tot het levenseinde, zijn beslissingen tot niet-behandeling (17,5%) of tot toediening van belangrijke hoeveelheden pijnstillers (17,5%) waarvan achteraf wordt beschouwd dat dit het ogenblik van het overlijden beïnvloed heeft.

De beide medische praktijken lijken algemeen aanvaard, in ieder geval binnen het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, en zijn normale praktijken voor de behandeling van patiënten waarvan het levenseinde nadert.

In 2,9% van de sterfgevallen wordt de dood veroorzaakt door een actieve ingreep van de arts met de bedoeling het moment van het overlijden te vervroegen.

De meeste van die gevallen zijn gevallen van euthanasie in de strikte zin (1,8%), in 0,3% van de gevallen

Tout d'abord, l'étude Van der Maas est extrêmement rigoureuse du point de vue épidémiologique. Six mille dossiers, pris au hasard, et plusieurs centaines d'euthanasies ont été analysés. Des échantillons représentatifs des médecins hollandais ont été interrogés.

Ensuite, on a procédé à une extrapolation des données à l'ensemble de la population hollandaise.

Le ministère de la Justice s'était engagé à ne prendre aucune mesure à partir des données réunies dans ce rapport.

Une particularité de la situation hollandaise, qui ne sera jamais extrapolable à la Belgique, est que c'est le procureur qui a, seul, l'initiative des poursuites. Par conséquent, il n'y a pas de poursuites s'il y a un accord des procureurs généraux en ce sens, et ce même s'il n'y a pas de légalisation.

L'étude Van der Maas montre qu'un très grand nombre de patients (environ 40% des décès) meurent en contact avec un médecin dont les décisions ont modifié le moment du décès. Ceci est illustré par le tableau ci-après.

Incidence estimée des décisions médicales concernant la fin de vie (% du total des décès)

Décision de non-traitement	17,5
Soulagement de la douleur et des symptômes	17,5
Euthanasie et autres interventions en fin de vie	2,9
Euthanasie	1,8
Suicide assisté	0,3
Interruption de vie active sans demande explicite	0,8
Total	38,0

(Van der Maas et al., «*The Lancet*», 338, 14 septembre 1991.)

L'autre moitié des décès regroupe les décès inopinés, sans intervention d'un médecin.

La plupart des interventions du médecin qui peuvent amener à modifier le moment du décès sont des décisions de non-traitement (17,5%) ou une administration de doses importantes d'anti-douleurs (17,5%), dont on considère rétrospectivement qu'elle a modifié le moment du décès.

Ces deux pratiques médicales semblent unanimement acceptées, en tout cas au sein du Comité consultatif de bioéthique, et constituent des pratiques normales de gestion des patients en fin de vie.

2,9% des décès sont provoqués par l'intervention active des médecins qui a précipité le moment du décès.

La plupart de ces cas sont des cas d'euthanasie au sens strict (1,8%); le suicide assisté, au cours duquel le

gaat het om hulp bij zelfdoding doordat de patiënt een preparaat inneemt dat op zijn verzoek door de arts werd voorbereid. Ten slotte wordt in 0,8% van de sterfgevallen het leven beëindigd zonder uitdrukkelijk verzoek. In deze laatste groep bevinden zich een aantal personen die een voorafgaande verklaring hebben opgemaakt; maar in de Nederlandse context worden die gevallen onderscheiden van de gevallen van euthanasie.

De reden waarom patiënten vragen dat hun leven zou worden beëindigd, kunnen verschillen. Dit blijkt uit de volgende tabel.

Door patiënten die om euthanasie of hulp bij zelfdoding vragen opgegeven redenen (meer dan één reden per patiënt) (n = 187)

Verlies van waardigheid	57 %	
Pijn	46 %	Pijn als enige reden: 10 %
Zinloze doodstrijd	46 %	
Afhankelijkheid van anderen	33 %	
Levensmoeheid	23 %	

(Van der Maas et al., «*The Lancet*», 338, 14 september 1991.)

De meest voorkomende reden is het verlies van waardigheid, dan komen pijn en zinloze doodstrijd als gelijkwaardige redenen en vervolgens afhankelijkheid en levensmoeheid.

Slechts in 10% van de 187 euthanasieverzoeken die door het rapport-Van der Maas werden geanalyseerd, kwam pijn als enige reden naar voren.

Aangezien fysieke pijn in de meeste gevallen via medische technieken goed onder controle kan worden gehouden is het niet de voornaamste reden waarom mensen vragen dat hun leven zou worden beëindigd.

In Nederland zijn het hoofdzakelijk de huisartsen die, bij hun bezoek aan de patiënten thuis, geconfronteerd worden met de problematiek rond het naderend levenseinde; 62% van de huisartsen heeft reeds euthanasie toegepast of heeft hulp geboden bij zelfdoding. Dit geldt ook voor ongeveer de helft van de geneesheren-specialisten. RVT-artsen daarentegen gaan in mindere mate over tot euthanasie (12%). Dit blijkt uit de volgende tabel.

Houding en praktijk van Nederlandse artsen in verband met euthanasie of hulp bij zelfdoding

	Huisarts (n = 152) <i>Médecin généraliste</i> (n = 152)	Specialist (n = 203) <i>Médecin spécialiste</i> (n = 203)	RVT-arts (n = 50) <i>Médecin en maison de retraite</i> (n = 50)	Totaal (n = 405) <i>Total</i> (n = 405)
Heeft ze reeds toegepast. — <i>L'a déjà pratiqué un jour</i>	62 %	44 %	12 %	54 %
In de loop van de voorbije 24 maanden. — <i>Dans les 24 derniers mois</i>	28 %	20 %	6 %	24 %

patient prend une préparation que le médecin a préparée à sa demande, représente 0,3% des cas. Enfin, les interruptions de vie actives sans demande explicite représentent 0,8% des cas. Dans ce dernier groupe, on trouve un certain nombre de personnes qui ont fait une déclaration préalable, mais, dans la situation hollandaise, ces cas sont bien distincts de l'euthanasie elle-même.

Les raisons pour lesquelles les patients demandent qu'il soit mis fin à leurs jours sont souvent multiples, ainsi qu'il résulte du tableau ci-après.

Raisons exprimées par les patients demandant l'euthanasie ou le suicide assisté (plus d'une raison par patient) (n = 187)

Perte de dignité	57 %	
Douleurs	46 %	Douleur seule: 10 %
Agonie qui n'en vaut pas la peine	46 %	
Dépendance des autres	33 %	
Fatigue de vivre	23 %	

(Van der Maas et al., «*The Lancet*», 338, 14 septembre 1991.)

La raison la plus fréquemment exprimée est la perte de dignité. Ensuite viennent, à égalité, les douleurs et l'agonie qui n'en vaut pas la peine, et enfin la dépendance et la fatigue de vivre.

La douleur seule n'est présente que dans 10% des 187 demandes d'euthanasie analysées dans l'étude Van der Maas.

La douleur physique qui est, la plupart du temps, bien maîtrisable par les techniques médicales, n'est donc pas la raison principale pour laquelle les patients demandent qu'il soit mis fin à leur vie.

Aux Pays-Bas, ce sont en majorité des médecins généralistes qui sont confrontés à la fin de vie chez des patients à domicile; 62% des généralistes ont déjà pratiqué une euthanasie ou un suicide assisté, de même que la moitié des médecins spécialistes, alors que les médecins travaillant dans les maisons de retraite ont pratiqué peu d'euthanasies (12%), ainsi qu'il résulte du tableau ci-après.

Attitudes et pratiques des médecins hollandais face à l'euthanasie ou au suicide assisté

Euthanasie of hulp bij zelfdoding <i>Euthanasie ou suicide assisté</i>	Huisarts (n = 152) <i>Médecin généraliste (n = 152)</i>	Specialist (n = 203) <i>Médecin spécialiste (n = 203)</i>	RVT-arts (n = 50) <i>Médecin en maison de retraite (n = 50)</i>	Totaal (n = 405) <i>Total (n = 405)</i>
---	---	---	---	---

Heeft ze nooit toegepast maar zou daar onder bepaalde voorwaarden toe bereid zijn. — <i>Ne l'a jamais pratiqué mais y serait disposé sous certaines conditions</i>	28 %	40 %	60 %	34 %
Zou zelf weigeren maar naar een collega verwijzen. — <i>Ne voudrait jamais mais référerait à un confrère</i>	6 %	9 %	26 %	8 %
Zou zelf weigeren en niet doorverwijzen. — <i>Ne voudrait jamais ni ne référerait</i>	3 %	8 %	2 %	4 %

(Van der Maas et al., « *The Lancet* », 338, 14 september 1991.)

Het is duidelijk dat tot euthanasie wordt overgegaan wanneer men wordt geconfronteerd met uiterst slopende ziekten en niet omwille van economische overwegingen. Het aantal artsen dat zou weigeren om euthanasie toe te passen en niet naar een collega zou verwijzen is zeer beperkt (3% van de huisartsen, 8% van de specialisten en 2% van de RVT-artsen). Bovendien zou het merendeel van de artsen die nog geen euthanasie hebben toegepast, bereid zijn om het te doen.

Volgens het rapport-Van der Maas zijn artsen die al eens euthanasie hebben toegepast, eerder geneigd te zeggen dat ze terughoudender zouden zijn voor een tweede geval dan voor het eerste, omdat het een ervaring is die hen zeer zwaar valt. Dit kan de bevolking geruststellen.

Uit de volgende tabel blijkt ook dat de neiging van artsen om op een verzoek om euthanasie in te gaan toeneemt naarmate hun praktijkervaring toeneemt, wellicht omdat ze beter vertrouwd raken met de situatie van ongeneeslijk zieken.

(Van der Maas et al., « *The Lancet* », 338, 14 septembre 1991.)

Il s'agit clairement d'une pratique associée à des maladies extrêmement délabrantes, et non à des considérations économiques. Le nombre de médecins qui refuseraient de pratiquer l'euthanasie et ne référerait pas à un confrère est extrêmement limité (3% des généralistes, 8% des spécialistes et 2% des médecins en maison de retraite). Par ailleurs, la grande majorité de ceux qui ne l'ont jamais fait seraient prêts à le faire.

Selon l'étude Van der Maas, les médecins qui ont pratiqué une euthanasie sont ceux qui sont le plus fréquemment enclins à dire qu'ils seraient plus restrictifs pour un second cas que pour le premier, car il s'agit d'une expérience très dure, ce qui est d'ailleurs une garantie de sécurité pour le citoyen.

En outre, comme le montre le tableau suivant, la tendance des médecins à donner suite à une demande augmente avec leur expérience pratique, sans doute parce qu'ils sont plus familiarisés avec la situation du malade incurable.

Changes in Physicians' Opinions About Active Euthanasia in Relation to the Number of Years They Have Practiced Medicine

Years of Medical Practice	No. (%) of Physicians			
	More Permissive	More Restrictive	No Change	Total
2-9	24 (14)	24 (17)	89 (69)	137 (100)
10-19	49 (27)	25 (14)	117 (59)	191 (100)
≥ 20	27 (39)	6 (9)	40 (52)	73 (100)
Total	100 (25)	55 (14)	246 (61)	401 (100)

Percentages cannot be computed directly from absolute numbers in the sample (percentages are based on weighted data).

Deze studie werd vijf jaar later volgens dezelfde methodologie opnieuw uitgevoerd, om de invloed te evalueren van het akkoord tussen de artsfederatie KNMG en het ministerie van Justitie, dat aanleiding gaf tot het opstellen van een gemeenschappelijk document en tot een zekere institutionalisering van het gedoogbeleid dat in de vorige tien jaar bestond.

Cette étude a été commandée une nouvelle fois cinq ans plus tard, suivant la même méthodologie de façon à évaluer l'influence de l'ouverture assez importante que représentait l'accord signé entre l'Association royale néerlandaise des médecins et le ministère de la Justice en vue de produire un document commun, et d'entraîner une certaine institutionnalisation de la tolérance qui existait pendant la décennie précédente.

Die tweede studie werd gepubliceerd in de zeer prestigieuze *New England Journal of Medicine*, een vaktijdschrift dat op zeer kritische wijze de methodologie onderzoekt. De volgende tabel geeft daarvan een beeld.

Evolutie van de algemene kenmerken van de medische interventies rond het levenseinde in Nederland (1990-1995)

Cette étude a été publiée dans le journal «*New England Journal of Medicine*», publication médicale la plus prestigieuse et extrêmement sévère du point de vue des critiques de méthodologie. On se référera au tableau ci-après.

Évolution des caractéristiques générales des interventions médicales en fin de vie en Hollande (1990-1995)

	1990*	1995**	
Aantal sterfgevallen — <i>Nombre de décès</i>	128,786		(+ 5 %)
Hebben aan hun arts de verzekering van bijstand gevraagd indien het lijden ondraaglijk wordt — <i>Ont demandé à leur médecin l'assurance de leur assistance si les souffrances deviennent intolérables</i>	25,000	34,500	(+ 37 %)
Uitdrukkelijk euthanasieverzoek — <i>Demande explicite d'euthanasie</i>	8,900	9,700	(+ 9 %)
Gevallen van euthanasie — <i>Euthanasies pratiquées</i>	2,300 (1,9 %)	(2,3 %)	(+ 0,4 %)
Gevallen van hulp bij zelfdoding — <i>Suicides assistés pratiqués</i>	400 (0,3 %)	(0,4 %)	(+ 0,1 %)
Levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek — <i>Interruptions de vie non explicitement demandées</i>	1,000 (0,8 %)	(0,7 %)	(- 0,1 %)

(Van der Maas et al.,

* «*The Lancet*», 338, 14 september 1991.

** «*New Engl. J. Med.*», 335, 28 november 1996.)

In de loop van die vijf jaar is er een lichte evolutie in de structuur van de Nederlandse sterftcijfers waar te nemen; er is een kleine toename van het aantal kankergevallen. Op basis van de cijfergegevens over het aantal gevallen van euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek, besluiten de onderzoekers dat er op het vlak van de medische interventies in die periode geen gevoelige wijziging is geweest.

De toestand die wordt beschreven is niet zeer verschillend van de toestand in België: 128 000 sterfgevallen per jaar (tegen 120 000 in België), vergelijkbare bevolkingsstructuur en doodsoorzaken.

De Nederlandse gegevens kunnen dus gemakkelijk worden doorgetrokken voor België.

De studie vermeldt iets meer dan 2 000 gevallen van actieve euthanasie, 400 gevallen van hulp bij zelfdoding en 1 000 gevallen van levensbeëindiging zonder uitdrukkelijk verzoek per jaar.

Het gaat dus wel over een klein aantal sterfgevallen, maar dat wil niet zeggen dat men mag spreken over een zeer uitzonderlijke situatie, zoals sommigen doen.

In Nederland heeft het gedoogbeleid de dialoog tussen artsen en patiënten gevoelig verbeterd. In 1990 vroegen 25 000 patiënten aan hun arts om verzekering van bijstand indien het lijden ondraaglijk zou worden. Vijf jaar later is dit aantal gestegen tot 34 500, wat een toename met 37% betekent. Het aantal actieve interventies in die periode is evenwel niet beduidend toegenomen.

(Van der Maas et al.,

* «*The Lancet*», 338, 14 septembre 1991.

** «*New Engl. J. Med.*», 335, 28 novembre 1996.)

Il apparaît une légère évolution de la structure de mortalité aux Pays-Bas, une légère augmentation des maladies cancéreuses au cours de cette demi-décennie. Dès lors, en analysant la partie cruciale des chiffres, à savoir les euthanasies pratiquées, les suicides assistés, et les interruptions de vie non explicitement demandées, les auteurs concluent qu'il n'y a pas de modification significative de la pratique en cinq ans.

La situation décrite n'est pas très différente de celle de la Belgique: 128 000 décès par an (contre 120 000 en Belgique), des structures de population et des causes de mortalité comparables.

Par conséquent, les données recueillies aux Pays-Bas sont sans doute relativement transposables en Belgique.

L'étude fait état d'un peu plus de 2 000 euthanasies actives, 400 suicides assistés et un millier d'interruptions de vie non explicitement demandées, par an.

Cela représente donc une petite proportion des décès, mais c'est loin d'être la situation tout à fait exceptionnelle décrite par certains.

Aux Pays-Bas, l'ouverture à la tolérance a entraîné une augmentation très significative du dialogue entre les médecins et les patients. Alors qu'en 1990, 25 000 patients ont demandé à leur médecin l'assurance de leur assistance, si leurs souffrances devenaient un jour intolérables, il y en a eu 34 500 (soit une augmentation de 37%) cinq ans plus tard, sans pour autant que les nombres de gestes actifs posés ait évolué de façon significative.

Sedert de Van der Maas-rapporten van 1990 en 1995 is er in de Nederlandse procedure ook een wijziging doorgevoerd met het oog op een betere «reporting» of aangifte door de artsen van de gestelde daden van euthanasie. In het Van der Maas-rapport is er sprake van 2 700 gevallen, wat het dubbele is van het aantal gemelde gevallen.

Daarom werden regionale commissies opgericht die de daden van euthanasie onderzoeken. De commissies bestaan uit drie deskundigen: een arts, een jurist en een ethicus.

Volgens de huidige Nederlandse procedure meldt de arts de toepassing van euthanasie aan de wetsdokter. Deze maakt een verslag op dat hij samen met de aangifte van de arts naar de officier van justitie en naar de regionale commissie stuurt.

De commissie onderzoekt de zaak en verleent advies aan de officier van justitie, die beslist of hij de arts al dan niet gerechtelijk zal vervolgen, en aan de regionale gezondheidsinspecteur, die een tuchtrechtelijke procedure binnen de orde kan opstarten. De regionale commissie zendt een kopie van haar advies naar de arts die eventueel opmerkingen kan formuleren en zich, indien nodig, kan verdedigen.

De spreker deelt nog de volgende tabellen mee.

Meldingen van gevallen van euthanasie of van hulp bij zelfdoding door verpleegsters op de intensive care-afdeling (USA) (n = 827)

Omstandigheden — Circumstances	Aantal verpleegsters — Nombre d'infirmières		Aantal gevallen — Nombre de situations	
	n	(%)	totaal — total	in het voorbijge jaar — au cours de la dernière année
Totaal. — Total	129	(15.6)	553	124
Niet in een instelling (ziekenhuis of andere) — en dehors d'une institution (hospitalière ou autre)	5	(0.6)	4	0
Op vraag van — À la demande				
de patiënt — du patient	40	(4.8)	133	19
de omgeving — de l'entourage	72	(8.7)	264	67
een andere verpleegster — d'une autre infirmière	10	(1.2)	60	8
de behandelende arts — du médecin traitant	83	(10.0)	371	70
een andere arts — d'un autre médecin	25	(3.0)	146	30

(Asch. D.A., «New Engl. J. Med.», 334, 23 mei 1996.)

Percentage van de artsen dat het principe van actieve euthanasie aanvaardt (meta-analyse)

Jaren	%
1984	31
1985	34

Depuis les études Van der Maas de 1990 et 1995, un autre changement a eu lieu dans la procédure hollandaise, en vue d'améliorer le «reporting», c'est-à-dire la déclaration, par les médecins, des euthanasies pratiquées. En effet, l'étude Van der Maas mentionne 2 700 cas, soit le double des cas déclarés.

C'est pourquoi on a instauré des commissions régionales qui examinent les actes d'euthanasie, et qui sont constituées d'un expert-médecin, d'un juriste et d'un expert-éthicien.

Dans la procédure actuelle aux Pays-Bas le médecin qui a pratiqué une euthanasie le signale au médecin-légiste, qui fait un rapport et envoie celui-ci, ainsi que le rapport du médecin, au procureur de la Reine et à la commission régionale de contrôle.

Celle-ci fait une enquête et donne son avis au procureur de la Reine — qui décide soit d'initier des poursuites, soit de classer le dossier — et à l'inspecteur régional de la santé, qui peut faire une démarche disciplinaire auprès de l'ordre, distincte de celle à l'égard de la justice. Une copie de l'avis de la commission régionale de contrôle est adressée au médecin, qui a l'occasion de formuler des observations et, le cas échéant, de se défendre.

L'orateur communique encore les tableaux ci-après.

Situations d'euthanasie ou de suicide assisté rapportées par des infirmières des soins intensifs (USA) (n = 827)

Aantal verpleegsters — Nombre d'infirmières	Aantal gevallen — Nombre de situations		
		n	(%)
Totaal. — Total	129 (15.6)	553	124
Niet in een instelling (ziekenhuis of andere) — en dehors d'une institution (hospitalière ou autre)	5 (0.6)	4	0
Op vraag van — À la demande			
de patiënt — du patient	40 (4.8)	133	19
de omgeving — de l'entourage	72 (8.7)	264	67
een andere verpleegster — d'une autre infirmière	10 (1.2)	60	8
de behandelende arts — du médecin traitant	83 (10.0)	371	70
een andere arts — d'un autre médecin	25 (3.0)	146	30

(Asch. D.A., «New Engl. J. Med.», 334, 23 mai 1996.)

Pourcentage de médecins acceptant le principe de l'euthanasie active (méta-analyse)

Années	%
1984	31
1985	34

Jaren	%
1987	40
1988	52
1993	54

(Kennis Y., Bull. Nat. Orde van artsen, 1994.)

Physicians' Practice and Attitudes Regarding Active Euthanasia

Années	%
1987	40
1988	52
1993	54

(Kennis Y., Bull. Ordre nat. des médecins, 1994.)

Physicians' Practice and Attitudes Regarding Active Euthanasia

Variable	No. (%) of Physicians			
	More Permissive	More Restrictive	No Change	Total
Ever performed active euthanasia	40 (44)	29 (66)	106 (48)	175 (49)
Never performed, but would be willing under certain circumstances	47 (47)	17 (20)	99 (38)	163 (38)
Never performed and believe it not conceivable ever to do so	13 (9)	9 (14)	41 (14)	63 (13)
Total	100 (100)	55 (100)	246 (100)	401 (100)

Percentages cannot be computed directly from absolute numbers in the sample (percentages are based on weighted data).

Deze grafiek is beschikbaar op papier en op de WWW-site van de Senaat (<http://www.senate.be>).

Ce graphique est disponible sur support papier et sur le site WWW du Sénat (<http://www.senate.be>).

De heer Vermeersch voegt hieraan toe dat volgens de door de vorige spreker uiteengezette methode Van

M. Vermeersch ajoute qu'on a organisé récemment, en Flandre, une enquête approfondie sur les

der Maas, zeer recent in Vlaanderen een uitgebreid onderzoek heeft plaatsgevonden in verband met de oorzaken van overlijden.

De resultaten van dit onderzoek zijn nog niet bekendgemaakt. Wel zijn gegevens bekend van een pilotstudie die, voorafgaand aan het onderzoek, in Hasselt is uitgevoerd en die betrekking heeft op 269 sterfgevallen.

Uit dit pilootonderzoek blijkt dat het procentuele aandeel van euthanasie, dat in het eerste Nederlandse onderzoek 1,7%, en in het tweede Nederlandse onderzoek 2,4% bedroeg, in Hasselt op 1,1% lag.

Hulp bij zelfdoding maakte in de beide Nederlandse onderzoeken 0,2% van het totaal uit. In Hasselt bedroeg dit 0,7%.

Verrassender zijn echter de cijfers in verband met de levensbeëindiging op initiatief van de arts, zonder verzoek van de patiënt. In het eerste Nederlandse onderzoek maakte deze vorm van levensbeëindiging 0,8% uit. In Hasselt was dit echter niet minder dan 3%. Dit betekent dat in Hasselt het aantal levensbeëindigingen door de arts, zonder dat de patiënt hierom heeft gevraagd, vier keer meer voorkomt dan in Nederland, waar een euthanasieregeling van kracht is.

Wanneer men deze cijfers extrapoleert, betekent dit dat in Vlaanderen jaarlijks ongeveer 700 gevallen van euthanasie of hulp bij zelfdoding voorkomen. Hier tegenover staan echter 1 800 gevallen van levensbeëindiging zonder dat er verzoek van de patiënt is geweest.

In sommige van de wetsvoorstellen staat dat er geen cijfers inzake levensbeëindiging bekend zijn. Zodra de resultaten van het voormelde onderzoek worden vrijgegeven, zal men wel over wetenschappelijke gegevens kunnen beschikken. Indien die in de lijn liggen van het Hasseltse pilootproject — en er is geen reden om te vermoeden dat dit niet zo is — dan zal de wetgever ze onmogelijk kunnen negeren.

III. Uiteenzetting door de heer Van Orshoven, onderzitter van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek

De heer Van Orshoven vat de vier voorstellen die in het advies nr. 1 naast elkaar worden gezet, kort samen:

— een wijziging van de strafwet die euthanasie de facto hetzelfde statuut zou geven als andere medische handelingen;

— het onder bepaalde voorwaarden toelaten van euthanasie zonder wijziging van de strafwet, waarbij de beslissing wordt genomen door de arts, op verzoek

causes de décès, en appliquant la méthode Van der Maas qui a été décrite par le préopinant.

Les résultats de cette enquête n'ont pas encore été publiés. On dispose toutefois des données d'une étude pilote portant sur 269 décès, qui a été réalisée à Hasselt avant l'enquête.

Il ressort de cette étude pilote que, à Hasselt, le pourcentage de cas d'euthanasie s'élevait à 1,1%, contre 1,7% dans la première étude néerlandaise et 2,4% dans la seconde.

L'assistance au suicide représentait 0,2% des décès dans les deux enquêtes néerlandaises. À Hasselt, le pourcentage était de 0,7%.

Cependant, les chiffres relatifs à l'interruption de la vie à l'initiative du médecin, en l'absence de demande du patient, sont plus étonnants. Dans la première étude néerlandaise, cette forme d'interruption de la vie représentait 0,8% des cas. À Hasselt, ce chiffre atteignait 3%. Cela signifie qu'à Hasselt, le nombre d'interruptions de la vie effectuées par un médecin en l'absence de demande du patient, est quatre fois plus élevé qu'aux Pays-Bas, où il existe une réglementation de l'euthanasie.

Lorsqu'on extrapole ces chiffres, on peut en déduire qu'il y a en Flandre environ 700 cas d'euthanasie ou d'assistance au suicide par an, mais qu'il y a 1 800 cas d'interruption de la vie non demandée par le patient.

Dans les développements de certaines des propositions de loi en question, on peut lire qu'on ne dispose pas de chiffres sur l'interruption de la vie. Dès que les résultats de l'étude susvisée seront publiés, on disposera de données scientifiques. Au cas où celles-ci s'inscriraient dans la ligne des résultats du projet pilote de Hasselt — et rien ne permet de supposer que ce ne sera pas le cas — le législateur ne pourrait pas les ignorer.

III. Exposé de M. Van Orshoven, vice-président du Comité consultatif de bioéthique

M. Van Orshoven résume brièvement en quoi consistent les quatre propositions qui ont été présentées dans l'avis n° 1 :

— la première consiste à modifier le droit pénal pour accorder *de facto* à l'euthanasie le même statut qu'aux autres actes médicaux;

— la deuxième consiste à autoriser l'euthanasie dans certaines conditions sans modifier le droit pénal, la décision étant prise par le médecin à la demande du

van de patiënt, maar met in achtname van een procedure *a posteriori* die het mogelijk maakt na te gaan of er sprake is van een noodtoestand;

— het onder bepaalde voorwaarden toelaten van euthanasie zonder wijziging van de strafwet, maar met instelling van een procedure *a priori*, waarbij de behandelende arts ten minste eerst een andere arts en een derde persoon, niet-arts, raadpleegt en waarbij vooraf een rapport wordt opgesteld dat *a posteriori* controle mogelijk moet maken;

— het onverkort handhaven van het verbod op euthanasie.

Wat het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen betreft, wil hij kort zijn. Door anderen laten beslissen dat iemands leven niets meer waard is en hem of haar dan doden, overtreft voor hem de stoutste verbeelding en is volstrekt in tegenstrijd met de rechten van de mens. Dit geldt even goed voor het zogenaamde «levenstestament». Hoe kan iemand immers op voorhand voorzien in welke omstandigheden hij zich zal bevinden of wat hij zou kunnen wensen op het ogenblik van zijn stervensuur. De toelichting bij het wetsvoorstel van de heer Monfils is wat dit betreft voldoende duidelijk.

Persoonlijk behoort hij ook tot diegenen die ook euthanasie in de eigenlijke betekenis van het woord afwijzen. Zijns inziens gaat het niet op in deze aangelegenheid het absolute zelfbeschikkingsrecht of de autonomie van het individu in te roepen. Niemand leeft of sterft uitsluitend voor zichzelf.

Het argument van het «recht op waardig sterven» kan hem evenmin overtuigen. Ook een persoon die oud, zwak of ziek is, behoudt zijn menselijke waardigheid, evenzeer overigens als een verminkte, gehandicapte of demente patiënt.

Vaak wordt in dit verband verwezen naar het onnoemelijke of ondraaglijke lijden. Het betreft hier echter, zeker met de huidige medische technieken, slechts een zeer miniem aandeel van de patiënten. Wat dit betreft, spreekt hij vanuit zijn ervaring als arts die honderden patiënten in hun stervensproces begeleid heeft.

De heer Van Orshoven is echter, ondanks het voorgaande, van oordeel dat een regeling inzake euthanasie aanvaardbaar is. Een dergelijke regeling moet evenwel de absolute garantie bieden dat euthanasie alleen wordt toegepast op patiënten die dit werkelijk wensen. Zij moet bovendien paal en perk stellen aan een inderdaad verbreide praktijk, waarbij een einde wordt gemaakt aan het leven van patiënten die hier niet om gevraagd hebben.

Om deze doelstellingen te bereiken, zal een regeling zijns inziens minstens aan drie voorwaarden moeten voldoen:

patient, mais suivant une procédure *a posteriori* qui permet de contrôler s'il y a «état de nécessité»;

— la troisième consiste à autoriser l'euthanasie sous certaines conditions sans modifier le droit pénal, mais en instaurant une procédure *a priori*, selon laquelle le médecin traitant doit consulter au moins un autre médecin et un tiers qui n'est pas médecin, d'une part, et où l'on rédige préalablement un rapport permettant un contrôle *a posteriori*;

— le maintien pur et simple de l'interdit de l'euthanasie.

En ce qui concerne l'euthanasie des incapables, l'intervenant tient à être bref. Il a toujours tenu pour absolument inconcevable que l'on puisse un jour donner à autrui le pouvoir de décider que la vie d'une personne ne vaut plus rien et de tuer ensuite cette personne. Il estime que c'est totalement contraire aux droits de l'homme. Il pense de même en ce qui concerne le «testament de vie». Comment une personne pourrait-elle en effet prévoir les circonstances dans lesquelles elle va se trouver ou ce qu'elle souhaitera à l'heure de sa mort? Les développements de la proposition de loi de M. Monfils sont suffisamment clairs sur ce point.

Personnellement, il est de ceux qui rejettent l'euthanasie au sens propre du terme. Il estime que l'on ne peut pas, en la matière, invoquer le droit à l'autodétermination absolue ou à l'autonomie de l'individu. Nul ne vit ni ne meurt exclusivement pour soi-même.

Il n'est pas davantage convaincu par l'argument selon lequel chacun a «droit à une mort digne». Une personne, même malade, faible ou âgée, estropiée, handicapée ou démente conserve sa dignité humaine.

À ce sujet, on fait souvent référence à la notion de souffrance indescriptible ou insupportable. Il s'agit toutefois en l'occurrence et, en particulier, compte tenu de l'état d'avancement actuel des techniques médicales, d'un pourcentage très limité de patients. À ce sujet, il se fonde sur sa propre expérience de médecin ayant accompagné des centaines de patients dans leur derniers jours.

Malgré les considérations qu'il vient d'émettre, M. Van Orshoven est d'avis que l'idée de réglementer l'euthanasie est envisageable pour autant que l'on ait la garantie absolue que l'euthanasie ne sera pratiquée qu'en ce qui concerne les patients qui la souhaitent réellement. Il faudrait par ailleurs que la réglementation de l'euthanasie que l'on adopterait mette fin à une pratique largement répandue qui consiste à provoquer la mort de patients qui n'ont rien demandé.

Il estime qu'il faudra, pour que l'on puisse atteindre ces objectifs, que la réglementation adoptée remplisse au moins trois conditions:

— De verplichting opgelegd aan de behandelende arts om een andere arts te raadplegen. Deze laatste mag niet om het even wie zijn, maar zou bijvoorbeeld moeten worden gekozen uit een groep van een tiental geneesheren die hiertoe speciaal zijn gemachtigd. Deze arts moet mee oordelen of de objectieve voorwaarden voor het voltrekken van euthanasie vervuld zijn, namelijk het ongeneeslijke en terminale karakter van de aandoening en het ondraaglijke karakter van de pijn en het lijden van de patiënt.

— Het verplicht raadplegen van een derde persoon niet-arts. Dit kan een ethicus, een psycholoog, een jurist, etc. zijn, eveneens gekozen uit een vooraf bepaalde groep. Deze persoon moet onder meer oordelen of de patiënt alle informatie en inlichtingen heeft ontvangen waar bij recht op heeft en over de uitdrukkelijke wil om zijn leven te laten beëindigen. Voorts moet hij erover waken dat alle andere personen die de patiënt wenst te raadplegen, ook geraadpleegd worden.

Zoals de heer Vermeersch reeds opmerkte, betreft het hier de raadpleging van individuele personen en niet van een ethisch comité of van een andere commissie. Bovendien gaat het hier om een raadpleging. De uiteindelijke beslissing om op het verzoek van de patiënt in te gaan, ligt bij de behandelende arts.

— Er moet een voldoende controle *a posteriori* ingebouwd worden, uitgevoerd door aangestelden van de rechterlijke macht. Deze controle wordt best aan een collectief orgaan toevertrouwd. Dit onderzoekt niet alleen de overlijdens die officieel het gevolg zijn van euthanasie, maar screent ook andere overlijdens op hun oorzaken.

De heer Van Orshoven is van oordeel dat slechts indien aan deze zorgvuldigheidseisen voldaan is, voldoende bescherming kan worden gegarandeerd aan mensen die niet willen dat hun leven voortijdig afgebroken wordt, aan de patiënten die wel van hun zogenaamd «zelfbeschikkingsrecht» gebruik willen maken en aan de artsen die uit echte betrokkenheid bij het wel en wee van hun patiënten, bereid zijn tot euthanasie over te gaan. Ook aan hen moet de wetgever de nodige rechtszekerheid bieden.

IV. Uiteenzetting door de heer Cassiers, vice-voorzitter van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek

Voorafgaande vraag

De voorzitter verwijst naar het verslag van het debat dat in de Senaat werd gevoerd op 9 en 10 december 1997.

Bij die gelegenheid gaf de heer Cassiers de volgende definitie van euthanasie: «opzettelijk levensbeëindi-

— Elle devra obliger le médecin traitant à consulter un autre médecin. Ce deuxième médecin ne pourra pas être n'importe qui. Il devra, par exemple, être choisi parmi un groupe d'une dizaine de médecins spécialement habilités. Ce deuxième médecin devra déterminer, avec le médecin traitant, si les conditions objectives pour que l'on puisse pratiquer l'euthanasie sont réunies, ce qui signifie que le patient devra être atteint d'une maladie incurable et se trouver en phase terminale et qu'il devra éprouver des douleurs et des souffrances insupportables.

— Elle devra imposer l'obligation de consulter une troisième personne qui n'est pas un médecin. Cette personne pourra être un spécialiste des questions éthiques, un psychologue, un juriste, etc. choisi également parmi un groupe déterminé à l'avance. Elle devra déterminer entre autres si le patient a reçu toutes les informations auxquelles il a droit, et juger de la volonté expresse du patient que l'on interrompe sa vie. Elle devra en outre veiller à ce que toutes les autres personnes que le patient souhaite consulter soient consultées effectivement.

Comme M. Vermeersch l'a déjà fait remarquer, il est question en l'espèce de la consultation d'individus et non pas de la consultation d'un comité éthique ou d'une commission quelconque. Il s'agit en outre d'une consultation. La décision finale d'accéder à la demande du patient est du ressort du médecin traitant.

— Elle devra prévoir un contrôle *a posteriori* suffisant des préposés du pouvoir judiciaire. Ce contrôle devrait être confié de préférence à un organe collectif, qui serait chargé non pas seulement d'examiner les cas de décès résultant officiellement d'un acte d'euthanasie, mais aussi les autres cas de décès, ainsi que leurs causes.

M. Van Orshoven estime que c'est seulement lorsque ces critères de prudence seront remplis que l'on pourra garantir une protection suffisante aux personnes qui ne souhaitent pas que leur vie soit interrompue prématurément, aux patients qui souhaitent exercer leur droit à «disposer d'eux-mêmes» et aux médecins qui sont disposés à pratiquer l'euthanasie parce qu'ils se préoccupent réellement des heurs et malheurs de leurs patients. Le législateur doit également offrir la sécurité juridique nécessaire à ces personnes.

IV. Exposé de M. Cassiers, vice-président du Comité consultatif de bioéthique

Question préliminaire

Le président se réfère au compte-rendu du débat qui a eu lieu au Sénat les 9 et 10 décembre 1997.

À cette occasion, M. Cassiers a donné de l'euthanasie la définition suivante: «L'acte pratiqué par un

gend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek». Wordt deze definitie door de vier aanwezige leden van het Raadgevend Comité aanvaard?

De heer Vermeersch antwoordt dat die definitie door het gehele Comité wordt aanvaard.

*
* *

De heer Cassiers wenst er de aandacht op te vestigen dat dit een moeilijk punt is; waardoor de meningsverschillen die in het advies van het Comité naar voren komen, niet zo scherp afgetekend zijn als dat op het eerste gezicht lijkt. Het betreft immers een probleem waar niemand echt uitgeraakt omdat er veel argumenten pro, maar ook veel argumenten contra zijn.

De spreker illustreert dit aan de hand van verschillende punten in het verslag, waaraan niet voldoende aandacht wordt besteed. Nochtans gaat het om essentiële elementen voor het debat dat in het Parlement moet worden gevoerd.

In de eerste plaats is er het begrip «uitzichtloze ziekte» of «uitzichtloze toestand». Dit kan op twee manieren worden opgevat.

Voor sommigen gaat het om een terminaal proces, waarbij de dood in ieder geval binnen enkele dagen, weken of hoogstens enkele maanden, zal intreden. Het gaat dan bijvoorbeeld over kankers die zozeer zijn uitgezaaid, dat dit spoedig tot de dood zal leiden. Een verzoek om euthanasie kan volgens hen slechts worden aanvaard als het uitgaat van een patiënt die zich in dergelijke omstandigheden bevindt, of die een voorafgaande verklaring heeft geformuleerd.

Volgens anderen wordt een ziekte beoogd die op zich niet tot de dood leidt, maar die de patiënt als ondraaglijk ervaart. Het zou kunnen gaan om een jongere die bij een ongeluk zijn ruggengraat heeft gebroken en volledig verlamd is.

Het kan ook gaan om een ziekte die niet onmiddellijk de dood tot gevolg heeft, zoals beginnende seniele dementie of multiple sclerose.

Dit leidt tot twee zeer uiteenlopende benaderingen: in de eerste opvatting gaat het erom de nakende dood te versnellen; in de tweede gaat het om actieve hulp bij zelfdoding.

Fundamenteel in beide situaties is de conceptie van de menselijke waardigheid.

Dit lezen we tussen de regels door in de voorstellen van de leden van het Ethisch Comité.

tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne suite à la demande de celle-ci». Cette définition est-elle acceptée par les quatre membres présents du Comité consultatif?

M. Vermeersch répond qu'elle est acceptée par tout le Comité.

*
* *

M. Cassiers souhaite attirer l'attention sur la difficulté de la question, qui a pour effet que les clivages apparaissant dans l'avis du Comité ne sont pas aussi évidents qu'il y paraît. En effet, il s'agit d'un problème où personne n'est entièrement satisfait des positions qu'il prend, parce que les arguments pour et contre sont trop nombreux.

L'orateur illustre ceci en soulignant plusieurs points qui ressortent du rapport, mais dont l'importance n'est généralement pas soulignée. Ils constituent cependant des enjeux essentiels des débats que le Parlement aura à mener.

Tout d'abord, il y a deux façons de comprendre les mots «une maladie sans issue» ou «une situation sans issue».

Pour les uns, on vise un processus terminal, où la mort interviendra de toute façon dans quelques jours, quelques semaines ou au plus tard quelques mois. On vise par exemple les cas de cancer extrêmement métastasé, de nature à entraîner une mort prochaine. Certains pensent que l'on ne peut accepter une demande d'euthanasie venant du patient que dans ce type de cas, voire, éventuellement, dans le cas d'une déclaration anticipée.

Dans une autre conception, on vise une maladie qui, comme telle, ne conduit pas à la mort, mais que le patient considère comme tout à fait intolérable. Il s'agit par exemple du jeune qui s'est cassé la colonne vertébrale dans un accident et est devenu tétraplégique.

Dans cette seconde interprétation, on viserait aussi une maladie dont l'issue mortelle est beaucoup plus lointaine, telle une démence sénile débutante, ou une sclérose en plaques.

Ces deux conceptions sont très différentes puisque, dans la première interprétation, il s'agit de hâter une mort proche, alors que dans la seconde, il s'agit de demandes d'assistance active à un suicide.

Ces deux types de situations recouvrent plus ou moins une autre sorte d'option qui, elle, concerne davantage le fond de la question, à savoir la conception que l'on a de la dignité humaine.

Cette conception se retrouve en filigrane de beaucoup de positions adoptées par les membres du Comité d'éthique.

Voor sommigen kan alleen de zieke oordelen wanneer zijn bestaan niet langer menswaardig is, voor anderen is menselijke waardigheid iets wat men van anderen krijgt.

In deze laatste opvatting stelt een patiënt, die het gevoel heeft dat hij zijn waardigheid heeft verloren, veeleer de vraag hoe het komt dat men hem geen waardigheid heeft verleend, dan wel of hij ze op min of meer objectieve wijze heeft verloren omdat hij aan een bepaalde ziekte lijdt.

Deze twee opvattingen sluiten elkaar niet uit, maar leggen de klemtoon op een verschillend aspect.

Ze zijn belangrijk omdat ze bepalend zijn voor vele keuzes die in deze materie worden gemaakt.

Als men van mening is dat het vooral de patiënt is die moet oordelen of zijn leven nog menswaardig is, zal men meer belang hechten aan het vertrouwelijk gesprek tussen arts en patiënt.

Voorstanders van de tweede benaderingswijze zullen veeleer geneigd zijn om de omgeving en het verplegend team in het overleg te betrekken.

Op langere termijn zullen zij die vooral oog hebben voor de mening van de patiënt en een individualistische benadering voorstaan, geneigd zijn de eigenschappen te beklemtonen die leiden tot vrije wilsbeschikking, zoals luciditeit en andere.

Zij die oordelen dat menselijke waardigheid wordt verleend, vrezen dat als deze zienswijze niet strikt wordt gevolgd, er een gevaar is dat het leven van onder meer mentaal gehandicapten of mensen die leiden aan seniele dementie, als mensonwaardig wordt beschouwd.

Een andere vraag betreft de eventuele wijziging van het Strafwetboek. Een bepaalde strekking is er zeer aan gehecht dat elke samenleving absoluut als beginsel moet vooropstellen dat niemand het recht heeft om een einde te maken aan het leven van een ander.

Een minderheid neemt dit standpunt in om religieuze redenen, maar anderen zijn van mening dat dit beginsel essentieel is om verbondenheid en veiligheid in de maatschappij te waarborgen, in het bijzonder ten aanzien van de zwaksten en meest kwetsbaren (*cf.* een recent artikel van de heer Roger Lallemand, die, ofschoon hij vindt dat uitzonderingen mogelijk moeten zijn, heel erg de nadruk legt op het belang van het argument dat om symbolische redenen niet aan de strafwet mag worden geraakt, omdat het een garantie betreft die voor iedereen moet gelden).

Anderen beklemtonen meer de medische context. Zij oordelen dat deze daden moeten worden beschouwd als behorend tot het geheel van de medische praktijk, gelet op de essentiële rol die artsen hoe dan ook spelen in het leven en de dood van mensen.

Ainsi, pour les uns, c'est la personne atteinte elle-même qui seule peut juger de sa déchéance, alors que, pour les autres, la dignité humaine vient de ce qu'elle est conférée par les autres.

Dans cette dernière conception, un malade qui a le sentiment d'avoir perdu sa dignité pose en fait beaucoup plus la question de savoir comment on ne la lui a pas donnée, que celle de savoir s'il l'a perdue plus ou moins objectivement, parce qu'il souffre de telle maladie.

Ces deux approches ne sont pas absolument exclusives l'une de l'autre, mais accentuent davantage un aspect plutôt que l'autre.

Elles sont importantes car elles déterminent beaucoup de choix qui sont faits en la matière.

Ainsi, si l'on estime que c'est avant tout au malade lui-même de juger de la perte de sa dignité, on donnera la préférence au colloque singulier entre le patient et le médecin.

Dans la seconde approche, au contraire, on aura tendance à faire intervenir l'entourage et l'équipe soignante dans la concertation.

À plus long terme, ceux qui veulent privilégier l'avis du seul malade, et ont une approche individualiste, auront tendance à accentuer les qualités qui font que l'on est libre de sa décision, lucide, etc.

Dans l'autre position, qui considère davantage la dignité comme conférée par les autres, on est beaucoup plus sensible au fait que, si l'on ne s'en tient pas à cette position, l'on risque de poser des évaluations de perte de dignité, par exemple, pour des débiles mentaux, des personnes atteintes de démence sénile, etc.

Une autre question concerne la modification éventuelle du Code pénal. Une tendance est très sensible au fait que toute société doit impérativement poser comme principe que personne n'a le droit de mettre fin à la vie d'autrui.

Certains — plutôt minoritaires — adoptent ce point de vue pour des motifs religieux, mais d'autres pensent que ce principe est essentiel pour garantir un lien social et une sécurité, en particulier pour ceux qui sont les plus faibles et les plus vulnérables (*cf.* un article récent de M. Roger Lallemand qui, tout en estimant qu'il doit y avoir des exceptions, insiste fortement sur la valeur de l'argument selon lequel il ne faut pas toucher au Code pénal parce que, symboliquement, il s'agit d'une garantie dont chacun doit pouvoir bénéficier).

D'autres accentuent davantage le contexte médical dans lequel les actes sont posés, et estiment qu'il faut englober ces actes dans l'ensemble des pratiques médicales, compte tenu du rôle essentiel que jouent en tout état de cause les médecins dans la vie et la mort des gens.

Daarom zijn de voorstanders van de derde optie in het advies van mening dat het Strafwetboek niet moet worden gewijzigd. Het concept van de noodtoestand volstaat om dit probleem te regelen.

Voorstanders van de eerste en de tweede optie van het advies, vinden evenwel dat een wijziging van de strafwet noodzakelijk is om de rechtszekerheid van de artsen in deze te waarborgen.

*
* *

V. Gedachtewisseling

Een lid dankt de leden van het bureau van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek voor hun uiteenzettingen en feliciteert hen voor de nuances die ze hebben aangebracht.

Het gaat hier om een ernstig probleem en elke mogelijke vergissing in welke richting ook moet worden uitgesloten omdat het per definitie om situaties gaat die eenmalig zijn en het eventuele slachtoffer zich niet meer kan verdedigen.

De spreker zegt dat hij getroffen is door de informatie die de heer Vermeersch heeft verstrekt. Het zou interessant zijn om het artikel van de *New England Journal of Medicine* te analyseren.

Als men het bruto-cijfer van 3% neemt dat daarin wordt gegeven, kan men ervan uitgaan dat de patiënt op dit ogenblik de patiënt niet wordt beschermd tegen opgedrongen beslissingen. Dat is misschien een bijkomende reden voor een wetswijziging.

De spreker wenst hierover de mening van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek te horen.

Een tweede overweging spruit voort uit de uiteenzetting van de heer Cassiers. Volgens de Nederlandse statistieken die de heer Englert heeft aangehaald, is de meest voorkomende motivering van mensen die om euthanasie verzoeken het verlies van waardigheid.

Alleen de patiënt zelf kan evenwel dit gevoel inschatten en men moet zeer terughoudend zijn tegenover de overwegingen van de omgeving nopens de evaluatie van die aftakeling.

Het is de patiënt die dit gevoel ervaart, die het uitdrukt en die er moet mee leven. Hij alleen kan het juist evalueren en de resterende tijd en de mogelijkheden tot communicatie naar waarde schatten. De patiënt kiest ook zijn gesprekspartner.

Hoe kan men dan verantwoorden, los van de wijze waarop de formulering van het verzoek wordt onderzocht en van de raadpleging van een arts, dat derden die niet door de patiënt zijn aangewezen, een oordeel uitspreken over het gevoel dat hij heeft over zijn toestand?

C'est pourquoi les partisans de la troisième option contenue dans l'avis estiment qu'il ne faut pas modifier le Code pénal, le concept d'état de nécessité suffisant à gérer le problème.

Dans la première et la deuxième option reprises dans l'avis, on considère au contraire que la sécurité des médecins et des actes médicaux demande au contraire que l'on modifie le Code pénal.

*
* *

V. Échange de vues

Un membre remercie les membres du bureau du Comité consultatif de bioéthique pour leurs exposés, et les félicite pour les nuances qu'ils y ont exprimées.

Dans un problème aussi grave, il faut éviter toute forme d'erreur par défaut et par excès, et ce d'autant plus qu'il s'agit de situations qui, par définition, ne se présentent qu'une fois, et où la victime éventuelle n'est plus là pour se faire entendre.

L'intervenant se dit frappé par l'information qui vient d'être communiquée par M. Vermeersch. Il serait intéressant d'analyser l'article du «New England» quand il paraîtra.

S'il faut s'en tenir au chiffre brut de 3% qui est cité, on peut considérer que la situation actuelle ne protège pas le patient par rapport à des erreurs par excès. Il s'agit peut-être là d'un argument supplémentaire pour légiférer.

L'intervenant aimerait connaître le point de vue des membres du Comité consultatif à cet égard.

Une seconde réflexion fait suite à l'intervention de M. Cassiers. Selon les statistiques hollandaises mentionnées dans l'exposé de M. Englert, la motivation la plus fréquemment invoquée à l'appui d'une demande d'euthanasie est le sentiment de déchéance.

Or, seul le patient lui-même peut mesurer l'ampleur de ce sentiment, et il faut formuler des réserves quant aux considérations que l'entourage pourrait avoir sur l'évaluation de la déchéance.

C'est le patient qui ressent celle-ci, qui l'exprime, et qui la vit. Lui seul peut en avoir une évaluation tout à fait exacte, et apprécier le temps et les possibilités de communication qui restent. C'est aussi le patient qui choisit son interlocuteur.

Dès lors, indépendamment des structures de vérification de la formulation de la demande, et de la consultation d'un médecin, comment pourrait-on justifier que des tiers qui n'auraient pas été choisis par le patient s'érigent en juges du sentiment que celui-ci peut avoir de sa situation?

Een volgende vraag betreft het begrip «nood-situatie». Men spreekt vaak van de fysieke pijn. Het blijkt dat als de fysieke pijn goed onder controle wordt gehouden, het aantal gevallen waar de patiënt om reden van fysieke pijn om euthanasie verzoekt, wellicht zal afnemen.

Maar wat met de patiënt die psychisch lijdt en dat, voor zover het nog mogelijk is, te kennen geeft?

Het gaat hier om een patiënt in de stervensfase, maar het is ook bekend dat mensen die zelf niet lijden aan bijvoorbeeld een geestesziekte, moeilijk kunnen inschatten hoezeer psychiatrische zieken kunnen lijden.

Fysieke pijn kan misschien nog enigszins worden gemeten, maar men zou zelf geestesziek moeten zijn om een idee te hebben hoe zwaar psychisch leed kan wegen.

Hoe geraakt men eruit dat alleen de patiënt zelf zijn verzoek kan formuleren tegenover iemand die hij zelf aanwijst en die dan in zijn plaats zal optreden?

Ten slotte stelt de spreker nog een vraag over het tweede advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek dat gaat over personen die niet meer in staat zijn om hun wil kenbaar te maken.

Het lijkt verantwoord om enig voorbehoud te maken bij wat het «levenstestament» werd genoemd en waarvoor wellicht een betere en preciezere benaming kan worden gevonden.

Het is juist dat dergelijke verklaringen worden opgemaakt door mensen die in goede gezondheid verkeren en misschien niet in staat zijn om zich in te leven in een gevoel van aftakeling, om het relatieve karakter van de resterende tijd te evalueren, vooral als die beperkt is, of om de mogelijkheden tot communicatie van een patiënt op het einde van zijn leven naar waarde te schatten.

Vinden de leden van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek dat, wegens dit voorbehoud, men het recht heeft vlug de geldigheid van een dergelijke verklaring af te wijzen, als men weet dat ze door bewuste mensen die over al hun intellectuele vermogens beschikken werd opgesteld, precies omdat ze vrezen dat wanneer het feit zich voordoet, ze hun gevoelens over hun aftakeling niet langer zelf zullen kunnen uitdrukken?

Een ander lid merkt op dat de heren Vermeersch en Cassiers het belang van de terminologie hebben benadrukt. De spreker zou graag beschikken over een glossarium van de meest essentiële definities die noodzakelijk zijn voor een goed verloop van de debatten.

De heer Vermeersch antwoordt dat die definities in de adviezen zijn opgenomen, maar dat hij bereid is om ze gemakshalve te groeperen.

Une troisième question concerne la notion de détresse. On parle souvent de la douleur physique. L'expérience montre bien que quand la prise en compte de la douleur physique est bien faite, il reste peut-être un nombre moins important de cas où cette douleur représente la raison de la demande du malade.

Se pose cependant la question de la douleur morale, exprimée de manière régulière par le patient, quand elle peut l'être.

Il s'agit ici notamment du patient en fin de vie, mais on sait aussi qu'il est difficile pour ceux qui ne sont pas victimes, par exemple, d'une maladie mentale, de comprendre ce que peut être le degré de souffrance morale de malades psychiatriques.

En effet, il est extrêmement difficile d'établir des échelles de douleur, même si on a tenté de le faire dans d'autres cas, pour la douleur physique.

Comment, en termes d'évaluation, sortir de la règle selon laquelle c'est le malade, et lui seul, qui peut exprimer la demande à quelqu'un qu'il choisit, et qui sera d'ailleurs celui qui répondra à sa demande?

Enfin, l'intervenant soulève une question relative au deuxième avis du Comité consultatif de bioéthique, qui concerne les personnes incapables d'exprimer leur volonté.

Il paraît légitime d'exprimer des réserves sur la valeur, en continuité, de ce que l'on a appelé le «testament de vie», et qui pourrait sans doute faire l'objet d'une autre dénomination, plus précise.

Il est vrai que de telles déclarations sont faites par des personnes bien portantes, qui sont peut-être dans l'incapacité d'apprécier ce que sera la sensation de déchéance, d'évaluer le caractère relatif du temps qui reste, surtout s'il est limité, et d'évaluer à sa juste mesure ce qu'il reste comme possibilité de communication à un patient en fin de vie.

Les membres du Comité consultatif de bioéthique considèrent-ils que, en raison de ces réserves, on est en droit d'éliminer rapidement la valeur de cette déclaration préalable, formulée par des gens conscients et en pleine maîtrise de leurs facultés intellectuelles, alors que, précisément, ce qu'ils craignent, c'est de ne plus pouvoir exprimer, le moment venu, le sentiment profond qu'ils auraient de leur déchéance?

Un autre membre relève que MM. Vermeersch et Cassiers ont insisté sur l'importance de la terminologie. L'intervenant souhaiterait disposer d'un glossaire reprenant l'essentiel des définitions nécessaires au bon déroulement des débats.

M. Vermeersch répond que toutes ces définitions figurent dans les avis, mais qu'il est disposé à les rassembler, pour la facilité.

Een lid begrijpt dat het voor de helderheid van het debat, zowel onder wetenschappers als onder politici, noodzakelijk is dat duidelijke en eenvormige definities worden gehanteerd. Daar tegenover staat echter, zeker in een materie zoals deze, de wijze waarop bepaalde termen worden aangevoeld. Het is voor politici niet voldoende dat zij onder elkaar over een dergelijke materie praten, zij moeten ook hun standpunten en oplossingen kunnen vertalen voor het grote publiek.

Vanuit dit oogpunt is de algemene term «euthanasie», hoe precies omschreven ook, zeer beperkt en kan het begrip, naargelang van het persoonlijk aanvoelen, op een andere wijze worden ervaren. Velen verstaan onder het begrip euthanasie, alle vormen van handelen of niet-handelen die het heengaan van de patiënt kunnen verzachten. Ook in internationaal verband wordt dit begrip op een zeer genuanceerde wijze benaderd en spreekt men bijvoorbeeld van indirecte euthanasie — als gevolg van pijnstilling — of passieve euthanasie — het stopzetten van de behandeling. De Raad van Europa maakt in een recente aanbeveling een onderscheid tussen handelingen die de dood tot gevolg hebben en handelingen die de dood als doel hebben.

Spreekster merkt vervolgens op dat de sprekers uitgebreid informatie hebben verstrekt over de situatie in Nederland. Men mag hierbij toch niet uit het oog verliezen dat dit land nog steeds een uitzondering vormt op wereldvlak. In tal van andere landen zoals Denemarken, Duitsland, Groot-Brittannië, Australië, de Verenigde Staten en Zwitserland, is het debat wel gevoerd, maar met uitzondering van één staat in de VS is men overal tot de conclusie gekomen dat het verbod op het doden van mensen gehandhaafd moet blijven. Centraal daarbij staan vrijwel steeds overwegingen inzake mensenrechten en rechtsbescherming.

Tekenend in dit verband is de Nederlandse brochure die tijdens deze vergadering werd rondgedeeld. Het betreft hier geen publicatie ter informatie van de rechtsonderhorige afkomstig van de diensten, verantwoordelijk voor volksgezondheid. Wel gaat het om een document van het ministerie van Buitenlandse Zaken, dat blijkbaar de nood gevoeld heeft de Nederlandse euthanasieregeling tegenover de rest van de wereld te verantwoorden.

Kan er voor de unieke situatie waarin Nederland zich bevindt een objectieve verklaring worden gegeven? Is dit het gevolg van een specifieke mentaliteit, van verschillen in het gezondheidspatroon, van de culturele eigenheid van de Nederlanden, enz.?

Een ander lid heeft een vraag met betrekking tot het aantal gevallen van euthanasie die, volgens de aangehaalde studies, zijn uitgevoerd zonder voorafgaand

Une membre dit comprendre que pour la clarté du débat, à la fois entre les scientifiques et entre les politiques, il est nécessaire de recourir à des définitions claires et uniformes. Toutefois, et c'est particulièrement vrai dans une matière comme celle-ci, il y a aussi la manière dont certains termes sont perçus. Pour les politiques, il ne suffit pas de s'entretenir entre soi d'une telle matière; il faut également pouvoir formuler ses points de vue et ses solutions à l'adresse du grand public.

Vu sous cet angle, le terme général «euthanasie», même défini avec précision, est très limité et la notion peut être perçue différemment en fonction de la sensibilité personnelle. Beaucoup de gens entendent par euthanasie toutes les formes d'acte ou d'absence d'acte pouvant adoucir le départ du patient. Dans le contexte international aussi, cette notion est abordée d'une manière très nuancée et on parle par exemple d'euthanasie indirecte — consécutive au soulagement de la douleur — ou d'euthanasie passive — désignant l'arrêt du traitement. Dans une recommandation récente, le Conseil de l'Europe fait une distinction entre les actes qui ont la mort pour conséquence et les actes qui ont la mort pour but.

La membre souligne ensuite que les intervenants ont fourni des informations détaillées sur la situation aux Pays-Bas. Il ne faudrait cependant pas perdre de vue que ce pays reste une exception sur le plan mondial. Un débat sur l'euthanasie a bien eu lieu dans un grand nombre de pays comme le Danemark, l'Allemagne, le Royaume-Uni, l'Australie, les États-Unis et la Suisse, mais, à l'exception d'un seul État des États-Unis, on est arrivé partout à la conclusion qu'il fallait maintenir l'interdit de tuer. Au centre de cette décision, se retrouvent presque toujours les considérations relatives aux droits de l'homme et à la protection juridique.

À cet égard, la brochure néerlandaise distribuée au cours de la réunion est significative. Il ne s'agit pas d'une publication émanant des services chargés de la santé publique et visant à informer le justiciable, mais d'un document du ministère néerlandais des Affaires étrangères qui a apparemment éprouvé le besoin de justifier la réglementation néerlandaise de l'euthanasie à l'intention du reste du monde.

Peut-on donner une explication objective à la situation unique des Pays-Bas? Cette situation est-elle due à une mentalité particulière, à des différences dans le concept de santé, à la spécificité culturelle des Pays-Bas, etc.?

Un autre membre demande, à propos du chiffre des «euthanasies non demandées» mentionné dans les études dont il a été question, sur quelle base on peut

verzoek. Hoe kan dat cijfer worden bepaald? Er is toch een reglementering en er moeten aangifteformulieren worden ingevuld?

Op welke wetenschappelijke basis werd de studie in Vlaanderen uitgevoerd? Er kan momenteel immers geen onderscheid worden gemaakt tussen gevallen van euthanasie op verzoek, euthanasie zonder verzoek en hulp bij zelfdoding.

Wat het tweede advies van het Raadgevend Comité betreft en de problematiek van de patiënt die niet in staat is om zijn wil te kennen te geven, veronderstelt de spreker dat er eenparigheid is over de hoofdstukken 1, 2 en 3, waarin de verschillende standpunten worden uiteengezet, en dat de meningen uiteenlopen vanaf hoofdstuk 4 van het advies.

Er werd al gewezen op het belang van de definities.

Wie vrede neemt met de definitie van het «levens testament» of de voorafgaande verklaring voor het geval het om een patiënt gaat die niet bewust is, lijkt niet al te zwaar te tillen aan de voorwaarden die vervuld moeten zijn opdat een dergelijke verklaring ernstig zou worden genomen.

Wat zijn die voorwaarden en wat is het belang van een dergelijke verklaring?

Ten slotte maakte de heer Cassiers met betrekking tot de wilsonbekwame patiënten een onderscheid tussen twee situaties: enerzijds de situatie waarbij een patiënt zich in de terminale fase van een ziekte bevindt en anderzijds die waarbij een patiënt zwaar gehandicapt is als gevolg van een ongeval. Is de definitie van euthanasie die we daarnet hebben gehoord ook van toepassing op dat tweede geval? Wie neemt bijvoorbeeld de beslissing om een toestel uit te schakelen?

*
* *

De heer Englert beklemtoont allereerst dat in dit stadium van de besprekingen elkeen uit eigen naam spreekt.

Wat de geldigheid van de gegevens betreft, steunen de Nederlandse studies op epidemiologisch onderzoek, wat helemaal iets anders is dan de aangiften aan het ministerie van Justitie. Blijkbaar wordt een groot deel van de gestelde handelingen niet aangegeven, maar is het aantal aangiften tussen 1990 en 1995 toenomen, terwijl het aantal gevallen stabiel bleef.

Dit is een gevolg van het feit dat de minister van Justitie beslist heeft niet te vervolgen en de Nederlandse medische gemeenschap sterk gemotiveerd is om de toestand te beschrijven, wat de persoonlijke mening van de arts in kwestie ook is.

déterminer un tel chiffre, puisqu'une réglementation existe et que des formulaires doivent être remplis.

Quant à l'étude réalisée en Flandre, sur quelle base scientifique a-t-elle été menée, puisqu'aujourd'hui, rien ne permet de distinguer une euthanasie demandée d'une euthanasie non demandée ou d'une aide au suicide?

En ce qui concerne le second avis du Comité, et la difficile problématique du patient incapable d'exprimer sa volonté, l'intervenante suppose que les chapitres 1, 2 et 3 de cet avis, qui exposent les divers points de vue, font l'unanimité et que les divergences ne commencent qu'à partir du chapitre 4.

Par ailleurs, on a insisté sur l'importance des définitions.

S'agissant du «testament de vie» ou de la déclaration anticipée, il ne semble pas que ceux qui estiment cela suffisant pour un patient inconscient aillent fort loin dans les conditions requises pour rendre une telle déclaration «sérieuse».

Quelles sont ces conditions, et quel poids une déclaration de ce genre peut-elle avoir?

Enfin, s'agissant de patients incapables, M. Cassiers a distingué deux types de situations: d'une part, celle où le patient se trouve dans la phase terminale d'une maladie, et, d'autre part, celle où se trouve, par exemple, un patient gravement handicapé à la suite d'un accident. La définition de l'euthanasie qui vient d'être rappelée s'applique-t-elle aussi à ce deuxième type de cas? Qui décide, par exemple, de débrancher un appareil?

*
* *

M. Englert insiste tout d'abord sur le fait qu'à ce stade des débats, les membres du Comité s'expriment en leur nom personnel.

En ce qui concerne la validité des données, les méthodes utilisées pour les études hollandaises sont des méthodes d'investigation épidémiologiques, qui n'ont rien à voir avec une étude des déclarations faites au ministère de la Justice. Cela permet de dire qu'une partie importante des actes posés ne donnent pas lieu à déclaration, et de montrer qu'il y a une évolution positive dans le nombre de déclarations entre 1990 et 1995, alors que le nombre de cas est stable.

Cette situation est due au fait que le ministre de la Justice s'est engagé à ne pas poursuivre, et qu'une motivation très forte existe, dans la communauté médicale hollandaise, pour participer à la description de la situation, indépendamment de l'opinion personnelle que chaque médecin peut avoir en la matière.

Spreker verklaart voorstander te zijn van een wetswijziging — zonder zich daarbij uit te spreken over welke wetswijziging daarvoor noodzakelijk is — die een ruimte van vrijheid creëert waarbinnen de patiënt en zijn arts in alle openheid over het levenseinde kunnen spreken en waarbinnen in bepaalde situaties ook euthanasie in enge zin, met andere woorden de actieve levensbeëindiging bij een patiënt die erom verzoekt, bewust is en naar zijn oordeel ondraaglijk lijdt, kan worden toegepast.

In de voorstellen 1 en 2 van het eerste advies en, in voorstel A van het tweede advies, waarachter spreker zich schaart, wil men de verantwoordelijkheid voor een dergelijke handeling zoveel mogelijk bij de patiënt leggen.

In die visie speelt de arts de rol van moderator, die al te voortvarende beslissingen en onaanvaardbare situaties in de twee richtingen moet voorkomen. Het is de bedoeling de autonomie van de patiënt te vergroten, in de lijn van de evolutie die sedert zowat vijftien jaar in de westerse geneeskunde aan de gang is, ook al blijkt uit de studie van de heer Vermeersch dat men daar nog ver van verwijderd is.

Juridische bescherming moet leiden tot een betere dialoog, eventueel toelaten te handelen onder de beste ethische voorwaarden, rekening houdend met de wil van de patiënt. Vandaag neemt de arts in dergelijke omstandigheden soms beslissingen buiten medeweten van de patiënt, meestal erg laat, en wellicht te laat als men rekening had gehouden met de wensen van de patiënt.

Spreker is van oordeel dat men in bepaalde situaties ethisch legitiem kan handelen als men het leven beëindigt van een patiënt die daar niet heeft om verzocht.

De aanhangers van die stelling willen de legalisering van dat soort handelingen niet aanbevelen uit vrees voor arbitraire beslissingen.

Daarom is het zo belangrijk zich niet tot euthanasie te beperken en de voorafgaande wilsverklaring te erkennen. Een patiënt die niet in een comateuze toestand in leven wil worden gehouden, kan dat vooraf kenbaar maken en vragen dat zijn arts de mogelijkheid krijgt zijn wil te respecteren. Patiënten die dat niet wensen, moeten van hun kant worden beschermd tegen een beslissing die tegen hun wil ingaat. Dat is de betekenis voorafgaande wilsverklaring.

In Nederland merkt men overigens dat de vrijheid van spreken wellicht tot een daling van het aantal euthanasiegevallen leidt, omdat de patiënt zich veiliger voelt en meer vertrouwen heeft in zijn arts.

L'intervenant déclare qu'il est extrêmement favorable à une modification législative — sans avoir de préférence pour tel ou tel type de structure législative — en vue de créer un espace de liberté permettant, entre le patient et son médecin, une discussion ouverte sur le problème de fin de vie et, dans certaines situations, la pratique d'une euthanasie au sens strict, c'est-à-dire le fait de mettre activement fin à la vie d'un patient qui le demande, qui est conscient, et qui présente des souffrances qu'il considère lui-même comme intolérables.

Dans les positions 1 et 2 du premier avis, et la position A du second avis, dans lesquelles l'intervenant se situe, la volonté est de déplacer la responsabilité d'un tel acte, autant que faire se peut, entre les mains du patient lui-même.

Dans cette optique, le médecin joue un rôle de modérateur, de façon à éviter les décisions précipitées, et des situations inacceptables dans les deux sens. Le but est de voir améliorer l'autonomie du patient, ce qui est une évolution très constante dans la médecine occidentale depuis une quinzaine d'années, même si l'étude de M. Vermeersch a bien montré que l'on en est encore loin.

Dans cette vision des choses, en ouvrant la porte à une protection juridique, on veut précisément permettre un meilleur dialogue et, le cas échéant, permettre de poser un acte dans les meilleures conditions d'éthique, sans passer outre à la volonté du patient, dans des situations où, à l'heure actuelle, certaines décisions sont prises par le médecin de manière clandestine, souvent très tard, et probablement trop tard par rapport à ce qu'auraient voulu les patients.

L'intervenant estime qu'il existe des situations où il est éthiquement légitime de mettre fin à la vie d'un patient qui ne l'a pas demandé.

Les tenants de cette thèse ont cependant pris pour option de ne pas recommander la légalisation de ce type d'actes, pour éviter d'ouvrir la porte à des décisions arbitraires.

Mais, dans ce cas, il est très important de ne pas se limiter à l'euthanasie, et de reconnaître aussi une place à la directive anticipée, c'est-à-dire de permettre au patient qui ne veut pas vivre dans un état de coma prolongé, d'exprimer par avance son refus d'une telle situation et de demander que son médecin puisse respecter cette volonté, tout en protégeant les patients qui ne partageraient pas cette vision contre une décision qui serait prise contre leur volonté. Tel est le sens de la directive anticipée.

On voit d'ailleurs qu'aux Pays-Bas, libérer la parole permet peut-être même de diminuer le nombre d'actes, parce que le patient dispose d'une plus grande sécurité et qu'il peut établir un lien de confiance plus grand avec son médecin.

Als arts wil spreker nog drie punten aanstippen.

Allereerst is het criterium « terminale ziekte » nogal vaag en kan dit tot feitelijke onzekerheid aanleiding geven: vanaf wanneer is een situatie terminaal?

Spreker verkiest de notie « ongeneeslijke ziekte », namelijk een ziekte waarbij er geen hoop meer bestaat op beterschap en *a fortiori* op genezing. Dit criterium, gecombineerd met dat van ondraaglijk lijden, kan misbruiken voorkomen (zo is een diabeticus ook ongeneeslijk ziek ...).

Daarnaast is uit Belgisch en buitenlands onderzoek gebleken dat artsen meer voorbehoud maken bij een depenalisering dan de bevolking in het algemeen.

Belgisch onderzoek toont aan dat het aantal ondervraagden dat euthanasie uit de strafwet wil, bijzonder groot is (80 tot 90%). Bij de artsen is dit percentage iets hoger dan 50%.

Deze terughoudendheid heeft waarschijnlijk drie redenen: de vrees voor bureaucrativering, de vrees voor onzekerheid omwille van onvoldoende precieze criteria en de vrees onder druk te worden gezet door een wetgeving die hun autonomie onvoldoende respecteert. Een wetgeving moet met deze drie aspecten rekening houden.

Concluderend kunnen we zeggen dat de notie ongeneeslijke ziekte (die beter geschikt is dan terminale fase, voorzover althans ook het criterium ondraaglijk lijden mee in aanmerking wordt genomen) en de verschuiving van paternalistische medische verantwoordelijkheid naar autonomie van de patiënt, de juridische instrumenten zijn die het debat bij het publiek kunnen aanzwengelen en de ontwikkeling mogelijk maken van een cultuur waarin men het levenseinde in eigen handen neemt, wat door de illegaliteit van de bewuste handelingen thans onmogelijk wordt gemaakt.

De heer Vermeersch voegt hieraan toe dat hij, als co-voorzitter van de beide commissies die deze adviezen hebben uitgebracht, alvast een zaak duidelijk kan stellen. De practici, artsen en verplegenden, van welke opvatting ook, beklemtonen dat de problemen rond het levenseinde niet mogen verzanden in bureaucratische beslommingen, zowel wat het raadplegen van allerhande instanties betreft als inzake het invullen van papieren.

Naar zijn mening is er in de verschillende wetsvoorstellen die hier voorliggen, duidelijk een aanzet tot een dergelijke rompslomp.

Het wetsvoorstel nr. 2-10/1 bijvoorbeeld vereist met betrekking tot de voorafgaande wilsverklaring,

En tant que praticien, l'intervenant souhaite encore souligner trois points.

Tout d'abord, le danger du critère de « maladie terminale » réside dans son caractère flou, qui risque de mener à une insécurité de fait: à partir de quand une situation est-elle terminale?

L'intervenant préfère pour sa part la notion de « maladie incurable », c'est-à-dire une maladie pour laquelle il n'y a plus d'espoir d'amélioration ni, a fortiori, de guérison. Ce critère, associé à celui de la souffrance intolérable, permet d'éviter des abus (ex.: un patient diabétique a, lui aussi, une maladie incurable ...).

En outre, dans les études de population menées non seulement en Belgique, mais dans beaucoup d'autres pays, on constate que les médecins sont certainement plus réticents que la population générale à l'égard d'une dépenalisation, sous quelque forme que ce soit.

En Belgique, un grand nombre d'études ont été réalisées, qui montrent que les taux de la demande de dépenalisation sont très élevés (80 à 90%). Chez les médecins, le taux est légèrement supérieur à 50%.

Cette réticence s'explique vraisemblablement par trois raisons: la crainte d'une bureaucratisation, la crainte de créer une insécurité par des critères insuffisamment précis, et la crainte d'être mis sous pression par une législation qui ne respecterait pas suffisamment leur autonomie. Ces trois aspects doivent être pris en compte dans une législation.

En conclusion, la notion de maladie incurable (beaucoup plus approprié que celle de maladie au stade terminal, pour autant qu'on y associe le critère de souffrance intolérable), et le passage d'une responsabilité médicale paternaliste à une autonomie du patient sont les instruments juridiques qui permettraient une ouverture du débat dans notre population, et le développement d'une culture où l'on assume sa fin de vie, culture entravée par l'illégalité actuelle des actes en question.

M. Vermeersch ajoute qu'en tant que vice-président des deux commissions qui ont émis ces avis, il peut dire clairement au moins une chose. Les praticiens, médecins et personnel soignant, quelles que soient leurs convictions, insistent sur le fait que les problèmes de la fin de vie ne peuvent s'enliser dans des procédures bureaucratiques, que ce soit en raison des diverses instances à consulter ou des documents à remplir.

À son avis, les diverses propositions de loi à l'examen renferment clairement l'amorce d'une complication administrative.

Concernant la déclaration de volonté anticipée, par exemple, la proposition n° 2-10 exige qu'elle soit

dat deze door twee personen mee ondertekend wordt en dat een vertrouwenspersoon wordt aangesteld. Er kan worden gevreesd dat deze voorwaarden de regeling in de praktijk ontoegankelijk maken voor de ezamen.

Het inbouwen van dergelijke bijkomende garanties is vanzelfsprekend wenselijk, maar men kan ze niet bij wet opleggen. Vandaar dat het Raadgevend Comité in zijn advies nr. 9 spreekt over een voorafgaande wilsbeschikking en/of een vertrouwenspersoon, maar niet noodzakelijk beide samen. Men moet mensen die zeer zwak staan, zoveel mogelijk kansen geven om over hun eigen lot te beslissen.

In een ander voorstel is sprake van een beroep op de rechtbank bij onenigheid tussen de artsen. De wetgever mag toch niet uit het oog verliezen dat intussen de patiënt zeer ernstig lijdt. Indien die patiënt zijn toestand als ondraaglijk ervaart — «ik kan niet meer» — dan moet men toch kunnen volstaan met het raadplegen van een tweede arts om aan de wens van de patiënt tot sterven tegemoet te komen.

Wat de terminologie betreft, merkt hij op dat het Raadgevend Comité een duidelijke definitie van het begrip euthanasie hanteert en alle andere betekenissen die aan dit begrip worden gegeven, uitsluit: het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene op diens verzoek. Dit betekent dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen passieve en actieve of tussen directe en indirecte euthanasie.

Een eerste reden hiervoor ligt in de overweging dat het stilleggen van de apparatuur beschouwd wordt als een normale medische handeling. «L'acharnement thérapeutique» wordt algemeen beschouwd als een ethisch verwerpelijke praktijk die in strijd is met de medische deontologie. Het stopzetten van een behandeling kan dan ook nooit als (passieve) euthanasie worden beschouwd.

Hetzelfde geldt voor het toedienen van zeer zware medicatie om een ondraaglijke pijn te verzachten. Het verstrekken van dergelijke middelen strookt met de normale medische deontologie, ook al kan zij het sterfensproces versnellen. Ook hier is er derhalve geen sprake van (indirecte) euthanasie.

Wat de situatie in andere landen betreft, merkt de heer Vermeersch op dat in Australië onderzoek is gedaan, vergelijkbaar met dat in Nederland. Hieruit bleek dat euthanasie aan de basis lag van 1,7% van de overlijdens, hulp bij zelfdoding verantwoordelijk was voor 0,1% en levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene voor 3,5%.

Het betreft hier, net zoals in Nederland en zoals in het recente onderzoek in Vlaanderen, gegevens verzameld op basis van anonieme vragenlijsten die aan

contresignée par deux personnes et qu'une personne de confiance soit désignée. On peut craindre qu'en pratique, ces conditions n'empêchent les personnes isolées de bénéficier de la réglementation proposée.

Il est naturellement souhaitable de prévoir des garanties supplémentaires comme celles-ci, mais on ne peut pas les imposer par la loi. C'est pourquoi dans son avis n° 9, le Comité consultatif envisage une directive anticipée et/ou une personne de confiance, mais pas nécessairement les deux à la fois. Il faut donner à des personnes qui se trouvent dans une position de faiblesse extrême le plus de chances possible pour décider de leur propre sort.

Une autre proposition parle d'un recours au tribunal en cas de désaccord entre les médecins. Le législateur ne doit pas perdre de vue que dans l'intervalle, le patient souffre beaucoup. Si le patient estime que sa situation est insupportable — «je n'en peux plus» — la consultation d'un deuxième médecin devrait suffire pour accéder à son désir de mourir.

Pour ce qui est de la terminologie, l'intervenant souligne que le Comité consultatif utilise une définition univoque de la notion d'euthanasie qui exclut toutes les autres significations que l'on donne à cette notion: «l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci». Cela signifie qu'on ne fait pas de distinction entre l'euthanasie passive et l'euthanasie active, ou l'euthanasie directe et l'euthanasie indirecte.

La première raison est que l'on considère qu'arrêter les appareils est un acte médical normal. «L'acharnement thérapeutique» est généralement considéré comme une pratique condamnable sur le plan éthique et contraire à la déontologie médicale. Par conséquent, on ne peut jamais considérer l'arrêt d'un traitement comme une euthanasie (passive).

Il en va de même pour l'administration de médicaments très puissants en vue de soulager une douleur insupportable. L'administration de tels médicaments est conforme à la déontologie médicale normale, même s'ils accélèrent le processus de décès. Là encore, il n'est donc pas question d'euthanasie (indirecte).

En ce qui concerne la situation dans les autres pays, M. Vermeersch souligne que l'Australie a mené une étude comparable à celle des Pays-Bas. Il en ressort que l'euthanasie est la cause de 1,7% des décès, l'assistance au suicide représentant 0,1% des décès et l'interruption de la vie sans demande de l'intéressé 3,5%.

Il s'agit en l'occurrence, tout comme aux Pays-Bas et dans une enquête récente réalisée en Flandre, de données recueillies au moyen de questionnaires

artsen werden voorgelegd. Ook voor de Verenigde Staten zijn gegevens beschikbaar die aantonen dat actieve levensbeëindiging, hoewel wettelijk verboden, wel degelijk in de praktijk gebeurt.

In de praktijk zijn er derhalve op internationaal vlak weinig verschillen. Waarom precies in Nederland deze praktijk wettelijk is, omkaderd en gecontroleerd, kan moeilijk worden verklaard. Wellicht hebben hier tal van factoren invloed. Belangrijk is dat uit alle onderzoek blijkt dat een wettelijk verbod geenszins betekent dat de praktijk zich niet voordoet.

In antwoord op een spreker verklaart de heer Cassiers dat hij perfect begrijpt dat een patiënt als enige kan oordelen over zijn noodtoestand en dat zijn verzoek moet worden gerespecteerd.

Als psychiater weet hij evenwel ook dat wat iemand vraagt of zegt, beïnvloed wordt door de sfeer, de omgeving, zijn relaties. Het lijkt hem daarom onvoorzichtig te denken dat iedereen volledig helder denkt en zijn gedachten helemaal de baas is.

Over palliatieve zorg bestaan er talrijke studies die aantonen dat, als de gepaste palliatieve zorg wordt verstrekt (namelijk niet alleen met behulp van pijnstillers en fysieke verzorging, maar ook door een psychologisch valoriserende, bezorgde en warme sfeer te scheppen), 90 à 95 % van de verzoeken om euthanasie verdwijnen. Daarom denken sommigen, onder wie ook de spreker, dat men echt aandacht moet hebben voor de menselijke warmte die van de omgeving uitgaat.

Men moet de omgeving er niet systematisch van verdenken slechte bedoelingen te hebben en de patiënt niet te respecteren, want dit is in het algemeen niet het geval.

Patiënten die aan hun lot worden overgelaten, worden onvermijdelijk wanhopig.

Als psychiater heeft spreker veel om zelfdoding horen vragen. Men moet die vragen niet al te letterlijk nemen. Eerst moet men nagaan of het niet om een noodkreet gaat of om een vraag naar menselijke warmte en affectieve ondersteuning.

In een evident lijkende situatie bestaat het gevaar dat men een absolute waarde gaat toekennen aan het soms herhaalde verzoek van een zieke. Zo komt het vaak voor dat een jongere die na een ongeval verlamd blijft, gedurende verschillende weken verschrikkelijk ontmoedigd en zelfs wanhopig is.

Personen die een rouwproces doormaken, kunnen zich in een vergelijkbare, soms blijvende, toestand van wanhoop bevinden.

anonymes soumis aux médecins. Pour les États-Unis également, des chiffres sont disponibles montrant que, bien qu'interdit par la loi, l'arrêt actif de la vie est effectivement pratiquée.

En pratique, il y a donc peu de différences entre les pays. Il est difficile de dire pourquoi cette pratique a été légalisée, encadrée et contrôlée aux Pays-Bas, plutôt que dans un autre pays. Sans doute plusieurs facteurs ont-ils joué. L'important est que toutes les études réalisées montrent qu'une interdiction légale ne signifie pas que la pratique n'existe pas.

M. Cassiers déclare, à titre personnel, et en réponse à un intervenant, qu'il comprend parfaitement que le patient est seul juge de son état de détresse, et que sa demande doit être respectée.

En tant que psychiatre, l'intervenant sait cependant aussi que ce qu'une personne demande ou dit est influencé par l'ambiance, par son milieu, ses relations. Par conséquent, il lui paraît imprudent de croire que chacun fonctionne dans un état de parfaite lucidité, dans une parfaite maîtrise des idées qui lui viennent.

Il existe, à propos des soins palliatifs, de nombreuses études qui montrent que, lorsque des soins palliatifs adéquats sont dispensés (c'est-à-dire non seulement des anti-douleurs et des soins physiques, mais aussi la création d'un environnement psychologique valorisant, attentif et chaleureux), 90 à 95 % des demandes d'euthanasie disparaissent. C'est pourquoi certains, dont l'intervenant, pensent qu'il faut être vraiment attentif à la chaleur humaine que l'entourage donne.

Il ne faut pas soupçonner systématiquement l'entourage d'être mal intentionné, et de ne pas respecter le patient car, en règle générale, ce n'est pas le cas.

Il est inévitable que, quand des patients sont abandonnés à eux-mêmes, ils se désespèrent.

En tant que psychiatre, l'intervenant a entendu de nombreuses demandes de suicide. Ces demandes ne sont pas nécessairement à prendre au pied de la lettre. Il faut voir tout d'abord s'il ne s'agit pas d'un appel au secours, et une demande de chaleur humaine et de soutien affectif, qu'il faut prendre en compte.

Le danger est, dans un position trop «logique», d'accorder une valeur absolue à la demande, parfois répétée, du malade. Ainsi, il est fréquent qu'un jeune devenu tétraplégique à la suite d'un accident soit extrêmement découragé, voire désespéré, pendant plusieurs semaines.

Certaines personnes qui ont subi un deuil peuvent se trouver dans un état comparable — et parfois durable — de désespoir.

Spreker besluit dat hij vasthoudt aan de eerbiediging van de persoonlijke vrijheid, maar dat deze niet absoluut kan zijn.

De heer Van Orshoven merkt op dat men de cijfers die met betrekking tot dergelijke materies worden gepubliceerd, moet nemen voor wat ze zijn. Minstens even belangrijk lijkt hem een nota, die bij de voorbereiding van de adviezen aan het Raadgevend Comité werd verstrekt door de directeurs van een hele reeks Brusselse ziekenhuizen. Hierin kwam tot uiting dat een groot aantal ingrepen die leidden tot de dood van patiënten, werden uitgevoerd zonder dat de betrokkenen erom gevraagd hadden. Anderen hebben in hun plaats de beslissing genomen.

Het cijfer van 3% voor Hasselt, dat door de heer Vermeersch werd vermeld, is derhalve niet verwonderlijk.

Uit de nota bleek ook hoe een aantal patiënten, onder meer in de palliatieve afdelingen, om hulp schreeuwen om uit hun lijden te worden verlost. Het is alleen de vraag of dit door de arts meteen moet worden geïnterpreteerd als een schreeuw om hulp bij het sterven.

De roep «je n'en peux plus» is in de eerste plaats een vraag om bijstand. Uit de nota bleek overduidelijk dat de vraag om te sterven in zeer grote mate wegvalt wanneer men deze patiënten de nodige fysieke en psychische hulp verleent.

Dit alles neemt niet weg dat in een zeer beperkt aantal gevallen, mensen wetens en willens blijven vragen dat hun leven beëindigd wordt.

De heer Van Orshoven verklaart dat hij daarom, ondanks het feit dat hij persoonlijk sterk tegen deze praktijk gekant is, kan aanvaarden dat er een regeling komt die euthanasie mogelijk maakt. Zoals reeds uiteengezet moet die regeling echter garanderen dat een mensenleven alleen wordt beëindigd wanneer hierom door de betrokkene uitdrukkelijk en in het volle bewustzijn wordt gevraagd.

Een lid verwijst naar de verklaring van een lid van het Raadgevend Comité, dat artsen terughoudend reageren op een vraag om euthanasie omdat het steeds een moeilijke daad is voor wie ze moet stellen.

Zou de procedure, die door sommigen wordt overwogen, om aan derden advies te vragen, geen verlichting betekenen voor de arts, doordat hij niet meer alleen staat voor zo'n moeilijke beslissing, ook al moet hij de uiteindelijke beslissing nemen?

Dezelfde spreker merkt op dat het derde voorstel van het eerste advies wil wettelijk verplichte procedures vastleggen voor een aantal medische beslissingen rond het levenseinde.

Eén van die beslissingen betreft het euthanasieverzoek. Betekent dit dat de adviezen passen in een

En conclusion, l'intervenant reste attaché au respect de la liberté individuelle, mais sans en faire un absolu.

M. Van Orshoven fait remarquer que les chiffres publiés sur ces matières doivent être pris pour ce qu'ils sont. Il accorde pour sa part au moins autant d'importance à une note transmise par les directeurs de plusieurs hôpitaux bruxellois dans le cadre de la préparation des avis du Comité consultatif. Il en ressort qu'un grand nombre d'interventions ayant conduit au décès des patients ont été réalisées sans que les intéressés en aient fait la demande. D'autres ont pris la décision à leur place.

Le chiffre de 3% pour Hasselt, qui a été cité par M. Vermeersch, n'a dès lors rien d'étonnant.

La note fait état aussi de toute une série de patients, notamment dans les services de soins palliatifs, qui appellent à l'aide pour qu'on les délivre de leurs souffrances. Reste à savoir si cet appel à l'aide doit être interprété par la médecin comme une demande d'aide à mourir.

Le «je n'en peux plus» est avant tout un appel au secours. La note indique plus que clairement que la demande de mourir s'estompe en grande partie lorsque l'on fournit à ces patients l'assistance physique et psychique voulue.

Il n'empêche que dans un nombre très limité de cas, des patients continuent à réclamer sciemment que l'on mette fin à leurs jours.

C'est pourquoi, bien qu'il soit personnellement fortement opposé à cette pratique, M. Van Orshoven peut admettre que l'on adopte des règles rendant l'euthanasie possible. Mais, comme il a déjà été dit, ces règles doivent garantir qu'il ne sera mis fin à la vie d'un être humain que si l'intéressé en fait la demande expressément et en pleine conscience.

Une membre se réfère à la déclaration d'un membre du Comité consultatif, selon lequel les médecins sont réticents à répondre à une demande d'euthanasie, en raison du fait qu'il s'agit toujours d'un acte très pénible à poser.

La procédure de demande d'avis à des tiers, que certains envisagent, ne soulagerait-elle pas le médecin, en lui évitant d'être seul face à une décision aussi difficile, étant entendu que c'est lui qui prendrait la décision finale?

La même intervenante observe que la troisième proposition du premier avis veut rendre des procédures légalement obligatoires pour un certain nombre de décisions médicales concernant la fin de vie.

Une de ces décisions serait la demande d'euthanasie. Cela signifie-t-il que les avis ont été raisonnés,

ruimer kader dat het geheel van de medische handelingen omvat of hebben ze alleen betrekking op euthanasieverzoeken?

Is het anderzijds niet tegenstrijdig om vertrouwenspersonen in de procedure te betrekken en de interventie van derden te weren om te vermijden dat de beslissing door een soort «rechtbank» wordt genomen? De vertrouwenspersoon is immers ook een derde.

Kan een wetgeving ter zake afgeleide negatieve gevolgen veroorzaken? De in Nederland verzamelde cijfers lijken daaop een antwoord te verschaffen.

Een ander lid herinnert eraan dat de heer Englert twee criteria heeft aangegeven die volgens hem aan de basis liggen van een beslissing tot euthanasie, namelijk een ongeneeslijke ziekte en ondraaglijk lijden.

De heer Englert scheen te zeggen dat het begrip terminale fase van geen belang was; in andere voorstellen is er sprake van «een ongeneeslijke ziekte die onvermijdelijk binnen korte termijn tot de dood zal lijden».

Als men het begrip «dood op korte termijn» weglaat, bestaat dan niet het risico dat men terugkeert naar de hulp bij zelfdoding, bijvoorbeeld in het geval van een patiënt met multiple sclerose, een ziekte waarvan men weet dat ze ongeneeslijk is?

Een lid stelt vast dat het euthanasiedebat in België tot nu toe gericht is op wilsbekwame of wilsonbekwame volwassenen. Ook in de voorliggende voorstellen wordt bewust niet ingegaan op de problematiek van euthanasie bij minderjarigen.

Dit is begrijpelijk. Het betreft hier een zeer delicate materie. Toch lijkt in Nederland de discussie terzake geleidelijk op gang te komen. Men stelt immers vast dat ook door minderjarige patiënten met een terminale aandoening soms de vraag wordt gesteld om uit het ondraaglijke lijden te worden verlost.

Hoe staat het Raadgevend Comité tegenover deze problematiek?

Als antwoord op een vorige spreekster verklaart een lid dat het fundamentele verschil tussen de vertrouwenspersoon en de derden die geraadpleegd zouden worden, erin bestaat dat het beroep op de vertrouwenspersoon als een specifieke oplossing wordt beschouwd in het geval van personen die niet bewust zijn, terwijl verondersteld wordt dat de zieke die bewust is, vrij zijn wil kan uitdrukken.

Euthanasie is een ultieme handeling. Ultiem in de tijd, omdat ze de laatste handeling is die voor de patiënt kan worden gesteld. Ultiem in gradatie, omdat ze pas kan worden gesteld nadat alle andere mogelijkheden zijn aangewend.

de façon beaucoup plus globale, dans le cadre de l'ensemble des actes médicaux, ou uniquement dans celui des demandes d'euthanasie?

D'autre part, n'y a-t-il pas une certaine contradiction dans le fait de faire entrer les personnes de confiance dans la procédure, et de refuser par ailleurs l'intervention de tierces personnes, pour éviter une certaine «tribunalisation» de la procédure? En effet, la personne de confiance est aussi un tiers.

Enfin, y a-t-il des effets induits négatifs qui pourraient résulter d'une législation en la matière? Les chiffres recueillis aux Pays-Bas semblent apporter des éléments de réponse à cet égard.

Un autre membre rappelle que M. Englert a cité deux critères qui lui paraissent être à la base d'une décision d'euthanasie, à savoir une maladie incurable, et des souffrances insupportables.

M. Englert semblait dire que la notion de phase terminale était sans intérêt; dans d'autres propositions, il est question de «maladie incurable entraînant inéluctablement le décès dans un délai rapproché».

Si l'on supprime la notion de décès rapproché, n'y a-t-il pas un risque de revenir à l'assistance au suicide, par exemple dans le cas d'un patient atteint de sclérose en plaques, maladie dont on sait qu'elle est incurable?

Un membre constate qu'en Belgique, le débat sur l'euthanasie a porté jusqu'ici sur les adultes, capables ou non de manifester leur volonté. Les propositions à l'examen évitent délibérément d'aborder le problème de l'euthanasie chez les mineurs.

C'est compréhensible car il s'agit d'une matière très délicate. Il semble cependant qu'aux Pays-Bas, la discussion sur le sujet s'amorce progressivement. L'on constate en effet que des patients mineurs atteints d'une affection en phase terminale demandent parfois qu'on les délivre de leur souffrance insupportable.

Quel est le point de vue du Comité consultatif sur ce problème?

Répondant à une précédente intervenante, un membre déclare que la différence fondamentale entre la personne de confiance et les tiers qui seraient consultés est que le recours à la personne de confiance est envisagé comme solution spécifique dans le cas de personnes inconscientes, alors que le malade conscient a, par hypothèse, la liberté d'exprimer ce qu'il souhaite.

L'euthanasie est un acte ultime. Il l'est dans le temps, parce que c'est le dernier acte que l'on peut poser par rapport au patient. Il l'est aussi dans la gradation, car il ne peut être posé que lorsqu'il a été recouru à l'ensemble des autres approches.

Daarom meent de spreker dat de problematiek van euthanasie niet automatisch gekoppeld is aan die van de palliatieve zorg.

Het is weliswaar belangrijk dat die wordt ontwikkeld, maar dat betekent niet dat de euthanasieproblematiek niet mag worden aangeroerd.

Ten slotte zijn zij die voorstander zijn van een belangrijke doorbraak op het gebied van euthanasie, misschien wel zij die tot het laatste oog hadden voor het belang van het luisteren naar, het rekening houden met de klacht, maar misschien ook het relativeren van de klacht.

Dat geldt voor de zieke, maar ook voor de omgeving. Vastgesteld wordt dat de pijn en het lijden van de omgeving soms groter zijn dan die van de patiënt zelf, en dat de omgeving de pijn die ze zelf voelt soms op de zieke projecteert.

Het is dan ook vanzelfsprekend dat de klacht of de vraag van de zieke moet worden opgevangen, geanalyseerd en gerelativeerd, maar het is even vanzelfsprekend dat ze niet mag worden genegeerd, ook niet in de ultieme vorm van een verzoek om euthanasie.

Het ultieme karakter van euthanasie heeft te maken met het feit dat ze de ultieme daad van solidariteit en menselijkheid is die men kan stellen voor een patiënt voor wie elke andere mogelijke oplossing is uitgeprobeerd.

Als antwoord op een vorige spreker verklaart de heer Englert dat een belangrijke onzekerheid zou blijven bestaan als het begrip terminale staat, naderende dood, enzovoort in aanmerking wordt genomen.

Vele van de levensbeëindigingen waarover in de studie van Hasselt sprake is, komen in feite neer op een bespoediging van de doodstrijd. In dat geval wordt niet voldaan aan één van de wezenlijke doelstellingen van een depenalisering van euthanasie, met andere woorden het iemand mogelijk maken uit het leven te stappen terwijl hij meester blijft van een situatie die hij niet langer wil ondergaan.

Als we afstappen van de hypothese van de ziekte in het terminale stadium, wordt alles zeer vaag. Wat is een «naderend» levenseinde? Moet het gaan over een overlijden dat wordt verwacht binnen een dag, een maand ...?

Een van de voorstellen bepaalt de terminale fase als het ogenblik waarop de ziekte niet meer kan verbeteren of gunstig evolueren. In een film met als titel «Johnny got his gun» wordt het verhaal gebracht van een soldaat die het slachtoffer is van een zeer hoge breuk van de wervelkolom, en die alleen nog kan communiceren dankzij een halsspier, zodat hij zich in morse kan uitdrukken. Hij vraagt dat een einde wordt gemaakt aan zijn lijden.

C'est pourquoi l'intervenant considère que la problématique de l'euthanasie n'est pas liée de manière automatique à celle des soins palliatifs.

Il est certes important de développer ceux-ci, mais cela ne permet pas d'éviter d'aborder la problématique de l'euthanasie.

Enfin, ceux qui sont partisans d'une avancée significative dans le domaine de l'euthanasie sont peut-être ceux qui ont envisagé jusqu'au bout toute l'importance de l'écoute, de la prise en compte de la plainte, mais aussi de la relativisation de la plainte.

Cela vaut pour le malade, mais aussi pour l'entourage. On peut remarquer que la douleur ou la souffrance de l'entourage est parfois plus importante que celle du patient lui-même, et que l'entourage projette parfois sur le patient ce qu'il peut ressentir comme douleur.

Il est donc évident que la plainte ou la demande du malade doit être reçue, analysée et relativisée, mais il est tout aussi évident qu'elle ne peut pas être niée, y compris sous sa forme ultime de demande d'euthanasie.

Le caractère ultime de l'euthanasie tient à ce qu'elle constitue le geste ultime de solidarité et d'humanité que l'on peut poser à l'égard d'un patient pour lequel toute autre forme de solution a été épuisée.

En réponse à un précédent intervenant, M. Englert déclare qu'une insécurité importante subsisterait en retenant la notion d'état terminal, de mort rapprochée, etc.

Beaucoup des interruptions de vie que rapporte l'étude de Hasselt correspondent en réalité à une accélération de l'agonie. Dans ce cas, on manque l'un des buts essentiels d'une dépénalisation de l'euthanasie, c'est-à-dire de permettre à quelqu'un de quitter la vie en restant maître d'une situation qu'il ne veut plus subir.

Si l'on s'écarte de l'hypothèse de la maladie au stade terminal, les choses deviennent très floues. Ainsi, qu'est-ce qu'une fin de vie «rapprochée»? Doit-il s'agir d'une mort prévisible dans un jour, un mois...?

L'une des propositions définit la phase terminale comme étant le moment où la maladie n'est plus susceptible d'amélioration ou d'évolution favorable. Dans un film intitulé «Johnny s'en va-t-en guerre», on aborde le cas d'un soldat victime d'une fracture très haute de la colonne vertébrale, et qui ne peut plus communiquer que grâce à un muscle du cou, qui lui permet de s'exprimer en morse. Il demande que l'on mette fin à ses souffrances.

De persoon die zich in een soortgelijk geval bevindt, staat niet voor een naderend levende. Toch denkt de spreker dat het, in het geval van een herhaald verzoek, mogelijk moet zijn dit verzoek in te willigen als het blijft bestaan nadat de depressie is behandeld en nadat zoveel mogelijk contact met de betrokkene is gelegd.

Wat de verschuiving naar het gerecht betreft, is de spreker persoonlijk terughoudend ten opzichte van collectieve beslissingen, want hij meent dat die de arts wel helpen, maar dat ze de verantwoordelijkheid versplinteren.

Gelet op de ernst van de handeling moet de verantwoordelijkheid evenwel in haar geheel blijven bewaard.

Daarenboven vrezen de artsen dat, wanneer een beroep wordt gedaan op een derde structuur, hen min of meer expliciet standpunten worden opgelegd waarmee zij het niet helemaal eens zijn.

Wat het beroep op een vertrouwenspersoon betreft, komt het erop neer dat de patiënt wordt vervangen door iemand die met de arts kan praten als de patiënt het zelf niet meer kan.

In ideale omstandigheden zou men op die wijze de wilsverklaring kunnen expliciteren, want die kan niet precies vooruitlopen op alle mogelijke situaties.

Het ligt dus in de bedoeling om, via een tussenpersoon, en weliswaar op een onvolmaakte wijze, de dialoog tussen arts en patiënt te herstellen die uiterst belangrijk leek voor de voorstanders van het eerste en het tweede voorstel in het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Wat ten slotte de situatie van kinderen betreft, denkt de spreker dat alleen indien het euthanaserend handelen als een kwaad wordt beschouwd, men deze handeling *a priori* uitsluit voor kinderen, terwijl men ze eventueel wel duldt voor een volwassene die erom verzoekt. Als euthanasie daarentegen beschouwd wordt als een laatste gebaar van solidariteit en tederheid dat men voor iemand kan stellen, zou men niet begrijpen dat kinderen worden uitgesloten.

Kinderen die getroffen zijn door kanker, die andere kinderen hebben zien sterven, hebben overigens dikwijls enige maturiteit ontwikkeld ten opzichte van deze materie. Volgens kankerspecialisten die zich in Nederland, maar ook in België hebben uitgesproken, is een niet gering aantal van die kinderen perfect in staat om, beter dan de artsen, te spreken over hun eigen dood.

Dit onderwerp is echter zo moeilijk en emotioneel, dat het misschien beter is om niet alles tegelijkertijd te willen regelen.

De heer Vermeersch verwijst in zijn antwoord op de vraag van een lid inzake de mogelijke afgeleide gevolgen van een euthanasieregeling naar de situatie

La personne qui se trouve dans un tel cas n'est pas dans une situation de mort rapprochée. Or, l'intervenant pense que, s'il s'agit d'une demande répétitive, que l'on a traité la dépression, qu'un contact a été établi autant que possible avec l'intéressé, mais que la demande subsiste, elle devrait pouvoir être prise en compte.

En ce qui concerne le problème de la tribuna- lisation, l'intervenant est personnellement très réticent à l'égard des décisions collectives, car il craint qu'en soulageant le médecin, elles ne diluent la responsabilité.

Or, la gravité de l'acte impose que la responsabilité reste entière.

De plus, la crainte des médecins est, dans le cas du recours à une structure tierce, de se voir imposer de façon plus ou moins explicite des positions avec lesquelles ils ne se sentent pas tout à fait en accord.

Quant au recours à la personne de confiance, il s'agit de substituer au patient une personne qui puisse dialoguer avec le médecin dans la situation où le patient ne le peut plus.

Cela permettrait idéalement d'explicitier la direc- tive anticipée, qui ne peut pas prendre en compte de manière précise toutes les situations possibles.

Il s'agit de rétablir, par un intermédiaire, et de façon certes imparfaite, le colloque singulier, qui paraissait extrêmement important aux yeux des tenants des première et deuxième propositions conte- nues dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique.

Enfin, en ce qui concerne le cas des enfants, l'inter- venant pense qu'il n'y a que si l'on considère le geste euthanasique comme un mal qu'on l'exclut *a priori* pour un enfant, tout en le tolérant, le cas échéant, pour un adulte qui le demande. Si l'on considère au contraire la pratique d'une euthanasie comme le dernier geste de solidarité et de tendresse que l'on puisse poser à l'égard de quelqu'un, on ne compren- drait pas que les enfants en soient exclus.

Souvent, d'ailleurs, les enfants atteints de maladies cancéreuses, qui ont vu d'autres enfants mourir, ont développé une certaine maturité à ce sujet. D'après les cancérologues qui se sont exprimés, aux Pays-Bas mais aussi en Belgique, un nombre non négligeable de ces enfants sont parfaitement capables, mieux que les médecins, de parler de leur propre mort.

Cependant, il s'agit là d'un sujet tellement difficile et émotionnel qu'il vaut peut-être mieux ne pas vouloir tout régler en même temps.

M. Vermeersch, dans sa réponse à la question d'un membre concernant les éventuels effets induits d'une réglementation sur l'euthanasie, fait référence à la

in Nederland. De beide onderzoeken leren dat het aantal eigenlijke gevallen van euthanasie gestegen is van 1,7% in 1990 tot 2,4% in 1995. In dezelfde periode daalde het aantal levensbeëindigingen zonder verzoek van de patiënt van 0,8% naar 0,7%.

Er zijn derhalve geen substantiële verschillen wat de aantallen betreft. Belangrijker is echter het feit dat er met betrekking tot de hele materie een grotere openheid is gegroeid. Zeer veel verzoeken om euthanasie worden afgewezen nadat een grondig gesprek heeft plaatsgevonden. Op deze wijze ontwikkelt zich geleidelijk een nieuwe cultuur in de benadering van problemen rond het levenseinde.

Wellicht ligt hier de verklaring voor het feit dat het aantal levensbeëindigingen zonder verzoek van de patiënt in Vlaanderen, veel hoger is dan in Nederland. Door de grotere openheid en bespreekbaarheid in dit domein, wordt de behoefte van artsen om zonder gesprek met de patiënt diens leven te beëindigen, sterk verminderd.

Anderzijds wordt in een situatie zoals die in Nederland een gesprek tussen de arts en de patiënt over euthanasie een stuk gemakkelijker. In een dergelijke situatie kan de patiënt leven met de belofte van zijn arts dat hij zonder verdere discussie zal worden bijgestaan indien hij vraagt uit zijn lijden te worden verlost. Vaak heeft deze zekerheid tot gevolg dat de eigenlijke beslissing tot euthanasie wordt uitgesteld.

Wat euthanasie bij kinderen betreft, kan hij zich aansluiten bij het standpunt van de heer Englert. Vanuit ethisch standpunt kan men niet zonder meer een onderscheid maken tussen handelingsbekwame en handelingsonbekwame kinderen. Een minderjarige van 15 jaar zal een grotere zelfstandigheid hebben dan een kind van 7 jaar en vanuit ethisch oogpunt moet men hier rekening mee houden, ook wat een eventuele vraag naar levensbeëindiging betreft. Belangrijk is vanzelfsprekend ook dat wordt gestreefd naar een maximale overeenstemming tussen de ouders en het kind.

Een van de redenen waarom dit domein buiten de wetgevende initiatieven wordt gehouden, ligt wellicht in het feit dat het verre van evident is, deze ethische beginselen in juridische teksten om te zetten. Het betreft hier hoe dan ook een erg delicate problematiek.

Hij verklaart ten slotte gekant te zijn tegen het gebruik van de term «terminaal» bij het vaststellen van de voorwaarden waaronder euthanasie mogelijk is omdat hierdoor een grote groep patiënten uitgesloten wordt. Er zijn immers gevallen bekend van patiënten die gedurende decennia zeer zwaar lijden of zwaar geparalyseerd zijn, die hun toestand niet langer aankunnen, maar die anderzijds niet lijden aan een ziekte die de dood tot gevolg heeft. Ook aan de uitdrukke-

situation aux Pays-Bas. Les deux enquêtes nous apprennent que le nombre de cas d'euthanasie proprement dits est passé de 1,7% en 1990 à 2,4% en 1995. Durant cette même période, le nombre d'euthanasies non demandées par le patient a diminué de 0,8 à 0,7%.

Il n'y a donc pas de différence substantielle dans les chiffres. Ce qui est plus important par contre, c'est que l'on soit arrivé à une plus grande transparence dans toute cette question. Nombre de demandes d'euthanasie sont rejetées après un entretien approfondi. Une nouvelle culture de l'approche des problèmes liés à la fin de vie se développe ainsi progressivement.

Cela explique sans doute pourquoi le nombre d'euthanasies sans demande de la part du patient est beaucoup plus élevé en Flandre qu'aux Pays-Bas. Grâce à une ouverture et à un dialogue accrus dans ce domaine, les médecins éprouvent moins le besoin de procéder à un acte euthanasique sans en avoir discuté avec le patient.

Par ailleurs, dans une situation telle que celle que l'on rencontre aux Pays-Bas, la discussion sur l'euthanasie entre le médecin et le patient est considérablement facilitée. Dans pareille situation, le patient peut vivre avec la promesse de son médecin que celui-ci l'aidera, sans autre discussion, à être délivré de sa souffrance s'il en fait la demande. Souvent, cette certitude a pour effet de reporter la décision d'euthanasie proprement dite.

En ce qui concerne l'euthanasie chez les enfants, il peut se rallier au point de vue de M. Englert. D'un point de vue éthique, on ne peut pas faire sans plus une distinction entre enfants capables et enfants incapables. Un mineur âgé de 15 ans sera plus autonome qu'un enfant de 7 ans et d'un point de vue éthique, il faut en tenir compte, y compris face à une demande d'euthanasie. Il importe bien évidemment aussi de tendre vers un accord maximal entre les parents et l'enfant.

Une des raisons pour lesquelles les initiatives législatives n'abordent pas cette question réside sans doute dans le fait qu'il est loin d'être évident de couler ces principes éthiques dans des textes juridiques. Il s'agit en tout état de cause d'un problème très délicat.

Enfin, l'intervenant déclare être opposé à l'utilisation du terme «terminal» lorsqu'il s'agit de fixer les conditions auxquelles l'euthanasie peut être pratiquée, parce que cela aurait pour effet d'exclure un grand groupe de patients. On a en effet connaissance de cas de patients qui souffrent très sévèrement ou qui sont paralysés gravement depuis des décennies et qui ne supportent plus leur situation, mais sans être atteints pour autant d'une maladie entraînant la

lijke wens van deze mensen kan de samenleving niet zonder meer voorbij gaan.

De heer Cassiers zegt voorstander te zijn van het derde voorstel in het advies van het Raadgevend Comité, namelijk het voorstel dat euthanasie in bepaalde gevallen aanvaardt. Spreker meent niet dat dit standpunt moet worden gezien als een verschuiving naar het gerecht. De voorstanders van deze optie zijn zeer gevoelig voor het belang van de menselijke betrekkingen bij alles wat de mensen denken en voelen. Ze vinden het dan ook moeilijk aanvaardbaar dat euthanasie naar het gerecht verschoven wordt via juridisch-administratieve structuren, zij het via een instemming van het ethisch comité van het ziekenhuis.

In deze visie staat men erop dat het de arts is die beslist, maar ook dat hij in het dossier moet aangeven dat hij alle informatie heeft ingewonnen en dat hij de kans heeft gehad er met de omgeving over te spreken, zodat zijn beslissing niet genomen is in het kader van de dialoog tussen arts en patiënt, die als te eng wordt beschouwd ten opzichte van het geheel van menselijke relaties van een zieke.

Spreker gelooft overigens niet dat het begrip «ongeneeslijke ziekte» zoveel duidelijker is dan het begrip «naderende dood». De interpretatie van dit begrip is immers ook zeer subjectief; ze hangt niet alleen af van de medische technieken maar ook van de omgevende cultuur.

Spreker deelt ten slotte het standpunt van de heren Englert en Vermeersch over het probleem van de kinderen, maar hij vindt het even belangrijk om oog te hebben voor de cultuur die men creëert.

Zo wordt abortus thans als iets vrij alledaags beschouwd als men weet dat het ongeboren kind een mongooltje zou zijn.

In sommige gevallen wordt euthanasie expliciet op verzoek van de ouders uitgevoerd op een mongoloïde boreling.

In onze cultuur en met onze wetenschappelijke criteria wordt een mongoloïde kind dikwijls beschouwd als een ondraaglijk leed voor de ouders. Nochtans is het kind zelf wellicht even gelukkig als een ander kind, als het maar de nodige zorg en liefde krijgt.

De voorstanders van het derde voorstel van het advies zijn niet echt tegen elke vorm van euthanasie, maar willen voorkomen dat euthanasie iets banaals wordt. Daarom zijn ze inzonderheid tegen een wijziging van het Strafwetboek. Ze menen dat, ook al moeten de artsen soms zeer moeilijke verantwoordelijkheden op zich nemen, ze moeten blijven beoordelen of ze in een bepaald geval het Strafwetboek mogen overschrijden als gevolg van een noodtoestand.

mort. La société ne peut pas non plus ignorer purement et simplement la demande explicite de ces personnes.

M. Cassiers déclare être partisan de la troisième proposition contenue dans l'avis du Comité consultatif, c'est-à-dire celle qui accepte que l'euthanasie soit pratiquée dans certains cas. L'intervenant ne pense pas que cette position doive être comprise comme une tribunalisation. Les partisans de cette option sont très sensibles à l'importance des relations humaines dans tout ce que les personnes pensent et ressentent. Ils trouvent donc difficilement acceptable qu'une euthanasie soit tribunalisée à travers des structures juridiques administratives, fût-ce par le biais d'un accord du comité d'éthique de l'hôpital.

Dans cette optique, on tient à ce que ce soit le médecin qui décide, mais aussi à ce que ce dernier doive rendre compte dans le dossier de ce qu'il a pris toutes les informations, et qu'il ait eu l'occasion d'en parler avec l'entourage, de telle sorte que sa décision ne soit pas prise dans le cadre du colloque singulier, considéré comme trop étroit par rapport à l'ensemble des relations humaines d'un malade.

Par ailleurs, l'intervenant ne croit pas que le concept de «maladie incurable» clarifie tellement les choses par rapport à celui de «mort rapprochée». L'interprétation de cette notion est en effet aussi très subjective; elle ne dépend pas seulement des techniques médicales mais aussi de la culture ambiante.

Enfin, autant l'intervenant partage la position de MM. Englert et Vermeersch sur la question des enfants, autant il estime important d'être attentif à ce que l'on crée comme culture.

Ainsi, actuellement, on considère comme relativement banal de procéder à un avortement, lorsqu'on sait que l'enfant à naître serait mongolien.

Dans certains cas, il est explicitement question de pratiquer, à la demande des parents, une euthanasie sur un nourrisson mongolien.

Dans notre culture, et avec nos critères scientifiques, un enfant mongolien est souvent considéré comme étant une souffrance intolérable pour ses parents. Cependant, l'enfant lui-même est sans doute aussi heureux qu'un autre, pour peu qu'il reçoive les soins et l'affection nécessaires.

Les partisans de la troisième proposition contenue dans l'avis, s'ils ne sont pas opposés à toute forme d'euthanasie, veulent éviter que celle-ci soit banalisée. C'est pourquoi ils sont opposés, notamment, à une modification du Code pénal. Ils estiment que, même si les médecins doivent assumer des responsabilités parfois très difficiles, ils doivent continuer à apprécier si, dans tel cas précis, ils peuvent transgresser le Code pénal en raison d'un état de nécessité.

Spreker meent niet dat deze regeling voor de artsen een ernstige onzekerheid met zich meebrengt.

Een lid is het alleszins eens met de voorgaande sprekers die hebben gepleit voor het hanteren van een precies begrippenapparaat. Aangezien hierover binnen het Raadgevend Comité eensgezindheid bestaat, ziet hij geen reden waarom de commissie van dit werk geen gebruik zou maken.

Voorts wenst hij toch te onderstrepen dat, welke euthanasieregeling er ook komt, deze zowel in hoofde van de arts als in hoofde van de patiënt, op volgestrekte vrijwilligheid berust. Niemand mag buiten zijn wil aan euthanasie worden onderworpen maar bovendien kan geen enkele arts worden verplicht het leven van iemand te beëindigen.

Wanneer men in een dergelijk systeem bovendien nog eens de garantie heeft dat euthanasie slechts mogelijk is nadat ook een tweede arts is geraadpleegd, rijst toch de vraag waarom hier bovenop volgens sommigen nog eens het advies van een derde persoon niet-arts dient te worden ingewonnen. Moet dit worden beschouwd als een blijk van wantrouwen ten aanzien van de geneesheren, die toch aan strenge deontologische regels onderworpen zijn?

Een lid zegt zeer gevoelig te zijn voor het feit dat de heer Englert zoveel nadruk legt op de doordachte autonomie van de persoon, maar ook voor het feit dat de heer Cassiers wijst op de affectieve en subjectieve dimensie van de menselijke wezens. Ook al kan men door zijn ervaring of zijn persoonlijke reflectie min of meer gevoelig zijn voor het ene of het andere aspect, het moet mogelijk zijn om met beide rekening te houden en men kan ervan uitgaan dat de leden van het Raadgevend Comité die inspanning hebben gedaan.

Spreker vraagt hoe die standpunten kunnen worden verzoend om terzake een wettekst op te stellen.

Een ander lid spreekt zijn waardering uit voor de twee adviezen van het Raadgevend Comité, die zeer objectief zijn en het debat over deze aangelegenheid in belangrijke mate verzakelijken. Anderzijds echter is het nemen van politieke beslissingen, zeker in een dergelijk domein, geen neutrale wetenschappelijke activiteit. Het steunt op een keuze tussen ethische beginselen die met elkaar in conflict kunnen zijn. Men kan voorrang geven aan zowel het zelfbeschikingsrecht van de patiënt als aan de menselijke waardigheid of het respect voor het menselijk leven. In de wetgeving zal men derhalve tussen beide moeten kiezen of trachten ze met elkaar te verzoenen.

Vanuit dit oogpunt wenst spreker te vernemen waar in het advies nr. 1 precies het verschil ligt tussen het eerste en het tweede voorstel enerzijds, en het derde voorstel anderzijds. Kunnen de voorstanders

L'intervenant ne pense pas que ce système entraîne une insécurité grave pour les médecins.

Un membre dit en tout cas se rallier aux plaidoyers des orateurs précédents pour l'adoption d'un ensemble de notions précises. Comme il y a unanimité à ce sujet au sein du Comité consultatif, il ne voit pas pourquoi la commission ne s'inspirerait pas du travail qui y a été réalisé.

Par ailleurs, il souhaite malgré tout souligner que, quelle que soit la réglementation que l'on instaurera en matière d'euthanasie, elle devra reposer sur le principe de plus parfaite liberté, tant de la part du médecin que du patient. Personne ne peut faire l'objet d'un acte euthanasique si telle n'est pas sa volonté, mais, par ailleurs, aucun médecin ne peut être contraint de mettre fin à la vie de quelqu'un.

Si, dans un tel système, on a en plus la garantie que l'euthanasie ne peut être pratiquée qu'après la consultation d'un deuxième médecin, l'intervenant se demande pourquoi d'aucuns estiment qu'il faut encore recueillir l'avis d'un tiers non-médecin. Faut-il y voir une marque de méfiance à l'égard des médecins, qui sont pourtant déjà soumis à des règles déontologiques strictes?

Un membre se déclare très sensible à l'insistance de M. Englert sur l'autonomie raisonnée de la personne, mais aussi au rappel fait par M. Cassiers des dimensions affectives et subjectives des êtres humains. Même si, par son vécu ou ses réflexions personnelles, on peut être plus sensible à l'un ou l'autre de ces aspects, il doit y avoir une possibilité de les prendre tous deux en compte, et l'on peut supposer que les membres du Comité consultatif s'y sont efforcés.

L'intervenant demande comment on peut arriver à concilier ces deux points de vue, dans la perspective de l'élaboration d'une législation en la matière.

Un autre membre évalue positivement les deux avis du Comité consultatif, qui sont très objectifs et qui contribuent largement à rationaliser le débat sur cette question. En revanche, la prise de décisions politiques, surtout dans un tel domaine, n'est pas une activité scientifiquement neutre. Elle relève d'un choix entre des principes éthiques qui peuvent être en conflit les uns avec les autres. On peut donner la priorité soit au droit à l'autodétermination du patient soit à la dignité humaine ou au respect de la vie humaine. Dans la législation, il faudra par conséquent trancher entre ces deux principes ou essayer de les concilier.

Dans cette optique, l'intervenant souhaiterait qu'on lui dise où exactement, dans l'avis n° 1, est faite la distinction entre la première et la deuxième proposition, d'une part, et la troisième proposition, d'autre

van de eerste twee voorstellen niet akkoord gaan met het derde voorstel omdat zij absolute prioriteit willen geven aan het beginsel van de vrije wilsbeschikking? Vinden zij dat dit beginsel wordt geschaad door een regeling die een aantal voorwaarden oplegt vooraleer op de wens van de patiënt wordt ingegaan?

Dergelijke voorwaarden worden zijns inziens niet opgelegd om afbreuk te doen aan de vrije wilsbeschikking van de patiënt. Het betreft hier normale controlemechanismen die men ook in andere domeinen terugvindt. Nog niet zo lang geleden heerste binnen het medisch korps de opvatting dat het juristen niet toekwam te oordelen over aansprakelijkheid bij medisch handelen, tenzij in geval van grove fout of opzet.

Algemeen is men het erover eens dat euthanasie vanuit ethisch oogpunt niet kan worden beschouwd als normaal medisch handelen. Is het dan niet normaal dat een dergelijke ingreep wordt omkleed met een aantal procedures *a priori* die de patiënt maximale bescherming moeten bieden en een maatschappelijke controle *a posteriori* mogelijk maken? Men kan dergelijke procedures, zoals sommigen blijkbaar doen, als een bedreiging zien, maar evenzeer als een geruststelling zowel voor de patiënt als voor de arts.

De heer Cassiers wijst erop dat de vragen van de laatste twee sprekers gelijklopend zijn. De standpunten nrs. 1 en 2 enerzijds en het standpunt nr. 3 anderzijds, zijn immers zeer gelijklopend als men een positieve kijk heeft op de zaken en als er goede interpersoonlijke relaties en een kwalitatief hoogstaande geneeskunde bestaan.

Alleen in een context van wantrouwen komen die standpunten tegenover elkaar te staan.

Zo wenst men in het standpunt nr. 3 dat uit het dossier blijkt dat de mening van de familie over het verzoek om euthanasie en over de toestand van de patiënt bekend is.

Spreker denkt dat de voorstanders van de standpunten nrs. 1 en 2 het eens zijn met de idee dat, normaal gezien, wanneer binnen een familie hartelijke, of tenminste gezonde, betrekkingen bestaan, een verzoek om euthanasie niet wordt behandeld zonder dat de familie daarover wordt ingelicht en betrokken wordt in de relatie met de stervende en de arts.

Dat probleem rijst niet in de minder voorkomende veronderstelling dat de patiënt kille, of zelfs vijandige, betrekkingen heeft met zijn familie en vreest dat die zich wil mengen zonder voldoende respect op te brengen voor zijn mening en, eventueel, sterke psychologische druk zal uitoefenen die de vrijheid van de patiënt beknoot.

part. Si les partisans des deux premières propositions ne peuvent pas marquer leur accord sur la troisième, est-ce parce qu'ils veulent donner la priorité absolue au principe du libre arbitre? Considèrent-ils que ce principe est bafoué par une réglementation qui prévoit qu'une série de conditions doivent être remplies avant que l'on puisse accéder au souhait du patient?

À son avis, le respect de conditions n'est pas imposé pour limiter le libre arbitre du patient. Il est simplement question en l'espèce de mécanismes de contrôle normaux que l'on trouve également dans d'autres domaines. Il n'y a pas si longtemps encore, le corps médical estimait qu'il n'appartenait pas aux juristes de juger à qui incombait la responsabilité d'un acte médical, hormis dans les cas d'erreur grossière ou intentionnelle.

On admet généralement que, du point de vue éthique, on ne peut pas considérer l'euthanasie comme un acte médical normal. N'est-il pas normal dès lors que l'on fasse précéder une telle intervention d'une série de procédures *a priori* afin d'offrir une sécurité optimale au patient et de permettre un contrôle social *a posteriori*? Si l'on peut considérer, comme certains le font manifestement, que les procédures de ce type constituent une menace, on peut tout autant voir en elles un ensemble de mesures d'apaisement, tant du patient que du médecin.

M. Cassiers souligne que les questions posées par les deux derniers intervenants se rejoignent. En effet, les positions n^{os} 1 et 2, d'une part, et la position n^o 3, d'autre part, se rapprochent très fort si l'on a une vue positive des choses, de bonnes relations interpersonnelles et une médecine de qualité.

Ces positions ne divergent que dans un contexte de méfiance.

Ainsi, dans la position n^o 3, on souhaite que le dossier montre que l'on connaît l'opinion de la famille sur la demande d'euthanasie et sur l'état du patient.

L'intervenant pense que les partisans des positions n^{os} 1 et 2 sont d'accord avec l'idée que, normalement, si les relations sont chaleureuses ou, à tout le moins, saines dans une famille, une demande d'euthanasie ne sera pas gérée sans que la famille soit informée et impliquée dans la relation avec le mourant et le médecin.

Le problème ne se pose que dans l'hypothèse, moins fréquente, où le patient a des relations assez froides, voire hostiles, avec sa famille, et craint que celle-ci ne veuille intervenir sans respecter suffisamment son avis, et, le cas échéant, n'exerce de fortes pressions psychologiques qui porteraient atteinte à la liberté du patient.

Daarom bepalen sommige teksten van het comité dat de familie «eventueel» kan worden ingelicht, in voorkomend geval *a posteriori*. Dat choqeert de voorstanders van het standpunt nr. 3, die gevoeliger zijn voor de humanitaire relaties als zodanig.

Het is evenwel onmogelijk in de wetten rekening te houden met de buitengewone verscheidenheid van situaties en intellectuele (diagnose, prognose ...) en affectieve moeilijkheden die zich kunnen voordoen in de context van het levenseinde. Daarom mag men niet te ver gaan in de beoogde regelgeving.

Overigens maken de voorstanders van het standpunt nr. 3 gewag van een procedure. Het gaat niet om een procedure voor een rechtbank, maar om het bijhouden van een dossier.

Ook op dat punt zullen de voorstanders van de standpunten nrs. 1 en 2 het wel eens zijn met de noodzaak om een dossier bij te houden.

Tot besluit zijn de standpunten nrs. 1 en 2 en het standpunt nr. 3 nogal gelijklopend in normale omstandigheden. De verschillen komen maar tot uiting wanneer de situatie verslechtert en tot een conflictituatie evolueert.

De heer Englert beklemtoont dat in de mening die wordt verdedigd in de standpunten nrs. 1 en 2, de arts reeds de modulator is van de autonomie van de patiënt (zie de Nederlandse studie die aantoonde dat de artsen die al euthanasie hebben toegepast terughoudender zijn om het opnieuw te doen). Zoals reeds is aangestipt, is deze autonomie niet de enige waarde waarmee rekening wordt gehouden. Ervan uitgaande dat euthanasie gewettigd is alleen omdat erom wordt gevraagd, zou ingaan tegen de medische cultuur. Een depenalisering zou een ruimte scheppen waarin de beoefenaars zich kunnen toeleggen op de interpretatie van een verzoek om euthanasie. Er moet vanzelfsprekend een medisch dossier worden bijgehouden. Hoe zou anders enige controle *a posteriori* mogelijk zijn?

De voorstanders van de standpunten nrs. 1 en 2 zijn er echter tegen dat een extern advies wordt opgelegd, dat niet van een tweede arts komt, terwijl dat voor allen een redelijke voorzorgsmaatregel in de vorm van een tweede modulatie.

Dat belet niet dat een arts of een patiënt de aanwezigheid van de familie of een ander advies, enzameer, kan vragen.

Het wezenlijke verschil tussen de standpunten nrs. 1 en 2, enerzijds, en het standpunt nr. 3, anderzijds, is dat in de eerste twee standpunten de arts als modulator wordt beschouwd. Er wordt van hem een tweevoudige controle gevraagd in de vorm van een tweede advies en een verklaring *a posteriori*, die moet

C'est pourquoi certains textes écrits au sein du Comité prévoient que la famille peut être «éventuellement» mise au courant, le cas échéant *a posteriori*. C'est cela qui choqe les tenants de la position n° 3, qui sont plus sensibles à l'importance des relations humaines en tant que telles.

Cependant, il est vrai qu'il est impossible de rendre compte dans les lois de l'extraordinaire variété des situations et des difficultés intellectuelles (diagnostic, pronostic, ...) et affectives qui peuvent se présenter dans le contexte d'une fin de vie. C'est pourquoi il faut éviter d'aller trop loin dans les réglementations que l'on envisage.

Pour le surplus, les partisans de la position n° 3 parlent d'une procédure. Il ne s'agit pas d'une procédure devant un tribunal, mais bien de la tenue d'un dossier.

Là encore, il est plus que vraisemblable que les tenants des positions n°s 1 et 2 s'accordent avec la nécessité de tenir un dossier.

En conclusion, les positions n°s 1 et 2, et la position n° 3 se rapprochent assez fort dans des situations normales. Les divergences ne s'accusent que lorsque la situation se détériore et devient conflictuelle.

M. Englert souligne que dans la vision défendue par les positions n°s 1 et 2, le médecin est déjà le modulateur de l'autonomie du patient (*cf.* l'étude hollandaise, qui montre que les médecins qui ont pratiqué une euthanasie sont plus réticents à en pratiquer une autre). Comme déjà indiqué, cette autonomie n'est pas la seule valeur prise en considération. Il serait contraire à la culture médicale de considérer qu'une euthanasie est légitime au seul motif qu'elle est demandée. Une dépenalisation créerait un espace dans lequel il serait possible pour les praticiens de développer une culture d'interprétation de la demande. Il va de soi qu'un dossier médical doit être tenu. Comment, dans le cas contraire, une vérification *a posteriori* serait-elle possible?

Par contre, les tenants des positions n°s 1 et 2 sont opposés à ce qu'on impose un avis extérieur autre que celui d'un second médecin, qui paraissait à tous une précaution raisonnable à titre de seconde modulation.

Cela n'empêche pas un médecin ou un patient de demander la présence de la famille, un autre avis, etc.

La différence essentielle entre les positions n°s 1 et 2, d'une part, et la position n° 3, d'autre part, est que, dans les deux premières, c'est le médecin qui est vu comme le modulateur; on lui demande un rétrocontrôle double sous la forme d'un second avis et d'une déclaration *a posteriori*, qui garantit qu'il assume la

garanderen dat hij de verantwoordelijkheid voor zijn daden op zich neemt. In het standpunt nr. 3 wordt *a priori* een andere interventie opgelegd.

Op een aantal punten zijn deze drie standpunten echter gelijklopend.

De heer Van Orshoven antwoordt op de vraag van een lid dat de zogenaamde «derde optie» geenszins is ingegeven door wantrouwen tegenover de artsen. Waar het om gaat is dat een wetgeving in een dergelijke materie slechts door de bevolking zal worden geaccepteerd indien zij iedere patiënt volstrekte rechtszekerheid biedt.

Die rechtszekerheid is er momenteel niet voor de patiënten die wensen dat hun leven wordt beëindigd indien zij hun lijden niet langer kunnen dragen. Een regeling die dit wil verhelpen mag echter niet ten koste gaan van de rechtszekerheid van patiënten die niet willen dat hun leven verkort wordt. Uit eerdere uiteenzettingen is overigens voldoende gebleken dat ook dit momenteel geen evidente zaak is.

Wie als arts gewerkt heeft, weet in welke uitermate zwakke positie terminale patiënten zich bevinden en welke angst en wantrouwen hiermee samenhangen. Het is aan de wetgever om deze angsten weg te nemen en de garantie te bieden dat slechts tot levensbeëindiging wordt overgegaan indien die patiënten dit werkelijk willen. Dit vereist een minimale procedure.

Een regeling moet ook rechtszekerheid bieden voor de artsen. De arts die nu uit een diepe betrokkenheid bij het lot van zijn patiënt, op diens uitdrukkelijke vraag tot euthanasie overgaat, moet de zekerheid hebben dat hij hiervoor niet zal worden vervolgd. Die zekerheid heeft hij momenteel niet.

Als antwoord op een spreker verklaart de voorzitter dat het hem niet toekomt het oneigenlijke gebruik dat de leden van de verenigde commissies zouden maken van een of andere term, te bestraffen.

Hij herinnert eraan dat de heer Vermeersch beloofd heeft de commissies een glossarium te bezorgen met de essentiële technische termen die nuttig zijn voor het debat.

Een lid vraagt zich af of naast de elementen die de heren Englert en Cassiers al hebben aangehaald, een ander verschil tussen de standpunten nrs. 2 en 3 er niet in bestaat dat in het standpunt nr. 3 nog sprake is van de term noodsituatie.

De heer Englert wees op de rol van de modulator van het verzoek, een rol die volgens het standpunt nr. 2 aan de arts is voorbehouden.

Spreekster vraagt of men in dat geval het klassieke jurisprudentieel begrip noodtoestand kan hanteren.

responsabilité de ses actes. Dans la position n° 3, on impose une autre interaction *a priori*.

Cependant, il est vrai que sur une série de points, ces trois positions se rejoignent.

M. Van Orshoven répond à la question d'un membre que la «troisième option» n'est en aucun cas inspirée par un sentiment de méfiance à l'égard des médecins. Ce qui est en cause, c'est qu'une telle législation dans une matière comme celle-ci ne sera acceptée par la population que si chaque patient se voit offrir une sécurité juridique absolue.

Cette sécurité juridique n'existe pas actuellement pour les patients qui souhaitent que l'on mette fin à leur vie si leurs souffrances deviennent insupportables. Une réglementation tendant à remédier à cette situation ne peut cependant pas aller à l'encontre de la sécurité juridique des patients qui ne veulent pas que l'on abrège leur vie. Des exposés antérieurs ont d'ailleurs suffisamment montré que cela n'était pas évident non plus à l'heure actuelle.

Quiconque a pratiqué l'art de guérir sait que les patients en phase terminale se trouvent dans une situation particulièrement vulnérable, et connaît les sentiments d'angoisse et de méfiance que celle-ci engendre. Il appartient au législateur de dissiper ces angoisses et de garantir que l'on n'abrègera la vie de ces patients que s'ils le veulent réellement, ce qui nécessite un minimum de procédure.

Une réglementation doit aussi apporter la sécurité juridique aux médecins. Le médecin qui, profondément touché par le sort de son patient, pratique l'euthanasie à la demande expresse de celui-ci, doit avoir la certitude qu'il ne sera pas poursuivi pour cet acte. Actuellement, il n'a pas cette garantie.

Répondant à un intervenant, le président déclare qu'il ne lui appartient pas de sanctionner l'utilisation impropre que feraient les membres des commissions réunies de tel ou tel terme.

Il rappelle que M. Vermeersch a accepté de fournir aux commissions un glossaire reprenant l'essentiel des termes techniques utiles au débat.

Une membre se demande si, outre les éléments déjà cités par MM. Englert et Cassiers, une autre différence entre les positions n°s 2 et 3 ne réside pas dans le fait que dans la position n° 3, il est encore question de l'état de nécessité.

M. Englert a évoqué le rôle de modulateur de la demande dévolu au médecin selon la position n° 2.

L'intervenante demande si, dans ce cas, on reste dans la notion jurisprudentielle classique d'état de nécessité.

De heer Englert antwoordt dat het de bedoeling is een bepaald aantal criteria te codificeren waardoor het mogelijk wordt het bestaan van een noodtoestand te objectiveren en de overtreding van het verbod om te doden te wettigen.

Spreekster denkt niet dat er vanuit dit oogpunt verschillen tussen de standpunten nrs. 2 en 3 tot uiting komen.

De ontwikkeling in Nederland was overigens dat er een verstandhouding is ontstaan tussen het ministerie van Justitie en het college van procureurs, enerzijds, en de vereniging van artsen, anderzijds, waardoor het mogelijk criteria is vast te stellen die zouden wijzen op het bestaan van een noodtoestand, ook al wordt in de Nederlandse teksten deze terminologie niet gebruikt.

Het is juist dat de juristen over het algemeen van oordeel zijn dat de noodtoestand per definitie niet *a priori* kan worden bepaald maar voortvloeit uit de beoordeling *a posteriori* van de rechter.

Die kritiek geldt echter zowel voor het standpunt nr. 2 als voor het standpunt nr. 3.

Een lid zou graag beschikken over het Europese onderzoek dat in de eenheden voor intensieve verzorging is uitgevoerd over het levenseinde (zie professor J.L. Vincent, van het Erasmusziekenhuis, die daarvan gewag heeft gemaakt in wetenschappelijke tijdschriften).

De heer Englert antwoordt dat er in feite twee studies bestaan, één uit 1993 en een andere, zeer recente, die de praktijk in de afdelingen intensieve zorg bestuderen. Deze studies wijden meer aandacht aan het stopzetten van de verzorging en het afwijzen van de therapeutische hardnekkigheid, dan aan het probleem van de euthanasie. Die studies tonen aan dat de autonomie van de patiënt in het Noorden van Europa belangrijker is dan in het Zuiden.

B. VOORSTELLING VAN DE VOORSTELLEN DIE HET EERST NAAR DE VERENIGDE COMMISSIES WERDEN VERZONDEN

1. Wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (van de heer Philippe Mahoux en mevrouw Myriam Vanlerberghe); nr. 2-10/1

Inleidende uiteenzetting van een van de indieners van het wetsvoorstel

De indiener wenst eerst hulde te brengen aan de heren Roger Lallemand en Fred Erdman, die, vóór hem, de tekst van het wetsvoorstel hebben ingediend tijdens de vorige zittingsperiode (Stuk Senaat, nr. 1-1261/1).

M. Englert répond que l'idée est de codifier un certain nombre de critères qui permettent d'objectiver l'existence d'un état de nécessité légitimant la transgression de la règle « tu ne tueras point ».

L'intervenant ne pense pas que, de ce point de vue, on puisse mettre en évidence des différences entre les positions n^{os} 2 et 3.

L'évolution hollandaise a d'ailleurs été de trouver entre le ministère de la Justice et le collège des procureurs, d'une part, et les associations médicales, d'autre part, un terrain d'entente permettant de définir les critères dont la présence indiquerait l'existence d'un état de nécessité, bien que les textes hollandais n'utilisent pas exactement cette dernière terminologie.

Il est vrai que les juristes considèrent généralement que, par définition, l'état de nécessité ne peut être défini *a priori* et qu'il résulte de l'appréciation *a posteriori* du juge.

Cette critique s'applique cependant à l'égard tant de la position n^o 2 que de la position n^o 3.

Un membre souhaiterait disposer de l'enquête européenne qui a été réalisée sur la fin de vie dans les unités de soins intensifs (*cf.* le professeur J.L. Vincent, de l'hôpital Erasme, qui en a fait état dans des revues scientifiques).

M. Englert répond qu'il existe en réalité deux études, l'une de 1993 et l'autre toute récente, qui étudient les attitudes en milieu de soins intensifs, et s'intéressent plus à l'interruption des soins et au non-acharnement thérapeutique qu'au problème de l'euthanasie. Ces études démontrent que l'autonomie du patient est plus importante au Nord qu'au Sud de l'Europe.

B. PRÉSENTATION DE PROPOSITIONS DONT LES COMMISSIONS RÉUNIES ÉTAIENT INITIALEMENT SAISIÉS

1. Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (de M. Philippe Mahoux et Mme Myriam Vanlerberghe); n^o 2-10/1

Exposé introductif l'un des auteurs de la proposition de loi

L'auteur tient tout d'abord à rendre hommage à MM. Roger Lallemand et Fred Erdman, qui ont, avant lui, déposé le texte de la proposition de loi, lors de la précédente législature (doc. Sénat, n^o 1-1261/1).

Over euthanasie zijn lange tijd discussies gevoerd, waaraan vooral juristen en artsen hebben deelgenomen.

Het debat is verrijkt door het uiteenlopende karakter van de standpunten, maar heeft ook geleid tot een instemming met dezelfde waarden.

Sommigen hebben gezegd dat niet moest worden toegegeven aan de druk om overhaast tewerk te gaan.

Dit debat moet inderdaad sereen worden gevoerd.

Toch moet rekening worden gehouden met het feit dat het euthanasievraagstuk niet nieuw is en dat er al lange tijd over wordt gediscussieerd.

De werkzaamheden van de Senaat tijdens de vorige zittingsperiode hadden als belangrijkste verdienste dat het probleem bespreekbaar is geworden, niet alleen in het Parlement, maar ook in alle politieke partijen en talrijke verenigingen. Er zijn enorm veel openbare debatten aan dit onderwerp gewijd. De burgers nemen er eveneens deel aan, wat bijzonder positief is.

Voor de indiener is het euthanaserend handelen, ook al kan dit tegenstrijdig lijken, de ultieme verzorgingshandeling, misschien wel de moeilijkste voor de arts.

De indieners van het wetsvoorstel hebben ook bijzonder veel aandacht voor elke mogelijke vorm van economische ontsporing; een visie waarin de markt, het geld, de kostprijs op zichzelf beschouwd waarden zouden kunnen vertegenwoordigen, is voor hen onaanvaardbaar.

Ze wijzen er overigens op dat ze ook veel belang hechten aan de palliatieve verzorging, die volgens hen onvoldoende ontwikkeld is in ons land.

Ze menen dat alles in het werk moet worden gesteld om de palliatieve verzorging beter te ontwikkelen, dat wil zeggen het belang ervan doen inzien, ervoor zorgen dat men de pijn behandelt, dat de gepaste budgettaire middelen worden uitgetrokken.

Spreker zegt getroffen te zijn door de beschouwingen van de vertegenwoordigers van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek over de evaluatie die over euthanasie al bestaat, zonder dat een wet die evaluatie oplegt.

Als die evaluaties nu al bestaan, lijkt het wenselijk dat na de goedkeuring van een wet die euthanasie onder bepaalde voorwaarden uit het strafrecht haalt, overwogen wordt een evaluatiecommissie op te richten die geregeld verslag zou uitbrengen over de evolutie van de toestand en over de concrete situaties op het terrein, na de inwerkingtreding van de nieuwe wet.

Le problème de l'euthanasie a fait l'objet de longues discussions, auxquelles ont participé notamment des juristes et des médecins.

Le débat s'est trouvé enrichi par la différence des points de vue exprimés, mais il s'en dégage aussi une adhésion aux mêmes valeurs.

Certains ont dit qu'il ne fallait pas céder à la précipitation en cette matière.

Il est vrai que ce débat doit être abordé avec sérénité.

Cependant, il faut tenir compte également du fait que la problématique de l'euthanasie n'est pas neuve et que l'on en discute depuis longtemps déjà.

Les travaux du Sénat au cours de la précédente législature ont eu pour mérite principal d'ouvrir la parole, non seulement dans le cadre des assemblées parlementaires, mais aussi dans tous les partis politiques et dans beaucoup d'associations. Des débats publics très nombreux ont été consacrés au sujet. Les citoyens y participent aussi, ce qui est extrêmement positif.

Pour l'auteur, même si cela peut paraître paradoxal, l'acte d'euthanasie est l'ultime acte de soigner, peut-être le plus difficile à accomplir pour le médecin.

Les auteurs de la proposition de loi sont aussi particulièrement attentifs à toute forme de dérive économique; une vision où le marché, l'argent, le coût représenteraient en eux-mêmes des valeurs leur paraît inacceptable.

Ils soulignent par ailleurs tout l'intérêt qu'ils attachent aux soins palliatifs, qui leurs paraissent insuffisamment développés dans notre pays.

Ils estiment qu'il faut tout mettre en œuvre pour les développer davantage, c'est-à-dire faire prendre conscience de leur importance, veiller à la prise en compte de la douleur, prévoir les moyens budgétaires adéquats.

L'orateur se fit frappé par les considérations émises par les représentants du Comité consultatif de bioéthique sur les travaux d'évaluation existant déjà en matière d'euthanasie, sans qu'une loi impose une telle évaluation.

Si de tels travaux existent déjà à l'heure actuelle, il paraît souhaitable qu'au-delà du vote d'une loi dépenalisant l'euthanasie dans certaines conditions, on puisse envisager la constitution d'une commission d'évaluation, qui ferait rapport de manière régulière sur l'évolution de la situation, et qui pourrait rendre compte des situations concrètes vécues sur le terrain, après l'entrée en vigueur de la loi nouvelle.

Spreker wenst vurig dat dankzij dit debat een zo ruim mogelijke consensus zal ontstaan tussen ieders overtuigingen, die alle even respectabel lijken.

Toch moet ook kunnen worden bepaald waarover men het niet eens is, op welke standpunten men onwrikbaar blijft staan, en moet men zich in eer en geweten kunnen uitspreken.

Wat de grond van de zaak betreft, meent spreker dat de definitie die het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft gegeven, moet worden overgenomen.

Euthanasie veronderstelt eerst en vooral dat de zieke volledig wordt ingelicht over zijn situatie, over de aard van zijn ziekte, en over alle mogelijke behandelingen, ongeacht de aard ervan, dat wil zeggen niet alleen de therapeutische maar ook de palliatieve behandeling.

Deze laatste term beoogt niet alleen het wegnemen van de pijn, maar ook de begeleiding van de dikwijls pijnlijke psychologische ervaringen omtrent het levenseinde.

Het moet ook mogelijk zijn de patiënt uit te leggen wat de mogelijkheden zijn op het gebied van euthanasie. Die moet mogelijk zijn in het geval van de toestand van voortdurend en ondraaglijk lijden of een noodtoestand, die het gevolg zijn van een ongeluk of een ongeneeslijke ziekte en die de arts niet kan lenigen.

Een andere arts moet worden geraadpleegd over de ongeneeslijke aard van de ziekte.

Dat zou een arts moeten zijn die niet rechtstreeks betrokken is bij de situatie en die dus meer afstand kan nemen van de concrete situatie.

Het moet ook vaststaan dat de patiënt verschillende malen om euthanasie heeft verzocht. Dat is een fundamenteel en uiteraard onontbeerlijk element.

Bovendien moeten de ontwikkeling van het geval en het herhaalde verzoek schriftelijk worden vastgelegd.

Het feit dat de beslissing uiteindelijk voortvloeit uit de dialoog tussen arts en patiënt belet geenszins dat dagelijks nota wordt genomen van de herhaalde verzoeken, de aard van de ziekte, het ongeneeslijk karakter ervan, de geraadpleegde personen, ... Uit dit geschreven relaas moet blijken dat naar de patiënt geluisterd is en dat hij behandeld is, en dat alle voorzorgen zijn genomen.

Op verzoek van de patiënt moet men ook informatie inwinnen, spreken met de familie, de omgeving, het verplegend team, ...

Het zou een ernstige vergissing zijn zulke dialoog uit te sluiten.

L'orateur souhaite vivement que le présent débat permette de dégager un maximum de convergences entre les convictions des uns et des autres, qui paraissent également respectables.

Il faudra cependant aussi pouvoir déterminer ce qui les sépare, peut-être de façon irréductible, et se prononcer en âme et conscience.

Quant au fond, l'orateur pense qu'il faut adopter la définition de l'euthanasie donnée par le Comité consultatif de bioéthique.

L'euthanasie suppose tout d'abord une information complète du malade sur sa situation, sur le caractère de sa maladie, et sur toutes les possibilités de prise en charge, de quelque nature qu'elles soient, c'est-à-dire non seulement de nature thérapeutique, mais aussi sous la forme de soins palliatifs.

Ce dernier terme vise non seulement le traitement de la douleur, mais également la prise en charge du vécu psychologique souvent douloureux de la fin de vie.

Il faut aussi pouvoir expliquer au patient quelles possibilités existent en matière d'euthanasie. Celle-ci doit être possible lorsqu'il existe un état de souffrance ou de détresse constante et insupportable, qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique incurable, et que le médecin ne peut apaiser.

Un autre médecin doit être consulté sur le caractère incurable de la maladie.

Il devrait s'agir d'un praticien qui ne soit pas lié directement à la situation, et qui puisse ainsi avoir plus de distance par rapport à la situation concrète envisagée.

Il faut aussi s'assurer d'une demande formulée à plusieurs reprises par le patient. Il s'agit là d'un élément fondamental et évidemment indispensable.

Il faut en outre que soient mis par écrit l'ensemble de l'évolution du cas, et le caractère réitéré des demandes.

En effet, le fait que la décision à prendre *in fine* résulte du colloque singulier entre le malade et le médecin n'empêche nullement que les demandes réitérées, la nature de la maladie, son caractère incurable, les personnes consultées, ... soient transcrits au jour le jour. Il doit résulter de cette transcription que le patient a été écouté et pris en charge, et que toutes les précautions ont été prises.

Enfin, il faut, à la demande du patient, s'informer, discuter avec la famille, l'entourage, l'équipe soignante ...

Ce serait une grave erreur que d'exclure un tel dialogue.

De beslissing moet evenwel bijna onvermijdelijk voortvloeien uit het uitdrukkelijk verzoek van de patiënt.

Spreker meent immers dat het niet past dat bij het nemen van een zo belangrijke beslissing als deze, de verantwoordelijkheden tussen patiënt en arts worden versnipperd.

Wat de wilsverklaring betreft (een terminologie die te verkiezen is boven die van «levenstestament») denkt spreker dat de geuite wil om zijn dagen op een gepaste wijze te eindigen, gewettigd is en dat die wil op het laatste ogenblik misschien niet meer kan worden uitgesproken door een onbewuste en wilsonbekwame patiënt. Het afwijzen van de aftakeling, van het onvermogen om te communiceren, lijkt hem evenzeer gewettigd.

Het voorstel voorziet dan ook in een wilsverklaring volgens welke, in ultieme gevallen, de ondertekenaar wenst dat zijn leven wordt beëindigd en een persoon afvaardigt om hem op het ultieme ogenblik te vervangen.

Spreker denkt evenwel dat het voor een gezonde persoon moeilijk kan zijn zich in te beelden wat zijn situatie op dat ogenblik zal zijn.

Daarom is hij van mening dat de wilsverklaring moet worden afgelegd in aanwezigheid van getuigen en dat ze geregeld moet worden bevestigd.

Een procedure is wel noodzakelijk, maar het is niet wenselijk dat die allesoverheersend wordt in het geval van euthanasie.

De procedure bestaat eerst en vooral in de verplichting om, wanneer iemand overlijdt als gevolg van euthanasie, niet alleen bij de burgerlijke stand, maar ook bij de procureur des Konings een aangifte te doen met vermelding van de identiteit, de aandoening, de gevolgde procedure, de geraadpleegde personen, de datum en het uur van het overlijden.

Het is immers van fundamenteel belang dat het overlijden als gevolg van euthanasie als een natuurlijke dood wordt beschouwd (vooral met betrekking tot de verzekeringen) en dat aangifte wordt gedaan bij het parket.

Geen enkele arts is uiteraard verplicht in te gaan op een verzoek om euthanasie.

Toch vraagt de ethiek dat, indien een arts, om redenen die hem eigen zijn en achtenswaardig zijn, weigert in te gaan op een verzoek om euthanasie, hij de patiënt daarover inlicht.

Die redenen kunnen verband houden met de patiënt zelf, of met de persoonlijke filosofische of religieuze overtuigen van de arts.

Ten slotte bepaalt het wetsvoorstel dat euthanasie niet geoorloofd is in het geval van zwangere vrouwen die een levensvatbaar kind dragen.

Mais il faut que la décision résulte de façon quasi-irréductible de la demande expresse du patient.

L'orateur estime en effet qu'il ne convient pas, pour une décision aussi grave, de diluer des responsabilités qui sont à prendre entre patient et médecin.

Quant à la déclaration anticipée (terminologie préférable à celle de «testament de vie»), l'orateur pense que la volonté manifestée de terminer ses jours de manière décente est légitime, et qu'elle ne pourra peut-être plus s'exprimer, au dernier moment, par un patient inconscient et incapable. Le refus de la déchéance, de l'incommunication paraît lui aussi légitime.

La proposition envisage dès lors une déclaration anticipée selon laquelle, dans les cas ultimes, le signataire souhaite qu'il soit mis fin à ses jours, et délègue une personne pour le remplacer au moment ultime.

L'orateur pense toutefois qu'il peut être difficile pour une personne bien portante d'envisager ce que sera sa situation dans de tels moments.

C'est pourquoi il est d'avis que la déclaration anticipée doit être faite devant témoin, et renouvelée de façon régulière.

En ce qui concerne la procédure, elle est nécessaire, même s'il n'est pas souhaitable de «procéduraliser» l'euthanasie.

La procédure consiste tout d'abord en l'obligation, au moment du décès résultant de la pratique d'une euthanasie, d'effectuer, non seulement à l'état civil, mais aussi auprès du procureur du Roi, une déclaration reprenant l'identité, l'affection, la procédure suivie, les personnes consultées, la date et l'heure du décès.

En effet, il est fondamental qu'à la fois, la mort par euthanasie soit considérée comme une mort naturelle (notamment pour ce qui concerne la problématique des assurances), et qu'il y ait une déclaration au parquet.

Il n'existe évidemment aucune obligation pour aucun médecin de répondre positivement à une demande d'euthanasie.

L'éthique impose cependant que si un praticien refuse cette demande d'euthanasie, pour des raisons qui lui sont propres et qui sont respectables, il en informe le patient.

Ces raisons peuvent avoir trait à l'état du patient lui-même, ou encore aux convictions philosophiques ou religieuses personnelles du médecin.

Enfin, la proposition de loi prévoit qu'en ce qui concerne les femmes enceintes porteuses d'un enfant viable, l'euthanasie ne serait pas autorisée.

De indieners van het wetsvoorstel vinden het belangrijk dat het Strafwetboek wordt aangepast, om uit de huidige situatie te geraken. Er is al op gewezen dat vergissingen door machtsmisbruik of door tekortkoming moeten worden vermeden in situaties waarin het slachtoffer, per definitie, zijn stem niet meer kan laten horen.

Thans gaat het om fouten door tekortkoming, omdat een zeer groot aantal artsen deze ultieme verantwoordelijkheid niet op zich willen nemen, maar soms ook om fouten door machtsoverschrijding die niet kunnen worden gecontroleerd, en die door de toekomstige wet moeten worden beperkt (cf. de 3 % euthanasie die wordt uitgevoerd zonder verzoek van de patiënt, waarnaar de studie van Hasselt verwijst).

De nieuwe wet zou dus een enorme verbetering van de situatie met zich moeten meebrengen, zowel op menselijk als op ethisch gebied.

Ten slotte moet het Burgerlijk Wetboek worden gewijzigd met betrekking tot het afgeven van het verlof voor de teraardebestelling, alsook de vermelding in de registers van de burgerlijke stand dat het gaat om een overlijden als gevolg van euthanasie.

Tot besluit wijst spreker erop dat, met betrekking tot het pijnlijke probleem van euthanasie, een parlementaire vergadering geneigd zou kunnen zijn over het probleem te theoretiseren.

Het resultaat van de parlementaire werkzaamheden zal een wettekst zijn, met de nodige onbuigzaamheid, zelfs strengheid, maar ook onverstaanbaarheid.

Naast dit parlementair werkstuk moet men ook oog hebben voor allen die lijden en zich verlaten voelen.

Het is juist om hen beter te kunnen helpen, met alle — talrijke — middelen die bestaan en, inzonderheid, het depenaliseren van euthanasie, dat we vooruitgang willen boeken in deze problematiek.

Spreker wenst vurig dat dankzij dit debat een belangrijke vooruitgang kan worden geboekt, met de grootst mogelijke overeenstemming, en zo nodig met vermelding van de tegenstellingen.

Op die wijze zou men een grote stap voorwaarts hebben gezet, zowel op parlementair als op menselijk gebied.

*
* *

2. Wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging (vandeheer Philippe Monfils), nr. 2-22/1

Inleidende uiteenzetting van de indiener van het wetsvoorstel

De indiener is verheugd over het feit dat dit debat nu kan worden gevoerd, want tot nu toe kon het

Les auteurs de la proposition de loi estiment important que l'on procède par la voie d'une modification du Code pénal, si l'on veut sortir de la situation actuelle. Il a déjà été souligné qu'il convenait d'éviter les erreurs par excès et celles par défaut, dans une matière où, par définition, la victime n'est plus en mesure de se faire entendre.

À l'heure actuelle, il s'agit d'erreurs par défaut, parce qu'un nombre très important de médecins ne veulent pas prendre cette responsabilité ultime, mais aussi, parfois, d'erreurs par excès que l'on ne peut contrôler, et que la loi à venir devrait permettre de réduire (cf. les 3 % d'euthanasies pratiquées sans la demande du patient, évoquées dans l'étude de Hasselt).

La loi nouvelle devrait donc entraîner une amélioration significative de la situation actuelle, sur les plans humain et éthique.

Enfin, il faudra modifier le Code civil en ce qui concerne la délivrance du permis d'inhumation, y compris la mention dans les registres de l'état civil qu'il s'agit d'une mort par euthanasie.

Pour conclure, l'orateur souligne qu'en ce qui concerne le douloureux problème de l'euthanasie, l'on pourrait avoir tendance, dans une enceinte parlementaire, à théoriser.

Le fruit du travail parlementaire sera un texte de loi, avec tout ce qu'il peut comporter de rigueur, voire de sécheresse, mais aussi d'inintelligibilité.

Il faut, au-delà de ce travail parlementaire, avoir à l'esprit tous ceux et toutes celles qui souffrent et se sentent abandonnés.

Si l'on souhaite avancer dans cette problématique, c'est précisément pour pouvoir les aider davantage par tous les moyens — multiples — qui existent et qui comprennent notamment une dépenalisation de l'euthanasie.

L'orateur souhaite vivement que grâce au présent débat, dans la plus large convergence possible, en marquant les divergences s'il y a lieu, on puisse procéder à une avancée significative.

On aurait ainsi fait un grand pas en avant, tant sur le plan parlementaire que sur le plan humain.

*
* *

2. Proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie (de M. Philippe Monfils); n° 2-22/1

Exposé introductif l'auteur de la proposition de loi

L'orateur se réjouit de la tenue du présent débat, car, jusqu'ici, aucune action parlementaire dans ce

Parlement op dit gebied niet optreden als er geen consensus bestond binnen de regeringsmeerderheid.

Deze wil om het debat te blokkeren is niet beperkt tot het onderwerp euthanasie. De volledige bio-ethische sector wordt getroffen door deze parlementaire verlamming.

Als gevolg daarvan is bijvoorbeeld nog geen enkele beslissing genomen over de vraag of de Europese overeenkomst inzake bio-ethiek al dan niet moet worden geratificeerd.

Er is nog geen enkel debat ernstig aangevat of althans tot een goed einde gebracht over een aantal fundamentele zaken, zoals het onderzoek op embryo's, germinale therapie, enzovoort.

De situatie is evenwel gewijzigd en nu is een parlementair debat mogelijk, waarna beslissingen kunnen worden genomen volgens de meerderheidsregel.

De situatie inzake euthanasie kan worden samengevat in een kernachtige zin: euthanasie is verboden, maar wordt toegepast. Uit recente cijfers van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek blijkt dat het aantal gevallen van euthanasie in ons land zeer gelijklopend is met het aantal in Nederland, waar euthanasie niet wordt vervolgd als aan een aantal voorwaarden is voldaan.

In tegenstelling tot Nederland blijkt dat in België vaker euthanasie zou worden toegepast zonder verzoek van de patiënt (viermaal meer dan in Nederland).

Deze situatie wijst op de risico's van het clandestiene uitvoeren van euthanasie in ons land. In deze situatie van geheimhouding en illegaliteit is men er niet zeker van dat alles waardig en zonder misbruik gebeurt.

Zo is men er thans bijvoorbeeld helemaal niet zeker van dat de verzoeken om euthanasie worden geformuleerd met inachtneming van een aantal voorwaarden waarover bij de verschillende indieners een consensus bestaat, zoals de ongeneeslijke ziekte die een ondraaglijk lijden veroorzaakt. Men is er evenmin zeker van dat een echte dialoog plaatsvond tussen de patiënt en de arts, en dat het verzoek om euthanasie geen wanhoopsdaad was, die misschien kon worden verijdeld als die dialoog werkelijk had plaatsgehad.

Men is er ook niet zeker van dat euthanasie, in bepaalde gevallen, niet wordt uitgevoerd uit economische overwegingen.

Er bestaat evenmin zekerheid dat de euthanasie altijd door een arts wordt toegepast en dat de levensbeëindiging geen moeilijkheden met zich meebrengt op financieel gebied of op erfrechtelijk gebied.

domaine ne pouvait intervenir si, préalablement, il n'y avait pas consensus au sein de la majorité gouvernementale.

Cette volonté de bloquer le débat ne s'est pas cantonnée au seul domaine de l'euthanasie. C'est tout le secteur bioéthique qui a été frappé par cette paralysie parlementaire.

Le résultat en est que, par exemple, aucune décision n'est intervenue en ce qui concerne le point de savoir s'il faut ou non ratifier la Convention européenne de bioéthique.

Aucun débat n'a été sérieusement entrepris, ou, à tout le moins, mené à son terme sur un certain nombre d'éléments fondamentaux, comme la recherche sur les embryons, la thérapie germinale, etc.

La situation a cependant changé, et le débat parlementaire est maintenant possible, au terme duquel des décisions pourront être prises selon les règles de la majorité.

En matière d'euthanasie, la situation peut être résumée d'une phrase lapidaire: l'euthanasie est interdite, mais elle est pratiquée. Les chiffres récents présentés par le Comité consultatif de bioéthique ont bien montré que le nombre d'euthanasies pratiquées dans notre pays était sensiblement analogue au chiffre relevé aux Pays-Bas, pays où, on le sait, l'acte d'euthanasie n'est pas poursuivi s'il respecte un certain nombre de conditions.

Mais, à la différence des Pays-Bas, il semblerait qu'en Belgique, ce soient les interruptions de vie sans demande du patient qui soient plus nombreuses (4 fois plus qu'aux Pays-Bas).

Cette situation démontre les risques présentés par la clandestinité dans laquelle s'opèrent les euthanasies dans notre pays. Dans un tel système de secret, d'illégalité, l'on n'a aucune assurance que les choses se passent de manière digne et sans abus.

Ainsi, par exemple, l'on n'a actuellement aucune assurance que les demandes d'euthanasie soient faites en respectant un certain nombre de conditions qui font l'objet d'un consensus chez les divers auteurs, comme la maladie incurable entraînant des souffrances insupportables. L'on n'a pas davantage l'assurance qu'un véritable dialogue a eu lieu entre le patient et le médecin, et que la demande d'euthanasie n'était pas formulée sous le coup d'un désespoir qui, peut-être, eût pu être apaisé si un tel colloque avait eu lieu.

L'on n'a pas l'assurance que, dans certaines circonstances, l'euthanasie ne serait pas pratiquée avec une arrière-pensée économique.

Il n'est pas sûr non plus que l'euthanasie soit toujours pratiquée par un médecin, et que l'interruption de vie n'entraîne pas certaines difficultés au niveau successoral ou financier.

De clandestiniteit leidt dus noodzakelijkerwijze tot een aantal vragen over wat zich werkelijk afspeelt op dat gebied.

Bovendien is het uit een meer juridisch oogpunt verbazingwekkend dat sommigen de huidige situatie wensen te behouden — namelijk het clandestien toepassen van euthanasie — terwijl, als de cijfers correct zijn, het verbod om te doden, dat is opgenomen in het Strafwetboek, 3 000 maal per jaar bewust zou worden overtreden.

En wat als een parket morgen zou beslissen op te treden en een arts die het strafrechtelijk verbod heeft overtreden, naar de gevangenis te sturen?

Moeten we wachten op een nieuwe zaak-Peers opdat het Parlement zich, zoals toen vele jaren na het welbekende drama, over de euthanasieproblematiek zou buigen?

Waarom de huidige regeling wijzigen?

Soms wordt gezegd dat het niet nodig is wetgevend op te treden inzake euthanasie.

Er wordt vergeten dat de wet al bestaat, aangezien het Strafwetboek doodslag bestraft.

We moeten dus logisch zijn.

Ofwel vindt een meerderheid in het Parlement dat doodslag, zelfs op verzoek van een patiënt en onder bepaalde voorwaarden, altijd of bijna altijd beschouwd wordt als een overtreding van een verbodsbepaling van het Strafwetboek.

In dat geval moeten zij die euthanasie clandestien toepassen uiteraard worden vervolgd.

Ofwel moeten we ervan uitgaan dat die verbodsbepaling niet verantwoord is in bepaalde omstandigheden, en dan moet wetgevend worden opgetreden om zo exact mogelijk de omstandigheden te bepalen waarin doodslag niet wordt beschouwd als een overtreding van het strafrecht.

Sommigen zagen in de voorstellen die de parlementsleden in verband met euthanasie hebben ingediend een vorm van passiviteit, of zelfs zwakheid ten opzichte van de huidige situatie.

De voorstellen zouden alleen bedoeld zijn om een wettelijke basis te geven aan wat nu onwettig is. In werkelijkheid moet het probleem niet op die wijze worden voorgesteld.

Indiener heeft, samen met anderen, een voorstel inzake euthanasie ingediend, omdat hij gelooft dat, in bepaalde omstandigheden (ernstige ongeneeslijke ziekte, ondraaglijk lijden, ...) rekening moet worden gehouden met de autonomie van de menselijke persoon.

Er is al heel lang geleden een debat aangevat over de grondslag van elke vorm van ethiek.

En résumé, la clandestinité amène nécessairement à se poser un certain nombre de questions sur ce qui se passe réellement dans ce domaine.

De surcroît, d'un point de vue plus juridique, il est étonnant que certains souhaitent maintenir la situation actuelle — c'est-à-dire la clandestinité de l'euthanasie — alors que, si les chiffres sont exacts, il faudrait considérer qu'on transgresse sciemment, 3 000 fois par an, l'interdiction de tuer prononcée par le Code pénal.

Et si, demain, le parquet décidait d'intervenir, et de mettre en prison un médecin qui aurait transgressé l'interdit pénal?

Faudra-t-il attendre une nouvelle affaire Peers pour qu'enfin, comme il l'a fait après de nombreuses années et sous le coup du drame que l'on sait, le Parlement se penche sur le problème de l'euthanasie?

Pourquoi changer le système actuel?

On dit parfois qu'il ne faut pas légiférer en matière d'euthanasie.

On oublie que la loi existe déjà, puisque le Code pénal réprime les homicides.

Il faut donc être logique.

Soit il existe au Parlement une majorité pour estimer que donner la mort, même à la demande d'un patient, et dans certaines conditions, est toujours, ou presque toujours, considéré comme une violation de l'interdit du Code pénal.

Dans ce cas, il faut évidemment poursuivre ceux qui pratiquent l'euthanasie dans la clandestinité.

Soit il faut considérer que cette interdiction ne se justifie pas dans certaines circonstances, et il faut alors légiférer pour déterminer avec le plus d'exactitude possible les circonstances dans lesquelles donner la mort n'est pas considéré comme une infraction à la loi pénale.

Certains ont voulu voir dans les propositions sur l'euthanasie déposées par les parlementaires une forme de passivité, voire même de lâcheté par rapport à la situation actuelle.

Il s'agirait simplement de couvrir légalement ce qui est actuellement une illégalité. En réalité, le problème ne se présente pas de cette façon.

Si, avec d'autres, l'orateur a déposé une proposition en matière d'euthanasie, c'est parce qu'il croit que, dans certaines circonstances (maladie grave incurable, souffrances insupportables, ...), il convient de prendre en compte l'autonomie de la personne humaine.

Depuis fort longtemps, un débat s'est engagé sur les fondements de toute éthique.

Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek wijst er trouwens op dat er twee standpunten bestaan.

Enerzijds, is er het standpunt volgens hetwelk het mens-zijn gebaseerd is op de intersubjectiviteit, namelijk de onvermijdelijke relatie van ieder mens tot de ander. Men kan niet ontsnappen aan die relatie, die de grondslag vormt van elke maatschappelijke band, met andere woorden van elke ethiek en van elk recht. Ook de autonomie, waarop de voorstanders van euthanasie aanspraak maken, is in die stelling aan voorwaarden gebonden. Daarom gaat euthanasie in tegen de grondslag van de menselijkheid, aldus dit standpunt.

Anderzijds, het standpunt volgens hetwelk zich, naast de waarde van de verdediging van het leven, andere waarden hebben ontwikkeld zoals de levenskwaliteit, het respect voor de menselijke waardigheid, de wens om niet zinloos te lijden, enzovoort. In een pluralistische maatschappij worden waardeconflicten beslecht door de autonomie van de betrokkene, met als enige voorwaarde dat zijn keuze geen schade toebrengt aan de leden van de maatschappij die een andere mening zouden hebben. Kiezen voor euthanasie beantwoordt duidelijk aan die voorwaarde. Een pluralistische maatschappij moet het nodige kader creëren om die keuze te kunnen maken in omstandigheden waarin de menselijke waardigheid integraal wordt gerespecteerd.

Het debat over deze opvattingen — autonomie van de persoon als absolute waarde of als element van intersubjectiviteit — zal nooit volledig kunnen worden beslecht. In elke menselijke samenleving zijn er trouwens voorstanders van één van beide houdingen.

Ook binnen het Raadgevend Comité voor bio-ethiek zijn uiterst diepe meningsverschillen aan het licht gekomen, die uiteindelijk geleid hebben tot het bepalen van vier standpunten.

De verantwoordelijkheid van de politicus bestaat erin dat hij moet beslissen. Elk parlamentslid moet in geweten een standpunt innemen.

Spreker sluit zich aan bij één van de standpunten van het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, namelijk dat in een democratische maatschappij de wet geen handeling mag verbieden die geen gevaar, althans geen potentieel gevaar, inhoudt voor de medemens of voor de maatschappij.

De wet moet expliciet het recht van elk individu garanderen om over zichzelf te beschikken, over zijn leven, en om te leven volgens zijn overtuiging, als hij die van de anderen respecteert.

De indiener van het wetsvoorstel wenst dat de strafwet in die zin wordt gewijzigd, en dat ze bepaalt dat er geen misdaad noch wanbedrijf is wanneer de levensbeëindiging het resultaat is van een handeling die wordt verricht door een arts op verzoek van een

Le Comité consultatif de bioéthique rappelle d'ailleurs que deux positions sont en présence.

D'une part, celle selon laquelle «la condition humaine est fondée sur l'intersubjectivité, c'est-à-dire sur le caractère irréductible de la relation de tout homme à l'autre. On ne peut échapper à la «loi» de cette relation, fondatrice de tout lien social — c'est à dire de toute éthique comme de tout droit. Même l'autonomie, tant revendiquée par les partisans de l'euthanasie trouve là sa propre condition de possibilité. C'est pourquoi un geste comme le geste euthanasique est contraire au fondement de toute humanité.»

D'autre part, celle selon laquelle, «à côté de la valeur de la défense de la vie se sont développées d'autres valeurs comme la qualité de la vie, le respect de la dignité humaine, le désir de ne pas souffrir inutilement, etc. Dans une société pluraliste, les conflits de valeurs sont tranchés par l'autonomie de l'agent, sous la seule condition que le choix opéré par celui-ci ne porte pas atteinte aux membres de la société qui penseraient autrement. Or, le choix euthanasique répond manifestement à cette condition. Une société pluraliste se doit de créer les cadres indispensables à la réalisation de ce choix dans des conditions où la dignité humaine est intégralement respectée.»

Le débat sur ces conceptions — autonomie de la personne comme valeur absolue ou comme élément d'intersubjectivité — ne sera évidemment jamais vidé. Dans toute société humaine, on retrouve d'ailleurs des partisans de l'une ou de l'autre attitude.

Même au sein du Comité consultatif de bioéthique, des divergences de vue extrêmement profondes se sont manifestées, qui ont finalement abouti à la détermination de quatre positions.

La responsabilité de l'homme politique est évidemment de trancher. En conscience, chaque parlementaire doit prendre attitude.

Pour sa part, l'orateur se rallie à l'une des positions contenues dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique, à savoir que, dans une société démocratique, la loi ne peut interdire un acte qui ne constitue pas un danger, au moins potentiel, pour autrui ou pour la société.

La loi doit garantir explicitement le droit de tout individu à disposer de lui-même, de sa vie, et de vivre selon ses convictions propres, dans le respect de celles des autres.

C'est dans cette mesure que l'auteur de la proposition de loi souhaite que la loi pénale soit modifiée, afin de considérer qu'il n'y a ni crime, ni délit, lorsque l'interruption de vie est le résultat d'un acte posé par un médecin, à la demande d'une personne, en cas de

persoon die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte die een ondraaglijk lijden veroorzaakt.

Het debat lijkt nu rijp om te worden afgerond.

Sedert jaren zijn voorstellen ingediend en de bevolking is zich bewust geworden van het probleem.

In de Senaat is een zeer grondig debat gevoerd. Een twintigtal personen zijn gehoord. Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek is opnieuw gehoord door de verenigde commissies.

Die moeten nu het probleem concreet aanpakken, zoals dat in een parlementaire assemblee het geval is voor alle onderwerpen.

Als meer concreet de voorwaarden worden bepaald van een wet die euthanasie toelaat, moet de tekst duidelijk genoeg zijn opdat de deur niet wordt geopend voor om het even welke handeling of voor om het even welke manipulatie.

In dit opzicht moet, ook al is een adequate definitie gegeven door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, gepreciseerd worden dat deze handeling alleen mag worden gesteld op verzoek van de patiënt, die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte, die ondraaglijk lijden veroorzaakt.

Het debat zal zeker nog verduidelijkingen opleveren voor deze laatste begrippen.

De getuigenissen tonen duidelijk aan dat het verzoek om euthanasie meer geformuleerd wordt door een patiënt dan men gelooft, niet alleen als gevolg van zijn fysiek lijden, maar omdat zijn moreel lijden ondraaglijk is. Dat vormt een inbreuk op de waardigheid.

De indiener van het voorstel heeft in het debat over euthanasie nooit gewag willen maken van de getuigenissen die hij gekregen heeft.

Nochtans tonen de talrijke getuigenissen, ook diegene die men in de media kan lezen, duidelijk aan dat de morele noodtoestand dikwijls zo erg is dat de betrokkene om euthanasie vraagt.

Een zeer delicaat punt is de vraag of in de lijst van criteria moet worden opgenomen dat het overlijden op korte termijn moet plaatsvinden, of dat het verzoek moet worden geformuleerd in de terminale fase van een ziekte.

Ook wat dit punt betreft, tonen de adviezen duidelijk aan dat het begrip terminale fase, in de veronderstelling dat die min of meer precies kan worden vastgesteld, talrijke problemen doet rijzen met betrekking tot bepaalde verzoeken waarop niet zou kunnen worden ingegaan, terwijl de nood daar ook zeer groot

maladie incurable causant des souffrances insupportables.

Il semble maintenant que le débat est mûr pour être mené à son terme.

Depuis des années, des propositions ont été déposées, et la population elle-même a pris conscience du problème.

Au Sénat, un débat extrêmement approfondi a eu lieu. Une vingtaine de personnes ont été entendues. Le Comité consultatif de bioéthique vient d'être à nouveau entendu par les présentes commissions réunies.

Il appartient maintenant à celles-ci d'aborder le problème sur un plan concret, comme cela se passe pour tous les sujets, dans une assemblée parlementaire.

Si l'on aborde plus concrètement les conditions d'une loi autorisant l'euthanasie, il faut que le texte soit suffisamment précis pour ne pas ouvrir la porte à n'importe quel acte ou n'importe quelle manipulation.

À cet égard, si la définition de l'euthanasie a été adéquatement donnée par le Comité consultatif de bioéthique, il faut préciser que cet acte ne peut être posé qu'à la demande du patient, en cas de maladie incurable, entraînant des souffrances insupportables.

Le débat apportera certainement des éclaircissements sur ces dernières notions.

Tous les témoignages montrent clairement que plus souvent qu'on ne le croit, la demande d'euthanasie est formulée par un patient, non en raison de sa souffrance physique, mais parce que sa souffrance morale est insupportable. Il s'agit d'une atteinte à sa dignité.

L'auteur de la proposition de loi n'a jamais voulu, dans le débat sur l'euthanasie, faire état de témoignages concrets qu'il a reçus.

Cependant, de nombreuses interventions, y compris celles qu'on peut lire dans les médias, montrent bien que l'état de détresse morale est parfois tel qu'il amène l'intéressé à demander un acte d'euthanasie.

Un point très délicat est celui de savoir si, dans les critères, il faut ajouter le fait que le décès doit intervenir dans un délai rapproché, ou que la demande doit être formulée dans la phase terminale d'une maladie.

Là encore, les avis reçus montrent clairement que la notion de phase terminale, à supposer même qu'on puisse la définir de façon plus ou moins précise, crée de nombreuses difficultés par rapport à certaines demandes qui ne pourraient pas être rencontrées, alors même que, manifestement, la détresse y est

is, en de wil om er een einde aan te maken duidelijk is en door de patiënt meermaals is bevestigd.

Spreker zal horen wat de andere leden hierover zeggen om te zien hoe een consensus kan worden gevonden met de indieners van de andere voorstellen.

Het is overigens evident dat het verzoek om euthanasie niet als een eenvoudige administratieve handeling kan worden beschouwd.

Er is sprake van een patiënt die lijdt en van een arts die probeert hem te verzorgen, maar niets meer vermag op geneeskundig gebied.

Daarom is de dialoog tussen arts en patiënt van wezenlijk belang.

Een verzoek om euthanasie kan ook worden beschouwd als een noodkreet, die andere oplossingen zou vragen dan een louter medische ingreep die een einde maakt aan het leven van de patiënt.

Daarom stelt spreker in zijn voorstel voor dat het verzoek om euthanasie tweemaal wordt geformuleerd, met daartussen een periode tijdens welke de patiënt zich kan onderhouden met de persoon of personen van zijn keuze.

Als hij de tweede keer bij zijn standpunt blijft, kan de procedure worden gestart.

Spreker wijst erop dat, wat hem betreft, de beslissing inzake euthanasie fundamenteel aan de patiënt toekomt.

Daarom lijkt het hem niet wenselijk een soort sociale controle uit te oefenen op de wil van de patiënt, door de beslissing gepaard te laten gaan met een reeks min of meer officiële adviezen, die uiteindelijk, in feite of in rechte, in de plaats zouden komen van de wil van de patiënt.

Het is zijn autonomie, zijn verantwoordelijkheid, en in laatste instantie is hij meester van zijn lot.

Hij moet uiteraard informatie krijgen over het ongeneeslijke karakter van zijn ziekte, hij moet alle mogelijkheden krijgen en hij moet worden ingelicht over alle middelen die mogelijk zijn om te voorkomen dat hij ondraaglijk lijdt.

De patiënt moet zich ook kunnen richten tot alle personen die hij wil raadplegen. In laatste instantie gaat het echter om zijn leven en zijn dood, en het komt hem toe de beslissing te nemen.

In het voorstel dat spreker enkele jaren geleden in de Senaat heeft ingediend, was geen sprake van de wilsverklaring.

In de opvatting van die tijd vond hij het moeilijk aanvaardbaar dat een jongere een levenstestament zou opstellen dat jaren later zou worden bovengenge-

extrême, et la volonté d'en finir avec elle est évidente et a été affirmée à de multiples reprises par le patient.

L'orateur entendra les interventions des autres membres sur ce point, afin de voir comment on pourrait s'orienter vers un consensus avec les auteurs des autres propositions.

Par ailleurs, il est évident qu'on ne peut considérer la demande d'euthanasie comme un simple acte administratif.

Il est question d'un patient qui souffre, et d'un médecin qui s'efforce de le soigner et qui arrive au bout des possibilités de la médecine.

C'est bien la raison pour laquelle le colloque entre le patient et le médecin est essentiel.

Mais on peut aussi considérer qu'une demande d'euthanasie est un appel au secours, qui demanderait d'autres solutions qu'une réponse purement médicale de mettre fin à la vie du patient.

C'est la raison pour laquelle, dans sa proposition, l'orateur suggère que la demande d'euthanasie soit exprimée deux fois, séparées par un délai pendant lequel le patient a la possibilité de s'entretenir avec la ou les personnes de son choix.

Si, à la seconde fois, il maintient son point de vue, la procédure peut se déclencher.

L'orateur rappelle que, pour lui, la décision d'euthanasie appartient fondamentalement au patient.

Dans cette mesure, il ne lui paraît pas souhaitable d'aboutir à une sorte de contrôle social de la volonté du patient, en entourant la décision à prendre d'une foule d'avis plus ou moins officiels, qui finiraient par se substituer, en fait sinon en droit, à la volonté du patient.

C'est son autonomie, sa responsabilité, et c'est lui qui, en dernière analyse, est maître de son destin.

Il doit, bien sûr, recevoir des informations sur le caractère incurable de sa maladie; il faut lui donner toutes les possibilités, et lui expliquer tous les moyens qu'il est possible de mettre en oeuvre afin d'éviter que sa souffrance soit insupportable.

Le patient doit aussi pouvoir s'adresser à toutes les personnes qu'il juge utile de consulter. Mais, en dernière analyse, ce sont sa vie et sa mort qui sont en cause, et c'est à lui que revient la décision.

En ce qui concerne la déclaration anticipée de volonté, la proposition présentée par l'orateur au Sénat, voici quelques années, n'est faisait pas mention.

Dans l'état des réflexions de l'époque, il lui paraissait difficile d'admettre qu'un jeune rédige un testament de vie que l'on ressortirait de nombreuses

haald, om te beslissen hoe in zijn geval moest worden gehandeld.

Sedertdien zijn de opvattingen geëvolueerd. Het lijkt mogelijk te overwegen dat dit levenstestament elke vijf jaar moet worden bevestigd en dat, eveneens om de vijf jaar, kan worden teruggekomen op de aanstelling van een eventuele vertegenwoordiger, zodat de wil van de betrokkene werkelijk tot uiting komt. Over deze zaak redeneert men op twintigjarige leeftijd immers anders dan op zestigjarige leeftijd.

Ten slotte hebben sommigen gevraagd een debat aan te vatten over het probleem van de wilsonbekwamen met betrekking tot euthanasie.

Voor de spreker moet hierover geen debat worden gevoerd.

Volgens hem mag geen enkele aanwijzing, in de vorm van een levenstestament dat uitgaat van een minderjarige, in aanmerking worden genomen.

Euthanasie, in welke vorm dan ook, mag helemaal niet worden toegelaten voor personen die hun wil niet kunnen uitdrukken, inzonderheid mentaal gehandicapten.

Euthanasie is bedoeld voor volwassenen die in staat zijn hun wil uit te drukken of die een wilsverklaring hebben opgesteld waarin zij aangeven op welke wijze en onder welke voorwaarden hun leven mag worden beëindigd, voor zover de garantie bestaat dat deze verklaring werkelijk de volgehouden wil van de persoon uitdrukt.

Dit wetsvoorstel heeft geen betrekking op de palliatieve zorg, niet omdat de indiener negatief staat tegenover deze zorgverlening, maar omdat hij meent dat het niet de goede aanpak is euthanasie tegenover de palliatieve zorg te plaatsen.

Volgens hem is palliatieve zorg complementair met de euthanasieprocedure.

Personen die om euthanasie verzoeken, mogen niet verplicht worden eerst palliatieve zorg te ondergaan.

Ook wat dit punt betreft, moet de autonomie van de patiënt doorslaggevend zijn.

De palliatieve zorg kan echter wel een mogelijkheid bieden om het fysiek en/of het psychisch lijden van een persoon te lenigen.

Daarom zou spreker het logisch vinden dat, los van de wetsvoorstellen betreffende euthanasie, een ander wetsvoorstel wordt uitgewerkt dat de regels voor de organisatie en de werking van palliatieve zorg bepaalt.

Wat de gerechtelijke behandeling van de beslissingen omtrent euthanasie betreft, heeft het voorstel van de spreker, zoals andere voorstellen, gekozen voor de

années plus tard, pour décider de la manière dont on va traiter son cas.

Depuis lors, la réflexion a été poursuivie. Il paraît possible de considérer que ce testament de vie doit être renouvelé tous les cinq ans, et que l'on pourrait remettre en cause la désignation d'un éventuel mandataire tous les cinq ans également, de sorte que la volonté de l'intéressé soit réellement avérée. En effet, il est évident qu'en cette matière, l'on ne raisonne pas à vingt ans comme à soixante.

Enfin, certains ont demandé de lancer un débat sur le problème des incapables en relation avec l'euthanasie.

Pour l'orateur, ce débat, aussitôt ouvert, doit être refermé.

Aucune indication, dans la forme d'un testament de vie émanant d'un mineur d'âge, ne pourrait pour lui être prise en compte.

De surcroît, il n'est évidemment pas question d'autoriser l'euthanasie, sous quelque forme que ce soit, pour des personnes qui ne sont pas capables d'exprimer leur volonté, notamment les personnes souffrant d'un handicap mental.

L'euthanasie vise les personnes majeures, capables d'exprimer leur volonté, ou ayant rédigé une déclaration d'intention, indiquant la manière et les conditions dans lesquelles il serait mis fin à leur vie, pour autant que l'on ait la garantie que cette déclaration reflète réellement la volonté persistante de la personne.

La proposition de loi ne vise pas les soins palliatifs, non parce que l'auteur porte un jugement négatif sur ce système de soins, mais parce qu'il estime que l'attitude visant à essayer d'opposer l'euthanasie aux soins palliatifs n'est pas la bonne.

Selon lui, ces soins sont complémentaires à la procédure d'euthanasie.

Il ne peut être question d'imposer à la personne demanderesse d'euthanasie de passer d'abord par un système de soins palliatifs.

Là encore, c'est l'autonomie du patient qui doit prévaloir.

Cependant, les soins palliatifs peuvent offrir une possibilité d'adoucir les souffrances physiques et/ou psychologiques d'une personne.

C'est pourquoi l'orateur trouverait logique qu'indépendamment des propositions de loi sur l'euthanasie, une autre proposition de loi soit mise au point, qui détermine les règles d'organisation et de fonctionnement de ces systèmes de soins palliatifs.

En ce qui concerne le traitement judiciaire des décisions d'euthanasie, la proposition de l'orateur, comme d'autres, a choisi la voie du transfert *a poste-*

overzending *a posteriori* aan de procureur des Konings van het dossier dat de vereiste informatie bevat. Als er geen probleem rijst, wordt het dossier geseponneerd. In het andere geval komt er een vervolging.

Spreeker zegt evenwel open te staan voor de bedenkingen van bepaalde collega's, die de oprichting overwegen van een evaluatiecommissie samengesteld uit deskundige personen (juristen, artsen, ...). Het lijkt niet mogelijk een quasi-jurisdictionele commissie op te richten, wat voor ernstige problemen zou kunnen zorgen.

Men zou daarentegen wel kunnen nagaan of een systeem kan worden uitgewerkt zoals dat voor de evaluatie van de wet betreffende de zwangerschapsafbreking.

Ten slotte zullen waarschijnlijk ook elementen uit andere voorstellen, zoals de garanties op financieel gebied, de vrijheid van de artsen, enz., in het debat aan bod komen.

In het kader van deze toelichting wou de spreker zich beperken tot de fundamentele elementen van het probleem.

Tot besluit verklaart hij dat het dossier volgens hem rijp is.

In het kader van de discussie die nu zal worden gevoerd, kan elkeen zijn argumenten uiteenzetten en amendementen indienen.

Vervolgens moet iedereen, zoals in alle democratische assemblees, zijn verantwoordelijkheden opnemen ten opzichte van zijn eigen geweten en ten opzichte van de publieke opinie.

Spreeker zelf heeft dat vijf jaar geleden al gedaan, door een wetsvoorstel in te dienen, en zal dat blijven doen.

*
* *

3. Wetsvoorstel strekkende tot de vergroting van het medebeslissingsrecht van de patiënt via de invoering van een behandelingsbeschikking (van de heer Frans Lozie en mevrouw Jacinta De Roeck); nr. 2-86/1

Inleidende uiteenzetting door een van de indieners

Spreekster wenst vooreerst haar dank uit te spreken aan de hele groep mensen die aan het tot stand komen van dit wetsvoorstel hebben meegewerkt, in het bijzonder de heren Jo Cuyvers en Eddy Boutmans, die respectievelijk de ethische en de juridische aspecten van het probleem in de tekst hebben vertaald.

Zij stelt vast dat het euthanasievraagstuk maatschappelijk bespreekbaar is geworden. Heel wat ge-

riori, au procureur du Roi, du dossier contenant les informations exigées. Si aucun problème ne se pose, le dossier sera classé. Dans le cas contraire, il y aura poursuite.

L'orateur se dit néanmoins sensible à la réflexion de certains collègues, qui envisageraient la création d'une commission d'évaluation composée de personnes compétentes (juristes, médecins, ...). Il ne paraît pas possible de créer une commission quasi-juridictionnelle, ce qui risquerait de causer de sérieux problèmes.

Par contre, on pourrait étudier la possibilité de mettre au point un système analogue à celui mis en place pour l'évaluation de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.

Enfin, des éléments évoqués dans d'autres propositions, comme les garanties sur le plan financier, la liberté des médecins, etc., interviendront sans doute dans la discussion.

L'orateur a souhaité quant à lui s'en tenir, dans le cadre du présent exposé, aux éléments fondamentaux du problème.

En conclusion, il déclare que le dossier lui paraît mûr.

Chacun aura l'occasion, dans le cadre de la discussion qui va s'ouvrir, de faire valoir ses arguments et de déposer ses amendements.

Ensuite, comme dans toutes les assemblées parlementaires démocratiques, chacun devra prendre ses responsabilités devant sa propre conscience et devant l'opinion publique.

Pour sa part, l'orateur l'a déjà fait voici cinq ans, en déposant une proposition de loi, et continuera dans cette voie.

*
* *

3. Proposition de loi élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement (déposée par M. Frans Lozie et Mme Jacinta De Roeck); n° 2-86/1

Exposé introductif d'une des auteurs

L'intervenante souhaite tout d'abord remercier le groupe de personnes qui ont contribué à l'élaboration de la proposition de loi et, plus particulièrement, MM. Jo Cuyvers et Eddy Boutmans, qui ont intégré dans le texte, respectivement, les aspects éthiques et juridiques du problème.

Elle constate que l'euthanasie est devenue un sujet dont on peut débattre au sein de la société. En partie à

zinnen worden, mede door de evoluties in de geneeskunde, met deze problematiek geconfronteerd. Uit een recent televisieprogramma bleek nog dat 47% van de 11 à 12-jarigen weet wat het woord betekent.

Daarnaast is er het feit dat de artsen in een erg dubbelzinnige situatie verkeren. Wanneer zij uit betrokkenheid bij de toestand van hun patiënt op een vraag tot levensbeëindiging wensen in te gaan, kunnen zij dit alleen door wetens en willens de wet te overtreden. De overtuiging groeit dat dit een onhoudbare situatie is.

Er is derhalve een maatschappelijke basis om niet alleen het debat dat al een hele tijd wordt gevoerd; voort te zetten, maar ook om tot een resultaat te komen.

Het voorliggende voorstel hanteert een strikte definitie van het begrip euthanasie. Hieronder vallen niet:

- de patiënt een natuurlijke dood laten sterven zonder verder therapeutisch ingrijpen wanneer dit zinloos geworden is;

- het toedienen van zware pijnstillers om het leed van de patiënt te verzachten, die echter indirect de dood kunnen versnellen.

In de optiek van het voorstel betreft het hier twee handelwijzen die tot de normale medische deontologie behoren en derhalve geen bijzondere wettelijke regeling vereisen.

Euthanasie veronderstelt een actieve ingreep van de arts waarbij het leven van de patiënt op diens uitdrukkelijk verzoek wordt beëindigd.

In de tekst wordt de vroeger gehanteerde term «levenstestament» vervangen door het begrip «behandelingsbeschikking». Hiermee wordt beklemtoond dat de uiteindelijke keuze voor levensbeëindiging bij de patiënt ligt, maar dat deze keuze tot stand moet komen in een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts. Deze laatste kan overigens nooit worden verplicht in te gaan op de wens tot levensbeëindiging van de patiënt. Indien de behandelende arts om morele of andere redenen niet op het verzoek van de patiënt kan of wil ingaan, moet hij wel tijdig een collega verwittigen die hem kan vervangen.

Essentieel bij dit alles is de noodzaak dat de patiënt precies wordt ingelicht over zijn toestand. De wijze waarop dit dient te gebeuren kan moeilijk in algemene regels worden gevat. Zij wordt in het licht van de individuele situatie bepaald binnen de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts. Het feit dat de arts hierbij maximaal rekening moet houden met de persoonlijke toestand van de patiënt, belet niet dat het recht op informatie van deze laatste, bijvoorbeeld over de vraag of zijn aandoening een uitzichtloos karakter heeft, wettelijk afdwingbaar is.

cause de l'évolution de la médecine, un grand nombre de familles sont confrontées à ce problème. Par ailleurs, il ressort d'une émission diffusée récemment à la télévision que 47% des enfants de 11 à 12 ans connaissent la signification du mot.

En outre, les médecins se trouvent dans une situation très équivoque. Lorsqu'ils souhaitent accéder à une demande d'interruption de la vie parce qu'ils se préoccupent de la situation de leur patient, ils ne peuvent le faire qu'en enfreignant sciemment la loi. De plus en plus, on estime que c'est là une situation intenable.

Par conséquent, il existe une justification sociale pour non seulement poursuivre le débat qui est en cours depuis longtemps, mais aussi pour parvenir à un résultat.

La proposition à l'examen prévoit une définition stricte de la notion d'euthanasie. L'euthanasie n'est pas:

- laisser le patient mourir de mort naturelle sans plus intervenir sur le plan thérapeutique lorsque de telles interventions sont devenues inutiles;

- l'administration d'anti-douleurs puissants visant à soulager la souffrance du patient et pouvant indirectement accélérer sa mort.

Dans l'optique de la proposition, il s'agit là de deux manières d'agir qui relèvent de la déontologie médicale normale et ne nécessitent donc pas de réglementation particulière.

L'euthanasie suppose une intervention active de la part du médecin, par laquelle il est mis fin à la vie du patient, à sa demande expresse.

Dans le texte, l'ancienne expression «testament de vie» a été remplacée par la notion de «déclaration de volonté». Le but est de souligner que le choix de mettre fin à la vie appartient en définitive au patient, mais que son choix doit être élaboré dans le cadre d'une relation de confiance entre lui et le médecin. Ce dernier ne peut en effet jamais être obligé d'accéder au souhait du patient de mettre fin à ses jours. Si le médecin traitant, pour des raisons morales ou pour d'autres raisons, ne peut ou ne veut accéder à la demande du patient, il devra avertir à temps un collègue qui pourra le remplacer.

Il est essentiel à cet égard que le patient soit informé de manière précise sur sa situation. Élaborer des règles sur la manière dont cette information doit être communiquée est malaisé. En effet, elle est déterminée en fonction de la situation individuelle et dans le contexte de la relation de confiance entre le patient et le médecin. Le fait que le médecin doit tenir compte autant que possible de la situation personnelle du patient n'empêche pas que le droit du patient à l'information, par exemple au sujet de la question de savoir si sa maladie est ou non sans issue, est légalement obligatoire.

In de visie van het voorstel kan een behandelingsbeschikking alleen worden opgemaakt door een wilsbekwame meerderjarige persoon, maar zij kan wel op om het even welk ogenblik worden opgemaakt, ook wanneer de betrokkene volkomen gezond is. Dit houdt vanzelfsprekend in dat de beschikking te allen tijde door de patiënt kan worden gewijzigd of ingetrokken. De houding ten aanzien van lijden of dood van een 25-jarige kan immers evolueren naarmate deze persoon ouder wordt.

Een wijziging van de behandelingsbeschikking is eveneens alleen maar mogelijk indien de patiënt bij het volle bewustzijn is. Zij is derhalve niet mogelijk voor een dementerende of voor een persoon die in coma is. Men moet er immers van uitgaan dat het opmaken van een behandelingsbeschikking het gevolg is van een grondige reflexie, van een weg die de patiënt mentaal heeft afgelegd.

Het gegeven dat de behandelingsbeschikking in de eerste plaats een aangelegenheid is tussen de arts en de patiënt wil nog niet zeggen dat zij niet wettelijk dient te worden omkaderd en dat een reeks zorgvuldigheidseisen moeten worden gerespecteerd.

Vooreerst is het van fundamenteel belang dat de behandelingsbeschikking wordt gesitueerd in een beleid van palliatieve zorg en stervensbegeleiding. Er is op dit vlak al een en ander gebeurd, maar er dient nog een hele weg te worden afgelegd op diverse terreinen, bijvoorbeeld de opleiding van het medisch personeel. Het is pas wanneer op dit vlak alle mogelijkheden uitgeput zijn, dat de vraag naar levensbeëindiging zal worden gesteld.

Daarnaast is ingrijpen van de wetgever noodzakelijk om mogelijke misbruiken tegen te gaan. Een behandelingsbeschikking kan slechts worden opgesteld door iemand die zich niet alleen ten volle bewust is van de beslissing die hij of zij neemt, maar die bovendien volledig geïnformeerd is over de mogelijke consequenties ervan. De arts kan zijn patiënt inlichten over de mogelijkheid van een behandelingsbeschikking, maar deze kan vanzelfsprekend nooit worden opgedrongen.

De beschikking moet in drievoud worden opgemaakt. Eén exemplaar is in handen van de arts die de patiënt normaliter behandelt. De patiënt zelf bezit vanzelfsprekend ook een exemplaar. Dit moet het mogelijk maken zijn wil uit te voeren (en zijn normale arts op te sporen) indien hij bij een andere geneesheer of in een vreemd ziekenhuis terecht komt.

Ook de uitvoering van de beschikking moet met de nodige garanties omkleed zijn. Ze is slechts mogelijk nadat een tweede arts is geraadpleegd. Die moet schriftelijk bevestigen dat de toestand van de patiënt uitzichtloos is. Mogelijk moet hij de beschikking uit-

Dans l'optique de la proposition, une déclaration de volonté peut être rédigée uniquement par une personne majeure et capable, mais cette personne peut la rédiger à n'importe quel moment, y compris lorsqu'elle est en parfaite santé. Cela implique bien entendu que le patient peut retirer ou modifier sa déclaration à tout moment. En effet, l'attitude d'une personne de 25 ans vis-à-vis de la souffrance ou de la mort peut changer à mesure que cette personne prend de l'âge.

De plus, la modification de la déclaration de volonté n'est possible qu'à la condition que le patient soit pleinement conscient. Par conséquent, il n'est pas possible de la changer lorsque la personne est démente sénile ou lorsqu'elle est dans le coma. On doit en effet partir du principe que l'élaboration d'une déclaration de volonté est le résultat d'une réflexion approfondie, d'un cheminement mental que le patient a accompli.

Le fait que la déclaration de volonté concerne avant tout le médecin et son patient ne signifie pas qu'il ne faut pas prévoir un cadre légal et respecter certains critères de prudence.

Tout d'abord, il est crucial que la déclaration de volonté s'inscrive dans une politique de soins palliatifs et d'accompagnement de la mort. Des progrès ont été enregistrés dans ce domaine, mais il y a encore beaucoup à faire dans plusieurs domaines, par exemple pour la formation du personnel médical. La question de la fin de la vie ne sera posée que lorsque toutes les possibilités en la matière auront été épuisées.

L'intervention du législateur est nécessaire pour combattre les abus éventuels. Une déclaration de volonté ne peut être rédigée que par une personne qui, non seulement est pleinement consciente de la décision qu'elle prend, mais en outre est parfaitement informée des conséquences possibles. Le médecin peut informer son patient sur la possibilité de rédiger une déclaration de volonté, mais il va de soi que cette déclaration ne peut jamais être imposée.

La déclaration doit être rédigée en trois exemplaires. Le médecin qui traite normalement le patient en conserve un. Le patient lui-même en conserve bien entendu un autre. De la sorte, on pourra exécuter sa volonté (et retrouver son médecin habituel) dans les cas où il serait traité par un autre médecin ou se retrouverait dans un hôpital qu'il ne connaît pas.

L'exécution de la déclaration doit elle aussi être assortie des garanties nécessaires. Elle n'est possible qu'après la consultation d'un deuxième médecin. Celui-ci doit confirmer par écrit que la situation du patient est sans issue. Il pourra éventuellement être

voeren indien de behandelende arts zich in extremis toch nog voor een gewetensconflict geplaatst ziet.

Hierbij is het van fundamenteel belang dat de uiteindelijke beslissing over de uitvoering, welke deze ook is, enkel en alleen bij de patiënt blijft.

Niet onbelangrijk ten slotte zijn de bepalingen die de verzekeringswetgeving aanpassen. In deze materie mag er immers geen onderscheid worden gemaakt tussen de uitvoering van een behandelingsbeschikking en een natuurlijke dood.

Nadat de beschikking uitgevoerd is, moet de arts een grondig verslag opmaken dat naar de procureur des Konings wordt verzonden. Deze dient met name over alle gegevens te beschikken om te controleren of de voorgeschreven procedures opgevolgd werden en de rechten van de patiënt gerespecteerd.

De procureur des Konings brengt op basis van deze rapporten aan de minister van Justitie jaarlijks verslag uit over de uitgevoerde beschikkingen en over mogelijke betwistingen die in dit verband zijn gerezen. De minister van Justitie rapporteert op zijn beurt de bevoegde parlementscommissies en het raadgevend comité voor bio-ethiek. Deze procedure moet, enerzijds, een permanente controle van het beleid en, anderzijds, eventuele bijsturingen van de regeling mogelijk maken.

Spreekster besluit dat, wie de vier wetsvoorstellen die op de agenda staan naast elkaar legt, tot de vaststelling zal komen dat de teksten zeer dicht bij elkaar liggen. De kansen om in deze materie eindelijk tot een concreet resultaat te komen zijn derhalve beter dan ooit. Toch acht zij het van het grootste belang dat in een open debat iedereen de mogelijkheid krijgt zijn standpunt naar voor te brengen, vooraleer wetgevende teksten ter stemming worden gelegd.

*
* *

4. Wetsvoorstel op de euthanasie (van mevrouw Jeannine Leduc); nr. 2-105/1

4.1. Inleidende uiteenzetting door de indiener van het wetsvoorstel

Spreekster wenst op haar beurt hulde te brengen aan de mensen die dit debat gedurende jaren hebben voorbereid. Het betreft hier immers geen nieuwe problematiek. Zelf heeft zij 20 jaar geleden in de eigen familie meegemaakt hoe een patiënt aan zijn lot moest worden overgelaten omdat de betrokken artsen hun verantwoordelijkheid niet konden opnemen.

appelé à exécuter la déclaration si le médecin traitant est confronté *in extremis* à un problème de conscience.

Il est fondamental que la décision définitive sur l'exécution, quelle qu'elle soit, soit prise par le patient et lui seul.

Enfin, les dispositions modifiant la législation sur les assurances ont également leur importance. Dans ce domaine, on ne doit en effet pas faire de distinction entre l'exécution d'une déclaration de volonté et une mort naturelle.

Une fois la déclaration exécutée, le médecin rédige un rapport détaillé, qu'il transmet au procureur du Roi. Celui-ci doit notamment disposer de toutes les données pour vérifier si les procédures prévues ont été suivies et les droits du patient respectés.

Partant de ces rapports, le procureur du Roi remet annuellement un rapport au ministre de la Justice sur les déclarations de volonté qui ont été exécutées et les contestations auxquelles elles ont éventuellement donné lieu. Le ministre de la Justice adresse à son tour un rapport aux commissions parlementaires compétentes ainsi qu'au Comité consultatif de bioéthique. Cette procédure doit permettre, d'une part, d'exercer un contrôle permanent sur la politique qui est menée et, d'autre part, d'apporter éventuellement des correctifs à la législation.

L'intervenante conclut que les quatre propositions de loi qui sont inscrites à l'ordre du jour sont très proches. Il s'ensuit que les chances de parvenir enfin à un résultat concret dans ce domaine sont meilleures que jamais. Toutefois, elle juge qu'il est de la plus haute importance que dans ce débat, chacun ait la possibilité de formuler son point de vue, avant que les textes législatifs ne soient mis aux voix.

*
* *

4. Proposition de loi sur l'euthanasie (de Mme Jeannine Leduc); n° 2-105/1

4.1. Exposé introductif de l'auteur de la proposition de loi

L'intervenante souhaite à son tour rendre hommage aux personnes qui ont préparé ce débat durant des années. Cette problématique n'est pas neuve. Il y a 20 ans, elle a pu voir, dans sa propre famille, la manière dont un patient a dû être abandonné à son sort parce que les médecins concernés ne pouvaient pas prendre leurs responsabilités.

Het wetsvoorstel dat zij samen met anderen heeft ingediend, steunt op een dubbel uitgangspunt:

— wanneer leven geen leven meer is en zowel het fysieke als het psychische leiden onnoembaar en ondraaglijk geworden zijn, moet een zachte dood kunnen worden overwogen;

— niets is persoonlijker dan de eigen dood en de beslissing ter zake moet bij de patiënt zelf liggen, die het recht heeft volledig te worden geïnformeerd over zijn toestand.

De wens om levensbeëindigend handelen kan worden geuit via het opstellen van een levenstestament of door tijdens een terminale ziekte de wens te kennen te geven, om uit het ondraaglijke leiden te worden verlost.

Het debat over euthanasie is niet nieuw. Al enkele jaren geleden kon, ondermeer in de Senaat, worden vastgesteld hoe dicht de meningen terzake naar elkaar waren toegesloten. Toch moet men vaststellen dat door onze artsen, al dan niet op vraag van de patiënt, nog altijd levens worden beëindigd op verborgen wijze en in een juridische schemerzone. Er is een sterke hypocrisie in de huidige situatie. Iedereen weet dat het gebeurt maar er wordt zo weinig mogelijk over gepraat.

Het hoeft geen betoog dat een dergelijke toestand uitermate belastend is voor artsen, die uit betrokkenheid met hun patiënt deze handeling stellen.

Wie de medische realiteit kent, kent ook de machteloosheid van terminale patiënten in hun laatste levensfase, die door de pijn de controle over hun levensfuncties hebben verloren. Deze patiënten moeten vanzelfsprekend maximaal beroep kunnen doen op palliatieve zorgverlening. Wanneer echter ook deze niet meer baat en leven geen leven meer is, dan moet het leven van de patiënt kunnen worden beëindigd indien deze hier uitdrukkelijk om vraagt.

Vandaar dat het noodzakelijk is dat er op korte termijn een duidelijke en toepasbare wettelijke regeling komt die in onze wetgeving een onderscheid maakt tussen doodslag enerzijds en levensbeëindiging door een arts bij een terminale patiënt die hierom vrijwillig en op een weloverwogen wijze verzoekt omdat hij zijn lijden niet meer kan dragen anderzijds.

Spreekster gaat vervolgens in op de tekst van het wetsvoorstel. Zowel de adviezen van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek als de andere literatuur over deze aangelegenheid wijzen op het belang van een precieze terminologie. Wat is euthanasie, wat verstaat men onder een terminale patiënt? Deze definities worden gegeven in artikel 2.

Het voorstel heeft alleen betrekking op handelingsbekwame meerderjarigen en ontvoogde minderjarigen. De auteurs betwisten niet dat ook andere

La proposition de loi qu'elle a déposée avec d'autres repose sur deux principes :

— lorsque la vie n'est plus une vie et que la souffrance, tant physique que psychique, est devenue indescritable et insupportable, une mort douce doit pouvoir être envisagée;

— rien n'est plus personnel que la mort et la décision doit revenir au malade qui a le droit d'être totalement informé sur son état de santé.

Le souhait d'euthanasie peut être formulé dans un testament de vie ou en exprimant, pendant une maladie en phase terminale, sa volonté d'être délivré d'une souffrance insupportable.

Le débat sur l'euthanasie n'est pas nouveau. Il y a quelques années déjà, notamment au Sénat, on a pu constater à quel point les opinions s'étaient rapprochées sur ce point. Cependant, on constate encore que nos médecins, que ce soit ou non à la demande du patient, mettent fin à des vies dans la clandestinité et dans une zone grise du point de vue juridique. La situation actuelle est empreinte d'une forte hypocrisie. Chacun sait que cela arrive mais on en parle le moins possible.

Inutile de dire qu'une telle situation est extrêmement lourde à supporter pour les médecins qui procèdent à cet acte par compassion pour leur patient.

Celui qui connaît la réalité médicale connaît aussi l'impuissance des patients en phase terminale qui, à cause de la douleur, ont perdu le contrôle de leurs fonctions vitales. Ces patients doivent évidemment pouvoir recourir au maximum aux soins palliatifs. Toutefois, lorsque ceux-ci ne leur apportent plus rien et que la vie n'est plus une vie, la vie du patient doit pouvoir être abrégée si celui-ci le demande expressément.

C'est pourquoi il est indispensable que l'on arrive, à court terme, à une réglementation légale claire et applicable qui fasse une distinction, dans notre législation, entre, d'une part, l'homicide, et, d'autre part, l'euthanasie pratiquée par un médecin sur un patient en phase terminale qui la réclame expressément et de façon mûrement réfléchie parce qu'il ne peut plus endurer ses souffrances.

L'intervenante aborde ensuite plus en détails le texte de la proposition de loi. Tant les avis du Comité consultatif de bioéthique que les autres ouvrages traitant de ce problème soulignent l'importance d'une terminologie précise. Qu'est-ce que l'euthanasie, qu'entend-on par patient en phase terminale ...? On trouve ces définitions à l'article 2.

La proposition concerne seulement les patients majeurs et les mineurs émancipés capables. Les auteurs ne contestent pas que d'autres mineurs en

minderjarigen in de terminale fase van een ziekte een verlangen tot levensbeëindiging kunnen hebben. Zij vinden echter dat deze zeer delicate materie momenteel onvoldoende uitgeklaard is om nu reeds tot wetgevend werk over te gaan.

Ook personen in demente toestand kunnen geen levenstestament maken of de wil uiten dat hun leven wordt beëindigd.

In het «levenstestament» of de «behandelingsbeschikking» zoals anderen dit noemen, geeft een persoon, voor hij zich in een terminale toestand bevindt, zijn wil te kennen dat de arts die hem dan zal behandelen mag overgaan tot een vorm van levensbeëindigend handelen. Hij doet dit met het oog op het moment dat hij zijn wil niet meer kan uiten.

Het spreekt voor zich dat het levenstestament te allen tijde kan worden herroepen.

Elke patiënt die geen levenstestament heeft gemaakt kan, wanneer hij in een terminale fase is, de arts vragen dat zijn leven wordt beëindigd. Deze wilsuiting is, zoals de uitvoering van het levenstestament, aan strenge voorwaarden onderworpen. Zij dient schriftelijk te worden opgesteld. Indien dit onmogelijk zou zijn wegens de toestand van de patiënt, gebeurt ze mondeling in het bijzijn van twee onafhankelijke getuigen. Deze mondelinge wilsuiting wordt door de arts geacteerd en door de twee getuigen mede-ondertekend.

De uitvoering van het levenstestament of de wilsuiting is nog aan een reeks andere voorwaarden gebonden. Zij moet binnen 48 uur door de patiënt worden bevestigd; een tweede arts moet bevestigen dat de patiënt zich in een terminale fase bevindt; er moet een medisch dossier worden opgemaakt waarin alle voorgeschreven bewijsstukken zijn opgenomen enz.

Indien de patiënt niet in staat is zijn wilsuiting of zijn levenstestament te bevestigen geldt een bijzondere procedure die nog strenger omkaderd is.

Levensbeëindigend handelen is niet mogelijk bij patiënten die een levensvatbaar kind dragen.

Zoals in de andere voorstellen die werden ingediend, respecteert deze tekst de gewetensvrijheid van de arts. Geen enkele geneesheer kan worden gedwongen om tot euthanasie over te gaan.

Juridisch-technisch wordt een patiënt wiens leven onder de in het voorstel omschreven voorwaarden werd beëindigd, gelijk gesteld met een persoon die een natuurlijke dood is gestorven. In de overlijdensakte wordt wel vermeld dat het leven van de betrokkene op zijn verzoek werd beëindigd.

In het Strafwetboek wordt een artikel 417bis ingeschreven dat bepaalt onder welke voorwaarden levensbeëindiging op verzoek van een terminale patiënt niet als een misdaad of een wanbedrijf wordt beschouwd.

phase terminale d'une maladie puissent également souhaiter l'euthanasie. Ils trouvent cependant que cette manière très délicate n'est pas suffisamment clarifiée à l'heure actuelle pour faire l'objet d'un travail législatif.

Les personnes atteintes de démence ne peuvent pas davantage faire de testament de vie ou exprimer la volonté qu'il soit mis fin à leur vie.

Dans le «testament de vie» ou la «déclaration anticipée» comme d'autres l'appellent, une personne fait savoir, avant de se trouver dans un état terminal, que le médecin qui la traitera à ce moment peut procéder à une forme d'euthanasie. Elle le fait dans la perspective du moment où elle ne sera plus capable de manifester sa volonté.

Il va de soi que le testament de vie peut être révoqué à tout moment.

Tout patient qui n'a pas fait de testament de vie peut, lorsqu'il est en phase terminale, demander au médecin que sa vie soit abrégée. Cette volonté est, comme l'exécution du testament de vie, soumise à des conditions strictes. Elle doit être exprimée par écrit. Si c'est impossible en raison de l'état du patient, elle doit être exprimée oralement en présence de deux témoins indépendants. Le médecin dresse un acte de cette déclaration orale, lequel est contresigné par les deux témoins.

L'exécution du testament de vie ou de la manifestation de la volonté est encore subordonnée à une série d'autres conditions. Elle doit être confirmée dans les 48 heures par le patient; un deuxième médecin doit confirmer que le patient se trouve dans une phase terminale; un dossier médical doit être établi, lequel contiendra toutes les pièces justificatives requises, etc.

Lorsque le patient n'est pas en état de confirmer sa volonté ou son testament de vie, une procédure spéciale encore plus sévère est appliquée.

L'euthanasie ne peut pas être pratiquée sur des patientes enceintes d'un enfant viable.

Comme les autres propositions qui ont été déposées, ce texte respecte la liberté de conscience du médecin. Aucun médecin ne peut être contraint de pratiquer l'euthanasie.

Du point de vue juridico-technique, un patient dont la vie est abrégée dans le respect des critères définis dans la proposition est considéré comme étant décédé de mort naturelle. L'acte de décès stipule cependant que la vie de l'intéressé a été abrégée à sa demande.

Dans le Code pénal est inséré un article 417bis précisant les conditions dans lesquelles l'euthanasie, pratiquée à la demande d'un patient en phase terminale, n'est pas considérée comme un crime ou un délit.

In dit artikel worden, naast de basisvoorwaarden die moeten vervuld zijn om tot levensbeëindigend handelen over te gaan, expliciet de negen zorgvuldigheidsvereisten vermeld die in acht dienen te worden genomen. De negende vereiste houdt in dat het verslag van de arts wordt bezorgd aan een toetsingscommissie. De auteurs hebben hierbij een orgaan voor ogen dat enigszins vergelijkbaar is met de huidige commissie die toeziet op de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking. Wat de samenstelling betreft, bestaat zij uit een gelijk aantal artsen en juristen en dienen de levensbeschouwelijke evenwichten te worden gerespecteerd.

De toetsingscommissie heeft een algemene opdracht wat de registratie van de handelingen en de rapportering aan de politieke gezagsdragers betreft. Daarnaast kan zij met twee-derden meerderheid beslissen dat een concreet dossier aan het gerecht wordt bezorgd indien er een vermoeden is dat de zorgvuldigheidsvereisten niet werden gerespecteerd. Het moet echter duidelijk zijn dat de commissie autonoom functioneert. Het kan geen beroepsinstantie zijn voor bijvoorbeeld personen die geen baat hadden bij de euthanasie.

Naast dit voorstel heeft de fractie van de indiener van het wetsvoorstel nog een afzonderlijk voorstel inzake palliatieve zorg ingediend. Een van de zorgvuldigheidsvereisten voor het levensbeëindigend handelen is overigens dat met de patiënt grondig overleg is gepleegd wat de mogelijkheden op dit vlak betreft. Zoals andere sprekers echter reeds hebben verklaard, kan palliatieve zorg, hoe belangrijk ook, niet volstaan om alle patiënten uit hun ondraaglijk lijden te verlossen.

Spreekster besluit dat dit debat de voorbije jaren grondig is voorbereid. Alle gegevens om tot een resultaat te komen zijn bekend en de voorstellen die hier voorliggen wijzen erop dat ook de wil hiertoe aanwezig is. Zij hoopt dan ook dat de Senaat zijn verantwoordelijkheid zal opnemen en deze aangelegenheid niet andermaal op de lange baan zal schuiven door nogmaals allerlei instanties te gaan raadplegen.

4.2. Toelichting door de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne bij de amendementen nrs. 1 tot 3 op het wetsvoorstel op de euthanasie nr. 2-105/1

Een van de indieners merkt op dat ook zijn fractie veel belang hecht aan palliatieve zorgverlening, maar tegelijk beseft dat deze vorm van hulpverlening geen oplossing kan bieden voor alle problemen en vragen rond het levenseinde, en met name niet altijd de mogelijkheid biedt om het ernstige leed van sommige patiënten te verzachten.

Outre les conditions de base qui doivent être remplies pour pratiquer l'euthanasie, cet article stipule explicitement les neuf critères de prudence qui doivent être pris en considération. Le neuvième critère prévoit de transmettre le rapport du médecin à une commission d'évaluation. De cette manière, les auteurs disposent d'un organe quelque peu comparable à la commission actuelle qui veille au respect de la législation en matière d'interruption de grossesse. Cette commission est composée d'un nombre égal de médecins et de juristes et doit respecter les équilibres idéologiques.

La commission d'évaluation a une mission générale en ce qui concerne l'enregistrement des traitements et le rapport aux autorités publiques. Parallèlement, elle peut décider, à la majorité des deux tiers, de transmettre un dossier à la justice lorsqu'on soupçonne que les critères de prudence n'ont pas été respectés. Cependant, il est évident que la commission fonctionne de façon autonome. Elle ne peut être une instance d'appel pour, par exemple, les personnes qui s'estimeraient lésées par l'euthanasie.

Outre cette proposition, le groupe de l'auteur a déposé une proposition séparée sur les soins palliatifs. Un des critères de prudence en matière d'euthanasie est, d'ailleurs, d'avoir une concertation approfondie avec le patient sur les possibilités qui existent en ce domaine. Comme d'autres intervenants l'ont déjà déclaré, les soins palliatifs, quelle que soit leur importance, ne suffisent pas pour délivrer tous les patients de leurs souffrances insupportables.

L'intervenante conclut en disant que ce débat a été préparé minutieusement les années précédentes. Toutes les données permettant de parvenir à un résultat sont connues et les présentes propositions indiquent que la volonté d'aboutir est également réelle. Elle espère dès lors que le Sénat prendra ses responsabilités et qu'il ne renverra pas une nouvelle fois ce problème aux calendes grecques en consultant de nouveau toutes sortes d'instances.

4.2. Commentaires de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne sur leurs amendements n^{os} 1 à 3 à la proposition de loi relative à l'euthanasie n^o 2-105/1

Un des auteurs fait remarquer que son groupe attache également une grande importance aux soins palliatifs mais que, dans le même temps, il est conscient que cette forme d'assistance ne peut résoudre tous les problèmes ni offrir une réponse à toutes les questions qui se posent au sujet de la fin de la vie, à savoir qu'elle ne permet pas toujours de soulager les souffrances extrêmes de certains patients.

Wie geregeld contact heeft met artsen, weet dat de huidige wetgeving hen voor een ernstig gewetensconflict plaatst. In het nauwe contact dat zij met de patiënt hebben, kunnen zij tot de overtuiging komen dat deze wenst dat zijn leven wordt beëindigd om uit het lijden te worden verlost. Als zij in eer en geweten bereid zijn op deze wens in te gaan, overtreden zij evenwel wetens en willens de strafwet. Een wetswijziging ten aanzien van deze aangelegenheid is derhalve zeker verantwoord.

Hij is van oordeel dat van de vijf wetsvoorstellen die met deze doelstelling werden ingediend, het wetsvoorstel nr. 2-105/1 het meeste kans maakt om tot een consensus onder de leden te komen. De tekst is evenwichtig en gedetailleerd. Er worden bovendien een aantal zorgvuldigheidsvereisten ingebouwd, die de garantie bieden dat de rechten van de patiënt ten volle worden gerespecteerd. Ondanks deze zorgvuldigheidsvereisten, die de rechtszekerheid moeten garanderen, legt het voorstel sterk de nadruk op de vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt.

Vandaar dat dit wetsvoorstel door de indieners van het amendement werd gekozen als werkdokument en werd besloten hierop een aantal amendementen in te dienen. Hoewel ze globaal akkoord kunnen gaan met de uitgangspunten van dit voorstel, wensen de indieners toch een aantal eigen accenten te leggen.

Zo vinden zij dat de problematiek van de euthanasie bij wilsonbekwamen onvoldoende is uitgewerkt. Tijdens de bespreking die heeft plaatsgevonden bleek dat een aantal fracties, zeker in een eerste fase, deze aangelegenheid buiten het debat willen houden. De commissie kan echter niet zonder meer aan de problemen van wilsonbekwamen voorbij gaan. Op zijn minst zou deze problematiek in de toelichtende documenten aan bod moeten komen en worden aangegeven dat wetgevend werk noodzakelijk is.

Artikel 4

De heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne dienen op dit artikel de amendementen nr. 1, A tot F, in (Stuk Senaat, nr. 2-105/2).

Een van de indieners merkt op dat de amendementen A en B geïnspireerd zijn op het wetsvoorstel nr. 2-86/1 van de heer Lozie en mevrouw De Roeck. Het betreft de aanwijzing van een vertrouwenspersoon die over de uitvoering van het levenstestament moet waken wanneer de patiënt zelf hiertoe niet meer in staat is. Het aanstellen van een dergelijke gemandateerde is een logische maatregel, zeker wanneer de patiënt bij een vreemde arts terecht komt die geen weet heeft van het levenstestament.

Zeer belangrijk acht hij de amendementen C, D, en E. In artikel 4, paragrafen 1 en 2, van het wetsvoorstel, worden naast euthanasie in de strikte zin van het

Ceux qui ont des contacts réguliers avec des médecins savent que la législation actuelle les place devant un sérieux problème de conscience. Lors des contacts étroits qu'ils ont avec le patient, ils peuvent avoir la conviction que celui-ci souhaite que sa vie soit abrégée pour être délivré de ses souffrances. S'ils sont prêts, en âme et conscience, à exaucer ce vœu, ils enfreignent toutefois sciemment la loi. Par conséquent, ce problème justifie certainement une modification de la loi.

Il estime que, parmi les cinq propositions de loi déposées en ce sens, la proposition n° 2-105/1 a le plus de chances de faire l'objet d'un consensus entre les membres. Le texte est équilibré et détaillé. En outre, il contient un certain nombre de critères de prudence qui garantissent que les droits du patient sont totalement respectés. Malgré ces critères de prudence qui doivent assurer la sécurité juridique, la proposition insiste fortement sur la relation de confiance qui doit exister entre le médecin et le patient.

C'est pourquoi les auteurs des amendements ont décidé de prendre cette proposition comme base de travail et d'y déposer des amendements. Bien que les auteurs marquent, globalement, leur accord sur les objectifs de cette proposition, ils souhaitent quand même fixer certaines priorités.

C'est ainsi qu'ils estiment que la problématique de l'euthanasie n'est pas suffisamment développée en ce qui concerne les personnes incapables de manifester leur volonté. Lors de la discussion, il s'est avéré que certains groupes souhaitent, en tout cas dans un premier temps, exclure cette question du débat. Toutefois, la commission ne peut ignorer sans plus les problèmes des personnes incapables de manifester leur volonté. Cette problématique devrait au moins être abordée dans les documents explicatifs et il faudrait indiquer qu'il est nécessaire de légiférer.

Article 4

MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne déposent les amendements n° 1, A à F, à l'article 4 (doc. Sénat, n° 2-105/2).

Un des auteurs fait observer que les amendements A et B s'inspirent de la proposition de loi n° 2-86/1 de M. Lozie et Mme De Roeck. Ils concernent la désignation d'une personne de confiance qui doit veiller à l'exécution du testament de vie lorsque le patient n'est plus capable de le faire lui-même. La désignation d'une telle personne est une mesure logique, *a fortiori* lorsque le patient aboutit chez un médecin étranger qui n'a pas connaissance du testament de vie.

Il estime que les amendements C, D et E sont très importants. À l'article 4, paragraphes 1^{er} et 2, de la proposition de loi, en plus de l'euthanasie au sens

woord, «het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek», nog twee andere medische praktijken vermeld die in feite volkomen los staan van deze problematiek, namelijk het toedienen van zware pijnstillende medicatie die een verkorting van het leven tot gevolg kunnen hebben en het stopzetten van therapeutisch ingrijpen in bepaalde omstandigheden. De amendementen hebben tot doel deze twee praktijken uit het wetsvoorstel te schrappen.

Het toedienen van pijnstillende medicatie die verkorting van het leven tot gevolg kan hebben, wordt momenteel beschouwd als correct medisch handelen zowel vanuit ethisch oogpunt als in het kader van de deontologie. Dit soort behandeling opnemen in een wetgeving over euthanasie en ze afhankelijk maken van een expliciete wilsuiting van de patiënt zou een regressie inhouden. Het zou immers betekenen dat zij niet langer beantwoordt aan de goede medische praktijk indien zij niet voldoet aan alle bijzondere voorwaarden die ten aanzien van euthanasie worden opgelegd.

Het toedienen van zware pijnstillers maakt deel uit van de orthothanasie, het complex van maatregelen die de arts kan nemen om het sterven te verlichten. Het is niet wenselijk en overigens onmogelijk om heel deze materie uit de medische deontologie te halen en in de wet te gaan regelen.

Hetzelfde kan worden gezegd over het stopzetten van medisch handelen wanneer dit zinloos geworden is. De logica die de auteurs van het voorstel hebben gevolgd is begrijpelijk: wanneer een patiënt onder bepaalde voorwaarden kan vragen om zijn leven via een actieve ingreep te beëindigen, moet *a fortiori* op zijn verzoek kunnen worden afgezien van therapeutisch handelen.

Ook hier betreft het echter een normale medische praktijk. Meer zelfs, therapeutische hardnekkigheid wordt hoe langer hoe meer gezien als in strijd met de medische deontologie. Deze handelingen uit de deontologie halen en ze onderbrengen in een wet op euthanasie, zou dan ook een stap achteruit betekenen. De patiënt moet altijd het recht hebben om een therapie te weigeren en de wettelijke bevestiging van dit recht hoort niet thuis in een regeling van euthanasie.

Palliatieve zorgverlening wordt momenteel als een medische behandeling erkend. Strikt genomen zou de bepaling erop kunnen neerkomen dat de patiënt niet het recht heeft om naar palliatieve hulpverlening over te schakelen.

Vandaar dat de betrokken bepalingen best zonder meer zouden worden geschrapt. De amendementen bieden een alternatief door de arts op te leggen elk therapeutisch handelen in functie te stellen van een goede dood (amendement D) en elk therapeutisch handelen te overleggen met de patiënt (amendement E).

strict du terme — «l'euthanasie délibérée, pratiquée par une personne autre que l'intéressé, à la demande de ce dernier» —, on mentionne encore deux autres pratiques médicales qui, en fait, sont totalement distinctes de cette problématique, à savoir l'administration d'analgésiques puissants susceptibles d'abrégé la vie et l'interruption d'un traitement dans certaines circonstances. Les amendements visent à ne pas mentionner ces deux pratiques dans la proposition de loi.

L'administration d'analgésiques susceptibles d'abrégé la vie est actuellement considérée comme un acte médical correct tant sur le plan de l'éthique que de la déontologie. Faire figurer ce type de traitement dans une législation sur l'euthanasie et le subordonner à une volonté expresse du patient constituerait un recul. Cela signifierait qu'il ne correspond plus à la bonne pratique médicale lorsqu'il ne satisfait pas à toutes les conditions particulières prescrites en matière d'euthanasie.

L'administration d'analgésiques puissants fait partie de l'orthothanasie, l'ensemble des mesures que le médecin peut prendre pour adoucir la mort. Il est inopportun, et d'ailleurs impossible, d'extraire l'ensemble de cette matière de la déontologie médicale et de la régler dans la loi.

Cette remarque vaut également pour l'interruption du traitement médical lorsque celui-ci devient inutile. La logique suivie par les auteurs de la proposition est compréhensible: lorsqu'un patient peut demander, sous certaines conditions, que sa vie soit abrégée par une intervention active, on doit pouvoir, *a fortiori*, interrompre le traitement à sa demande.

Ici aussi, il s'agit d'une pratique médicale normale. De plus, l'acharnement thérapeutique est de plus en plus considéré comme étant contraire à la déontologie médicale. Extraire ces actes de la déontologie et les faire relever d'une loi sur l'euthanasie constituerait dès lors un recul. Le patient doit toujours avoir le droit de refuser une thérapie et la confirmation légale de ce droit n'a pas sa place dans une réglementation sur l'euthanasie.

Les soins palliatifs sont actuellement reconnus comme une thérapie médicale. Au sens strict, la disposition voudrait dire que le patient n'a pas le droit de passer aux soins palliatifs.

C'est la raison pour laquelle il est préférable que les dispositions en question soient simplement supprimées. Les amendements offrent une alternative en imposant au médecin d'envisager tout acte thérapeutique en fonction d'une bonne mort (amendement D) et de se concerter avec le patient sur tout acte thérapeutique (amendement E).

Deze laatste bepaling zou echter nog beter thuishoren in een meer algemene wetgeving die de patiëntenrechten regelt. Al te vaak worden immers behandelingen aangevat zonder dat hierover grondig overleg met de patiënt is gevoerd of zelfs zonder dat hij hiervan op de hoogte werd gebracht.

Het amendement F heeft betrekking op paragraaf 4 van het artikel, dat euthanasie regelt voor patiënten die niet meer in staat zijn hun levenstestament of hun wilsuiking te bevestigen. Indien de behandelende arts en de twee aangestelde artsen niet tot overeenstemming komen, moet binnen 24 uur een derde arts worden aangesteld. Het amendement bepaalt dat deze arts een termijn van 24 uur heeft om zijn advies uit te brengen. Dit moet het recht van de patiënt op een snelle procedure verzekeren.

Artikel 9

De heren Vankrunkelsven en van Quickenborne dienen het amendement nr. 2 in, (Stuk Senaat, nr. 2-105/2) dat ertoe strekt dit artikel te doen vervallen.

Een van de indieners merkt op dat de indieners van het wetsvoorstel, via de invoeging van een artikel 397bis in het Strafwetboek, waarschijnlijk nog eens uitdrukkelijk hebben willen bevestigen dat euthanasie die niet werd uitgevoerd met inachtnaam van de zorgvuldigheidsvereisten bepaald in artikel 417bis, strafbaar blijft als moord of doodslag.

Naar zijn mening is dit een overbodige bepaling, aangezien in de artikelen 392 en volgende, moord en doodslag op voldoende wijze worden beschreven en bestraft.

Artikel 10

De heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne dienen de amendementen nr. 3, A, B, C en D, in (Stuk Senaat, nr. 2-105/2). In verband hiermee verklaart een van de indieners dat hij akkoord kan gaan met een wijziging van het Strafwetboek om euthanasie te depenaliseren. Het voorgestelde artikel 417bis, sluit echter niet uit dat wettelijk toegestane euthanasie die met inachtnaam van de opgelegde zorgvuldigheidsvereisten wordt uitgevoerd, wordt vervolgd als een overtreding.

Vandaar dat in het amendement A wordt voorgesteld, de woorden «noch misdaad, noch wanbedrijf» te vervangen door de woorden «geen misdrijf».

De andere indiener stipt aan dat de amendementen B, C en D betrekking hebben op de zorgvuldigheidsvereisten die aan de arts worden opgelegd. Deze zijn belangrijk, maar zij mogen ook geen aanleiding geven tot rechtsonzekerheid omdat ze vrijwel onuitvoerbaar zijn. Zo houdt de twaalfde vereiste in dat

Cette dernière disposition serait plus à sa place dans une législation plus générale réglant les droits des patients. Trop souvent, des traitements sont entamés sans réelle concertation avec le patient, ou même sans qu'il en soit informé.

L'amendement F a trait au paragraphe 4 de l'article qui règle l'euthanasie pour les patients qui ne sont plus en mesure de confirmer leur testament de vie ou leur volonté. Si le médecin traitant et les deux médecins désignés n'arrivent pas à un accord, un troisième médecin doit être désigné dans les 24 heures. L'amendement précise que ce médecin dispose d'un délai de 24 heures pour rendre son avis. Ceci doit garantir au patient le droit à une procédure rapide.

Article 9

L'amendement n° 2 de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne tend à supprimer cet article (doc. Sénat, n° 2-105/2).

Un des auteurs fait observer que, par l'insertion d'un article 397bis dans le Code pénal, les auteurs de la proposition de loi ont vraisemblablement voulu de nouveau confirmer expressément que l'euthanasie qui n'est pas pratiquée dans le respect des critères de prudence définis à l'article 417bis demeure punissable en tant que meurtre ou assassinat.

À son avis, cette disposition est superflue étant donné que les articles 392 et suivants décrivent et sanctionnent suffisamment le meurtre et l'assassinat.

Article 10

À propos de l'amendement n° 3, A, B, C et D, déposé par MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne (doc. Sénat, n° 2-105/2), l'un des auteurs déclare qu'il peut marquer son accord sur une modification du Code pénal en vue de dépenaliser l'euthanasie. L'article 417bis proposé n'exclut toutefois pas que l'euthanasie légalement autorisée, pratiquée dans le respect des critères de prudence imposés, soit poursuivie en tant qu'infraction.

C'est pourquoi l'amendement A propose de remplacer les mots «ni crime ni délit» par les mots «pas d'infraction».

L'autre auteur précise que les amendements B, C et D se rapportent aux critères de prudence imposés au médecin. Ceux-ci sont importants, mais ils ne peuvent entraîner une insécurité juridique due au fait qu'ils sont quasiment inapplicables. Le douzième critère stipule qu'il faut indiquer de façon détaillée les

zeer gedetailleerd moet worden aangegeven met wie overleg werd gepleegd. In de praktijk echter zal de arts met de hele omgeving van de zieke contact hebben: familie, verpleegkundig personeel, ... Door van hem te verlangen dat hij al deze personen met naam en functie vermeldt, en hun oordeel registreert, plaatst men hem in een bijna onmogelijke en onzekere situatie wat de mogelijke juridische consequenties betreft. Dit kan dan ook een aanleiding zijn om niet op de wens van de patiënt tot levensbeëindiging in te gaan.

Vandaar dat het amendement D deze passus vervangt door de meer algemeen omschreven verplichting aan te tonen dat overleg werd gepleegd met diegenen die de patiënt verzorgen en eventueel met de familie.

*
* *

5. Wetsvoorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s.); nr. 2-151/1

Uiteenzetting van een van de indieners van het wetsvoorstel

Het wetsvoorstel dat kortgeleden werd ingediend, werd de afgelopen dagen samen met een aantal mensen op het terrein (artsen, verpleegkundig personeel, ...) verder verfijnd.

De toelichting is vrij lang om het probleem niet alleen in een strafrechtelijke context, maar ook in het ruimere kader van rechtvaardigheid en gezondheid te plaatsen.

De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, wil heel graag dat met dit tweede aspect evenveel rekening wordt gehouden als met het eerste, omdat ze van oordeel is dat de volksgezondheid vóór de strafwet komt en dat het niet alleen gaat om het belangrijke euthanasieprobleem, maar om alle beslissingen omtrent het levenseinde, zowel in de ziekenhuizen als thuis.

Dat is de reden waarom de fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, een echte dialoog wil aangaan met alle partijen, omdat ze het niet nodig vindt de achterhaalde en volgens sommigen dogmatische breuklijn tussen de ideologieën opnieuw tot leven te wekken.

De fractie wil uitgaan van de patiënt, de stervende, en diegenen die hem omringen (voor de gelukkigen in de palliatieve en voortdurende zorg, voor de anderen, die het minder treffen, in het kader van een « colloque singulier » met een arts).

personnes avec qui la concertation a eu lieu. Toutefois, dans la pratique, le médecin aura des contacts avec tout l'entourage du patient: famille, personnel soignant, ... En demandant au médecin qu'il renseigne les noms et fonctions de toutes ces personnes et qu'il enregistre leur avis, on le place dans une situation quasiment impossible et incertaine en ce qui concerne les conséquences juridiques éventuelles. Cela peut dès lors être une raison de ne pas accéder au souhait d'euthanasie du patient.

C'est pourquoi l'amendement D remplace ce passage par l'obligation plus générale de prouver qu'il y a eu concertation avec les personnes qui soignent le patient et, éventuellement, avec la famille.

*
* *

5. Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales (de Mme Clotilde Nyssens et consorts); n° 2-151/1

Exposé de l'un des auteurs de la proposition de loi

La proposition de loi qui vient d'être déposée a été affinée au cours des derniers jours grâce à une série d'acteurs de terrain (médecins, personnel infirmier, ...) qui ont contribué à enrichir le texte.

Les développements en sont relativement longs, afin de resituer le problème, non seulement dans un cadre pénal, mais aussi dans un cadre beaucoup plus large de justice et de santé.

Le groupe dont l'oratrice fait partie souhaite vivement que ce second aspect soit pris en compte autant que le premier, car il estime qu'en amont du Code pénal se posent des problèmes de santé publique, et que l'on touche non seulement à la problématique importante de l'euthanasie, mais aussi à toutes les situations de fin de vie, vécues dans nos établissements hospitaliers et à domicile.

C'est pourquoi le groupe dont l'oratrice fait partie souhaite engager un vrai dialogue avec l'ensemble des partis, car il trouve inutile de susciter un clivage archaïque entre des idéologies que certains pouvaient qualifier de dogmatiques.

Il préfère aborder cette problématique par le biais du patient, du mourant et des personnes qui l'entourent (pour ceux qui en ont la chance, en soins palliatifs et continus, et pour ceux qui en ont moins, avec un médecin, dans le cadre actuel d'un colloque singulier).

De principes waarop het voorstel steunt, zijn de volgende.

Eerbied in alle omstandigheden voor de waardigheid van de mens.

Het is juist dat over deze waardigheid van de mens tal van opvattingen bestaan, waarvan de consequenties sterk verschillen.

De indieners van het voorstel zijn van oordeel dat de menselijke persoon in zijn totaliteit moet worden bekeken, niet alleen in zijn rationele en affectieve dimensie op het ogenblik dat hij een eventuele wilsverklaring opstelt, maar ook in zijn menselijke, affectieve, sociologische dimensie als hij sterft.

Als men gezond is, denken we heel anders over ons levenseinde dan op het ogenblik dat we er werkelijk mee worden geconfronteerd en we allemaal bang zijn te lijden of uitzichtloze therapieën te moeten ondergaan.

Dat is de reden waarom het voorstel begint met een hoofdstuk over palliatieve en voortdurende zorg, waarin ook bepalingen uit de medische deontologie zijn verwerkt die handelen over uitzichtloze therapieën en het staken van therapie.

De indieners van dit voorstel werden gealarmeerd door sommige artsen, die erop wezen dat de wetgever zich niet moet opsluiten in de rol van de gezonde mens die wetten maakt voor anderen die dat niet zijn, maar ook oog moet hebben voor de broosheid en zwakheid van mensen die op het einde van hun leven zijn gekomen en onvermijdelijk anders redeneren.

Spreekster zegt bijzonder getroffen te zijn door het artikel van professor Felice Dassetto dat onlangs in «*Le Soir*» is verschenen en waarin de auteur waarschuwt voor een wetgeving die zich tegen de zwakkeren zou keren.

De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, dringt erop aan dat met de sociale dimensie van het probleem rekening wordt gehouden. De economische en sociale toestand van de patiënt is inderdaad niet zonder gevolgen voor de behandeling die hij krijgt.

Vreemdelingen, mensen van de vierde wereld bijvoorbeeld, hebben geen spreekrecht. We moeten daarmee rekening houden.

Uit verantwoordelijkheidszin ten aanzien van de toekomstige generaties pleiten de indieners van het voorstel voor een tekst die geen inbreuk pleegt op onze menselijkheid.

Het zou spijtig zijn mocht België, als eerste land in Europa en zelfs in de wereld, een complexe en gevoelige materie als euthanasie uit het strafrecht halen.

Les principes qui sous-tendent la proposition sont les suivants.

Il s'agit tout d'abord du respect, en toutes circonstances, de la dignité de l'homme.

Il existe, il est vrai, différentes conceptions de cette dignité, qui entraînent des conséquences diverses.

Les auteurs de la proposition estiment que la personne humaine doit être envisagée dans sa totalité, non seulement dans sa dimension rationnelle et affective au moment où il rédige une éventuelle déclaration anticipée, mais aussi dans sa dimension humaine, affective, sociologique, au moment de sa mort.

Il est tout à fait différent d'envisager, en tant que bien portant, le moment de notre fin de vie, ou d'être confronté réellement à cette situation où, tous, nous craignons deux choses: souffrir, et faire l'objet d'acharnement thérapeutique.

C'est pourquoi la proposition débute par un chapitre consacré aux soins palliatifs et continus, en y insérant des dispositions qui relèvent de la déontologie médicale, et traitent, d'une part, de l'acharnement thérapeutique, et d'autre part, de l'abandon thérapeutique.

Les auteurs de la proposition ont été alarmés notamment par des médecins, qui ont attiré l'attention sur le fait que le législateur ne doit pas se cantonner au rôle de bien portant qui légifère au sujet d'autres qui ne le sont pas, mais qu'il doit aussi avoir égard à la situation de fragilité et de faiblesse où se trouvent les personnes en fin de vie, qui raisonnent nécessairement différemment.

L'oratrice se dit particulièrement impressionnée par l'article du professeur Felice Dassetto, récemment paru dans *Le Soir*, et où l'auteur mettait en garde contre le risque d'élaborer une législation qui se retournerait contre les plus faibles.

Le groupe dont l'oratrice fait partie insiste pour que la dimension sociale du problème soit prise en compte. En effet, il paraît clair que la condition économique et sociale du patient n'est pas sans incidence sur la façon dont on le traite.

Ainsi, certains étrangers, les personnes appartenant au Quart-Monde n'ont pas droit à la parole. Cet aspect des choses devrait être pris en compte dans la réflexion.

Les auteurs de la proposition souhaiteraient aussi, au nom d'un principe de vigilance et de précaution à l'égard des générations futures, ne pas aboutir à un texte qui abîmerait notre humanité.

Il serait regrettable que la Belgique soit le premier pays en Europe, voire dans le monde, à dépenaliser une matière aussi complexe et sensible que celle de l'euthanasie.

De fractie van spreekster dringt aan op een debat, maar tot welke conclusies het zal leiden, is niet bekend.

De indieners van het voorstel hebben recentelijk opnieuw een aantal veldwerkers geraadpleegd en hebben ook een vergelijkende rechtsstudie gemaakt.

Zo tekent zich in Frankrijk, dat een lekenstaat is, na een diepgaande filosofische reflectie, een consensus af om de strafwet niet te wijzigen en het probleem vanuit een andere hoek te benaderen.

In Canada was bij de aanvang van een lang debat in de Senaat nog 80% van de bevolking voorstander van een wetgeving op de euthanasie.

De Canadese senatoren van alle politieke partijen zijn tot de conclusie gekomen dat euthanasie maar het topje van de ijsberg is en dat ook rekening moet worden gehouden met de veel ruimere problematiek van het levenseinde, van onze visie op de dood, van de volksgezondheid en van de relatie tussen de patiënt en de arts die hem begeleidt.

Ze vonden het bijgevolg nog te vroeg om wetgevend op te treden.

De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, wil de besprekingen niet vertragen en heeft een voorstel ingediend dat de problematiek in een juridisch kader plaatst.

De noodtoestand is inderdaad een vaag juridisch begrip, maar precies daardoor kan het zich aanpassen aan de noodwendigheden van een complexe en evolverende samenleving.

Het kader van het wetsvoorstel is origineel en lijkt sterk op dat van voorstel nr. 2-160/1.

De tekst wordt ingevoegd in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst.

Het voorstel gaat uit van de politieke wil om aan te geven dat het om een probleem van volksgezondheid en persoonlijke gezondheid gaat en dat een louter strafrechtelijke benadering veel te eng zou zijn.

Opzet is de relaties tussen arts, verzorgend team en patiënt te regelen en enigszins te moderniseren.

Het eerste hoofdstuk handelt over palliatieve en voortdurende zorg.

Deze laatste term is ruimer en werd door een aantal artsen voorgesteld om aan te geven dat de zorg voor een patiënt zo vroeg mogelijk moet aanvangen, vanaf het ogenblik dat hij aan een ernstige ziekte lijdt, en dat hij een complete begeleiding moet krijgen die niet

Le groupe de l'oratrice est demandeur d'un débat à mener sans tarder, mais les conclusions n'en sont pas encore connues.

Les auteurs de la proposition ont refait récemment le tour de certains acteurs de terrain, et ont également procédé à une étude de droit comparé.

Ainsi, en France, pays laïque, un consensus s'est dégagé, au terme d'une réflexion philosophique approfondie, pour ne pas légiférer dans le cadre du Code pénal, et pour aborder plutôt la question sous un autre angle.

Au Canada, un long débat a eu lieu au Sénat, au départ, là encore, d'une demande de la population qui, à 80%, souhaitait qu'on légifère en matière d'euthanasie.

Au terme de leur réflexion, les sénateurs canadiens ont, tous groupes politiques confondus, conclu que l'euthanasie n'était que la partie visible de l'iceberg, et que l'on touchait en fait à la problématique plus large de la fin de vie, à la manière dont on vit la mort dans notre société, à la santé publique, aux relations entre patient et médecin.

Ils ont dès lors estimé qu'il était trop tôt pour légiférer.

Le groupe dont l'oratrice fait partie n'a nullement pour objectif de retarder les débats, et a donc déposé une proposition, pour tenter de faire rentrer la problématique dans un cadre juridique.

Il est vrai que l'état de nécessité est une catégorie juridique floue, mais ce flou comporte un aspect positif, car il permet de répondre aux nécessités d'une société complexe et évolutive.

La proposition de loi a un cadre original, qui présente une grande similitude avec celui de la proposition n° 2-160/1.

Le texte s'insère dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir.

La volonté politique est d'indiquer par là que l'on touche à un problème de santé publique et privée, et qu'une approche strictement pénale serait extrêmement réductrice.

Il s'agit de donner des directives et une certaine modernité aux relations entre médecin, équipe soignante et patient.

Comme déjà indiqué, le premier chapitre est relatif aux soins palliatifs et continus.

Ce dernier terme a une portée plus large, et a été suggéré par certains médecins, pour indiquer qu'il faut s'efforcer de prendre le patient en charge le plus tôt possible, dès qu'il souffre d'une maladie grave, et de lui offrir un accompagnement complet, qui ne se

strikt beperkt blijft tot de medische verzorging, maar rekening houdt met de persoon in zijn totaliteit.

De palliatieve zorg heeft betrekking op de terminale fase. In het voorgestelde artikel 360bis is de definitie van palliatieve zorg opgenomen zoals die vandaag in de praktijk wordt gehanteerd.

Artikel 36ter bevestigt het subjectieve recht van de patiënt op een kwalitatief hoogstaande palliatieve en voortdurende zorg, wat de ontwikkeling van een beleid op dat gebied zal bevorderen.

Over palliatieve zorg zal ongetwijfeld nog meer wetgeving nodig zijn, ook al wordt vanaf 1 januari 2000 grote vooruitgang geboekt in de betaling van de desbetreffende forfaits, meer bepaald wat de thuiszorg betreft.

De indieners van het voorstel hechten veel belang aan de opleiding van de betrokken beroepsgroepen. Ze hebben vastgesteld dat, ook al spelen sommige beroepsgroepen een pioniersrol op dit terrein, sommige artsen nog weinig vertrouwd zijn met palliatieve zorg en de oprichting van multidisciplinaire en moderne teams vragen.

Op dit terrein moet niet alleen het billijkheidsprincipe, maar ook het gelijkheidsprincipe (zowel uit het oogpunt van de patiënt als uit dat van de structuren en teams) worden geëerbiedigd.

Hoofdstuk IIIter draagt de titel «Levensende» om aan te geven dat in de loop van deze nieuwe zittingsperiode waarschijnlijk nog andere ethische dossiers zullen worden aangesneden en dat de huidige discussie slechts een stap is in de richting van een meer uitgebreide discussie over de gehele problematiek van het levensende.

In dit hoofdstuk herneemt het voorgestelde artikel 36quater een artikel van de geldende medische plichtenleer dat bepaalt dat de arts de patiënt moet bijstaan om zijn morele en fysieke lijden te verlichten en zijn waardigheid te beschermen.

Artikel 36quinquies bestaat uit twee delen.

Paragraaf 1 verbiedt de therapeutische hardnekkigheid zonder afbreuk te doen aan de therapeutische vrijheid.

Dit artikel tracht tegemoet te komen aan de vrees van sommige patiënten dat zij het slachtoffer van een dergelijke hardnekkigheid zullen worden omdat de medische uitrusting moet renderen.

Paragraaf 2 heeft daarentegen betrekking op de stopzetting van de behandeling. Ook dit moet een antwoord geven op de bezorgdheid van sommige patiënten, die zich ofwel thuis, ofwel in een zieken-

limite pas à l'administration de soins strictement médicaux, mais qui prenne en compte la personne dans sa totalité.

Les soins palliatifs concernent plus spécifiquement la phase terminale. L'article 36bis proposé reprend uniquement la définition de ce que l'on entend actuellement par soins palliatifs dans la pratique.

L'article 36ter consacre un droit subjectif à des soins palliatifs et continus de qualité, que le patient pourra invoquer, et qui favorisera le développement d'une véritable politique en la matière.

Sans doute faudra-t-il légiférer davantage sur la question des soins palliatifs, même si, à partir du 1^{er} janvier 2000, de grands progrès seront faits dans le remboursement des forfaits en la matière, notamment en ce qui concerne les soins à domicile.

Les auteurs de la proposition de loi veulent insister sur la formation des professionnels. Ils se sont aperçus que, si une partie de ces professionnels sont prêts à s'inscrire dans une dynamique en cette matière, parce qu'ils jouent un rôle de pionniers, certains médecins sont encore peu familiarisés avec les soins palliatifs, et sont demandeurs de la formation d'équipes modernes et pluridisciplinaires.

En cette matière, les principes non seulement d'équité mais aussi d'égalité (considérée tant du point de vue du patient que de celui des structures et des équipes) doivent être respectés.

Le chapitre IIIter est intitulé «Fin de vie», pour indiquer qu'au cours de cette nouvelle législature, d'autres dossiers éthiques seront probablement abordés, la réflexion actuelle n'étant qu'une étape vers une discussion plus large relative à l'ensemble de la problématique de la fin de vie.

Dans ce chapitre, l'article 36quater proposé reprend un article qui figure actuellement dans les codes de déontologie médicale, et selon lequel il appartient au médecin d'assister le patient pour soulager ses souffrances tant morales que physiques et préserver sa dignité.

L'article 36quinquies a deux volets.

Le paragraphe premier proscrit l'acharnement thérapeutique, sans préjudice, bien évidemment, de la liberté thérapeutique.

Cet article tend à répondre à la crainte exprimée par certains patients, qui craignent d'être victimes d'un tel acharnement, pour des motifs de rentabilisation du matériel médical.

Le second paragraphe vise au contraire l'abandon thérapeutique. Là encore, il s'agit de répondre à la préoccupation exprimée par certains patients, que ce soit à domicile ou à l'hôpital, qui se plaignent de ne

huis bevinden, en erover klagen dat ze niet worden behandeld en, soms zelfs voor de eenvoudigste zaken, aan hun lot worden overgelaten.

Artikel 36*sexies* bevestigt het huidige standpunt van de fractie van de spreekster ten aanzien van het euthanasieverzoek.

Het gaat alleen om het verzoek van een patiënt die bij bewustzijn is.

Het artikel legt onder littera *a)* tot *f)* een reeks minimale procedurevoorwaarden vast waaraan de arts moet voldoen alvorens een euthanasieverzoek in te willigen.

Het gaat wel degelijk om de procedurele regeling *a priori* van voorstel 3 van het Raadgevend Comité voor bioethiek.

De indieners van het voorstel zijn van mening dat bepalingen over de relaties tussen de patiënt en de arts veeleer thuishoren in een tekst over de geneeskunst dan in het Strafwetboek.

De procedurevoorwaarden zijn de volgende:

— het verzoek moet uitdrukkelijk en ondubbelzinnig door de patiënt zelf zijn geuit; hoewel de mening van de familie zeer belangrijk is, weten we immers dat ze niet altijd op dezelfde golflengte zit als de patiënt;

— de arts moet een bevoorrechte band vormen met de patiënt om met hem zijn euthanasieverzoek te bespreken; dit sluit aan bij de idee van de «colloque singulier», die in andere voorstellen is opgenomen. Veel artsen doen dit, maar volgens sommige patiënten nemen anderen daarvoor niet de tijd, zijn ze het niet gewoon of weten ze niet hoe ze de problematiek van het levenseinde moeten aanpakken. Er moeten op dit terrein inspanningen worden gedaan op het gebied van de opleiding;

— de patiënt moet worden geïnformeerd. De indieners van het voorstel hebben niet alle patiëntenrechten in het voorstel willen opnemen (*cf.* het desbetreffende voorontwerp van wet tijdens de vorige zittingsperiode), omdat dit een brede problematiek is. Als de commissies het wensen, zijn de indieners van het voorstel evenwel bereid dit probleem in het debat op te nemen. Ze onderstrepen voorts dat het noodzakelijk is dat de patiënt wordt ingelicht over de bestaande mogelijkheden van palliatieve zorg;

— de arts moet er zich vervolgens van vergewissen dat de patiënt werkelijk zelf wil dat aan zijn leven een einde wordt gemaakt;

— als de patiënt bij zijn verzoek blijft, moet de arts het advies inwinnen van een collega-arts, van het verplegend team en eventueel van de naasten.

De indieners van het voorstel zijn er immers van overtuigd dat de arts een ethiek van discussie moet toepassen en de bescheidenheid moet hebben om

pas être traités, d'être abandonnés à eux-mêmes, parfois même pour les choses les plus simples.

L'article 36*sexies* consacre la position actuelle du groupe auquel appartient l'oratrice sur les demandes d'euthanasie.

On vise ici uniquement la demande exprimée par un patient conscient.

L'article établit, sous les lettres *a)* à *f)*, une série de conditions procédurales minimales, que le médecin doit respecter avant de faire droit à une demande d'euthanasie.

Il s'agit bien ici du règlement procédural *a priori* visé dans la position 3 décrite dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique.

Les auteurs de la proposition estiment que des dispositions régissant les relations entre patient et médecin ont davantage leur place dans un texte relatif à l'art de guérir que dans le Code pénal.

Les conditions procédurales sont les suivantes:

— la demande doit avoir été formulée de façon expresse et sans équivoque par le patient lui-même; en effet, si l'avis de la famille revêt une grande importance, on sait aussi que celle-ci n'est pas toujours sur la même longueur d'ondes que le patient;

— le médecin doit établir un lien privilégié avec le patient afin de s'entretenir avec lui au sujet de sa demande d'euthanasie; on rejoint ici l'idée du colloque singulier, reprise dans d'autres propositions. Si beaucoup de médecins le font, d'autres, selon certains patients, ne prennent pas le temps de le faire, n'en ont pas l'habitude, ou ne savent pas comment aborder la problématique de la fin de vie. Des efforts de formation seraient nécessaires en la matière;

— le patient doit être informé. Les auteurs de la proposition n'ont pas voulu reprendre dans celle-ci tous les droits des patients (*cf.* l'avant-projet de loi existant à ce sujet lors de la précédente législature), car il s'agit d'une problématique fort large. Cependant, les auteurs de la proposition se déclarent prêts à joindre cette question au débat, si les commissions le souhaitent. Par ailleurs, ils désirent souligner la nécessité d'informer le patient sur les possibilités de prises en charge palliatives existantes;

— le médecin doit ensuite s'assurer de la détermination réelle et personnelle du patient à ce qu'il soit mis fin à ses jours;

— en cas de volonté persistante du patient, le médecin doit recueillir l'avis d'un médecin tiers, de l'équipe soignante, et éventuellement des proches.

Les auteurs de la proposition sont en effet convaincus que le médecin doit pratiquer une éthique de la discussion, et avoir la modestie de prendre des avis,

adviezen in te winnen, die voor het overige niet-bindend zijn (verplegend personeel, confrater, ethisch comité ...).

Na al deze stappen spreekt de arts zich uit over het verzoek van de patiënt, rekening houdend met het onomkeerbare en ondraaglijke lijden (het tweede aspect is veeleer subjectief), de ongeneeslijke aard van de ziekte (die niet altijd makkelijk is vast te stellen) en het vermoedelijk overlijden op korte termijn (over deze termijn moet de arts oordelen).

De arts die aanvaardt in deze uitzonderlijke omstandigheden in te grijpen, wordt geacht zich in een noodtoestand te bevinden.

Dit beantwoordt aan de bezorgdheid voor de rechtszekerheid die in voorstel nr. 3 van het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek tot uiting wordt gebracht.

De noodtoestand is in de eerste plaats een toestand die door de arts wordt beoordeeld.

Het begrip is bekend bij de hoven en rechtbanken, maar ook bij de artsen.

Het vermoeden dat in het voorstel wordt vastgelegd, verandert niet veel ten aanzien van het gemeen recht, aangezien de bewijslast in strafzaken bij de klager of het openbaar ministerie ligt.

Het is hoe dan ook niet makkelijk de noodtoestand te beoordelen. Om die reden hebben de indieners van het voorstel het begrip «erkende arts» ingevoerd.

Als de arts een euthanasie uitvoert, zendt hij zijn dossier niet rechtstreeks door aan het parket, waarvan iedereen weet dat het overbelast is.

Opzet is de totstandbrenging van een interface tussen de artsen en justitie, tussen wie de verhoudingen steeds gespannener worden.

Tijdens de vorige zittingsperiode is het probleem gerezen van het beroepsgeheim inzake seksuele delicten en het dossier van de voorwaardelijke invrijheidsstelling.

Wij hebben kunnen vaststellen dat artsen, psychologen en maatschappelijk werkers zich ongemakkelijk voelen tegenover justitie omdat ze niet weten of ze echte partners van het gerecht zijn dan wel of hun relaties een andere logica volgen.

Het begrip «erkende arts» werd ook voorgesteld in het kader van de aanpassing van het beroepsgeheim. Het bestaat momenteel niet, aangezien het Gerechtelijk Wetboek alleen voorziet in gerechtelijke experts; de gerechtelijke artsen worden gekozen uit een lijst die bij de hoven en rechtbanken wordt ingediend, zonder enige andere vorm van reglementering.

qui seront du reste non-contraignants (personnel infirmier, confrère, comité d'éthique, ...).

Au terme de toutes ces démarches, le médecin apprécie la demande du patient au regard du caractère irréductible et insupportable de la souffrance (le second de ces deux termes revêtant un aspect plus subjectif), du caractère incurable de sa maladie (ce qui n'est pas toujours aisé à apprécier), et du pronostic d'un décès à brève échéance (cette échéance étant laissée à l'appréciation du médecin).

Le médecin qui accepte d'intervenir dans ces circonstances exceptionnelles est présumé se trouver en état de nécessité.

On répond ainsi au souci de sécurité juridique, exprimé dans la position n° 3 de l'avis du Comité consultatif de bioéthique.

Un état de nécessité est avant tout une situation que le médecin apprécie.

Il s'agit d'un concept bien connu des cours et tribunaux, mais aussi des médecins.

La présomption établie par la proposition ne change pas grand-chose par rapport au droit commun, puisqu'en matière pénale, c'est au plaignant ou au ministère public que revient la charge de la preuve.

Cependant, l'appréciation de l'état de nécessité n'est pas aisée. C'est pourquoi les auteurs de la proposition ont introduit la notion de «médecin de référence».

Lorsque le médecin pratique l'acte d'euthanasie, il ne transmet pas le dossier qu'il a constitué directement au parquet, dont on sait qu'il est généralement surchargé.

Le but est de créer une interface entre les médecins et la justice, les rapports entre eux étant de plus en plus tendus.

Ainsi, au cours de la précédente législature, on a connu le problème du secret professionnel en matière de délinquance sexuelle, et le dossier de la libération conditionnelle.

On a pu percevoir le malaise que ressentent les médecins, les psychologues, les assistants sociaux à l'égard de la justice, parce qu'ils ne savent pas s'ils sont réellement partenaires de celle-ci, ou si leurs rapports avec elle obéissent à une autre logique.

La notion de «médecin de référence» a été proposée également dans le cadre de l'aménagement du secret professionnel. Elle n'existe pas à l'heure actuelle, le Code judiciaire ne prévoyant que les experts près les tribunaux; les médecins légistes sont choisis sur une liste déposée près les cours et tribunaux, sans autre forme de réglementation.

De erkende arts zou op een lijst staan die door de rechtbanken is erkend. Later kan bij koninklijk besluit een erkenning worden ingevoerd die een specifieke opleiding over het levenseinde garandeert.

De arts zou op basis van het dossier nagaan of de inhoudelijke voorwaarden en de vormvereisten werden nageleefd.

Vervolgens zou hij, overeenkomstig het gemeen recht, een certificaat naar de ambtenaar van burgerlijke stand (artikel 77 van het Burgerlijk Wetboek) zenden. De huidige regels voor de teraardebestelling worden dus niet gewijzigd.

Artikel 5 van het voorstel voorziet in boetes voor artsen die de vormvereisten niet naleven, onverminderd de bestaande strafrechtelijke sancties inzake moord.

In de geneeskunst is aan elke plicht die aan een arts wordt opgelegd, immers een sanctie verbonden.

De beoordeling van de noodtoestand blijft tot het strafrechtelijk onderdeel behoren.

Artikel 6 van het voorstel, tenslotte, heeft betrekking op de inwerkingtreding. In dit verband kan, zoals sommigen opperen, een evaluatiecommissie worden opgericht die kan worden vergeleken met die welke werd opgericht inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking.

De indieners van het voorstel waren onder de indruk van de argumenten die de artsen Markstein en Clumeck in een vrije tribune in «*Le Soir*» van 9 december 1997 hebben ontwikkeld en van een recent optreden van dokter Clumeck tijdens een televisiedebat.

Deze artsen wezen op het complexe en evolutieve karakter van de materie en stelden voor een proefperiode in te bouwen.

In het voorstel wordt deze periode op drie jaar bepaald; op het einde daarvan kan de nieuwe wet worden geëvalueerd aan de hand van alle informatie die de erkende artsen zullen hebben ingewonnen. Vervolgens kan worden nagegaan of de wetgeving moet worden aangepast.

De moderne methode om voorlopige wetten te maken wordt, met name in de Angelsaksische landen, steeds verder toegepast, zowel voor ethische als andere materies.

Ook in andere ethische debatten dan dat over euthanasie moet de wetgever in de komende jaren een uitspraak doen.

Hij mag zich niet in een verstarde wetgeving opsluiten.

*
* *

Le médecin de référence figurerait sur une liste reconnue par les tribunaux. On pourrait, par arrêté royal, prévoir ultérieurement une agrégation garantissant une formation particulière en matière de fin de vie.

Ce médecin vérifierait, sur base du dossier, que les conditions de fond et de forme ont été respectées.

Ensuite, conformément au droit commun, il enverrait un certificat à l'officier d'état civil (article 77 du Code civil). On ne changerait donc rien aux dispositions actuelles sur l'inhumation.

En ce qui concerne l'article 5 de la proposition, il prévoit des peines d'amende pour les médecins qui ne respectent pas les conditions de forme, sans préjudice des sanctions pénales existant en matière d'homicide.

En effet, dans l'art de guérir, toute obligation que l'on impose à un médecin est sanctionnée.

L'appréciation de l'état de nécessité demeure quant à elle dans le volet pénal.

Enfin, l'article 6 de la proposition concerne l'entrée en vigueur. À cet égard, on pourrait créer, comme le suggèrent certains, une commission d'évaluation comparable à celle créée en matière d'interruption volontaire de grossesse.

Les auteurs de la proposition ont été impressionnés par les arguments développés par les docteurs Markstein et Clumeck dans la carte blanche publiée dans *Le Soir* du 9 décembre 1997, et par une intervention récente du docteur Clumeck lors d'un débat télévisé.

Ces praticiens insistaient sur le caractère complexe et évolutif de la matière, et suggéraient de prévoir une période probatoire.

La proposition fixe cette période à trois ans; au terme de celle-ci, on pourrait évaluer la législation nouvelle, au départ de toutes les informations qu'auraient centralisées les médecins de référence, et déterminer s'il faut adapter cette législation.

La méthode moderne consistant à légiférer par le biais de lois provisoires est de plus en plus appliquée, notamment dans les pays anglo-saxons, qu'il s'agisse ou non de matières éthiques.

Bien d'autres débats éthiques que celui de l'euthanasie attendent le législateur dans les années à venir.

Celui-ci doit avoir le souci de ne pas s'enfermer dans une législation figée.

*
* *

6. Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (van de heer Hugo Vandenberghe c.s.); nr. 2-160/1

Uiteenzetting door de hoofdindieners van het wetsvoorstel

Spreeker merkt op dat in het voorliggende wetsvoorstel de problemen in verband met het naderend levenseinde op een consistente en algemene wijze worden benaderd. Het herleiden van deze problematiek tot de vraag of en in welke mate de strafwet dient te worden gewijzigd, is een veel te beperkte benadering om al de problemen die zich voordoen bij het einde van het leven en de complexiteit hiervan te vatten.

Het louter strafrechtelijk discours is in deze materie de uiting van een zuiver politiek mechanische visie waarbij de complexiteit van het leven al te zeer tot een politieke *one-liner* wordt herleid, namelijk de vraag of het eeuwenoude taboe «gij zult niet doden» moet worden doorbroken.

Door zich op een dergelijk reductionistisch standpunt te stellen, zou de indruk kunnen worden gewekt dat euthanasie vooral een uitlaatklep is voor bepaalde problemen die rijzen bij zorgschaarste.

Vandaar dat hoofdstuk I van het wetsvoorstel ertoe strekt palliatieve zorgverlening als een basisrecht voor iedereen te doen erkennen. De vraag om euthanasie van de patiënt die de ergste vormen van lijden moet ondergaan, is begrijpelijk. De depenalisering van euthanasie zou echter een gemakkelijk argument kunnen worden om geen maximale inspanningen te moeten doen teneinde een volledig zorgaanbod bij het levenseinde te garanderen. Het voorstel kiest daarom voor een andere weg die vertrekt vanuit een absoluut recht op palliatieve zorgverlening.

Palliatieve zorg is een vrij recente aangelegenheid waaraan veel lippendienst wordt bewezen. Het beleid ter zake komt echter, onder meer door problemen inzake bevoegdheidsverdeling, zeer moeizaam op gang. Het voorstel wil hiermee komaf maken door vooreerst het principiële recht van eenieder op dergelijke zorgverlening te erkennen. Tegelijk wordt aan de Koning de opdracht gegeven om binnen een periode van twee jaar een volwaardig stelsel van hulpverlening uit te bouwen. Dit houdt onder meer in dat dergelijke zorg niet alleen in de ziekenhuizen, maar ook in de RVT's en de thuiszorg wordt georganiseerd.

Spreeker onderstreept dat deze bepalingen geenszins tot doel hebben het debat over euthanasie op de lange baan te schuiven. Zij steunen wel op de overtuiging dat de strafwet noodzakelijk is om het menselijk leven te beschermen, maar totaal onvoldoende om de patiënt een menswaardig levenseinde te verzekeren.

6. Proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (de M. Hugo Vandenberghe et consorts); n° 2-160/1

Exposé introductif de l'auteur principal de la proposition de loi

L'intervenant fait remarquer que les problèmes relatifs à l'approche de la mort sont abordés d'une façon cohérente et générale dans la proposition de loi soumise. La réduction de cette problématique à la question de savoir dans quelle mesure le Code pénal doit être modifié est une approche trop limitée pour saisir la complexité de tous les problèmes qui surviennent à la fin de la vie.

Dans cette matière, le discours purement pénal est l'expression d'une vision purement politico-mécanique où la complexité de la vie est par trop réduite à la simple question suivante: le tabou séculaire «tu ne tueras point» doit-il être levé?

En adoptant un tel point de vue réducteur, on pourrait donner l'impression que l'euthanasie est surtout une soupape de sécurité aux problèmes précis qui se posent lors d'une pénurie de soins.

C'est pourquoi le chapitre I^{er} de la proposition de loi vise à faire reconnaître les soins palliatifs comme un droit fondamental pour tous. Il est compréhensible que le patient qui endure les formes de souffrances les plus extrêmes demande l'euthanasie. Toutefois, la dépénalisation de l'euthanasie pourrait être un argument facile pour ne plus devoir faire les efforts maximums en vue de garantir un éventail de soins complet à l'approche de la mort. C'est pour cette raison que la proposition opte pour une autre voie: celle du droit absolu aux soins palliatifs.

Les soins palliatifs sont un sujet assez récent, dont on a beaucoup parlé sans aller plus loin. La politique y afférente est cependant très difficile à mettre en œuvre, entre autres en raison de problèmes de répartition de compétences. La proposition veut mettre fin à cette situation en reconnaissant en premier lieu le droit fondamental de chacun de recourir à de tels soins. Le Roi a été chargé d'élaborer, dans un délai de deux ans, un système complet d'assistance en la matière. Cela implique entre autres que ces soins ne soient pas seulement organisés dans les hôpitaux mais également dans les MRS et les soins à domicile.

L'intervenant souligne que ces dispositions n'ont nullement pour but de reporter aux calendes grecques le débat sur l'euthanasie. Elles s'appuient sur la conviction que la loi pénale est indispensable pour protéger la vie humaine mais totalement insuffisante pour assurer une fin de vie digne au patient.

Hij vervolgt dat een wetgeving rond ethische problemen altijd wordt opgebouwd vanuit ethische stellingnamen, die vanzelfsprekend kunnen verschillen. Het uitgangspunt van dit voorstel is dat het menselijk leven een autonome waarde heeft, die niet wordt bepaald door de eigen individuele beoordeling. Dit beginsel komt ook tot uiting in artikel 2 van het Europees Verdrag van de rechten van de mens: «Het recht van eenieder wordt beschermd door de wet.»

Ook wie vindt dat de wetgever oog moet hebben voor bepaalde concrete situaties, kan dit uitgangspunt niet zonder meer naast zich neerleggen.

Vaak wordt tegenover deze opvattingen de autonomie van de menselijke persoon gesteld, op basis waarvan ieder mens over zichzelf zou kunnen beschikken. Het recht op zelfbeschikking wordt echter nergens als dusdanig geformuleerd. Wel wordt een algemeen zelfbeschikkingsbeginsel erkend, dat aan de basis ligt van een aantal mensenrechten. Een kenmerk van deze rechten, die de persoonlijke autonomie vorm geven, bestaat erin dat, naargelang van het recht, deze autonomie kan worden begrensd.

Het beginsel van de zelfbeschikking betekent derhalve niet dat de samenleving zonder meer moet ingaan op elke vraag van het individu met betrekking tot zijn eigen leven. Dit zou leiden tot maatschappelijk zeer onwenselijke toestanden. Het houdt wel in dat het individu een eigen, autonome inbreng heeft in de besluitvorming rond zijn persoon die ernstig moet worden genomen en waarop de samenleving een antwoord dient te formuleren.

Wat betekent dit ten aanzien van een mogelijke wettelijke regeling inzake de problemen bij het naderende levenseinde? Aangezien de wet gesitueerd is op het niveau van het normatieve en niet op het feitelijke niveau, draagt zij altijd een ethische dimensie in zich en kan zij niet louter een bevestiging zijn van feitelijke situaties. De wet kan echter evenmin beperkt blijven tot het louter herhalen van ethische beginselen maar moet rekening houden met de complexiteit van de samenleving. Zij kan niet vreemd zijn aan de feitelijke situaties en aan de overtuigingen die binnen een samenleving leven.

Er moet derhalve een terugkoppeling zijn van de wet naar de werkelijkheid.

De cijfers in verband met de oorzaken van overlijden, waarnaar reeds werd verwezen, kunnen voor België weliswaar een aanduiding geven van de werkelijke toestand, maar ze zijn geen betrouwbare weergave van de realiteit. In tegenstelling tot Nederland beschikt België immers niet over een objectief en stringent systeem voor de registratie van oorzaken van overlijdens. De gegevens voor ons land geven wel een indicatie, maar ze zijn hoe dan ook het resultaat van een subjectieve inschatting.

Il poursuit en disant qu'une législation portant sur des problèmes éthiques est toujours établie au départ de prises de positions éthiques qui peuvent évidemment être différentes. Le point de départ de cette proposition est que la vie humaine a une valeur autonome, qui n'est pas déterminée par un jugement individuel propre. Ce principe est également exprimé à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme: «Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi.»

Celui qui estime que le législateur doit être attentif à certaines situations concrètes ne peut pas éluder ce principe de base.

On oppose souvent à cette conception l'autonomie de la personne humaine, sur base de laquelle chaque personne devrait pouvoir disposer d'elle-même. Le droit à l'autodétermination n'est cependant jamais formulé en tant que tel. Un principe général d'autodétermination est, certes, reconnu et se trouve à la base d'une série de droits de l'homme. Une caractéristique de ces derniers, qui expriment l'autonomie individuelle, réside dans le fait que cette autonomie peut être limitée en fonction du droit.

Par conséquent, le principe de l'autodétermination ne signifie pas que la société doive purement et simplement accéder à chaque demande de l'individu concernant sa propre vie. Cela mènerait à des situations sociales très peu souhaitables. Ce principe implique que l'individu intervienne de façon autonome dans le processus décisionnel relatif à sa personne, qui doit être pris au sérieux et auquel la société doit répondre.

Que signifie cela par rapport à une réglementation légale possible au sujet des problèmes de fin de vie imminente? Étant donné que la loi se situe au niveau normatif et non au niveau des faits, elle présente toujours une dimension éthique et ne peut pas simplement être une confirmation de situations de fait. La loi ne peut pas davantage se limiter à la simple reproduction de principes éthiques, mais elle doit tenir compte de la complexité de la société. Elle ne peut pas être étrangère aux situations de fait et aux convictions existant dans une société.

Il faut en permanence confronter la loi à la réalité.

Les chiffres relatifs aux causes de décès, auxquels il a déjà été fait référence, peuvent donner une indication de la situation réelle en Belgique, mais ils ne sont pas un reflet fiable de la réalité. Contrairement aux Pays-Bas, la Belgique ne dispose toujours pas d'un système objectif et contraignant d'enregistrement des causes de décès. Les données pour notre pays fournissent, certes, une indication, mais elles sont, en tout état de cause, le résultat d'une estimation subjective.

Een en ander belet niet dat men mag aannemen dat momenteel, al dan niet op verzoek van de patiënt, op actieve wijze levens worden beëindigd. Het beginsel van de zelfbeschikking vereist alleszins dat de patiënt weet wat er met hem gebeurt, dat hij hierin inspraak heeft, dat de medische besluitvorming transparanter wordt voor alle medische beslissingen die worden genomen bij het naderen van het levenseinde. De wetgever kan onmogelijk abstractie maken van deze zeer ruime problematiek en zich bepalen tot een regeling voor euthanasie, die hiervan slechts een zeer beperkt onderdeel vormt.

Het verzekeren van deze transparantie in het medisch handelen ten aanzien van de terminale patiënt is de belangrijkste doelstelling van het tweede hoofdstuk van het wetsvoorstel.

Spreker onderstreept vervolgens dat het niet zijn bedoeling is lessen in moreel te geven maar dat hij, in het volste respect voor de opvatting van anderen, wel wenst uit te komen voor zijn overtuiging. Het principe van de « colloque singulier » tussen de arts en de patiënt is een belangrijk beginsel in onze geneeskunde. Deze kan evenmin functioneren zonder dat de samenleving vertrouwen stelt in het artsencorps. Dit vertrouwen kan echter niet onbeperkt zijn. Men stelt vast dat de overheid een uitgebreid apparaat heeft uitgewerkt om het voorschrijfgedrag van de artsen te controleren in het kader van de verzekering voor gezondheidszorg, zonder dat dit op grote weerstand is gestuit.

In een belangrijk domein zoals de beslissingen bij het naderend levenseinde, lijkt echter voor sommigen elk toezicht op het medisch handelen daarentegen volkomen uit den boze. Door op dit vlak, niet alleen inzake euthanasie, minimale eisen inzake overleg en controle te respecteren, zou de hele materie niet alleen een stuk transparanter worden maar ook uit de taboesfeer worden gehaald.

Hier ligt ook de reden waarom in het voorstel een wettelijke regeling van euthanasie op wilsonbekwamen wordt afgewezen. Deze afwijzing betekent niet dat men geen oog kan hebben voor concrete situaties. Men kan echter van de wetgever niet verlangen dat hij op alle vragen die in een dergelijke materie worden gesteld, zonder meer met een ja of een nee antwoordt. Hierdoor wordt de complexiteit van deze materie al te zeer miskend. Wat de wetgever wel kan doen, is een algemeen kader creëren dat maximale rechtszekerheid biedt, ook op het einde van het leven wanneer de patiënt zeer zwak staat.

Volgens spreker heeft het dan ook geen zin aan het levenstestament een wettelijke erkenning te geven. De problematiek van de wilsonbekwamen past in de bepalingen van het tweede hoofdstuk van het voorstel. Indien de patiënt in het volle bewustzijn schriftelijk een wens te kennen heeft gegeven of een vertrou-

Ces quelques éléments n'empêchent pas que l'on puisse actuellement accepter, à la demande ou non du patient, qu'il soit mis fin à la vie de manière active. Le principe de l'autodétermination exige en tout cas que le patient sache ce qui lui arrive, qu'il puisse donner son avis, que le processus décisionnel médical soit plus transparent pour toutes les décisions médicales prises à l'approche de la fin de vie. Le législateur ne peut absolument pas faire abstraction de ce problème très important et se limiter à une réglementation de l'euthanasie, qui n'est qu'un élément très limité de la question.

La garantie de cette transparence dans le traitement médical à l'égard du patient en phase terminale est l'objectif le plus important du deuxième chapitre de la proposition de loi.

L'intervenant souligne qu'il n'a pas l'intention de donner des leçons de morale mais que, dans le plus grand respect des points de vue de chacun, il souhaite défendre sa conception. Le principe du « colloque singulier » entre le médecin et le patient est un élément important de notre médecine. Cette dernière ne peut fonctionner si la société n'a pas confiance dans le corps médical. Cette confiance ne peut cependant pas être illimitée. On constate que les pouvoirs publics ont élaboré un vaste système de contrôle du comportement des médecins en matière de prescriptions dans le cadre de l'assurance soins de santé, sans rencontrer de grande résistance.

Toutefois, dans un domaine important comme les décisions à prendre à l'approche de la fin de vie, d'aucuns estiment que tout contrôle des actes médicaux est totalement inadmissible. En respectant sur ce plan, et pas seulement en matière d'euthanasie, des exigences minimales de concertation et de contrôle, toute la matière serait non seulement beaucoup plus transparente, mais sortirait également du domaine des tabous.

C'est pour cette raison aussi que, dans la proposition, une réglementation légale de l'euthanasie pour les personnes incapables d'exprimer leur volonté n'a pas été retenue. Ce rejet ne signifie pas que l'on ne puisse pas être sensible à certaines situations concrètes. On ne peut cependant exiger du législateur qu'il réponde par oui ou par non à chaque question qui lui est posée dans une telle matière. La complexité de cette matière est trop méconnue. Le législateur peut, certes, créer un cadre général qui offre un maximum de sécurité juridique, en fin de vie également, lorsque le patient est en position d'extrême faiblesse.

Selon l'intervenant, il est absurde d'attribuer une reconnaissance légale au testament de vie. La problématique des personnes incapables d'exprimer leur volonté s'inscrit dans le cadre des dispositions du deuxième chapitre de la proposition. Si le patient, pleinement conscient, a, par écrit, émis un souhait ou

wenspersoon heeft aangesteld, dan zal dit voor de behandelende geneesheer een element zijn dat hij in rekening moet brengen wanneer de betrokkene zich in comateuze toestand bevindt en bijvoorbeeld beslissingen moeten worden genomen over doorgedreven behandelingen om hem in leven te houden.

Dit is echter heel wat anders dan een wettelijk systeem uit te bouwen dat de levensbeëindiging van wilsonbekwamen op een rigiede wijze regelt.

In het wetsvoorstel wordt euthanasie, zoals in een aantal andere voorliggende teksten, benaderd vanuit de optiek van de noodtoestand. Deze benadering komt ook overeen met het derde voorstel geformuleerd door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek. Niet onbelangrijk in dit verband is de opmerking in het advies van het Raadgevend Comité dat «De behandeling van het voorstel 3 (...) tot een toenadering (heeft) geleid tussen meerdere voor- en tegenstanders van de verbodsbepaling betreffende euthanasie».

Het is een normale zaak dat de wetgever, wanneer hij beslissingen in het ethische domein moet nemen, met verschillende opvattingen wordt geconfronteerd. Het getuigt echter van geen goed beleid wanneer hij bij de besluitvorming zonder meer voor één van deze opvattingen kiest en de andere zonder meer opzij schuift. Het is immers zijn verantwoordelijkheid, zeker in dergelijke materies, een maximale loyauteit van de bevolking voor de betrokken regeling na te streven. Dit houdt in dat de verschillende opvattingen die bij de bevolking leven, zoveel mogelijk in de regeling moeten worden geïntegreerd.

Hiervan uitgaande en in het licht van de advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek kan, onder welbepaalde voorwaarden in bepaalde situaties een noodtoestand worden erkend om op verzoek van de patiënt tot levensbeëindiging over te gaan.

In hoofde van de patiënt kan van een noodtoestand worden gesproken bij een ondraaglijk lijden dat niet kan worden verholpen en dat de aanleiding is tot de volgehouden vraag naar levensbeëindigend handelen. Een strikt legalistische benadering van strafrecht kan geen antwoord bieden op een dergelijke vraag. Vandaar dat de mogelijkheid moet bestaan om te kiezen voor een billijkheidsoplossing. Hiervoor bestaat in ons rechtssysteem al gedurende eeuwen de erkenning van de noodtoestand.

Het inroepen van de noodtoestand kan in de optiek van het voorstel slechts met inachtnaam van minimale waarborgen, zowel voor als na de handeling. Zij moeten de patiënt de nodige rechtszekerheid bieden en controle achteraf mogelijk maken. Deze controle houdt onder meer in dat het dossier wordt onderzocht door een erkend specialist in de gerechtelijke geneeskunde, vooraleer het aan het parket wordt bezorgd.

Het vierde en het vijfde hoofdstuk hebben tot doel de Belgische wetgeving inzake de aangifte van overlij-

désigné une personne de confiance, ce sera pour le médecin traitant un élément à prendre en compte lorsque l'intéressé se trouvera dans un état comateux et qu'il faudra prendre des décisions au sujet du traitement à lui administrer pour le maintenir en vie.

C'est différent de l'élaboration d'un système réglant de manière rigide l'interruption de vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

Dans la proposition de loi, comme dans une série d'autres textes dont nous disposons, l'euthanasie est abordée sous l'angle de l'état de détresse. Cette approche coïncide avec la troisième proposition formulée par le Comité consultatif de bioéthique qui fait remarquer — et le fait est important — que l'examen de la proposition 3 avait mené à un rapprochement entre plusieurs partisans et adversaires de la disposition d'interdiction relative à l'euthanasie.

Il est normal que le législateur, lorsqu'il doit prendre des décisions dans le domaine éthique, soit confronté à différentes conceptions. Il est illégitime que, lors de la prise de décision, il se prononce purement et simplement en faveur de l'une de ces conceptions et repousse l'autre. Il lui appartient, certainement dans de telles matières, de chercher à obtenir une adhésion maximale de la population à l'égard de la réglementation concernée. Cela implique que les différentes conceptions circulant au sein de la population soient autant que possible intégrées à la réglementation.

Partant de ce point de vue à la lumière de l'avis du Comité consultatif de bioéthique, on peut, à certaines conditions et dans des situations déterminées, reconnaître un état de détresse pour pratiquer l'euthanasie à la demande du patient.

Dans le chef du patient, on peut parler d'état de détresse en cas de souffrance insupportable qui ne peut être soulagée et qui est le motif de la demande persistante d'euthanasie. Une approche strictement legaliste du droit pénal ne peut offrir de réponse à une telle question. C'est pourquoi il faut prévoir la possibilité d'opter pour une solution fondée sur l'équité. La reconnaissance de l'état de détresse existe déjà depuis plusieurs siècles dans notre système juridique.

Le recours à l'état de détresse n'est possible, dans l'optique de la proposition, qu'en respectant des conditions minimales, tant avant qu'après l'acte. Celles-ci doivent offrir au patient la sécurité juridique nécessaire et rendre possible un contrôle *a posteriori*. Ce contrôle implique entre autres que le dossier soit examiné par un expert agréé en médecine légale, avant d'être transmis au parquet.

Les quatrièmes et cinquième chapitres ont pour but de moderniser la législation belge en matière de déclai-

dens te moderniseren. Het huidige registratiesysteem dateert van 1804 en is volstrekt achterhaald. Deze problematiek is vanzelfsprekend ruimer dan het euthanasievraagstuk, maar ook hier vervult de wetgeving onvoldoende haar opdracht inzake de bescherming van het menselijk leven.

Spreker besluit dat de regeringsverklaring bepaalt dat de ethische problemen het voorwerp moeten uitmaken van een serene parlementaire bespreking. De fractie waarvan spreker deel uitmaakt, heeft van bij de aanvang van deze legislatuur duidelijk gesteld dat zij haar opdracht als oppositiepartij niet op een louter negatieve wijze wenst in te vullen. De fractie zal derhalve actief meewerken om in deze materie tot een consensus te komen. Zij verwacht wel in een dergelijke consensus de beginselen de hiervoor werden uiteengezet, in voldoende mate te kunnen terugvinden.

7. Voorstel van resolutie betreffende de uitvoering van een behoeftengestuurd palliatief plan (van mevrouw Iris van Riet c.s.); nr. 2-106/1

Met het voorstel van resolutie wordt aan de regering gevraagd een behoeftengestuurd palliatief plan te ontwikkelen waarbij de terminale patiënt centraal staat en waarbij alle zorgvormen (thuiszorg, dagcentra, palliatieve netwerken en palliatieve samenwerkingsverbanden en palliatieve eenheden) op elkaar, maar vooral op de behoeften van de patiënt worden afgestemd.

Het voorstel van resolutie dient samen te worden gelezen met het wetsvoorstel op de euthanasie (Stuk Senaat, nr. 2-105/1).

Opdat de keuzevrijheid van de patiënt en het recht op een waardige beëindiging van het leven maximaal zouden worden gegarandeerd, moet enerzijds in een wettelijke regeling met betrekking tot de euthanasie en anderzijds in de uitwerking van een palliatieve zorgverlening worden voorzien. De vraag naar euthanasie mag niet ontstaan omwille van een tekort in het palliatieve zorgaanbod, maar zal steeds blijven bestaan, zelfs als we over een goed uitgebouwde palliatieve zorgverstrekking beschikken. De overheid moet wel voorkomen dat mensen gaan kiezen voor de dood omdat geen volwaardige zorg mogelijk is. De keuzevrijheid van de patiënt is maar gegarandeerd wanneer beide naast elkaar bestaan en wanneer het aanbod aan palliatieve zorg beantwoordt aan de behoeften van de patiënt.

In de verzorgingssector is één van de kerntaken van de overheid, de behoeften van de bevolking en het bestaande aanbod van diensten op elkaar af te stemmen. Dit is niet minder het geval wanneer het om palliatieve zorgen gaat. De behoeften zijn immers bekend. We weten dat meer dan 70% van de bevolking wenst thuis te overlijden, terwijl meer dan 70%

rations de décès. Le système d'enregistrement actuel date de 1804 et est totalement dépassé. Cette problématique est évidemment plus large que la question de l'euthanasie, mais ici aussi la législation ne remplit pas complètement son rôle sur le plan de la protection de la vie privée.

L'intervenant conclut en disant que la déclaration du gouvernement stipule que les problèmes éthiques doivent faire l'objet d'un débat parlementaire serein. Le groupe auquel appartient l'intervenant a clairement indiqué dès le début de cette législature qu'il ne souhaitait pas jouer son rôle de parti d'opposition d'une manière simplement négative. Par conséquent, le groupe collaborera activement, de façon à aboutir à un consensus en cette matière. Il espère pouvoir y retrouver dans une large mesure les principes exposés ci-dessus.

7. Proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (de Mme Iris van Riet et consorts); n° 2-106/1

Les auteurs de la proposition de résolution demandent au gouvernement d'élaborer un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient en phase terminale et prenant en compte toutes les formes de soins (soins à domicile, centres de jour, réseaux de soins palliatifs, associations de soins palliatifs et unités de soins palliatifs) de manière, précisément, à répondre aux besoins du patient.

La proposition de résolution doit être lue en corrélation avec la proposition de loi sur l'euthanasie (doc. Sénat n° 2-105/1).

Afin que le respect de la volonté du patient et le droit de s'éteindre dans la dignité soient garantis au maximum, il faut, d'une part, créer un cadre légal en ce qui concerne l'euthanasie et, d'autre part, élaborer un système de soins palliatifs. La demande impliquant une intervention euthanasique ne peut résulter d'une carence du système de soins palliatifs, mais elle continuera à être formulée, même en présence d'un système de soins palliatifs étendu et de qualité. Les pouvoirs publics doivent éviter que des patients n'optent pour l'euthanasie parce qu'ils ne peuvent bénéficier de soins de qualité. Le respect de la volonté du patient ne peut être garanti que si les deux options existent en parallèle et si l'offre de soins palliatifs répond aux besoins du patient.

Une des missions essentielles incombant aux pouvoirs publics dans le domaine des soins de santé est de parvenir à une adéquation entre les besoins de la population et l'offre de services. Il n'en va pas autrement en ce qui concerne les soins palliatifs. Les besoins sont en effet connus. On sait que plus de 70% des personnes souhaitent mourir chez elles, alors que

in ziekenhuizen sterft en slechts 3% in specifieke palliatieve eenheden. Slechts 20% van de mensen kunnen thuis stervensbegeleiding krijgen.

In het verleden werd zowel op federaal als op gemeenschapsniveau heel wat gerealiseerd inzake de palliatieve zorgverlening. Recentelijk nog, besliste de regering vanaf 1 januari 2000 een financiële tegemoetkoming te verlenen voor de terminale patiënt die thuis wordt verpleegd. Het nakende koninklijk besluit voorziet in de instelling van een forfaitaire tegemoetkoming voor de geneesmiddelen, de verzorgingsmiddelen en de hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, van 19 500 frank voor dertig dagen. Dit bedrag kan een tweede maal worden toegekend.

Dit wekt soms verkeerdelijk de indruk dat palliatieve zorgverstrekking in ons land optimaal geregeld zou zijn. Bij nader inzien blijkt dat de bestaande initiatieven nog heel wat gebreken vertonen :

— De vergrijzing van de bevolking en de toename van het aantal kanker- en aidspatiënten en de toename van sterk aftakelende chronische ziekten zullen een groter aanbod van palliatieve voorzieningen noodzakelijk maken in de toekomst;

— Er bestaat op dit ogenblik onvoldoende continuïteit in de financiering van de bestaande initiatieven. Sommige initiatieven overleven louter op basis van liefdadigheid, andere worden in hun werking belemmerd door een gebrekkige financiële ondersteuning.

— Uit de sterftecijfers leren we dat van de 102 215 personen die in 1990 overleden, er 60 427 in een ziekenhuis, 12 401 in een rusthuis en 25 269 thuis stierven. Ander onderzoek wijst uit dat de meerderheid van de patiënten thuis wenst te overlijden, terwijl in de praktijk blijkt dat slechts een kleine minderheid van de terminale patiënten thuis stervensbegeleiding kan krijgen. Momenteel wordt de patiënt die thuis verzorgd wordt, financieel benadeeld ten opzichte van de patiënt die ziekenhuisverpleging krijgt. Indien we het recht op vrije keuze van de patiënt willen garanderen, moeten voor de palliatieve thuiszorg bijgevolg meer middelen uitgetrokken worden. De ontoereikende voorbereiding van de zorgverstrekkers, de gebrekkige ondersteuning van de mantelzorger en het tekort aan oppasdiensten behoren eveneens tot de knelpunten die de palliatieve zorg belemmeren.

Stervensbegeleiding is een essentiële, maar vaak verwaarloosde opdracht voor de geneeskunde. Essentieel voor goede palliatie, is de evidente noodzaak van opleiding en navorming in goede pijnbestrijding voor artsen en verplegenden.

70% des gens meurent dans des hôpitaux et seulement 3% dans des unités spécifiques de soins palliatifs. Seulement 20% des mourants peuvent bénéficier d'un accompagnement à domicile.

Bon nombre d'initiatives ont été prises par le passé, tant au niveau fédéral qu'au niveau des communautés, en matière de soins palliatifs. Récemment encore, le gouvernement a décidé d'accorder, à partir du 1^{er} janvier 2000, une aide financière pour les patients en phase terminale qui bénéficient de soins à domicile. L'arrêté royal qui sera pris prochainement prévoit l'octroi d'une intervention forfaitaire, d'un montant de 19 500 francs pour trente jours, pour les médicaments, les produits de soins et les dispositifs médicaux destinés aux patients bénéficiant de soins palliatifs à domicile. Cette intervention pourra être accordée deux fois.

Ces diverses initiatives donnent parfois l'impression, erronée, que l'organisation des soins palliatifs est optimale dans notre pays. À y regarder de plus près, on s'aperçoit toutefois que les initiatives actuelles présentent encore de nombreuses lacunes :

— le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de cancéreux et de sidéens et la progression des maladies chroniques entraînant une dégradation rapide de l'état des patients exigeront que soit étoffée l'offre en matière de soins palliatifs;

— le financement des initiatives existantes pêche actuellement par un manque de continuité. Certaines initiatives ne subsistent que grâce à la philanthropie, alors que d'autres sont contrariées dans leur mise en œuvre en raison d'un soutien financier insuffisant;

— il ressort des statistiques relatives à la mortalité que sur les 102 215 personnes qui sont décédées en 1990, 60 427 sont mortes à l'hôpital, 12 401 dans une maison de retraite et 25 269 chez elles. Une autre étude montre que la majorité des patients souhaitent mourir chez eux, alors que, dans la pratique, il s'avère que seule une faible minorité des patients arrivés en phase terminale peut bénéficier d'une aide aux mourants à domicile. À l'heure actuelle, le patient qui est soigné à domicile subit un préjudice financier par rapport à celui qui bénéficie de soins hospitaliers. Si l'on veut garantir la liberté de choix du patient, il convient d'affecter davantage de moyens aux soins palliatifs à domicile. Le manque de préparation des dispensateurs de soins, l'insuffisance de l'aide apportée à la personne qui dispense les soins de proximité et le manque de services de gardes-malades constituent également des entraves aux soins palliatifs.

L'accompagnement des mourants est une mission essentielle de la médecine, même si elle est souvent négligée. Il va de soi qu'il est nécessaire, pour assurer la qualité des soins palliatifs, que les médecins et le personnel infirmier bénéficient d'une formation et d'un recyclage dans le domaine de l'analgesie.

Naast de multidisciplinaire benadering van palliatie bij kankerpatiënten moet ook de deskundigheid in palliatieve zorgen voor andere terminale ziektes, zoals dementie, en palliatieve pediatrie vergroten.

Aangezien de bevoegdheden inzake de palliatieve zorg verdeeld zijn tussen de federale overheid en de gemeenschappen, veronderstelt de realisatie van een uitgewerkt palliatief zorgbeleid een verregaande samenwerking tussen de verschillende overheden. Om die reden wordt in het voorstel van resolutie aan de regering gevraagd initiatieven te nemen om een samenwerkingsakkoord te sluiten tussen enerzijds de federale Staat en de Franse Gemeenschap en anderzijds tussen de federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de palliatieve zorgverlening.

Om een behoeftegestuurd beleid inzake palliatieve zorg te ontwikkelen, wordt in het voorstel van resolutie aan de regering gevraagd om een palliatief beleidsplan te ontwikkelen.

Er moet dus een coherente visie op stervensbegeleiding in een palliatief plan uitgetekend worden. Alle zorgvormen zullen daarbij op elkaar, maar vooral op de behoeften van de patiënt moeten afgestemd worden.

Slechts dan zullen we mogen spreken van zorg op maat en van «respect voor de keuzevrijheid van de patiënt».

Pro memorie

C. VOORSTELLING VANDRIENIEUWE WETS- VOORSTELLEN VAN ZES SENATOREN

1. Wetsvoorstel inzake euthanasie (van de heer Philippe Mahoux c.s.); nr. 2-244/1

Inleidende uiteenzetting door de hoofdindieners van het wetsvoorstel

Het wetsvoorstel is één van drie wetsvoorstellen die respectievelijk betrekking hebben op de euthanasie, de oprichting van een evaluatiecommissie over de toepassing van de nieuwe wet en de palliatieve zorg.

Deze drie wetsvoorstellen, waarvoor de zes indieners in gelijke mate verantwoordelijk zijn, moeten tegelijkertijd worden ingediend en vormen een geheel.

Il convient non seulement d'adopter une approche interdisciplinaire des soins palliatifs dispensés aux cancéreux, mais également d'accroître l'expertise dans le domaine des soins palliatifs dispensés dans le cadre d'autres maladies en phase terminale, telles que la démence, et dans le domaine de la pédiatrie palliative.

Les compétences en matière de soins palliatifs étant réparties entre l'autorité fédérale et les communautés, la mise en œuvre d'une politique élaborée en matière de soins palliatifs suppose une collaboration approfondie entre les différents niveaux de pouvoir concernés. C'est pourquoi la proposition de résolution demande au gouvernement de prendre les initiatives nécessaires à la conclusion d'un accord de coopération entre l'État fédéral et la Communauté française, d'une part, et entre l'État fédéral et la Communauté flamande, d'autre part, dans le domaine des soins palliatifs.

La proposition de résolution demande également au gouvernement de développer un plan de soins palliatifs, afin de permettre l'élaboration d'une politique axée sur les besoins du patient dans le domaine des traitements palliatifs.

Il convient donc qu'un plan de soins palliatifs définisse une approche cohérente de l'accompagnement de la fin de vie. S'il faudra, dans ce cadre, harmoniser entre elles toutes les formes de soins, il faudra, avant tout, les moduler en fonction des besoins du patient.

Ce n'est qu'alors que l'on pourra parler de soins sur mesure et de «respect du libre choix du patient».

Pour memorie

C. PRÉSENTATION DE TROIS NOUVELLES PROPOSITIONS DÉPOSÉES PAR SIX SÉNATEURS

1. Proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux et consorts); n° 2-244/1

Exposé introductif de l'auteur principal de la proposition de loi

La proposition de loi s'inscrit dans un ensemble de trois propositions traitant respectivement de l'euthanasie, de la création d'une commission d'évaluation sur l'application de la loi nouvelle, et des soins palliatifs.

Il est nécessaire que ces trois propositions, dont les six auteurs assument la responsabilité de façon égale, soient déposées en même temps et qu'elles forment un ensemble.

De indieners zijn immers van mening dat euthanasie en palliatieve zorg niet noodzakelijk tegengesteld zijn.

Samen willen deze wetsvoorstellen in de problematiek van de ongeneeslijke ziekten de meest menselijke oplossing aandragen. Die oplossing moet een maximale rechtszekerheid en de vrijheid van de patiënt garanderen en ervoor zorgen dat alle betrokkenen, wanneer de patiënt zijn wil kenbaar heeft gemaakt, in moeilijke omstandigheden hun mening kunnen uiten en kunnen optreden opdat de patiënt zo goed mogelijk wordt verzorgd.

Ofschoon uiteindelijk de patiënt beslist, wijst alles in de wetsvoorstellen erop dat die beslissing iedereen in de omgeving van de zieke zal aangaan.

De euthanasieproblematiek wordt reeds lang in de Senaat besproken.

Tijdens een openbaar debat in de vorige zittingsperiode werden veel sprekers gehoord. De verenigde commissies hebben vertegenwoordigers van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek opnieuw gehoord in verband met alle problemen die betrekking hebben op de ingediende wetsvoorstellen.

Hoewel alle meerderheidspartijen en sommige oppositiepartijen deze problemen op een open wijze wilden aanpakken, is na een analyse van alle ingediende voorstellen gebleken dat er niet alleen punten van overeenstemming maar ook fundamentele verschillen zijn, ondanks de weg die sommigen hebben afgelegd.

Er moet worden onderstreept dat de laatste drie wetsvoorstellen aanleiding hebben gegeven tot reacties van vertegenwoordigers van partijen en niet van parlementsleden.

In die reacties werd op politisering gewezen, hoewel de betreffende wetsvoorstellen in het Parlement werden ingediend na een debat rond de punten van overeenstemming in de voorstellen van de zes indieners.

De indieners van de drie voorstellen zijn het er, in het kader van een onderzoek op het gebied van de palliatieve zorg en inzake euthanasie, over eens geworden dat de arts moet kunnen ingaan op het verzoek van een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt die fysiek lijden of een noodtoestand veroorzaakt die niet meer kan worden verlicht en die herhaaldelijk om euthanasie verzoekt.

De indieners van de drie voorstellen wensen dat, als de patiënt dit wil, andere personen bij het proces worden betrokken; dit zal in optimale omstandigheden het geval zijn. Om die reden bepaalt de tekst dat de arts zich ervan moet vergewissen dat de patiënt de mogelijkheid is geboden om met heel zijn omgeving

Il paraît en effet à leurs auteurs qu'en ce qui concerne plus particulièrement l'euthanasie et les soins palliatifs, une approche n'est pas opposable à l'autre.

C'est l'ensemble de ces propositions de loi qui, dans la problématique des maladies incurables, souhaite apporter la solution la plus humaine, qui assure à la fois la sécurité juridique maximale, la liberté du patient, et le fait que, dans ces circonstances difficiles, si la volonté du patient se manifeste dans ce sens, l'ensemble des intervenants puissent à la fois exprimer leur opinion et intervenir, afin que les soins prodigués soient les meilleurs possibles.

Si c'est le patient qui, en définitive, prend la décision, tout, dans les propositions de loi, indique que l'ensemble de ceux qui entourent le malade seront concernés par la décision.

La problématique de l'euthanasie fait depuis longtemps l'objet de discussions au niveau du Sénat.

De nombreux intervenants ont été entendus au cours du débat public tenu lors de la précédente législature. Des représentants du Comité consultatif de bioéthique ont été réentendus par les présentes commissions réunies, sur l'ensemble des problèmes relatifs aux propositions de loi déposées.

Si l'ensemble des partis de la majorité et certains partis de l'opposition ont voulu aborder ces problèmes de manière ouverte, il est apparu, après analyse de toutes les propositions de loi déposées sur le sujet, des convergences mais aussi des divergences fondamentales, malgré le chemin parcouru par certains.

Il y a lieu de souligner que les trois dernières propositions de loi déposées ont fait l'objet de réactions venant de représentants de partis, et non de parlementaires.

Ces réactions faisaient état de politisation, alors que les propositions en question ont été déposées au Parlement après un débat autour des convergences existant entre les propositions défendues par les six auteurs.

En effet, les auteurs des trois propositions de loi se sont entendus, à la fois dans le cadre d'une avancée en matière de soins palliatifs et en matière d'euthanasie, sur la volonté que, si le patient atteint d'une maladie incurable, présentant des souffrances physiques ou une détresse qu'on ne peut soulager, exprime de façon réitérée une demande d'euthanasie, le médecin puisse répondre à cette demande.

Les auteurs des trois propositions ont souhaité que, si telle était la volonté du patient, d'autres personnes soient associées au processus, ce qui sera le cas si les conditions optimales sont réunies. C'est pourquoi, même si les auteurs des trois propositions de loi restent convaincus que c'est le patient qui décide, avec

hierover overleg te plegen, met inbegrip van het verplegend team, ook al zijn de indieners van de drie voorstellen ervan overtuigd dat de patiënt, samen met de arts tot wie zijn verzoek is gericht, de beslissing neemt.

Bovendien moet de arts gehoor geven aan de eventuele wens van de patiënt dat bepaalde personen worden geraadpleegd.

Nogmaals, de patiënt beslist, hij oefent zijn vrijheid en zijn verantwoordelijkheid uit aangezien hij de situatie waarin hij zich bevindt, het best kan beoordelen, ook al kan die — indien hij dat wenst — door de omgeving worden toegelicht.

Wat de rechtszekerheid betreft, zijn de indieners van de drie voorstellen van mening dat euthanasie waarbij alle voorwaarden werden nageleefd, moet worden gedepenaliseerd. Het gaat erom een echte rechtszekerheid te garanderen, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de arts, die moet kunnen ingaan op het verzoek dat hem werd gedaan.

De rechtszekerheid wordt ook gewaarborgd door de verplichte aangifte bij de procureur des Konings en door de verplichting voor de arts om alle genomen stappen in een dossier op te tekenen.

Welke zekerheid zou het begrip noodtoestand aan de tekst toevoegen, te meer daar het gaat om een tekst met betrekking tot de geneeskunst?

De drie voorstellen gaan uit van een benadering van euthanasie en palliatieve zorg die respect heeft voor alle meningen, ook van diegenen die menen dat euthanasie moet worden gedepenaliseerd en kan worden toegepast, en voor de wil van de zieken die erom verzoeken.

De drie voorstellen respecteren de gewetensvrijheid van alle partijen volledig.

De arts kan al dan niet ingaan op de vraag van de patiënt, ook al moet hij hem in dit laatste geval te gepasten tijde van zijn weigering op de hoogte brengen.

Een arts of een verplegend team zouden ook bepaalde voorwaarden kunnen verbinden aan het antwoord dat ze de patiënt geven.

De drie voorstellen strekken er immers toe de meest open oplossing te bieden, ook wat de handelingen betreft.

Met betrekking tot de problematiek van de patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn, stellen de drie wetsvoorstellen duidelijk dat de patiënt die niet meer bij bewustzijn is, diegene is die zijn wil niet meer kan kenbaar maken en niet meer bij bewustzijn kan worden gebracht.

le médecin auquel il a adressé la demande, le texte prévoit que le médecin doit s'assurer que le malade a eu l'occasion de s'entretenir avec l'ensemble des personnes de son entourage, y compris, le cas échéant, l'équipe soignante.

En outre, si le patient exprime la volonté que certaines personnes soient consultées, le médecin a l'obligation de le faire.

Cependant, une fois encore, c'est le malade qui est maître de sa décision, exerçant en cela sa liberté et sa responsabilité, puisque c'est lui qui est le mieux placé pour apprécier la situation où il se trouve, même si celle-ci peut — et, s'il le souhaite, doit — être éclairée par son entourage.

En ce qui concerne la sécurité juridique, les auteurs des trois propositions estiment que, lorsqu'une euthanasie est pratiquée dans le respect des conditions, il convient de dépenaliser l'acte ainsi posé. Il s'agit en effet d'assurer une véritable sécurité juridique, non seulement pour le patient, mais aussi pour le médecin, en lui permettant de répondre à la demande qui lui est adressée.

La sécurité juridique est également assurée par la déclaration obligatoire au procureur du Roi, et par l'obligation pour le médecin de consigner dans un dossier l'ensemble des étapes qui ont été franchies.

Quelle sécurité résulterait de l'inscription dans un texte de la notion d'état de nécessité, surtout s'il s'agit d'un texte relevant de l'art de guérir?

Les trois propositions ont de l'euthanasie et des soins palliatifs une approche qui se veut respectueuse de l'ensemble des opinions, y compris de l'opinion de celles et ceux qui pensent que l'euthanasie doit être dépenalisée et peut être pratiquée, et de la volonté des malades qui la demandent.

En effet, la liberté de conscience de l'ensemble des intervenants est parfaitement respectée par les trois propositions.

Le médecin est libre d'accepter ou non la demande du malade, même si, dans ce dernier cas, il doit, en temps utile, informer le malade de son refus.

Mais un médecin ou une équipe soignante pourraient aussi mettre certaines conditions à la réponse qu'il(s) accorde(nt) au malade.

Les trois propositions tendent en effet à offrir la solution la plus ouverte, y compris en termes de pratiques.

En ce qui concerne la problématique des malades inconscients, les trois propositions indiquent clairement que le malade inconscient est celui qui ne peut pas exprimer sa volonté et qui ne peut pas être ramené à la conscience.

Bij de problematiek van de minderjarigen rijzen zeer pijnlijke vragen, ook al zijn er in deze omstandigheden geen gradaties van pijn.

De indieners van de drie wetsvoorstellen wilden dit probleem niet in deze wet regelen.

Met betrekking tot de patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn, is de mening van de indieners van de drie voorstellen de volgende: iemand kan tijdens zijn leven van oordeel zijn dat een andere persoon — die door de eerste duidelijk en voorafgaandelijk werd aangewezen — zich in zijn naam kan uitspreken, als die eerste persoon zich in een toestand bevindt waarin hij zijn wil niet meer kenbaar kan maken en hij een voorafgaande verklaring in die zin heeft opgesteld waarin de voorwaarden — opgesomd in het wetsvoorstel inzake euthanasie — worden nageleefd. In dat geval is de situatie gelijk aan de situatie van een patiënt die zijn wil zelf kenbaar kan maken.

Er werd rekening mee gehouden dat men er niet noodzakelijk dezelfde mening op nahoudt naargelang men ziek of gezond is. Bovendien kan men tijdens zijn leven van vertrouwenspersoon veranderen.

Om die reden hebben de indieners bepaald dat de verklaring om de vijf jaar moet worden vernieuwd. Om geldig te zijn moet ze in de vijf voorafgaande jaren zijn opgesteld. Voorts kunnen er meerdere vertrouwenspersonen zijn en kan er onder hen een rangorde worden vastgesteld.

De indieners van de drie wetsvoorstellen achten het onontbeerlijk dat de fundamentele en existentiële vrijheid van elke persoon om te bepalen wat zijn leven is, uiteraard met eerbiediging van de vrijheid van de andere moet worden gerespecteerd.

De door hen voorgestelde regeling maakt het mogelijk dat deze wil wordt nageleefd, zowel voor patiënten die bij volle bewustzijn zijn en zich persoonlijk kunnen uitdrukken, als voor patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn en dit doen via de persoon die ze vooraf hebben aangewezen.

Wat een weg hebben we afgelegd sinds de bezwaren die nog niet zo lang geleden in ziekenhuizen, verenigingen, kerken, ... met betrekking tot therapeutische hardnekkigheid en palliatieve zorg, werden geuit.

Hoeveel energie heeft het niet gevegd om te komen tot situaties waarin aan elk individu zijn vrijheid wordt teruggegeven en de mogelijkheid wordt geboden dat zijn wil wordt gerespecteerd en om therapeutische hardnekkigheid als een ontkenning van menselijkheid en palliatieve zorg als iets wenselijks te doen beschouwen.

Wat een weg hebben we afgelegd sedert een zekere sacralisering van de pijn waarbij het gezagsargument en de verwijzing naar een transcendentie tegenover

La problématique des mineurs pose quant à elle des problèmes extrêmement douloureux, même s'il n'y a pas, en la matière, de gradation dans la douleur.

Les auteurs des trois propositions de loi n'ont pas voulu la régler ici.

En ce qui concerne les patients inconscients, la position des auteurs des trois propositions est la suivante: quand un individu aura considéré, au cours de son existence, que s'il se trouve dans une circonstance où il ne peut exprimer sa volonté, et qu'il a rédigé une déclaration anticipée selon laquelle, dans telles circonstances — décrites dans la proposition de loi sur l'euthanasie —, c'est une autre personne — clairement et préalablement désignée par lui — qui s'exprimera en son nom, on se trouvera dans les mêmes circonstances qu'à l'égard d'un patient à même d'exprimer sa volonté.

On a cependant pris en compte le fait que l'on ne raisonne pas nécessairement de la même manière, selon que l'on est malade ou bien portant et que, d'autre part, au cours de l'existence, la personne que l'on mandate peut changer.

C'est pourquoi les auteurs ont prévu que la déclaration doit être renouvelée tous les cinq ans. Pour être valable, elle doit avoir été rédigée dans les cinq ans qui précèdent. D'autre part, les mandataires peuvent être multiples, et un ordre pourra être établi entre eux.

Il paraît essentiel aux auteurs des trois propositions de loi que la liberté fondamentale et existentielle de chaque individu de déterminer ce qu'est sa vie soit respectée, dans le respect, bien évidemment, de la liberté d'autrui.

Le système qu'ils proposent permet de respecter cette volonté, à la fois pour les patients conscients, qui peuvent s'exprimer personnellement, et pour les patients inconscients, qui le font par l'intermédiaire de la personne qu'ils ont choisie anticipativement.

Que de chemin parcouru depuis les résistances exprimées, il n'y a pas si longtemps, dans les hôpitaux, les associations, les églises, ..., à propos de la problématique de l'acharnement thérapeutique et de celle des soins palliatifs.

Que d'énergie n'a-t-il pas fallu déployer pour aboutir à des situations qui rendent à chaque individu sa liberté, et la possibilité de voir sa volonté rencontrée, et pour faire considérer l'acharnement thérapeutique comme un déni d'humanité, et les soins palliatifs comme une chose souhaitable.

Que de chemin parcouru par rapport à une forme de sacralisation de la douleur, où s'opposaient, d'une part, l'argument d'autorité et la référence à une trans-

een maatschappij stonden die de mens zijn waarde gaf, waarbij het humanisme — in de filosofische betekenis van het woord — zijn plaats opnieuw inneemt en waarbij de mens zijn lot volledig in handen neemt, bereid tot solidariteit, maar ook tot revolte tegen de toestand waarin de natuur hem heeft gebracht en in naam van een wet die de mens zelf overstijgt.

De spreker verwijst in dit verband naar het werk van Albert Camus «*L'homme révolté*». Deze auteur ontwikkelt een humanisme dat zowel het einde van het transcendente zou hebben ingeleid als kennis zou hebben genomen van de noodzaak, omdat het om solidariteit gaat, rekening te houden met de situatie van gelijken.

De spreker meent dat de inhoud van de drie wetsvoorstellen overeenstemt met de filosofie die in dit werk wordt ontwikkeld: de wil om zich te verzetten en in opstand te komen tegen wat sommigen het lot noemen en tegen omstandigheden die aan allen, wat hun overtuiging ook mag zijn, worden opgelegd in naam van een hoger gebod dat ze niet noodzakelijk delen; de wil om het lijden en de onmacht van hen die zich in zulke situaties bevinden in de mate van het mogelijke te delen, zelfs al is er een plek hierboven waar men niet kan worden begeleid, namelijk de dood, die ons allen naar ons eigen lot verwijst; tot op het laatste moment, de wil om tegelijkertijd de vrijheid en verantwoordelijkheid van eenieder en eenieiders standpunt op een pluralistische wijze te respecteren en zijn gelijke te helpen met alle mogelijkheden waarover men beschikt.

Tot besluit onderstreept de spreker nogmaals dat de ingediende voorstellen een geheel vormen.

Andere sprekers delen de bezorgdheid van de indieners voor de ontwikkeling van de palliatieve zorg en menen dat dit een van de mogelijke antwoorden is op vragen die, naargelang de inhoud of het moment waarop ze worden gesteld, onderling van elkaar verschillen.

De palliatieve zorg ontwikkelt zich. Er worden inspanningen gedaan, maar die zijn nog onvoldoende.

De indieners willen dat een wettekst de uitvoerende macht ertoe verplicht deze zorg overal waar het kan uit te bouwen.

Het lijkt hen van het grootste belang dat de palliatieve zorg, net als euthanasie, voor iedereen toegankelijk is in een maatschappij waarin de waarde van de gelijkheid zich bij de principes van vrijheid en solidariteit voegt.

*
* *

cendance, et, d'autre part, une société rendant à l'homme toute sa valeur, où l'humanisme — au sens philosophique du terme — reprend toute sa place, où l'individu assume pleinement ce qu'est son destin, dans une volonté de solidarité, mais aussi de révolte par rapport à la condition qui lui est faite dans la nature, et au nom d'une loi qui dépasse l'homme lui-même.

L'orateur se réfère à cet égard à l'ouvrage d'Albert Camus, intitulé *L'homme révolté*. Cet auteur développe un humanisme qui, à la fois, aurait fait le deuil de la transcendance, et aurait pris conscience, parce qu'il s'agit d'une démarche de solidarité, de la nécessité de prendre en compte la situation de ses semblables.

Il semble à l'orateur que le contenu des trois propositions de loi est en adéquation avec la philosophie développée dans l'ouvrage précité: volonté de résister et de se révolter par rapport à ce que certains considèrent comme la fatalité, et par rapport à des conditions qui seraient imposées à tous les individus, quelles que soient leurs convictions, au nom d'un impératif supérieur qu'ils ne partagent pas nécessairement; volonté de partager autant que faire se peut la souffrance et la détresse de ceux et celles qui se trouvent dans ce type de situations, même s'il est un endroit au-delà duquel on ne peut plus accompagner, c'est-à-dire la mort, qui nous renvoie à notre destin individuel; jusqu'au dernier moment, volonté à la fois de respecter la liberté et la responsabilité de tout un chacun, l'opinion des uns et autres de façon tout à fait pluraliste, et d'aider son semblable au maximum des possibilités dont on dispose.

Pour conclure, l'orateur souligne une fois encore que les propositions déposées constituent un tout.

D'autres intervenants diront le souci de leurs auteurs du développement des soins palliatifs, considérant qu'il s'agit de l'une des réponses possibles à des demandes différenciées, que ce soit par leur contenu ou par le moment auquel elles s'expriment.

Les soins palliatifs se développent. Des efforts ont été faits en la matière, mais ils sont encore insuffisants.

Les auteurs ont voulu qu'un texte de loi impose à l'exécutif l'obligation d'instaurer ces soins partout où ils peuvent l'être.

Il leur paraît fondamental que les soins palliatifs, comme l'euthanasie, puissent être accessibles à tous, dans une société où la valeur que constitue l'égalité rejoint les principes de liberté et de solidarité.

*
* *

2. Wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van ... betreffende de euthanasie (van mevrouw Jacinta De Roeck c.s.) (nr. 2-245/1)

Inleidende uiteenzetting door de hoofdindieners van het wetsvoorstel

Spreekster merkt op dat dit wetsvoorstel vanzelfsprekend samenhangt met het wetsvoorstel nr. 2-244/1 dat hierboven werd toegelicht.

Iedereen zal het er wel mee eens zijn dat, indien er in België een regeling voor euthanasie komt, deze niet voor eeuwig en altijd zal vastliggen. Zij zal voortdurend moeten worden geëvalueerd, bijgestuurd en aangepast aan nieuwe maatschappelijke omstandigheden.

Deze opdrachten worden toevertrouwd aan een federale evaluatiecommissie. Zij heeft als voornaamste taak om, op de voorgeschreven wijze, de praktische toepassing van de euthanasiewet op te volgen en te evalueren.

De eerste opdracht van de commissie zal erin bestaan een registratieformulier uit te werken dat anoniem en, voor een groot deel, gedepersonaliseerd is. Het document vermeldt:

- het jaartal en de maand van overlijden;
- of de patiënt in een instelling of thuis is overleden;
- de provincie van overlijden;
- de aard van de aandoening waaraan de patiënt leed;
- geslacht en leeftijd van de patiënt.

Het document is derhalve niet alleen anoniem wat de patiënt betreft, maar ook de naam van de arts wordt niet vermeld. Het spreekt voor zich dat de evaluatiecommissie deze anonimiteit moet respecteren. De besprekingen verlopen achter gesloten deuren en hebben een vertrouwelijk karakter. Eenieder die aan de beraadslaging deelneemt, moet de geheimhouding ervan respecteren.

De samenstelling van de commissie is, hoewel niet identiek aan, toch in zekere mate vergelijkbaar met die van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking. Zij bestaat uit 16 leden die worden aangewezen met inachtneming van de taalpariteit en binnen de taalgroepen is er een gelijk aantal mannen en vrouwen. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten of advocaat. De laatste, maar zeker niet minst belangrijke groep van vier leden komt uit krin-

2. Proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie (de Mme Jacinta De Roeck et consorts) (n° 2-245/1)

Exposé introductif de l'auteur principal de la proposition de loi

L'intervenante signale que cette proposition de loi est liée à la proposition de loi n° 2-244/1 qui vient d'être exposée.

Tout le monde conviendra que, si la Belgique adopte une réglementation pour l'euthanasie, celle-ci ne sera pas fixée pour l'éternité. Elle devra continuellement être évaluée, corrigée et adaptée aux nouvelles circonstances sociales.

Ces missions seront confiées à une commission d'évaluation fédérale, laquelle aura pour tâche principale de suivre et d'évaluer, de la manière prescrite, la mise en œuvre pratique de la loi sur l'euthanasie.

La première mission de la commission consistera à élaborer un formulaire d'enregistrement qui sera anonyme et, pour une grande part, dépersonnalisé. Le document indiquera:

- l'année et le mois du décès;
- si le patient est décédé en institution ou à domicile;
- la province du décès;
- la nature de la maladie dont souffrait le patient;
- le sexe et l'âge du patient.

Le document n'est pas anonyme seulement en ce qui concerne le patient, puisque le nom du médecin n'y figure pas non plus. Il va de soi que la commission d'évaluation doit respecter cet anonymat. Les discussions se déroulent à huis clos et ont un caractère confidentiel. Tout ceux qui prennent part à la discussion doivent en respecter le secret.

La composition de la commission est, sinon identique, du moins dans une certaine mesure comparable à celle de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 concernant l'interruption de grossesse. Elle est composée de 16 membres qui sont désignés en tenant compte de la parité linguistique, et chaque groupe linguistique comporte un nombre égal d'hommes et de femmes. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre sont professeurs de droit ou avocats. Le dernier groupe de quatre membres, mais certainement pas le moins important,

gen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten.

De commissie brengt om de twee jaar een verslag uit. Vooreerst verzamelt zij alle statistische gegevens. Op basis hiervan evalueert zij de toepassing van de wet en ten slotte doet zij aanbevelingen voor mogelijke bijsturing van de wetgeving zelf of de uitvoering ervan. Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle nuttige inlichtingen inwinnen bij diverse overheidsdiensten en instellingen.

Het verslag wordt opgemaakt ten behoeve van de Kamers, die het binnen een periode van zes maanden wetgevende bespreken.

Spreekster acht het essentieel dat dit debat op regelmatige tijdstippen plaatsvindt. Dit moet immers garanderen dat de euthanasiewet voortdurend opnieuw ten discussie wordt gesteld, en desgewenst bijgestuurd.

*
* *

3. Wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg (van mevrouw Myriam Vanlerberghe c.s.); nr. 2-246/1

Inleidende uitzetting door de hoofdindieners van het wetsvoorstel

Spreekster merkt op dat de indieners ervoor gekozen hebben de problematiek van de palliatieve zorg in een apart wetsvoorstel te gieten om te beklemtonen dat zij deze aangelegenheid even belangrijk achten als de euthanasieproblematiek. De patiënt moet, na volledig te zijn ingelicht, vrij kunnen beslissen over de behandeling die hij wenst.

Dit houdt in dat de palliatieve zorg thuis of in een ziekenhuis, wordt geformuleerd als een recht van de patiënt. Het verzekeren van een dergelijk recht en van de gelijke toegang van alle patiënten hiertoe, kan alleen als het aanbod en de spreiding van deze vorm van zorgverlening sterk worden uitgebreid.

Deze beginselen komen tot uiting in de tekst, die drie delen omvat:

— het verzekeren van een recht op palliatieve zorg voor alle patiënten;

— de overheid ertoe verplichten om de nodige middelen vrij te maken om dit recht in alle regio's van het land en voor alle sociale lagen ook in de praktijk te brengen;

— de patiënt verzekeren van een absoluut recht op informatie over zijn situatie en over de mogelijkheden inzake zorgverlening en behandeling die beschikbaar zijn.

provient de milieux chargés de la problématique des patients incurables.

La commission établit un rapport tous les deux ans. Elle rassemble d'abord toutes les données statistiques. Sur la base de celles-ci, elle évalue la mise en œuvre de la loi et, enfin, elle émet des recommandations en vue de l'adaptation éventuelle de la législation elle-même ou de son exécution. Pour remplir ces tâches, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès de divers services publics et institutions.

Le rapport est rédigé à l'intention des Chambres législatives qui, dans les six mois, le soumettent à un débat.

L'intervenant estime essentiel que ce débat ait lieu à des intervalles réguliers. Cela doit garantir une remise en question constante de la loi sur l'euthanasie et l'adaptation de celle-ci si nécessaire.

*
* *

3. Proposition de loi relative aux soins palliatifs (de Mme Myriam Vanlerberghe et consorts); n° 2-246/1

Exposé introductif de l'auteur principal de la proposition de loi

L'intervenante signale que les auteurs ont choisi de traiter le problème des soins palliatifs dans une proposition de loi distincte, pour souligner qu'ils estiment que cette matière est aussi importante que celle de l'euthanasie. Après avoir été complètement informé, le patient doit pouvoir décider librement du traitement qu'il souhaite.

Cela implique que les soins palliatifs à domicile ou à l'hôpital doivent s'entendre comme un droit du patient. La garantie d'un tel droit et d'un accès identique de tous les patients n'est possible que si l'offre et la mise en pratique de cette forme de soins sont fortement développés.

Ces principes sont exprimés dans le texte, qui comprend trois volets:

— assurer à tous les patients un droit aux soins palliatifs;

— obliger les pouvoirs publics à libérer les moyens nécessaires pour mettre ce droit en œuvre dans toutes les régions du pays et pour toutes les couches sociales;

— assurer au patient un droit absolu à l'information sur sa situation et sur les possibilités existant en matière de soins et de traitements.

Essentieel is het feit dat palliatieve zorgverlening wordt omschreven als een wettelijke opdracht, niet alleen van het artsencorps, maar ook van de overheid. Het is haar verantwoordelijkheid het absolute recht op dit soort van zorgverlening voor de patiënt te verzekeren.

*
* *

D. BEGIN VAN DE ALGEMENE BESPREKING

Een spreekster verklaart dat het debat dat in de verenigde commissies voor de Justitie en de Sociale Aangelegenheden van de Senaat op basis van meerdere wetsvoorstellen betreffende euthanasie wordt aangevat, het logische vervolg is van een aantal debatten die sedert verschillende jaren rond dit thema aan de gang zijn.

Dit netelige probleem, dat aan het leven en de dood van eenieder raakt, is niet alleen in ons land het onderwerp van heftige debatten. Deze debatten zijn dermate delicaat dat van de Europese landen alleen Nederland in deze kwestie « wetgevend » is opgetreden, en dan nog zonder rechtstreeks aan het verbod in de strafwet te raken.

Hoewel het debat in ons land al verschillende jaren aan de gang is (het eerste desbetreffende wetsvoorstel dateert van 1986), heeft het zich pas kortgeleden, met name na de oprichting van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, goed ontwikkeld. Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft op verzoek van de voorzitters van Kamer en Senaat twee adviezen over deze kwestie opgesteld. Het eerste, van 12 mei 1997, ging over het levenseinde van wilsbekwame patiënten; het tweede, van 22 februari 1999, ging over het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen.

De Senaat van zijn kant heeft twee dagen, 9 en 10 december 1999, aan deze kwestie gewijd. Dit eerste parlementaire debat had betrekking op het eerste advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek. Er werden een aantal interessante dingen gezegd.

De spreekster wil binnen het kader van de algemene bespreking over de thans ingediende wetsvoorstellen de volgende punten aansnijden:

1. De noodzaak om duidelijk te bepalen wat euthanasie is (en wat niet).
2. Euthanasie en palliatieve zorg: twee onlosmakelijk verbonden aspecten van het debat over het levenseinde.
3. Moet het Strafwetboek worden gewijzigd om aan de euthanasieverzoeken tegemoet te komen?
4. Het creëren van een « kader » van de medische handelingen op het einde van het leven: een andere aanpak van hetzelfde debat?

Il est essentiel que les soins palliatifs soient définis comme une mission légale, non seulement du corps médical mais aussi des pouvoirs publics. Il incombe à ces derniers de garantir au patient un droit absolu à ce type de soins.

*
* *

D. DÉBUT DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE

Une intervenante déclare que le débat qui s'entame en commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat sur base de plusieurs propositions de loi relatives à l'euthanasie est la suite logique d'un certain nombre de débats menés depuis plusieurs années autour de cette question.

Cette délicate question, en ce qu'elle touche à la vie et à la mort de tout un chacun, fait l'objet de débats animés, et pas seulement dans notre pays. Débats à ce point délicats que, seuls parmi les pays européens, les Pays-Bas, et encore sans toucher directement à l'interdit affirmé dans la loi pénale, ont « légiféré » sur cette question.

Dans notre pays, bien que le débat date de plusieurs années (la première proposition de loi déposée à ce propos date de 1986), ce n'est que récemment, notamment suite à la mise sur pied du Comité consultatif de bioéthique, qu'il a pris une certaine ampleur. Le Comité consultatif de bioéthique a rendu à la demande des présidents de la Chambre et du Sénat deux avis relatifs à cette question. Le premier, relatif à la fin de vie des patients capables d'exprimer leur volonté, date du 12 mai 1997; le second, relatif à l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté, date du 22 février 1999.

Pour sa part, le Sénat a consacré deux journées à cette question, les 9 et 10 décembre 1997. Ce premier débat parlementaire a essentiellement porté sur l'avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique. Un certain nombre de choses intéressantes y ont été dites.

Dans le cadre de la discussion générale relative aux propositions de loi actuellement déposées, l'intervenante souhaite aborder les points suivants:

1. De la nécessité de bien définir ce qu'est (et donc n'est pas) l'euthanasie.
2. Euthanasie et soins palliatifs: deux aspects indissociables du débat sur la fin de vie.
3. Doit-on nécessairement modifier le Code pénal pour répondre aux demandes d'euthanasie?
4. « Encadrer » les actes médicaux de fin de vie, une autre approche d'un même débat?

5. De noodzaak van een open en sereen debat en de gewetensvrijheid voor elk parlementslid.

1. Een goede definitie van « euthanasie »

Alvorens over euthanasie te discussiëren moet duidelijk worden bepaald wat euthanasie is, en wat bijgevolg niet. Er is in de geesten van veel mensen te veel onduidelijkheid om tot een heldere definitie te komen.

De spreekster meent dat iedereen zich moet aansluiten bij de definitie die het Raadgevend Comité voor bio-ethiek eenparig heeft gegeven, namelijk: «Euthanasie is het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene op diens verzoek.» Volgens het Ethisch Comité noopt de nadruk die in de definitie wordt gelegd op de intentie om een einde aan het leven te maken, ertoe een onderscheid te maken tussen euthanasie en andere handelingen van een arts zoals het toedienen van kalmeer-middelen of pijnstillende middelen met mogelijk levensverkortende werking of het staken van een medisch zinloze behandeling.

Het moet duidelijk zijn dat medische handelingen om het lijden van de patiënt te verlichten geen euthanasie zijn, zelfs al hebben ze tot gevolg dat het leven van de patiënt wordt ingekort. Hetzelfde geldt voor het stopzetten van geneeskundige behandelingen als die niet meer gerechtvaardigd zijn (uitzichtloze behandelingen). Hoe de tekst die wordt aangenomen er ook mag uitzien, dit moet duidelijk zijn. Na lezing van de verschillende wetsvoorstellen lijkt dit niet evident. Hierop moet dus worden toegezien bij de bespreking van de teksten.

2. Euthanasie en palliatieve zorg: de twee niet van elkaar loskoppelen

Het euthanasieprobleem kan niet worden losgekoppeld van de problematiek van de voortdurende en palliatieve zorg, van de kwaliteit van deze laatste en van de mogelijkheid voor iedereen om er toegang toe te hebben, en ook niet van een diepgaande bezinning over de vraag hoe de verhouding arts/patiënt, arts/verplegend team, patiënt/familie en omgeving in de dagelijkse praktijk en op het terrein functioneert.

De spreekster sluit zich in dit verband aan bij een deel van het hoofdartikel van het vijfde nummer uit juni 1999 van het tijdschrift van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, waarin staat: «Elkeen erkent dat de dood een van de meest intieme momenten is. Het is namelijk een moment dat men — zelfs omringd door de liefdevolle nabijheid van zijn naasten — voor zich dient tegemoet te treden.

De persoon beleeft dit moment in mindere of meerdere mate door zijn geloof in een hiernamaals en/of zijn zekerheden.

5. La nécessité d'un débat ouvert et serein et la liberté de conscience pour chaque parlementaire.

1. Bien définir ce qu'est « l'euthanasie »

Avant toutes discussions relatives à l'euthanasie, il convient de bien définir ce qu'est, et donc ce que n'est pas l'euthanasie. Il règne trop d'ambiguïté dans la tête de beaucoup de gens, pour que l'on puisse se passer d'une définition claire.

L'intervenante pense qu'il faut se rallier ici à la définition qu'en donne de manière unanime le Comité consultatif de bioéthique, à savoir: «L'euthanasie est un acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.» Pour le Comité d'éthique, «l'accent mis dans la définition sur l'intention de mettre fin à la vie, impose de distinguer l'euthanasie proprement dite d'autres actes posés par un médecin tels que l'administration de calmants ou d'analgésiques qui entraînent le risque d'abrégier la vie, ou l'arrêt de traitements médicaux vains».

Il doit donc être bien clair que les actes médicaux visant à soulager la souffrance du patient, même s'ils ont pour conséquence d'abrégier la vie du patient, ne sont pas des actes d'euthanasie, de même que l'arrêt de traitements curatifs lorsque ceux-ci ne se justifient plus (acharnement thérapeutique). Quel que soit le texte qui serait adopté, il doit être clair à ce sujet. À la lecture des différentes propositions de loi, cela ne paraît pas évident. Il faudra donc y veiller dans la discussion des différents textes.

2. Euthanasie et soins palliatifs: ne pas dissocier les deux

Lorsque l'on aborde le problème de l'euthanasie, on ne peut pas le dissocier de la problématique des soins continus et palliatifs, de leur qualité et de la possibilité pour tout un chacun d'y avoir accès, de même que d'une réflexion approfondie sur la manière dont fonctionne dans le concret, sur le terrain, au jour le jour, le rapport médecin/patient, médecin/équipe soignante, patient/famille et entourage.

À cet égard, l'intervenante voudrait reprendre à son compte une partie de l'éditorial du n° 5 de juin 1999 du périodique du Comité consultatif de bioéthique, lorsqu'il y est affirmé: «Chacun conviendra que la mort est un moment des plus intimes qui soient, moment que la personne, même entourée de l'affection de ses proches, doit affronter pour elle-même.

Moment qu'elle vit forte ou faible de ses croyances en un au-delà et/ou de ses certitudes.

De dood is ten slotte een moment waarbij men de nabestaanden achterlaat. Deze laatsten zijn meestal gekwetst door het verlies van hun naaste; elk met zijn geloofsovertuiging, zijn zekerheden en de min of meer grote aanpassing om verder te leven met de afwezigheid van iemand die men heeft bemind.

Dient een samenleving die de menselijke waardigheid beoogt niet te waarborgen dat elkeen deze laatste levensfase op een serene wijze kan beleven? Het debat inzake het levenseinde zou er derhalve idealiter moeten toe leiden dat te gepasten tijde de voorwaarden voor deze sereniteit worden gerealiseerd.

Het is daartoe onontbeerlijk dat er in een algemene toegang tot aangepaste zorgverlening (palliatief of continu) wordt voorzien, dat er geen bekommernis dient te rijzen met betrekking tot het ten laste nemen van de eruit voortvloeiende kosten, dat er in een psychologische omkadering voor de patiënt en zijn naasten wordt voorzien, en dat medisch en verzorgend personeel wordt opgeleid in stervensbegeleiding. De leden van het comité zijn het over al deze punten eens.»

Volgens de spreekster zou de samenleving de meest kwetsbaren en minst autonomen in haar rangen in de steek laten als ze het debat over euthanasie loskoppelt van een reflectie over de wijze waarop de patiënt aan het levenseinde wordt benaderd, over wat hij beleeft en diep aanvoelt bij het naderen van deze onvermijdelijke levensfase, over wat de maatschappij hem op dat ogenblik aanreikt aan hulp en steun en luisterbereidheid.

Er moet worden nagedacht over de diepe betekenis van het euthanasieverzoek van een zieke en er moet aandachtig worden geluisterd. Achter dit verzoek liggen er dikwijls andere, die moeten worden gede-codeerd.

Het euthanasiedebat moet deze vragen aansnijden, op het gevaar af dat euthanasie wordt gezien als een gemakkelijk antwoord van een Staat die nu reeds de neiging vertoont om het zorgaanbod te beperken omdat de kosten voor geneeskunde en verzorging, zeker bij ouderen, voortdurend stijgen. We mogen niet naïef zijn. Of we het willen of niet, de economische dimensie, de kwestie van de kosten van de gezondheidszorg is in dergelijke debatten niet afwezig. We moeten op dit vlak zeer duidelijk zijn: welke middelen is de samenleving bereid vrij te maken om elke patiënt een zo sereen mogelijk levenseinde te garanderen, zoals het Raadgevend Comité voor bio-ethiek zelf zegt?

De recente brief van de artsen Markstein van Brugmann en Bouckenaere van Saint-Michel is daarover duidelijk genoeg.

Moment enfin où elle laisse derrière elle des proches plus ou moins meurtris, avec eux aussi, leurs propres croyances, leurs propres certitudes et leur aptitude plus ou moins grande à vivre l'absence d'un être cher.

Une société qui se veut humaniste ne se doit-elle pas de garantir à chacun de vivre cette étape de la vie en toute sérénité? Le débat en matière de fin de vie devrait ainsi dans l'idéal permettre que soient effectivement réunies les conditions propices à cette sérénité le moment venu.

L'existence généralisée d'un accès à des soins appropriés (palliatifs ou continus), l'absence de soucis naissant de la prise en charge de leur coût, l'encadrement psychologique du patient et de ses proches, la formation du personnel médical et de soins à l'accompagnement du mourant, sont autant d'éléments indispensables à cette sérénité. Les membres du comité sont unanimes à cet égard.»

Pour l'intervenante, dissocier le débat sur l'euthanasie d'une réflexion sur la manière dont le patient en fin de vie est considéré, sur ce qu'il vit et ressent profondément à l'approche de cette phase inévitable de la vie, sur ce que la société lui offre comme aide et soutien, comme écoute approfondie à ce moment-là, est une forme d'abandon de la société à l'égard des plus vulnérables et des moins autonomes d'entre eux.

Réfléchir à la signification profonde d'une demande d'euthanasie par un malade est indispensable et doit être l'objet d'une écoute attentive. Derrière une telle demande s'en cachent parfois bien d'autres qu'il faut savoir décoder.

Le débat sur l'euthanasie doit aborder ces questions, au risque de voir l'euthanasie être considérée comme une réponse facile d'un État qui, aujourd'hui déjà, a tendance à vouloir rationner l'offre de soins face aux coûts de plus en plus importants de la médecine et des soins, particulièrement chez les personnes âgées. Ne soyons pas naïfs. Qu'on le veuille ou non, la dimension économique, la question des coûts des soins de santé n'est pas absente de tels débats. Nous devons être très clairs à ce sujet: quels sont les moyens que la société accepte de mettre en œuvre pour assurer à chaque patient une fin de vie la plus sereine possible, comme le rappelle le Comité consultatif de bioéthique lui-même?

La lettre reçue récemment des docteurs Markstein de Brugmann et Bouckenaere de Saint-Michel est suffisamment explicite à cet égard.

3. *Moet de strafwet worden gewijzigd om de euthanasieverzoeken in te willigen?*

Vershillende van de ingediende voorstellen opteren voor een wijziging van de strafwet om tegemoet te kunnen komen aan een euthanasieverzoek. Men kan zich terecht afvragen of dit de juiste optie is, temeer daar dit niet de optie is die onze Nederlandse burenen, noch het merendeel van de leden van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek tot nu toe hebben gekozen (voorstellen 2, 3 en 4). De recente nota onderstreept dit duidelijk: alleen de voorstanders van voorstel 1 stellen een wijziging van de strafwet voor. Dit geeft de wetgever minstens stof tot nadenken.

Naar het voorbeeld van veel professoren en beoefenaars van het strafrecht moet hier worden gewezen op de draagwijdte van de strafwet. Zij wijzen erop dat de strafwet er met name toe dient het respect voor een morele en sociale orde te garanderen, alsmede het respect voor fundamentele waarden zoals de eerbiediging van de mensenrechten, de persoonlijke vrijheid en de fysieke en psychische integriteit van elk menselijk wezen. Zo garandeert ons Strafwetboek onder titel VIII van boek II, meer bepaald in de artikelen 393 tot 397, het respect voor de integriteit van de ander onder het opschrift «misdaden en wanbedrijven tegen personen».

De strafwet wil met het bestraffen van wie doodt, de bescherming van elk menselijk leven verzekeren. Ze geeft een duidelijke aanwijzing over wat de samenleving beschouwt als een onvervreemdbaar recht van elke persoon, namelijk de absolute bescherming van zijn fysieke integriteit.

Brengen we ook artikel 95 van de medische plichtenleer uit 1992 in herinnering. Dit artikel bepaalt dat de arts niet opzettelijk de dood van een patiënt mag veroorzaken en dat hij hem niet mag helpen zelfmoord te plegen. Men kan zich afvragen wat er met die bepaling gebeurt als ons strafrecht wordt gewijzigd.

De spreekster ziet hierin een grote tegenspraak die moet worden opgeworpen tegenover diegenen die in 1992 aan de basis lagen van de opstelling van dit artikel van de medische plichtenleer in het hoofdstuk «Levensende».

Bij de afkondiging van de regel heeft de wetgever ook aanvaard dat er uitzonderlijke omstandigheden mogelijk zijn waarin een strafrechtelijke sanctie niet alleen ongewenst is, maar waarin de gestelde handeling zelfs een geoorloofd en wettelijk karakter krijgt.

De mogelijkheid om inbreuken op een objectieve wijze te rechtvaardigen ligt vervat in de drie algemene rechtvaardigingsgronden: de noodtoestand, de wettige zelfverdediging en de toestemming van de wet.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het openbaar ministerie in ons land kan afwegen of tot vervolging

3. *Doit-on modifier la loi pénale pour rencontrer les demandes d'euthanasie?*

Plusieurs des propositions actuellement déposées ont choisi la voie de la modification de la loi pénale pour pouvoir rencontrer les demandes d'euthanasie. On peut légitimement se demander si c'est la bonne voie, et ce d'autant plus que ce n'est pas la voie choisie jusqu'ici par nos voisins hollandais, ni par la plupart des membres du Comité consultatif (positions 2, 3 et 4). La note reçue récemment le souligne bien: seuls les tenants de la position 1 proposent une modification de la loi pénale en tant que telle. Il y a là au moins matière à réflexion pour le législateur.

Il n'est pas inutile de rappeler ici la portée de la loi pénale, à l'instar de nombreux professeurs et praticiens du droit pénal. Ceux-ci rappellent que la loi pénale a notamment pour fonction d'assurer le respect d'un ordre moral et social, de valeurs fondamentales comme le respect des droits de l'homme, de la liberté individuelle, le respect de l'intégrité physique et psychique de chaque être humain. C'est ainsi qu'en son titre VIII du livre II, notre Code pénal garantit le respect de l'intégrité d'autrui sous le libellé «Des crimes et délits contre les personnes», plus précisément aux articles 393 à 397.

La loi pénale, en ce qu'elle punit celui qui donne la mort, veut ainsi assurer la protection de toute vie humaine. Elle donne une indication claire de ce que la société considère comme un droit inaliénable de chaque être humain, à savoir la protection absolue de son intégrité physique.

Rappelons aussi le code de déontologie médicale qui date de 1992, et qui prévoit en son article 95: «Le médecin ne peut provoquer délibérément la mort d'un malade ni l'aider à se suicider.» On peut se demander ce que deviendrait cette disposition si notre droit pénal venait à être modifié.

L'intervenante voit là, pour le moins, une contradiction majeure qui devrait être soulevée auprès de ceux qui, en 1992, ont été à la base de la rédaction de cet article du code de déontologie médicale, situé dans le chapitre intitulé «Vie finissante».

Cependant, en édictant la règle, le législateur a également accepté que des circonstances exceptionnelles puissent se produire, qui non seulement rendent la sanction pénale inopportune mais peuvent même donner à l'acte posé un caractère licite et conforme au droit.

La possibilité pour les infractions d'être objectivement justifiées s'exprime à travers les trois causes générales de justification que sont l'état de nécessité, la légitime défense et l'autorisation de la loi.

Ajoutons à cela que chez nous, le ministère public bénéficie du pouvoir d'apprécier l'opportunité des

moet worden overgegaan, zelfs als de zaak bij de vonnisrechter aanhangig is gemaakt. Dit geeft het openbaar ministerie ook de mogelijkheid niet te vervolgen als dit gezien de situatie niet is gerechtvaardigd.

In verschillende van de thans voorliggende wetsvoorstellen inzake euthanasie werd gekozen voor een reglementering, dit wil zeggen het vastleggen van de omstandigheden waarin het doden kan worden gerechtvaardigd. Hiertoe voegen al die wetsvoorstellen aan afdeling 4 «Gerechtvaardigde doodslag, gerechtvaardigde verwondingen en gerechtvaardigde slagen» van titel VIII (Misdaden en wanbedrijven tegen personen) een artikel 417*bis* toe.

Deze weg lijkt om meerdere redenen zeer gevaarlijk.

Ten eerste wordt geraakt aan een van de essentiële principes in een samenleving, namelijk de garantie dat de fysieke integriteit van elk menselijk wezen wordt geëerbiedigd. Dit recht wordt niet alleen gegarandeerd door onze strafwet, maar ook door talrijke internationale verdragen zoals het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, meer bepaald door artikel 2 daarvan.

Vervolgens lijkt het moeilijk en bijna onmogelijk om in een dergelijke wettekst rekening te houden met de verscheidenheid en de complexiteit van de situaties waarin personen op het einde van hun leven zich kunnen bevinden.

Ofwel zijn de uitzonderingen te beperkt en zal het onmogelijk zijn bepaalde situaties te rechtvaardigen die eventueel zouden kunnen worden gerechtvaardigd. Ofwel is de definitie te ruim en is het risico op ontsparingen te groot. In een recent, opmerkelijk artikel in het magazine «*Louvain*» van november 1999, erkende Roger Lallemand zelf het volgende: «Er zullen altijd randgevallen zijn die aanleiding zullen geven tot een gewetensdebat. Ze kunnen moeilijk in een norm worden vastgelegd. We voelen dit in het diepste van onszelf aan: de wet alleen zal de praktijk van de dood nooit op een bevredigende wijze kunnen regelen.»

Een vergelijkende tabel van de voorstellen toont goed aan hoe moeilijk dit is. De enen hebben het over een zieke in een terminale fase (voorstel nr. 2-105/1), anderen over een onbehandelbare ziekte die een overlijden op afzienbare termijn met zich meebrengt en ondraaglijk lijden veroorzaakt (voorstel nr. 2-22/1), en nog anderen over een noodtoestand of het fysieke lijden van een ongeneeslijk zieke (voorstel nr. 2-10/1), om maar enkele voorbeelden te noemen.

Het is duidelijk dat elk van deze bepalingen problematisch is en dat geen enkele erin zal slagen al de verschillende situaties te bestrijken die kunnen voorkomen en euthanasie kunnen rechtvaardigen.

poursuites, et ce même lorsqu'une juridiction de jugement est saisie. Cela permet également au ministère public de ne pas poursuivre lorsque, manifestement, la situation ne le justifie pas.

Plusieurs des propositions de loi actuellement déposées en matière d'euthanasie ont emprunté la voie de la réglementation, c'est-à-dire de la définition des circonstances dans lesquelles l'acte de tuer peut être justifié, en prévoyant toutes l'ajout d'un article 417*bis* à la section 4 intitulée «De l'homicide, des blessures et des coups justifiés» du titre VIII (Des délits et crimes contre les personnes).

Cette voie paraît délicate à plusieurs égards.

D'abord, elle touche à un principe essentiel dans une société, qui est la garantie du respect de l'intégrité physique de chaque être humain. Ce droit est non seulement garanti par notre droit pénal mais également par de nombreuses conventions internationales comme la Convention européenne des droits de l'homme, tout particulièrement en son article 2.

Ensuite, il paraît difficile, voire quasiment impossible, de rencontrer dans un texte de loi de cette nature la diversité et la complexité des situations qu'on peut rencontrer chez les personnes en fin de vie.

Soit les exceptions seront trop étroites, et un certain nombre de situations qui devraient être éventuellement justifiées ne pourront pas l'être. Soit la définition est trop large, et les risques de dérives sont trop grands. Dans un article récent tout à fait remarquable, et publié dans la revue *Louvain* de novembre 1999, Roger Lallemand lui-même reconnaît: «Il y aura toujours des cas limites qui ouvriront le débat de conscience. Ils sont difficilement définissables par une norme. Nous le sentons au plus profond de nous: la loi ne pourra jamais, à elle seule, régler de façon satisfaisante la pratique de la mort.»

Un tableau comparatif des propositions qui a été dressé montre bien la difficulté de l'exercice. Les uns parlent d'un malade en phase terminale (proposition n° 2-105/1), d'autres de maladie incurable entraînant le décès dans un délai rapproché et causant des souffrances insupportables, (proposition n° 2-22/1), d'autres encore d'état de détresse ou de la souffrance physique d'un malade incurable (proposition n° 2-10/1), pour ne citer que quelques exemples.

Il est évident que chacune de ces dispositions pose question, et qu'aucune ne parviendra à englober l'ensemble des différentes situations qui peuvent se présenter et qui pourraient justifier un acte d'euthanasie.

Wat men ook doet, geen enkele regeling zal « op maat gesneden » zijn en echt en uitsluitend betrekking hebben op de vooropgestelde hypothesen.

Het is dus zeer gevaarlijk zijn toevlucht te nemen tot een algemene regel in een materie die aan een fundamenteel recht van elk menselijk wezen raakt.

Het is in dit verband interessant de verslagen van de Senaatsdebatten van 9 en 10 december 1997 nog eens te lezen, meer in het bijzonder de opmerkingen van de heer Jules Messine, de enige specialist strafrecht onder de sprekers van het Comité voor bio-ethiek.

« Net als bij een andere inbreuk kan de dader in geval van euthanasie niet worden gestraft als hij aantoonbaar dat er een wettige rechtvaardigingsgrond aanwezig was. Zo is het geval bekend van een arts die ondanks een burgerlijke partijstelling nooit voor het hof van assisen is moeten verschijnen omdat het openbaar ministerie van oordeel was dat zijn daad verschoonbaar was.

Deze juridische constructie heeft het voordeel dat het principe van respect voor andermans leven met kracht wordt bevestigd terwijl de gevolgen ervan worden afgezwakt door rechtvaardigingsgronden en door de mogelijkheid van het openbaar ministerie om niet tot vervolging over te gaan (...). »

In antwoord op de vragen van een van de leden van de assemblee, mevrouw Mayence-Goossens, verklaart de heer Messine: « ... juist om die reden stel ik voor de wet niet te wijzigen. De noodtoestand komt inderdaad niet in de tekst voor, maar hij werd door de rechtspraak ontwikkeld en door het Hof van Cassatie bevestigd. Ik stel voor zekerheid in te bouwen in de relatie arts-patiënt door de rechtvaardigingsgrond objectief vast te leggen. Het doden van een persoon veronderstelt dat de dader daarvan verantwoording aflegt tegenover de maatschappij.

... De vraag is of er een wet moet worden gemaakt of niet. Persoonlijk zie ik twee bezwaren.

De wet zal toestaan dat een menselijk wezen wordt gedood en dat in omstandigheden waarvan de nuances de wetgever altijd zullen ontgaan. »

De spreekster meent dat het beroep op de rechtvaardigingsgronden, en meer bepaald op het begrip « noodtoestand », bijgevolg raadzaam lijkt om tegemoet te komen aan de verscheidenheid en de complexiteit van de bijzondere gevallen. Dit is een welbekend begrip in onze rechtspraak en in andere Europese rechtssystemen. In het Duitse en Oostenrijkse recht is dit begrip zelfs in de strafwet omschreven.

Net als voor elke andere inbreuk wordt wie volgens de strafwet een moord pleegt, niet gestraft als dit

Quoi qu'on fasse, toute formule réglementaire constituera inévitablement au regard du fait à appréhender une « cote mal taillée », sans jamais pouvoir circonscrire et atteindre réellement et exclusivement les seules hypothèses visées.

On le voit, le recours à une règle générale est particulièrement périlleux dans une matière où l'on touche à un droit fondamental de chaque être humain.

Il est intéressant à ce propos de relire également les débats menés au Sénat les 9 et 10 décembre 1997, et plus particulièrement les interventions de M. Jules Messine, par ailleurs seul spécialiste de droit pénal parmi les intervenants du Comité de bioéthique.

« Dans le cas de l'euthanasie comme pour toute autre infraction, l'auteur peut ne pas être puni s'il démontre l'existence légale d'une cause de justification. On connaît ainsi le cas d'un médecin qui n'a jamais été attrait devant la cour d'assises alors qu'il y avait eu constitution de partie civile, le ministère public ayant estimé son acte excusable.

Cette construction juridique a l'avantage de poser avec force le principe du respect de la vie d'autrui tout en tempérant ses conséquences par des causes de justification et par la faculté pour le ministère public de décider de ne pas poursuivre (...). »

En réponse aux questions posées par un membre de l'assemblée, Mme Mayence-Goossens, M. Messine précise: « ... c'est précisément la raison pour laquelle je propose de ne pas modifier la loi. Il est vrai que l'état de nécessité ne figure pas dans le texte mais a été développé par la jurisprudence et confirmé par la Cour de cassation. Mon propos est d'essayer de sécuriser la relation entre le patient et son médecin en objectivant la cause de justification. La mise à mort d'une personne suppose que celui qui commet l'acte rende compte à la société.

... La question est de savoir s'il faut légiférer ou non. Je vois personnellement un double inconvénient.

La loi va autoriser de tuer un être humain et cela dans des circonstances dont les nuances échapperont toujours au législateur. »

Aux yeux de l'intervenante, le recours aux causes de justification, et plus particulièrement à la notion « d'état de nécessité », paraît dès lors plus approprié pour rencontrer la diversité et la complexité des cas d'espèce. C'est une notion bien connue de notre jurisprudence et que connaissent aussi tous les systèmes de droit européen. On retrouve même dans le droit allemand et le droit autrichien cette notion définie dans le code pénal lui-même.

Comme pour toute infraction, celui qui, aux yeux de la loi pénale, commet un meurtre ne sera pas puni

gerechtvaardigd was. Door in dit geval een beroep te doen op de rechtvaardigingsgrond van de noodtoestand kan worden vermeden dat de wet strikt wordt toegepast in gevallen waar dat duidelijk niet nodig is. Dit kan zeer goed het geval zijn voor een arts die in eer en geweten en na alle elementen langdurig te hebben afgewogen, besluit in te gaan op het euthanasieverzoek van een patiënt.

We mogen ook niet vergeten dat in ons land slechts heel zelden, om niet te zeggen nooit, vervolging wegens euthanasie wordt ingesteld. Waarom moeten wij onze strafwet in deze materie dan dringend wijzigen?

4. Moet er dan helemaal geen wettelijke regeling komen?

Welke optie men ook kiest, de strafwet zal geen antwoord kunnen geven op alle concrete situaties die zich dagelijks voordoen. Men kan zich dan ook afvragen of de euthanasiekwestie niet op een andere wijze moet worden aangepakt, namelijk door te luisteren naar de patiënt in het kader van een echte interdisciplinaire dialoog.

De spreker meent, zoals de voorstanders van voorstellen 2 en 3 van het Comité voor bio-ethiek, dat de euthanasieverzoeken moeten worden geanalyseerd en behandeld in het kader van een dialoog waarin de patiënt centraal staat.

De vraag naar de wijziging van de strafwet wordt bijgevolg bijkomstig, omdat het niet de bedoeling is de arts zekerheid te bieden, maar wel om de dialoog tussen patiënt en arts voorop te stellen.

Volgens de spreker is het duidelijk dat zulk een dialoog fundamenteel is en de hoeksteen moet zijn van elke wetgeving terzake, ongeacht of wordt beslist de strafwet te wijzigen of niet.

Deze aanpak biedt de beste garanties dat het euthanasieverzoek van de patiënt zal worden gehoord en zal worden behandeld met alle nauwkeurigheid en ernst die zo een ingrijpende handeling vergt. Alle artsen en verpleegkundigen, leden van het begeleidend team, weten dat euthanasieverzoeken andere vragen verhullen en dat eerst een antwoord op deze vragen moet worden gegeven. Een man of een vrouw die ziek, verlamd of op het einde van het leven is, blijft een volwaardig menselijk wezen dat het recht heeft dat naar hem wordt geluisterd en dat wordt begrepen wat hij echt wil zeggen.

Wat dat betreft, zijn we ver van de realiteit verwijderd. Hoeveel mannen en vrouwen die lijden, worden gehoord en op hun echte waarde beoordeeld? Aan deze manier om patiënten te behandelen moeten we iets doen. Wat zijn die mensen, vooral in ziekenhui-

si, à ce moment, il était justifié. Le recours à cette cause de justification que représente l'état de nécessité permet d'éviter que la rigueur de la loi ne soit appliquée dans des situations où elle ne doit manifestement pas l'être. Cela peut parfaitement être le cas pour le médecin qui, en âme et conscience, et après avoir longuement pesé les différents éléments en présence, décide de répondre positivement à la demande d'euthanasie exprimée par son patient.

Rappelons aussi que les poursuites pour euthanasie ont été extrêmement rares, pour ne pas dire inexistantes, dans notre pays. Où serait dès lors l'urgence à modifier notre Code pénal en cette matière?

4. Faut-il dès lors ne pas légiférer du tout?

Au vu des limites même du droit pénal qui, quelle que soit la voie empruntée, ne pourra pas répondre à l'ensemble des situations concrètes de la réalité quotidienne, on peut se demander si la question de l'euthanasie ne doit pas d'abord être abordée par un autre biais: celui de l'écoute du patient dans le cadre d'un véritable dialogue interdisciplinaire.

À l'instar des tenants des positions 2 et 3 du Comité de bioéthique, l'intervenante estime que c'est dans un dialogue où le patient est au centre des préoccupations que doivent s'analyser et se traiter les demandes d'euthanasie.

La question de la modification de la loi pénale devient alors secondaire puisque ce n'est pas le médecin que l'on cherche à sécuriser ici, mais bien le dialogue entre le patient et le médecin que l'on veut mettre en avant.

Pour l'intervenante, il est clair que ce type de dialogue est fondamental et qu'il doit être la clé de voûte de toute législation en la matière, qu'on décide de modifier la loi pénale ou non.

Cette approche permet de garantir au mieux que la demande d'euthanasie formulée par un malade sera écoutée et traitée avec toute la rigueur et le sérieux nécessaires à un acte aussi grave. Tous médecins ou soignants, membres des équipes d'accompagnement, savent bien que les demandes d'euthanasie recouvrent bien d'autres demandes, et que c'est d'abord à celles-ci qu'il faut répondre parce qu'un homme ou une femme, même malade, paralysé, ou en fin de vie, reste un être humain à part entière, qui a droit à être écouté et entendu dans ce qu'il a vraiment à dire.

Et à cet égard, on est encore loin du compte. Combien d'hommes ou de femmes souffrants sont écoutés et entendus pour ce qu'ils ont vraiment? C'est une manière de traiter les patients qui doit être remise en cause. Que sont-ils aujourd'hui, particuliè-

zen, tegenover een almachtige geneeskunde en overbelaste verplegende teams?

Volgens sommigen is de dialoog tussen arts en patiënt louter een «colloque singulier». De spreekster is het hiermee niet eens, omdat ze niet gelooft dat dit een dialoog tussen gelijken is. De patiënt die lijdt of verzwakt in zijn bed ligt, heeft geen evenwaardige positie tegenover de arts. Dat is intellectuele fictie. De arts die wordt geconfronteerd met een herhaald verzoek van een patiënt moet kunnen overleggen met het verplegend team en de naasten. Hij moet afstand kunnen nemen van zijn eigen visie op de toestand van de patiënt en van zijn eigen geremdheid. Het is evident dat uiteindelijk alleen de arts de verantwoordelijkheid op zich neemt voor een euthanasie. Niemand kan in zijn plaats een antwoord geven op het euthanasieverzoek van een patiënt.

5. *De gewetensvrijheid in ethische zaken*

In haar regeringsverklaring heeft de regering zeer duidelijk gezegd dat een dergelijk debat in een open en vrije sfeer moet kunnen worden gevoerd.

De minister van Justitie herinnert er in zijn algemene beleidsverklaring aan dat men uitgaat van het principe dat elk parlementslid zich vrij en in eer en geweten over deze kwestie moet kunnen uitspreken.

Om aan deze bezorgdheid tegemoet te komen wenst de spreekster dat de discussie over dit moeilijke onderwerp in een zo groot mogelijke duidelijkheid en sereniteit moet kunnen worden gevoerd. Ze wenst dat al haar collega's die zich over deze moeilijke kwestie moeten uitspreken, dit met volle kennis van zaken kunnen doen. Ze wil dat de tijd wordt genomen voor een diepgaand debat over deze kwestie, dat alle fundamentele vragen die moeten worden gesteld, ook kunnen worden gesteld en dat geen enkele wordt ontweken.

Uit de Senaatsdebatten van 9 en 10 december 1997 blijkt dat velen zich toen afvroegen of wetgeven in deze zaak noodzakelijk was. De spreekster is van mening dat deze vraag nog bij vele collega's leeft, ook al liggen er nu meerdere teksten op tafel.

In hun nota stellen de artsen Markstein en Bouckenaere voor in fasen te werken, op basis van een goede analyse van de situatie op het terrein, en de tijd te nemen om aan de mentaliteit in de medische wereld te werken. Deze aanpak lijkt interessant. Ze sluit een beetje aan bij de Nederlandse, waar werd geopteerd voor een «pragmatische en procedurele» aanpak van het probleem, zonder onmiddellijk over te gaan tot een wijziging van de strafwet.

Dit wordt hoe dan ook een moeilijk debat omdat moeilijke vragen worden gesteld. Dat is natuurlijk

remment dans les hôpitaux, face à une médecine toute puissante et des équipes soignantes surchargées?

Pour certains, le dialogue médecin/patient, c'est le colloque singulier et lui seul. L'intervenante ne partage pas ce point de vue, parce qu'elle ne croit pas à l'égalité du dialogue patient/médecin. Allongé dans un lit, souffrant ou affaibli, le patient n'est pas en position d'égal à égal avec le médecin. Ceci est une fiction d'intellectuels. Face à la demande réitérée d'un patient, le médecin doit pouvoir se concerter avec l'équipe soignante, les proches, prendre du recul par rapport à sa propre perception de la situation du patient, par rapport à ses propres inhibitions. Mais il est évident qu'en définitive, c'est le seul médecin qui prend la responsabilité d'un acte d'euthanasie. Personne ne peut prendre à sa place la décision de répondre à la demande d'euthanasie d'un patient.

5. *La liberté de conscience en matière d'éthique*

Dans sa déclaration d'investiture, le gouvernement a très clairement indiqué qu'un tel débat devait pouvoir se dérouler dans une atmosphère ouverte et libre.

Il importe, rappelle le ministre de la Justice dans sa note de politique générale, que «l'on prenne pour principe que chaque membre du Parlement puisse se prononcer librement en son âme et conscience sur cette question».

C'est pour que l'on puisse répondre à cette préoccupation que l'intervenante souhaite que la discussion qui s'entame sur ce sujet difficile puisse se faire en toute clarté et sérénité. Elle souhaite que chacun des collègues qui aura à se prononcer sur cette difficile question puisse le faire en toute connaissance de cause. Elle voudrait que l'on prenne le temps d'un débat approfondi sur cette question, que l'ensemble des questions de fond qui doivent être posées puissent l'être, et qu'aucune ne soit éludée.

Il ressort des travaux du Sénat des 9 et 10 décembre 1997 que beaucoup se posaient la question de la nécessité d'une législation en la matière. L'intervenante pense que beaucoup de collègues continuent à se poser cette même question, même si plusieurs textes sont aujourd'hui sur la table.

La note reçue des docteurs Markstein et Bouckenaere suggère de travailler par phases, sur la base d'une bonne analyse de la situation sur le terrain, et en se donnant le temps de travailler sur les mentalités dans le monde médical. Cette approche paraît intéressante. C'est un peu celle des Pays-Bas, qui ont privilégié une approche «pragmatique et procédurale» du problème, sans se lancer d'emblée dans une modification de leur Code pénal.

Quoi qu'il en soit, le débat sera difficile parce qu'il pose des questions difficiles. Ce n'est évidemment pas

geen reden om het niet te voeren. De spreekster wenst niettemin dat het in een geest van zo groot mogelijke openheid wordt gevoerd. Op dit punt is ze niet gerustgesteld. De debatten verlopen achter gesloten deuren. Sommigen geloven blijkbaar in de kracht van de gesloten deuren, maar de spreekster is het hiermee niet eens. Ze meent dat dit debat te belangrijk is om het tot de politici te beperken. De parlementsleden hebben trouwens een aantal standpunten uit de burgermaatschappij ontvangen, wat een goede zaak is.

De spreekster hoopt dat gedurende het hele debat zal kunnen worden geluisterd naar hen die dagelijks met euthanasieverzoeken worden geconfronteerd zodat het debat op de realiteit kan worden geënt en geen discussie wordt waarin filosofische en ideologische strekkingen elkaar willen overtroeven. Dat stemt geheel niet overeen met de realiteit op het terrein waar mensen met verschillende filosofische en ideologische achtergronden zij aan zij staan. Op dezelfde wijze is er binnen het Raadgevend Comité voor bio-ethiek toenadering gegroeid tussen mensen van uiteenlopende overtuigingen. De spreekster hoopt dat in de commissies op dezelfde wijze zal kunnen worden gewerkt.

Een lid wenst in te gaan op de laatste drie van de ingediende wetsvoorstellen en in dit verband de standpunten van haar fractie, die in een wetsvoorstel werden gegoten, toe te lichten.

De spreekster herinnert eraan dat haar fractie een tweede wetsvoorstel heeft ingediend over palliatieve zorg.

De spreekster heeft vragen bij het verband tussen de wetsvoorstellen die werden becommentarieerd. De fractie waartoe de spreekster behoort, heeft zoals vele andere parlementsleden contacten gehad met mensen op het terrein. Op basis daarvan wil die fractie opmerkingen maken over de wijze waarop en de chronologische volgorde waarin de voorstellen zullen worden besproken.

In de eerste plaats is er het wetsvoorstel inzake euthanasie. Het is bekend dat in ongeveer 10% van de sterfgevallen een euthanasieverzoek werd geformuleerd, maar dat het aantal voortdurende verzoeken tot 1 of 2% daalde als de vraag op een correcte manier werd gedecodeerd.

Om die reden lijkt het beter eerst de teksten over palliatieve en voortdurende zorg te behandelen. Elke fractie zou zich moeten uitspreken over de chronologie van het debat en de stemming over de verschillende teksten.

Er bestaat een duidelijke, rechtstreekse band tussen euthanasie en palliatieve zorg.

une raison pour ne pas le mener. L'intervenante souhaite néanmoins que ce débat puisse se faire dans la plus grande transparence possible, et sur ce point, elle n'a pas ses apaisements. Les débats sont à huis clos. Certains semblent croire aux vertus du huis clos, mais elle-même ne partage pas ce point de vue. Elle estime qu'il s'agit d'un débat trop important pour qu'il soit en quelque sorte confisqué par les seuls politiques. Les parlementaires ont d'ailleurs reçu un certain nombre de prises de position de la société civile, ce qui est une bonne chose.

L'intervenante espère que tout au long du débat, on aura l'occasion d'écouter ceux et celles qui sont confrontés au quotidien aux demandes d'euthanasie, afin que ce débat soit branché sur la réalité, et non une discussion où des tendances philosophiques et idéologiques s'affronteraient, pour on ne sait quelle victoire de l'un sur l'autre. Cela ne correspond en rien à la réalité de terrain, où l'on trouve côte à côte des personnes provenant d'horizons idéologiques ou philosophiques différents. De la même manière, au Comité consultatif de bioéthique, des rapprochements ont pu être opérés entre personnes venant d'horizons différents. L'intervenante espère qu'au sein des présentes commissions, il sera possible de travailler de la même manière.

Un membre souhaite s'exprimer sur les trois dernières propositions de loi qui viennent d'être déposées, tout en rappelant les positions du groupe auquel elle appartient, positions qui ont été traduites en une proposition de loi.

L'intervenante rappelle que son groupe vient de déposer une seconde proposition de loi, relative aux soins palliatifs.

L'intervenante s'interroge sur le rapport existant entre les propositions de loi qui viennent d'être commentées. Compte tenu des contacts qu'il a eus, sans doute comme beaucoup d'autres parlementaires, avec le terrain, le groupe auquel appartient l'intervenante a des observations à formuler sur la manière dont les propositions seront discutées, et sur l'ordre chronologique dans lequel elles le seront.

En ce qui concerne tout d'abord la proposition de loi relative à l'euthanasie, si l'on considère les demandes d'euthanasie, qui sont de l'ordre de $\pm 10\%$ des décès, on sait que le nombre des demandes persistantes tombe à 1 ou 2% quand elles sont correctement décodées.

C'est pourquoi il semblerait préférable d'examiner en premier lieu les textes relatifs aux soins palliatifs et continus. Chaque groupe politique devrait se prononcer sur la chronologie de la discussion et du vote des différents textes.

Le lien entre l'euthanasie et les soins palliatifs est évident et étroit.

Palliatieve zorg kan op verschillende wijzen worden benaderd. De palliatieve cultuur verschilt naargelang de instelling en de aard van de verstrekte zorg (thuis, in een ziekenhuis, in een rust- en verzorgingstehuis ...).

Het zou interessant zijn dat de verschillende opvattingen terzake in het kader van de komende hoorzittingen worden toegelicht.

De tweede opmerking gaat over de optie van een wijziging van het Strafwetboek.

De fractie van de spreekster blijft op haar standpunt dat het Strafwetboek niet moet worden gewijzigd. Ze verdedigt dit niet om juridisch-technische of wetgevings-technische redenen, maar omdat een dergelijke wijziging gevaarlijk lijkt. Het verbod op doden moet in onze samenleving een fundamenteel richtpunt blijven.

Het is een van de grote symbolische, zonder twijfel traditionele richtpunten, die steeds zeldzamer worden in een civiele en politieke samenleving die volop verandert.

De wens om het verbod op doden te handhaven wordt geïnspireerd door sociologische en antropologische redenen die losstaan van filosofische of godsdienstige overtuigingen.

Te veel mensen vrezen mogelijke ontsporingen. De ervaring in het buitenland leert dat het onverstandig zou zijn aan het Strafwetboek te raken: buiten Oregon is er geen enkele Staat tot een dergelijke wijziging overgegaan, ook Nederland niet.

Deze materie kan op een andere wijze worden geregeld, bijvoorbeeld door een aanpassing van het koninklijk besluit betreffende de geneeskunst.

Veel landen, waaronder Zwitserland, hebben geopteerd voor een aanpassing van de medische plichtenleer. Het zou interessant zijn om de artsen, die rechtstreeks met dit probleem zullen worden geconfronteerd, te vragen waaraan zij de voorkeur geven.

Een ander choquerend punt in het voorstel betreffende de euthanasie is het toepassingsgebied van de tekst.

Het gaat om een debat over het levenseinde. De fractie van de spreekster dacht dat de discussie hiertoe beperkt bleef en vond dat die beperkt moest blijven tot die gevallen waarin de dood op korte termijn kan worden verwacht.

Welnu, het toepassingsgebied van het wetsvoorstel werd aanzienlijk uitgebreid. Het heeft immers niet alleen betrekking op situaties bij het levenseinde, maar ook op ongeneeslijke patiënten die nog niet in een terminale fase zijn gekomen.

Bovendien zijn ook de motieven waarop de patiënten zich mogen beroepen zeer uitgebreid. Het kan

Il y a différentes manières d'envisager les soins palliatifs. La culture palliative varie selon les établissements et le type de soins prodigués (à domicile ou en milieu hospitalier, en maison de repos, etc.).

Il serait intéressant que les différentes philosophies existant en la matière puissent être exposées dans le cadre des auditions à venir.

La deuxième observation concerne l'option selon laquelle on procède par la voie d'une modification du Code pénal.

Le groupe auquel appartient l'intervenante maintient pour sa part sa volonté de ne pas modifier le Code pénal, non pour des raisons de technique juridique ou législative, mais parce qu'une telle modification lui paraît dangereuse, l'interdiction de tuer devant rester un point de repère fondamental dans notre société.

Il s'agit de l'un des quelques grands repères symboliques, sans doute traditionnels, mais qui sont des balises importantes, de moins en moins nombreuses, dans une société civile et politique en pleine mutation.

Le souhait de préserver l'interdit de tuer s'inspire de raisons sociologiques et anthropologiques, indépendantes de conceptions philosophiques ou religieuses.

Trop de personnes s'inquiètent de possibles dérapages. L'expérience étrangère montre qu'il serait imprudent de toucher au Code pénal: mis à part l'Oregon, aucun État n'a procédé à une telle modification, même pas les Pays-Bas.

D'autres manières de régler la matière sont possibles, et notamment une modification de l'arrêt royal relatif à l'art de guérir.

Beaucoup d'États, et notamment la Suisse, ont agi par le biais de la déontologie médicale. Il serait intéressant de demander aux médecins, qui seront directement confrontés au problème, par quel biais il leur paraît préférable de travailler.

Un autre point paraît choquant dans la proposition relative à l'euthanasie: il s'agit du champ d'applications du texte proposé.

On se situe dans un débat relatif à la fin de vie. Le groupe auquel appartient l'intervenante pensait que la discussion était limitée à ce sujet, et estimait qu'il fallait s'en tenir aux cas où la mort était prévisible à brève échéance.

Or, le champ d'application de la proposition de loi a été considérablement étendu, puisqu'il vise non seulement des situations de fin de vie, mais aussi les malades incurables qui ne seraient pas en phase terminale.

En outre, les motifs que peuvent invoquer les patients sont eux aussi extrêmement larges, puisqu'il

immers gaan om patiënten die lijden of in een toestand van fysieke of psychische nood verkeren.

Onder die voorwaarden kan om euthanasie worden verzocht in gevallen die enkele maanden geleden bij het indienen van de teksten nog ondenkbaar waren: zo kan een depressieve patiënt die zich in een morele noodtoestand bevindt, om euthanasie verzoecken.

Dit vormt een probleem, ook al mogen we niet uit het oog verliezen hoe groot het lijden en de psychische nood in onze maatschappij is. Zelfmoord bij jongeren is hiervan een dramatische illustratie. Een dermate uitgebreid toepassingsgebied wordt echter voor veel zieken en gehandicapten een ondraaglijke boodschap. Dat blijkt uit de reacties die het voorstel heeft losgemaakt. Deze tekst gaat te ver en houdt het risico van banalisering in.

Te veel personen hebben hem reeds geïnterpreteerd als een toestemming om te vragen om te sterven of om een dergelijk verzoek van kwetsbare personen in te willigen.

Om die reden wenst de fractie waartoe de spreker behoort dat het toepassingsgebied van de tekst wordt beperkt zodat euthanasie een uitzonderlijke daad blijft die op meer restrictieve motieven is gebaseerd (ondraaglijk lijden, ongeneeslijk karakter van de ziekte, prognose van een overlijden op korte termijn).

De rol van de arts lijkt in de tekst beter uitgewerkt dan in voorgaande wetsvoorstellen, maar de arts staat nog altijd even alleen tegenover het euthanasieverzoek.

In de tekst wordt bepaald dat een onafhankelijke collega wordt geraadpleegd, niet over het euthanasieverzoek, maar wel over het ongeneeslijke karakter van de ziekte.

De spreker meent dat de tekst, in vergelijking met het wetsvoorstel dat door haar fractie werd ingediend, noch het overleg van de arts met het verplegend team (waaronder eventueel ook een afgevaardigde van het ethisch comité), noch de raadpleging van de naasten afdoende versterkt.

Het risico bestaat dat de arts alleen blijft staan tegenover het euthanasieverzoek en dat hij om die reden tegenover de zieke te veel macht heeft.

Het is niet verrassend dat in de tekst wordt geopteerd voor een controle *a posteriori*, terwijl de fractie van de spreker veeleer voorstander van een controle *a priori* is.

Bovendien maakt de tekst wel melding van palliatieve zorg, maar zwijgt hij over de plicht tot morele bijstand van de artsen en het verplegend personeel. De begeleiding en psychische bijstand van de patiënt op het einde van het leven is nochtans fundamenteel,

peut s'agir de patients en état de souffrance ou de détresse physique ou psychique.

Ces termes pourraient donner lieu à des demandes d'euthanasie que l'on n'aurait pas imaginées, voici quelques mois, au départ des textes déposés: ainsi, un patient dépressif, en état de détresse morale, pourrait demander l'euthanasie.

Cela pose problème, même si l'on ne peut ignorer l'étendue des souffrances et détresses psychiques existant dans notre société. Les suicides de jeunes en sont une illustration dramatique. Mais un champ d'application aussi large constitue un message insupportable à l'égard de beaucoup de personnes malades ou handicapées, comme en témoigne le courrier suscité par le texte proposé. Ce texte paraît trop audacieux, et comporte un risque de banalisation.

Trop de personnes l'ont déjà interprété comme une autorisation de demander à mourir ou de faire droit à une telle demande, à l'égard de personnes vulnérables.

C'est pourquoi le groupe auquel appartient l'intervenante souhaiterait vivement que le champ d'application du texte soit restreint, l'euthanasie devant rester un acte exceptionnel fondé sur des motifs plus restrictifs (souffrance insupportable, caractère incurable de la maladie, pronostic de décès à brève échéance).

En ce qui concerne le rôle du médecin, il est vrai que le texte semble entourer davantage celui-ci que ne le faisaient les précédentes propositions de loi, mais le médecin n'en reste pas moins seul face à la demande d'euthanasie.

Le texte prévoit la consultation d'un collègue indépendant, non pas sur la demande d'euthanasie, mais sur le caractère incurable de la maladie.

L'intervenante estime que, par comparaison avec la proposition de loi déposée par son groupe, le texte ne renforce pas suffisamment la concertation du médecin avec l'équipe soignante (y compris, le cas échéant, un délégué du comité d'éthique), ni la consultation des proches.

Le risque existe que le médecin reste seul face à la demande d'euthanasie, et qu'il ne détienne de ce fait un pouvoir trop grand par rapport au malade.

Le texte opte sans surprise pour un contrôle *a posteriori*, alors que le groupe de l'intervenante est plutôt favorable à un contrôle *a priori*.

En outre, le texte mentionne une prise en charge palliative, mais passe sous silence l'obligation d'assistance morale du médecin et du personnel soignant. Or, la dimension de l'accompagnement et de l'aide psychique au patient en fin de vie paraît

zowel in het kader van de palliatieve zorg als, indien dit niet helpt, in het kader van euthanasie.

Dit element moet uitdrukkelijk in de toekomstige wetgeving worden opgenomen en moet via de opleiding van artsen en verpleegkundigen worden aange-moedigd.

Spreekster beklemtoont in dit verband dat, in tegenstelling tot wat sommigen meenden te moeten verklaren, het lijden volgens haar zoveel mogelijk moet worden verlicht. De fractie waarvan ze deel uitmaakt, steunt geenszins op een ideologie die het lijden een bijzondere waarde toekent en bijgevolg berusting predikt. Vergeleken met andere landen, zoals Canada, loopt ons land achter inzake stervensbegeleiding. In Canada vindt een gelijkaardig debat plaats, maar daar is men afgestapt van de depenalisering en is men sterker de nadruk op de ontwikkeling van een palliatieve cultuur gaan leggen.

Het zou interessant zijn in de verenigde commissies hierover een Canadese getuigenis te horen.

De voorafgaande wilsverklaring van de patiënt houdt uiteraard verband met de problematiek van de patiënten die niet meer bewust zijn. Het zou goed zijn hierover deskundigen op het terrein te horen.

Spreekster verwijst naar de werkzaamheden van de Senaat tijdens de vorige zittingsperiode en naar elementen van vergelijkend recht.

In de landen waar de voorafgaande wilsverklaring bestaat (in Oregon en Zwitserland, waar euthanasie niet wettelijk geregeld is, maar de medische deontologie het principe van de wilsverklaring aanvaardt), is gebleken dat deze de taak van de arts niet altijd vergemakkelijkt.

Amerikaanse artsen onderstrepen dat een voorafgaande wilsverklaring de arts in moeilijkheden kan brengen, omwille van de manier waarop de ziekte zich ontwikkelt en van de houding van de patiënt, zijn omgeving en zelfs zijn vertegenwoordiger.

Iedereen heeft natuurlijk het recht zijn laatste wil op papier te zetten.

De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, wenst niet dat de voorafgaande wilsverklaring van de patiënt wordt gebruikt als beoordelingselement en evenmin als een definitief en rechtsgeldig bewijs van wat de patiënt wil.

Volgens het wetsvoorstel moet een geldige voorafgaande wilsverklaring worden opgesteld minder dan vijf jaar vóór de patiënt zijn wil niet meer kan uiten. Die termijn lijkt te lang, omwille van de snelle evolutie die een persoon op het einde van zijn leven kan doormaken.

fondamentale, dans le cadre tant des soins palliatifs que, si ceux-ci s'avèrent inopérants, dans celui de l'euthanasie.

Cet élément devrait figurer explicitement dans la loi future, et devrait être encouragé par le biais de la formation des médecins et des infirmières.

L'intervenante souligne à cet égard que, contrairement à ce que certains ont cru pouvoir déclarer, la souffrance doit, à ses yeux, être soulagée autant que faire se peut, et que le groupe dont l'intervenante fait partie ne s'inspire nullement d'une idéologie selon laquelle la souffrance serait valorisée, et par conséquent devrait être acceptée. Notre pays accuse en matière d'accompagnement de la fin de vie un retard par rapport à d'autres, comme le Canada. Dans ce dernier pays, un débat semblable au nôtre a eu lieu, mais la voie de la dépenalisation a été abandonnée, et l'accent a été mis sur le développement d'une culture palliative.

Il serait intéressant que les commissions réunies puissent, si elles disposent du temps nécessaire, entendre un représentant canadien sur le sujet.

En ce qui concerne la déclaration de volonté anticipée du patient, elle présente un lien évident avec la problématique des patients inconscients. Il s'agit d'un point sur lequel il serait utile d'avoir un éclairage de la part des spécialistes de terrain.

L'intervenante se réfère aux travaux menés par le Sénat lors de la précédente législature, ainsi qu'à des éléments de droit comparé.

Dans quelques États où le principe d'une déclaration de volonté anticipée existe (*cf.* l'Oregon et la Suisse, où aucune réglementation n'existe en matière d'euthanasie, mais où la déontologie médicale accepte le principe d'une telle déclaration), il n'est pas évident que cela facilite toujours la tâche du médecin.

Des médecins américains soulignent à cet égard qu'une déclaration anticipée peut parfois mettre le médecin en difficulté, compte tenu du caractère évolutif de la maladie, de l'attitude du patient, de l'entourage, voire même du mandataire.

Chacun peut, bien entendu, mettre sur papier ses dernières volontés.

Le groupe auquel appartient l'intervenante souhaiterait cependant que la déclaration de volonté anticipée du patient ne constitue qu'un élément d'appréciation, et non une preuve définitive, juridiquement acceptée, de la volonté du patient.

La proposition de loi prévoit que la déclaration de volonté anticipée est valable si elle a été établie moins de cinq ans avant le début de l'incapacité. Ce délai paraît trop long, compte tenu de l'évolution parfois très rapide de la personne en fin de vie.

Er moet meer duidelijkheid komen over de voorafgaande wilsverklaring door artsen te horen die terzake ervaring hebben of door de toestand te bestuderen in de landen waar de voorafgaande wilsverklaring bestaat.

Het wetsvoorstel opteert voor een controle *a posteriori*. Spreekster heeft twijfels over de efficiëntie van een dergelijke controle, die een loutere formaliteit dreigt te worden, temeer omdat sommige artsen al hebben verklaard dat de nieuwe wet hun handelwijze niet zal beïnvloeden.

De tekst voorziet bovendien niet in een specifieke sanctie ingeval de procedurele voorwaarden niet worden nageleefd.

Het voorstel van de fractie van de spreekster diende te worden ingevoegd in de tekst over de geneeskunst; het voorzag in het behoud van strafrechtelijke bepalingen en in specifieke strafrechtelijke sancties in geval van niet-naleving van een van procedurele verplichtingen.

Moeten er ook geen — niet noodzakelijk strafrechtelijke — strafbepalingen zijn voor de arts?

Moet in de wet die nu wordt voorbereid, niet uitdrukkelijk sprake zijn van de strijd tegen uitzichtloze therapieën en het staken van de therapie?

Het merendeel van de euthanasieverzoeken komt er inderdaad nadat een uitzichtloze therapie werd toegepast of een therapie werd stopgezet, of uit angst daarvoor.

Een duidelijke tekst daarover is dus wenselijk, maar het Strafwetboek lijkt daarvoor niet geschikt.

Spreekster herhaalt dat haar fractie er de voorkeur aan geeft alle beslissingen omtrent het levenseinde te bundelen in één tekst, die niet in het Strafwetboek wordt opgenomen.

Het gaat inderdaad in de eerste plaats om een probleem van volksgezondheid.

Het strafrecht heeft zijn beperkingen en kan deze problematiek moeilijk vatten.

Het dreigt verlamdend en desoriënterend te werken en het collectief onderbewustzijn ongunstig te beïnvloeden.

Nu men er in tal van domeinen naar streeft de sociale banden in stand te houden, bijstands- en begeleidingsmechanismen uit te bouwen en bakens uit te zetten voor de toekomstige generaties, lijkt de voorgestelde tekst gevaarlijk.

Zowel internationale teksten als de toestand in onze buurlanden tonen aan dat raken aan de strafwet een hoog symbolisch gehalte heeft. We moeten een dreigende banalisering vermijden.

Un éclairage sur les déclarations de volonté anticipée serait souhaitable, notamment en consultant les médecins qui pourraient avoir une expérience en la matière, et en examinant la situation des pays où une telle déclaration existe.

La proposition de loi opte pour un contrôle *a posteriori*. L'intervenante exprime des doutes sur l'efficacité d'un tel système, qui pourrait s'avérer purement formel, d'autant plus que certains médecins ont déjà déclaré que la loi nouvelle n'aurait pas d'incidence sur leurs pratiques.

Par ailleurs, le texte ne prévoit aucune sanction spécifique en cas de non-respect des conditions procédurales.

La proposition déposée par le groupe de l'intervenante s'insérerait dans le texte relatif à l'art de guérir; elle prévoyait, outre le maintien des dispositions pénales existantes, des dispositions pénales spécifiques sanctionnant chaque obligation procédurale à respecter.

Ne faudrait-il pas trouver un moyen — non nécessairement pénal — pour sanctionner la manière dont le médecin a procédé?

Par ailleurs, ne faudrait-il pas, dans la loi en préparation, parler explicitement de la lutte contre l'acharnement et l'abandon thérapeutiques?

La majorité des demandes d'euthanasie exprimées surviennent en effet après un acharnement ou un abandon thérapeutiques, ou procèdent de la crainte de ceux-ci.

Un texte explicite serait donc souhaitable sur ce point, mais le cadre du Code pénal semble inadéquat.

Enfin, l'intervenante répète que son groupe préférerait que l'on traite de toutes les situations de fin de vie dans un seul texte, qui ne s'insérerait pas dans le Code pénal.

En effet, il s'agit essentiellement de problèmes de santé publique.

Le droit pénal a ses limites, et est maladroit à cerner ce type de problématique.

Il risque de figer la situation, de bouleverser des repères symboliques, et d'avoir un effet négatif sur l'inconscient collectif.

À l'heure où, dans nombre de matières, on s'efforce de préserver le lien social, et de garder quelques mécanismes d'aide et d'accompagnement et quelques points de repère pour les générations futures, le texte proposé paraît dangereux.

Les textes internationaux nous le rappellent, de même que la situation dans les pays voisins: il est hautement symbolique de toucher au Code pénal. Il faut éviter la banalisation qui risque de s'ensuivre.

Iedereen weet dat euthanasie wordt toegepast en dat controle noodzakelijk is. In sommige gevallen kan en moet euthanasie mogelijk zijn. De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, heeft een symbolische daad willen stellen door een wetsvoorstel in te dienen, wat niet zonder betekenis was. Haar fractie wil een wet die de gevaren omzeilt die een te ruime tekst, zoals die welke werd ingediend, doet ontstaan.

Wat het tweede wetsvoorstel over de evaluatiecommissie betreft, is het juist dat het voorgestelde systeem vergelijkbaar is met de regeling die geldt inzake zwangerschapsafbreking.

De fractie waarvan spreekster deel uitmaakt is ervan overtuigd dat de maatschappij controle moet uitoefenen, maar ze wil een andere controle. Ze gelooft niet dat de evaluatiecommissie die men wil oprichten een goed werkinstrument is, omdat het om een bij uitstek politiek instrument gaat.

Ze geeft de voorkeur aan een controleorgaan waarin de artsen een grotere rol spelen en aan een evaluatiemechanisme dat beperkt is in de tijd.

Een tijdelijke wet die over enkele jaren kan worden aangepast, lijkt een betere oplossing omdat het weinig waarschijnlijk is dat een evaluatiecommissie erin slaagt de wet te wijzigen of te verbeteren.

Zo is gebleken dat de evaluatiecommissie inzake zwangerschapsafbreking interessante statistieken oplevert, maar niet de mogelijkheid opent om een fundamentele bepaling van de strafwet te wijzigen.

Spreekster heeft ook vragen bij de wijze waarop de artsen de documenten aan de evaluatiecommissie zullen overleggen.

In Nederland is gebleken dat de nieuwe regeling de handelwijze van de artsen nauwelijks heeft beïnvloed. Waarom zouden Belgische artsen moediger zijn en hun documenten aan een niet-medische, maar politieke commissie overleggen?

Ten slotte geeft het wetsvoorstel over palliatieve zorg nog aanleiding tot een aantal algemene overwegingen. De tekst is erg breed en zeer vaag en moet worden gepreciseerd.

Omdat verschillende bestuursniveaus (federale overheid, gewesten en gemeenschappen) bevoegd zijn, is de materie moeilijk af te bakenen.

Het is voor een niet-specialist daarom niet gemakkelijk uit te maken welke regels, meer bepaald sociale, van toepassing zijn.

Verkiezelijk is een voorstel van kaderwet dat niet alleen alle principes bevat waarop de palliatieve zorgverlening voortaan moet steunen (toegankelijkheid,

Chacun sait que des euthanasies sont pratiquées, et que ces pratiques doivent être contrôlées. Il est des cas où l'euthanasie peut et doit être permise. Le groupe auquel appartient l'intervenante a voulu poser un geste symbolique, en déposant une proposition de loi en la matière, ce qui n'était pas anodin. Il veut aboutir à une loi qui évite les dangers suscités par le texte beaucoup trop large qui vient d'être déposé.

En ce qui concerne la deuxième proposition de loi, qui traite de la commission d'évaluation, il est vrai qu'elle instaure un système comparable à celui appliqué en matière d'IVG.

Le groupe auquel appartient l'intervenante croit certes à un contrôle de la société sur les pratiques, mais souhaiterait un contrôle différent. Il ne croit pas que la commission d'évaluation dont la création est envisagée soit un outil adéquat, car il s'agit d'un instrument de nature essentiellement politique.

Il serait préférable de créer un organe de contrôle où les médecins seraient davantage partie prenante, et de prévoir un mécanisme d'évaluation plus temporaire.

Une loi temporaire, qui serait remise sur le métier dans quelques années, paraît une solution plus intéressante, car il est peu probable que les recommandations de la commission d'évaluation permettront de modifier la loi ou de l'améliorer.

L'expérience de la commission d'évaluation en matière d'IVG montre en effet que le système livre certes des éléments statistiques intéressants, mais ne permet pas de revenir sur une disposition fondamentale du Code pénal.

L'intervenante s'interroge également sur la manière dont les documents seront transmis par les médecins à la commission d'évaluation.

L'expérience hollandaise montre en effet que les médecins n'ont pas changé fondamentalement leurs pratiques suite aux dispositions nouvelles, et l'on voit mal pourquoi les médecins belges seraient plus audacieux, en transmettant leurs documents à une commission de nature, non médicale, mais politique.

Enfin, la proposition de loi relative aux soins palliatifs suscite quelques remarques générales. Ce texte paraît très large et très vague, et mériterait d'être précisé.

Il s'agit d'une matière difficile à cerner, car plusieurs niveaux de pouvoirs (fédéral, régional, communautaire) y sont impliqués.

Il n'est dès lors pas facile pour un non-spécialiste de comprendre les diverses réglementations, notamment sociales, applicables.

Il serait préférable d'élaborer une proposition de loi-cadre reprenant non seulement tous les principes que l'on veut voir développer à l'avenir dans nos soins

gelijke behandeling, structurele financiering, ...) maar dat ook de huidige toestand concreet weerspiegelt.

Sinds 1 januari 2001 is een nieuwe regeling van toepassing; de palliatieve zorgverstrekkers hebben al laten weten dat het besluit inzake financiering en verpleegdagprijs niet ver genoeg gaat.

Het voorstel moet dus ook over de principes handelen.

In deze materie, die voor spreekster en haar fractie fundamenteel is en waaraan ze meer belang hecht dan aan de tekst over de depenalisering van euthanasie, mag men niet alles aan de Koning overlaten.

Spreekster wijst er tot slot op dat haar fractie terzake een tekst heeft ingediend die nogal lang is omdat daarin niet alleen is opgenomen wat bestaat, maar ook wat verbeterd kan worden. Deze tekst zal later worden toegelicht.

Een senator acht palliatieve zorgverlening te belangrijk om deze aangelegenheid te gaan benaderen als een aanhangsel van een euthanasieregeling. De materie vereist een eigen kader en het is daarom niet wenselijk dat ze wordt afgedaan door een aantal artikelen in te voegen in een wet die euthanasie regelt.

Palliatieve zorg is overigens in de eerste plaats een kwestie van financiële en personele middelen en van opleiding. De overheid mag er niet van uitgaan dat deze materie geregeld is door een aantal grote principes in de wet in te schrijven.

Tijdens een vorige vergadering heeft spreker zich al voorstander getoond van een wettelijke regeling inzake euthanasie die zowel aan de artsen als aan de patiënten de nodige rechtszekerheid moet garanderen.

Een dergelijke regeling is evenwel alleen aanvaardbaar indien een aantal zorgvuldigheidsvereisten zijn ingebouwd. Precies vanuit dit oogpunt heeft zijn fractie er de voorkeur aan gegeven via amendementen voort te bouwen op het wetsvoorstel nr. 2-105/1, dat terzake de meeste garanties biedt.

Spreker is dan ook ten zeerste ontgoocheld dat deze tekst opzij werd geschoven ten voordele van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 dat door de voorzitters van de meerderheidsfracties werd ingediend. Men kan zich niet van de indruk ontdoen dat het hier een in alle haast bijeengeharkte tekst is, waarin een aantal zorgvuldigheidsvereisten achterwege werden gelaten en die aan duidelijkheid zeer te wensen overlaat.

Hij hoopt dan ook dat de discussie over deze tekst volkomen open is. Zoniet zal hij zich verplicht zien het wetsvoorstel nr. 105/1, met een aantal aanpassingen die in eerder ingediende amendementen (Zie Stuk Senaat, nr. 2-105/2) werden omschreven, onder eigen naam opnieuw in te dienen.

palliatifs (droit d'accès, égalité de traitement, financement structurel, ...), mais aussi, de façon beaucoup plus concrète, ce qui se passe actuellement.

Une nouvelle réglementation est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2001; le milieu des soins palliatifs a déjà fait savoir que, selon lui, l'arrêté ne va pas assez loin dans le financement et le forfait journalier.

La proposition devrait donc comporter un volet relatif aux principes.

Il faudrait éviter de déléguer au Roi l'ensemble de la matière, qui est fondamentale et, aux yeux de l'intervenante et de son groupe, première par rapport au texte sur la dépénalisation de l'euthanasie.

L'intervenante conclut en indiquant que son groupe a déposé un texte en la matière, qui est assez long, parce qu'il reprend à la fois ce qui existe, et ce qui peut être amélioré. Il sera commenté ultérieurement.

Un sénateur estime que les soins palliatifs sont une matière trop importante que pour l'aborder comme un complément à la réglementation sur l'euthanasie. Cette matière exige un cadre propre et il n'est dès lors pas souhaitable qu'elle soit traitée par l'insertion de quelques articles dans une loi réglant l'euthanasie.

Les soins palliatifs sont d'ailleurs en premier lieu une question de moyens financiers et de personnel ainsi que de formation. Les pouvoirs publics ne peuvent pas partir du principe que cette matière peut être réglée par l'insertion d'une série de grands principes dans la loi.

Lors d'une réunion précédente, l'intervenant s'est dit partisan d'une réglementation légale en matière d'euthanasie, qui garantisse la sécurité juridique nécessaire tant aux médecins qu'aux patients.

Une telle réglementation n'est cependant acceptable que si une série de critères de prudence sont prévus. Compte tenu de cela précisément, son groupe a choisi de déposer des amendements à la proposition de loi n° 2-105/1, laquelle offre les meilleures garanties en la matière.

L'intervenant est dès lors fort déçu que ce texte ait été écarté au profit de la proposition de loi n° 2-244/1, déposée par les présidents des groupes de la majorité. On ne peut se départir de l'impression qu'il s'agit d'un texte composé à la hâte, dans lequel une série de critères de prudence ont été négligés et dont la clarté laisse à désirer.

C'est pourquoi il espère que la discussion de ce texte demeure tout à fait ouverte. Si ce n'est pas le cas, il se verra obligé de réintroduire sous son propre nom la proposition de loi n° 2-105/1, avec une série d'adaptations définies dans des amendements déposés précédemment (voir document Sénat n° 2-105/2).

Spreker wenst vervolgens 10 concrete tekortkomingen op te sommen van het wetsvoorstel nr. 2-244/1.

1. Het begrip «terminaal» is uit de tekst verdwenen. Het is waar dat dit een moeilijk te omlijnen begrip is, maar men lost dit niet op door in de plaats termen zoals «zware en ongeneeslijke aandoening» te gebruiken, waarmee men zich helemaal op glad ijs begeeft. Waar ligt bijvoorbeeld het verschil tussen een gewone chronische aandoening en een «zware en ongeneeslijke aandoening». Het begrip «terminaal» hoeft niet noodzakelijk te betekenen dat de patiënt nog slechts enkele dagen te leven heeft. Het is wel degelijk mogelijk dit begrip af te bakenen en de commissie moet hiertoe een poging trachten te doen.

2. Een aantal zorgvuldigheidsvereisten die in het wetsvoorstel nr. 2-105/1 voorkwamen, zijn hier zonder meer weggefallen. Zo is het begrip «vrijwilligheid» uit de tekst verdwenen. Een deel van de bezwaren tegen een euthanasieregeling is ingegeven door de angst dat de patiënt door zijn omgeving onder druk zou worden gezet of dat hij om levensbeëindiging vraagt omdat hij zich een last voelt voor zijn omgeving. Vandaar dat de wetgever de arts de plicht moet opleggen om te toetsen of de vraag om euthanasie niet door dergelijke overwegingen is ingegeven. Arts en patiënt moeten samen, zonder enige druk van buitenaf, tot het besluit komen dat er geen andere mogelijkheid is om het ondraaglijke lijden van de patiënt te verzachten.

3. De tekst schrijft voor dat de mening van een tweede arts moet worden ingewonnen. Er wordt echter niet bepaald wat deze verplichting precies inhoudt, waardoor het advies een loutere formaliteit wordt. Theoretisch is het mogelijk dat deze tweede arts zijn mening geeft zonder dat hij de patiënt zelfs maar gezien heeft. In Nederland bijvoorbeeld, moet de tweede arts de patiënt onderzoeken en zich vergewissen van het ondraaglijke en uitzichtloze karakter van de ziekte.

4. De wilsuiting kan door de arts vastgesteld worden, louter op basis van een gesprek met de patiënt, zelfs als deze ertoe in staat zou zijn zijn wil schriftelijk kenbaar te maken. Bovendien hoeft er bij deze mondelinge wilsuiting geen enkele getuige aanwezig te zijn. Het zou volstaan dat de arts ergens in het registratieformulier aangeeft dat de patiënt om euthanasie heeft gevraagd. Dit is onaanvaardbaar. Hoe kan in een dergelijk systeem *a posteriori* worden nagegaan of een aantal zorgvuldigheidseisen in acht werden genomen?

5. Het wetsvoorstel bepaalt wel dat euthanasie slechts mogelijk is na een duurzaam verzoek van de patiënt, maar zegt niet waaruit dit duurzame karakter moet blijken. Het minste wat men in dit verband kan verlangen is dat een wilsverklaring of een wilsuiting formeel wordt bevestigd vooraleer de euthanasie wordt uitgevoerd. Ook deze bevestiging zou schrifte-

L'intervenant souhaite ensuite énumérer dix lacunes concrètes de la proposition de loi n° 2-244/1.

1. La notion «terminal» ne figure plus dans le texte. Il est exact que cette notion est difficile à définir, mais on ne résout rien en utilisant plutôt des termes comme «maladie grave et incurable», avec lesquels on s'aventure en terrain glissant. Quelle est par exemple la différence entre une maladie chronique habituelle et une «maladie grave et incurable»? Le terme «terminal» ne doit pas nécessairement signifier que le patient n'a plus que quelques jours à vivre. Il est tout à fait possible de définir cette notion et la commission doit s'y employer.

2. Une série de critères de prudence figurant dans la proposition de loi n° 2-105/1 ont purement et simplement été éliminés. Ainsi, la notion «de plein gré» ne figure plus dans le texte. Une partie des objections à l'égard d'une réglementation de l'euthanasie est inspirée par la crainte que le patient soit mis sous pression par son entourage ou qu'il demande l'euthanasie parce qu'il se sent une charge pour ce dernier. C'est la raison pour laquelle le législateur doit imposer au médecin l'obligation d'examiner si la demande d'euthanasie n'est pas inspirée par de telles considérations. Le médecin et le patient doivent arriver ensemble, sans la moindre pression de l'extérieur, à la conclusion qu'il n'y a aucune autre possibilité d'atténuer la souffrance insupportable du patient.

3. Le texte prescrit que l'avis d'un deuxième médecin doit être demandé. On ne précise cependant pas ce qu'implique exactement cette obligation, ce qui a pour conséquence que cet avis devient une simple formalité. Il est théoriquement possible que ce deuxième médecin donne son avis sans même avoir vu lui-même le patient. Aux Pays-Bas, par exemple, le deuxième médecin doit examiner le patient et s'assurer du caractère insupportable et sans issue de la maladie.

4. L'expression de la volonté peut être constatée par le médecin, simplement sur la base d'une conversation avec le patient, même si celui-ci est capable de faire connaître son avis par écrit. De plus, lors de cette déclaration orale de volonté, aucun témoin ne doit être présent. Il suffirait que le médecin indique dans le formulaire d'enregistrement que le patient a demandé l'euthanasie. C'est inacceptable. Dans un tel système, comment peut-on vérifier *a posteriori* si une série de critères de prudence ont été respectés?

5. La proposition de loi précise bien que l'euthanasie n'est possible qu'à la suite d'une demande persistante du patient, mais ne dit pas comment doit se manifester ce caractère persistant. Le moins que l'on puisse demander dans ce contexte est qu'une déclaration de volonté ou une expression de volonté soit formellement confirmée avant que l'euthanasie

lijk of in aanwezigheid van getuigen moeten gebeuren. Het voorstel nr. 2-105/1 voorzagt terzake in een duidelijke regeling en bepaalde dat, indien het voor de patiënt onmogelijk was zijn verzoek te bevestigen, niet één maar twee artsen moesten worden geraadpleegd.

Het is belangrijk dat de euthanasie volgens een gefaseerde procedure verloopt, waarbij elke fase degelijk wordt gecontroleerd.

6. Zowat alle vroeger ingediende voorstellen voorzien in een bijzondere regeling voor zwangere vrouwen. Het is onbegrijpelijk dat dit in de voorliggende tekst is weggelaten. Wanneer de patiënte een levensvatbaar kind draagt, moet dit ter wereld kunnen komen. Dit hoeft niet noodzakelijk te betekenen dat de zwangerschapsperiode volledig wordt ugedaan. Aangezien het een levensvatbaar kind betreft, kan een bevalling worden geïnduceerd.

7. Het voorstel nr. 2-105/1 voorzagt in een toetsingscommissie die moest toezien op het respecteren van de zorgvuldigheidsvereisten. De commissie die in het wetsvoorstel nr. 2-245/1 wordt opgericht, heeft alleen nog als opdracht statistische gegevens te verzamelen en aanbevelingen te doen ten aanzien van de overheid. Het is noodzakelijk dat er een toezichtcommissie komt, waarin de betrokken beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn en die ideologisch evenwichtig is samengesteld, met als opdracht alle actieve levensbeëindigingen op een consequente en homogene wijze, volgens duidelijk vastgestelde regels, te beoordelen. Een beoordelingssysteem dat uitsluitend steunt op — toevallige — klachten bij de rechtbanken is volstrekt onvoldoende om tot een jurisprudentie te komen waarop men kan steunen.

8. Het verslag dat de arts opmaakt, moet een dergelijke toetsing mogelijk maken. Behoudens de aard van de aandoening zouden hierin onder meer ook de aard van het lijden zelf en de reden waarom het lijden uitzichtloos is moeten worden weergegeven. Daarnaast zouden hierin afschriften van de wilsverklaring, de wilsuiting en de bevestiging hiervan moeten worden opgenomen, alsmede de andere gegevens waaruit het duurzame karakter van de vraag om levensbeëindiging moet blijken.

9. Het wetsvoorstel nr. 2-86/1 voorzagt in de aanstelling van een gemandateerde die moet toezien op de uitvoering van de wilsverklaring, indien bijvoorbeeld de patiënt in een vreemd ziekenhuis terecht komt. Een dergelijke werkwijze is zeer wenselijk. In het wetsvoorstel nr. 2-244/1 wordt deze gemandateerde evenwel een gesprekspartner van de arts om tot een besluit te komen. Dit kan nooit de bedoeling zijn. De gemandateerde moet de arts wel wijzen op het bestaan van de wilsverklaring, maar het is deze laatste die de beslissing neemt. In deze tekst legt men een onaantoonbare druk op de gemandateerde.

soit pratiquée. Cette confirmation devrait également s'effectuer par écrit ou en présence de témoins. La proposition de loi n° 2-105/1 prévoyait à cet effet une formule claire et disposait que, si le patient était incapable de confirmer sa volonté, ce n'était pas un, mais deux médecins qui devaient être consultés.

Il est important que l'euthanasie se déroule suivant une procédure comprenant plusieurs phases, chacune d'elles étant sérieusement contrôlée.

6. La plupart des propositions déposées précédemment prévoyaient une réglementation particulière pour les femmes enceintes. Il est incompréhensible qu'elle ne figure pas dans le présent texte. Lorsqu'une patiente porte un enfant viable, celui-ci doit pouvoir venir au monde. Cela ne doit pas nécessairement signifier que la période de grossesse est entièrement terminée. Puisqu'il s'agit d'un enfant viable, un accouchement peut être provoqué.

7. La proposition de loi n° 2-105/1 prévoyait une commission d'évaluation qui devait veiller au respect des critères de prudence. La commission instituée par la proposition n° 2-245/1 n'a encore pour mission que de rassembler des données statistiques et de formuler des recommandations à l'intention des pouvoirs publics. Il est indispensable de créer une commission de contrôle, comprenant de représentants des groupes professionnels concernés et composée de façon équilibrée sur le plan idéologique, qui aurait pour mission d'évaluer toutes les euthanasies actives, de manière conséquente et homogène, selon des règles clairement déterminées. Un système d'évaluation reposant exclusivement sur des plaintes occasionnelles auprès de tribunaux est totalement insuffisant pour aboutir à une jurisprudence sur laquelle on peut s'appuyer.

8. Le rapport établi par le médecin doit rendre une telle évaluation possible. En plus de la nature de la maladie, il faudrait également pouvoir y indiquer la nature de la souffrance et les raisons pour lesquelles la souffrance est sans issue. En outre, des copies de la déclaration de volonté, de l'expression de volonté et de la confirmation de celle-ci devraient y figurer, de même que d'autres données dont ressortirait le caractère persistant de la demande d'euthanasie.

9. La proposition de loi n° 2-86/1 prévoyait la désignation d'un mandataire chargé de veiller à l'exécution de la déclaration anticipée, si le patient se trouvait par exemple dans un hôpital étranger. Cette méthode de travail est souhaitable. Dans la proposition de loi n° 2-244/1, ce mandataire devient cependant un interlocuteur du médecin et participe à la prise de décision. Il ne peut en être question. Le mandataire doit certes indiquer au médecin qu'il y a une déclaration anticipée mais la décision revient au médecin. Ce texte fait peser une pression inacceptable sur le mandataire.

10. Euthanasie wordt volgens het wetsvoorstel geregistreerd als een natuurlijke dood. Het is echter, onder meer met het oog op epidemiologisch onderzoek, noodzakelijk dat in de statistieken over de doodsoorzaken, de aandoeningen waaraan de betrokkenen lijden, terug te vinden zijn.

Spreker besluit dat hij niet tegen een regeling is die euthanasie in bepaalde gevallen mogelijk maakt. In een dergelijke regeling moeten evenwel sterke zorgvuldigheidsvereisten ingebouwd worden die elk misbruik onmogelijk maken. Vanuit dit oogpunt verdienen een aantal wetsvoorstellen die eerder werden ingediend de voorkeur op de tekst die nu ter bespreking wordt voorgelegd.

Spreker zal dan ook amendementen indienen die de vertaling zijn van de tien opmerkingen die hij zopas ten aanzien van dit wetsvoorstel heeft geformuleerd.

Een lid verklaart dat men zich eerst en vooral kan afvragen waarom de maatschappij, bij ons maar ook in andere landen, vandaag wordt geconfronteerd met het probleem van de euthanasie en de palliatieve zorg. Wij leven in een volkomen nieuw tijdperk, met name vanuit demografisch oogpunt: de levensduur is op een spectaculaire manier verlengd en verscheidene generaties leven samen.

Wij leven ook langer na het beëindigen van onze beroepsactiviteiten. Soms verkeren we ook dan nog in goede gezondheid, maar soms zijn er lange periodes waarin onze gezondheid en onze fysiek zwak zijn, ons intellectueel vermogen afneemt, waarin we sociale uitsluiting en eenzaamheid kennen.

Onze maatschappijen zijn vaak onvoldoende georganiseerd om het hoofd te bieden aan de enorme revolutie die deze situatie met zich brengt.

Het debat over euthanasie en palliatieve zorg dient in die context te worden geplaatst.

Persoonlijk heeft spreker er geen bezwaar tegen om positief in te gaan op een verzoek tot euthanasie.

Nochtans gaat het hier niet om een keuzeprobleem tussen palliatieve zorg en euthanasie.

Het zou overigens verontrustend zijn, mocht dat wel het geval zijn.

Als arts gaat spreker ervan uit dat de strijd voor het leven, tegen ziekte, lijden en dood één van de hoofdmotieven is voor de bedrijvigheid van de arts.

Iemand helpen sterven, zelfs als hij het in sommige uitzonderlijke gevallen kan overwegen, vindt hij een mislukking.

Het hoofdprobleem vandaag is een humanistisch antwoord te vinden dat strookt met de menselijke

10. Selon la proposition de loi, l'euthanasie est enregistrée comme une mort naturelle. Il est cependant nécessaire, notamment dans le cadre des études épidémiologiques, que l'on puisse retrouver dans les statistiques sur les causes des décès, les affections dont les patients souffraient.

L'orateur conclut en disant qu'il n'est pas opposé à une réglementation qui permet l'euthanasie dans certains cas. Il faut cependant qu'une telle réglementation soit assortie de critères de prudence sévères empêchant tout abus. Partant de ce point de vue, il considère que certaines propositions de loi déposées antérieurement sont préférables au texte discuté actuellement.

Par conséquent, l'orateur déposera des amendements qui reflètent les dix remarques qu'il vient de formuler à propos de cette proposition de loi.

Un membre déclare que l'on peut tout d'abord se demander pourquoi cette question de l'euthanasie et des soins palliatifs se pose aujourd'hui à notre société, mais aussi dans d'autres pays. Nous vivons une époque tout à fait nouvelle, notamment sur le plan démographique, où le temps de la vie s'allonge de façon impressionnante, et où plusieurs générations coexistent.

Le temps qui reste à vivre après la fin des activités professionnelles s'allonge également, et se passe parfois dans des conditions de bonne santé, mais parfois aussi, durant de longues périodes, dans des conditions de santé aléatoires de fragilité physique, parfois de diminution des capacités intellectuelles, d'exclusion sociale et de solitude.

Nos sociétés ne sont pas suffisamment organisées pour prendre en compte la révolution énorme qui découle de cette situation.

C'est dans ce contexte que s'inscrit le débat sur l'euthanasie et les soins palliatifs.

À titre personnel, l'intervenant n'est pas opposé à répondre de manière positive à des demandes d'euthanasie.

Néanmoins, la question ne se pose pas, comme on l'a dit parfois, en termes d'alternative entre soins palliatifs et euthanasie.

Il serait d'ailleurs inquiétant qu'il en soit ainsi.

En tant que médecin, l'intervenant considère que la lutte pour la vie, contre la maladie, la souffrance et la mort est l'un des motifs premiers de l'action d'un médecin.

Pour lui, le fait de donner la mort à quelqu'un, même s'il peut le concevoir dans certains cas exceptionnels, constitue un échec.

La question majeure aujourd'hui est de pouvoir donner une réponse humaniste, allant dans le sens de

waardigheid en dat voor alles een aanvaardbare levenskwaliteit waarborgt.

Daarom is het recht op palliatieve zorg, dat vandaag door alle partijen wordt verdedigd, zo belangrijk.

Nu is het nog zaak dit standpunt niet alleen met de mond te belijden. Men moet de gelijke toegang tot palliatieve zorg ook echt in praktijk willen brengen.

Een tweede belangrijk gegeven is dat het, volgens de echo's die opgevangen werden bij sommige artsen en artsenverenigingen, niet zo zeer zwaar zieken zijn die om euthanasie verzoeken, maar wel zeer oude en gezonde mensen, die op deze manier hun nood en hun eenzaamheid te kennen geven en ook hun indruk niet langer als volwaardige personen mee te tellen in onze maatschappij.

Het derde punt betreft het ontbreken van het begrip «levenseinde» in de laatst ingediende tekst.

Spreekster is van mening dat dit één van de meest cruciale punten is van dit debat.

Door zich alleen te baseren op het lijden of de ontreding kan men geen ontsporing of een extreem brede interpretatie voorkomen, zelfs als dat niet de bedoeling is van de indieners van de tekst.

Wat is een noodsituatie of een ondraaglijk lijden? Gaat het hier om het externe oordeel van een derde of het oordeel van de persoon zelf? Op welke wijze zal met het lijden rekening worden gehouden en volgens welke precieze criteria?

In onze samenleving lijdt 15 à 20% van de bevolking aan een handicap. Sommige mindervaliden kunnen te lijden hebben onder een ondraaglijke noodsituatie alleen omwille van de manier waarop de samenleving en de gezonde mensen tegen hun handicap aankijken.

Een ander punt betreft het advies dat moet worden ingewonnen door de arts die met een herhaald verzoek tot euthanasie wordt geconfronteerd.

Het is begrijpelijk dat sommigen hun beslissing om euthanasie te plegen enkel en alleen willen laten afhangen van de dialoog tussen arts en patiënt.

Maar die opvatting heeft een evolutie gekend in alle aspecten van de hedendaagse geneeskunde.

Waarom zou die evolutie dan niet plaatsvinden voor één van de belangrijkste handelingen die een arts kan stellen ten aanzien van de patiënt, namelijk het plegen van euthanasie?

Spreekster begrijpt niet hoe men het zou kunnen stellen zonder het advies van een confrater, maar ook zonder dat van het paramedisch verzorgend personeel, dat een fundamentele rol speelt in de zorgverstrekking bij het levenseinde.

la dignité des personnes, et qui, avant tout, préserve la vie dans des conditions de qualité acceptables.

C'est pourquoi le droit aux soins palliatifs, défendu aujourd'hui par tous les groupes politiques, paraît extrêmement important.

Encore faut-il que cette défense ne soit pas seulement incantatoire. Il faut se donner les moyens pour que l'accès égal aux soins palliatifs soit effectif.

Un second élément important est que l'essentiel de la demande d'euthanasie ne vient pas, selon les échos recueillis auprès de certains médecins et associations de médecins, de personnes gravement malades, mais de personnes très âgées et bien portantes, qui expriment par là leur détresse, leur solitude, leur impression de ne plus être considérées comme des personnes à part entière ayant un rôle à jouer dans notre société.

Le troisième point concerne le fait que l'on ne retrouve pas, dans le dernier texte déposé, la notion de «fin de vie».

L'intervenant estime qu'il s'agit là de l'une des questions les plus cruciales du débat actuel.

Se baser uniquement sur la souffrance et la détresse ne permet pas d'éviter des dérapages et une interprétation extrêmement large, même si telle n'est pas l'intention des auteurs du texte.

Qu'est-ce qu'une détresse ou une souffrance insupportable? S'agit-il du jugement extérieur qu'un tiers porte, ou de celui de la personne elle-même? Dans quelle mesure la souffrance sera-t-elle prise en compte, et selon quels critères précis?

Dans la société actuelle, 15 à 20% de la population souffrent d'un handicap. Certaines de ces personnes peuvent éprouver une détresse insupportable uniquement en raison du regard que la société en général et les bien-portants portent sur leur handicap.

Un autre point concerne l'avis à demander par le médecin confronté à une demande d'euthanasie réitérée.

On peut comprendre que certains veuillent faire dépendre la décision d'euthanasie du seul colloque singulier entre le patient et le médecin.

Mais cette conception des choses a évolué dans tous les aspects de la médecine aujourd'hui.

Dès lors, pourquoi n'évoluerait-elle pas pour l'un des actes les plus importants que le médecin ait à poser à l'égard du patient, à savoir l'acte d'euthanasie?

L'intervenant ne voit pas comment on pourrait se passer de l'avis d'un confrère, mais aussi de celui du personnel soignant paramédical, qui joue un rôle fondamental dans les soins en fin de vie.

Tal van verpleegsters en kinesitherapeuten hebben erop gewezen hoe doorslaggevend hun rol is, omdat het er op het einde van het leven veel minder op aan komt om behandelingen voor de schrijven, dan wel om de zieke te helpen, te omringen, te verzorgen en gerust te stellen.

De bedoeling is niet om alles naar de rechtbank te verschuiven, maar wel om te handelen in overeenstemming met het gezond verstand en met de huidige medische praktijk.

Voor zover spreker kennis heeft kunnen nemen van de mening van artsen en van leden van het verzorgend personeel, denkt hij niet dat de voorgestelde maatregelen hen geruststellen wat betreft de rechtszekerheid.

Integendeel, die maatregelen verontrusten hen. Zij zien in de procedure *a posteriori* veeleer een zwaard van Damocles dat hen zou kunnen beletten de handelingen te stellen die zij nodig achten.

Spreker denkt evenmin dat deze procedure rechtszekerheid biedt voor de patiënt. Hoe zal zij immers met zekerheid kunnen voorkomen dat euthanasie wordt gepleegd om sociale of economische redenen? Het zal volstaan om de euthanasie niet te melden, zoals sommige artsen hebben verklaard, en verder te gaan met clandestien euthanaseren.

Over de onbewuste patiënten en de wilsverklaring heeft spreker nog geen definitief oordeel. Hij zou graag een aantal practici en ethici over dit onderwerp horen.

Om de toekomstige wet later te kunnen evalueren is spreker van oordeel dat de techniek van een voorlopige wet vanuit ethisch standpunt nuttig kan zijn; zo kan worden afgewogen of men zijn opinie moet herzien en of de tekst eventueel dient te worden verbeterd.

De evaluatiecommissie lijkt niet het meest aangewezen instrument te zijn om na te gaan welke impact de wetgeving heeft op de euthanasie in België, omdat het er vooral op aankomt bepaalde statistische gegevens te verzamelen.

Volgens de gegevens die aan de commissie werden bezorgd, heeft men met name geen zicht op de omvang van het onwettig euthanaseren.

Spreker vraagt zich af of, als er dan toch een evaluatiecommissie wordt opgericht, de instrumenten waarover ze beschikt niet aan herziening toe zijn, opdat echt een globale evaluatie van de evolutie van de euthanasiepraktijk in ons land kan worden gemaakt.

Een spreker verheugt zich erover dat het debat ten gronde eindelijk is begonnen en stelt vast dan op één uitzondering na uit alle toespraken blijkt dat er een diepe kloof bestaat tussen de voorstellen van de zes

Nombre d'infirmières, de kinésithérapeutes ont dit à quel point leur rôle était finalement déterminant, puisqu'en fin de vie, il s'agit moins d'administrer des thérapeutiques que de pouvoir aider, entourer, soigner, apaiser le malade.

Il ne s'agit nullement là d'une tribunalisation, mais bien d'une manière de faire qui est conforme au simple bon sens et à la pratique médicale actuelle.

Au vu des opinions de médecins et de membres du personnel infirmier qu'il a pu recueillir, l'intervenant ne pense pas que ceux-ci soient rassurés, sur le plan de la sécurité juridique, par les mesures proposées aujourd'hui.

Celles-ci, au contraire, les inquiètent. Ils considèrent que la procédure *a posteriori* constitue une épée de Damoclès, qui les empêcherait de poser les actes qu'ils estimeraient devoir poser.

L'intervenant ne croit pas davantage que cette procédure engendre une sécurité juridique pour le patient. Comment permettra-t-elle en effet d'éviter à coup sûr des euthanasies pour raisons sociales ou économiques? Il suffira de ne pas déclarer l'euthanasie, comme l'ont dit certains médecins, qui pourraient continuer à la pratiquer dans la clandestinité.

En ce qui concerne les malades inconscients et la déclaration anticipée, l'opinion de l'intervenant n'est pas définitivement établie. Aussi aimerait-il pouvoir entendre des praticiens et des éthiciens sur ces sujets.

En ce qui concerne l'évaluation de la future législation, l'intervenant estime que le système d'une loi provisoire est utile en matière éthique, pour apprécier s'il y a lieu de modifier son jugement, et, le cas échéant, pour améliorer le texte.

La commission d'évaluation ne paraît pas constituer un outil très adéquat pour évaluer l'impact de la législation sur l'euthanasie en Belgique, puisqu'il s'agit avant tout de rassembler certaines données statistiques.

On ne pourra notamment pas voir, d'après les données transmises à cette commission, quelle est l'importance des euthanasies pratiquées en dehors de la loi.

L'intervenant se demande dès lors, si la commission d'évaluation est créée, s'il ne faudrait pas revoir les instruments dont elle dispose, afin d'avoir réellement une évaluation globale de l'évolution de la pratique de l'euthanasie dans notre pays.

Un autre membre se réjouit que le débat de fond ait enfin commencé et observe qu'à une seule exception près, l'ensemble des interventions qui ont eu lieu jusqu'à présent montrent bien le fossé profond sépa-

indieners en het standpunt van de christen-democratische fracties.

Dat toont ook aan hoe zinloos het is aan de indieners van de drie voorstellen te verwijten dat zij geen contact hebben opgenomen met de indieners van de voorstellen van deze fracties.

Diepgaande meningsverschillen blijven bestaan over volgende punten: de wijziging van de strafwet, het toepassingsgebied van de tekst, de rol van de arts, het probleem van de onbewuste patiënt, de evaluatie van de toekomstige wetgeving.

De vorige spreker heeft verklaard dat het probleem van de euthanasie precies nu rijst omdat de levensduur aanzienlijk langer is geworden en omdat onze maatschappij niet bij machte is deze situatie te beheeren.

Spreker is van oordeel dat de reden elders ligt; de geneeskunde heeft weliswaar een aanzienlijke vooruitgang geboekt, maar er is ook een bewustzijn gegroeid dat sommige mensen, misschien omwille van hun individueel comfort, maar ook omwille van een bepaalde opvatting over individuele autonomie en waardigheid, niet langer fysiek of moreel willen lijden en vragen dat er een einde wordt gemaakt aan deze situatie.

Tot hier toe heeft spreker zichzelf steeds gedwongen om geen gewag te maken van de individuele gevallen waarvan hij kennis kon nemen, maar andere sprekers hebben dat wel gedaan.

Hij verwijst naar de verklaringen van sommige patiënten in de pers. Zo legde een gehandicapte van 45 jaar oud uit hoe hij 20 jaar lang gevochten had in een verschrikkelijke toestand van fysieke aftakeling en vroeg om onverwijld een wet inzake euthanasie goed te keuren zodat hij waardig zou kunnen sterven.

Op sommige ogenblikken moet een persoon, ongeacht de mogelijkheden van de geneeskunde, soeverein kunnen kiezen voor de dood.

Afgezien van de technische problemen, bestaat de fundamentele vraag erin te weten of men aanvaardt dat iemand volledig autonoom kan beslissen over zijn leven en dood, dan wel of er een collectief element van sociale controle moet spelen in de individuele keuze van een privé-persoon.

In een discussie over de maatschappelijke evolutie na het jaar 2000 bracht een filosoof onlangs in herinnering dat het menselijk wezen «een geniaal individu, maar een collectieve idioot is», terwijl het in de wereld van de mieren net omgekeerd is.

Wij leven in een individualistische maatschappij, wat een aantal nadelen inhoudt, maar waarmee toch rekening dient te worden gehouden.

rant les propositions présentées par les six auteurs, et la position des groupes démocrates-chrétiens.

Cela démontre aussi l'inanité du reproche fait aux auteurs des trois propositions de ne pas avoir pris de contact avec les auteurs des propositions de ces groupes.

De profondes divergences subsistent notamment sur les points suivants: modification du Code pénal, champ d'application du texte, rôle du médecin, problème du patient inconscient, évaluation de la future législation.

Le précédent intervenant a déclaré que, selon lui, le problème de l'euthanasie se posait maintenant en raison de l'allongement considérable de la durée de la vie, et de l'incapacité de notre société à gérer cette situation.

L'intervenant estime pour sa part que la cause est ailleurs; outre le fait que la médecine a fait des progrès considérables, une prise de conscience a eu lieu de ce que, peut-être pour des raisons de confort individuel, mais aussi en raison d'une certaine idée de leur autonomie individuelle et de leur dignité, certaines personnes ne veulent plus souffrir physiquement ou moralement, et demandent qu'il soit mis un terme à cette situation.

Jusqu'à présent, l'intervenant s'est toujours efforcé de ne pas faire état des cas individuels dont il pouvait avoir connaissance, mais d'autres orateurs l'ont fait.

Il renvoie aux déclarations de certains patients qui se sont exprimés dans la presse. Ainsi, une personne handicapée de 45 ans exposait avoir lutté pendant 20 ans dans une situation de déchéance physique particulièrement difficile, et demandait que l'on adopte d'urgence une loi en matière d'euthanasie, afin de lui permettre de mourir dans la dignité.

Il y a des moments où, quelles que soient les possibilités de la médecine, une personne doit pouvoir décider souverainement de son choix de mort.

Fondamentalement, et au-delà des problèmes techniques, la question est de savoir si l'on admet que la personne a une autonomie totale de décision par rapport à sa vie et à sa mort ou si, au contraire, un élément collectif de contrôle social doit intervenir dans le choix individuel exercé par une personne privée.

Récemment, un philosophe, parlant de l'évolution de la société au-delà de l'an 2000, rappelait que l'être humain est «un génie individuel mais un crétin collectif», alors que dans le monde des fourmis, c'est l'inverse.

Nous vivons dans une société individualiste, ce qui comporte certains inconvénients, mais doit être pris en compte.

Het beginsel van de autonomie niet aanvaarden, komt wel degelijk neer op een sociaal verbod, hoewel sommigen dat afstrijden. Dit mag dan een eerbaar standpunt zijn, het wordt niet gedeeld door de zes indieners van de drie wetsvoorstellen.

Over het verband tussen deze voorstellen en over de chronologische volgorde van bespreking bestaan eveneens fundamentele meningsverschillen.

Sommigen aanzien de palliatieve zorg als een fase die aan de euthanasie voorafgaat.

Dat is niet het standpunt van de indieners van de drie wetsvoorstellen.

Voor hen is dat een aanvullend element. Zij wensen de zieken de breedste waaier aan mogelijkheden te bieden en willen dus discussiëren én over euthanasie én over palliatieve zorg, zonder dat de palliatieve zorg voorafgaat aan euthanasie.

Als de werkzaamheden van de verenigde commissies goed opschieten, zullen de drie voorstellen gelijktijdig worden besproken in de plenaire vergadering. Men moet dus niet denken aan manoeuvres waardoor het voorstel over euthanasie zou worden goedgekeurd maar de stemming over het voorstel inzake palliatieve zorg voor onbepaalde tijd wordt uitgesteld.

Spreeker stelt trouwens vast dat het hier om een zeer reëel probleem gaat. Zelfs de vertegenwoordigers van de oppositie hebben het bevestigd: er wordt euthanasie gepleegd. Hoeveel keer doet er niet toe, het is onwettig en er zou vervolging kunnen worden ingesteld.

De abortuswetgeving is een moeilijk te vergeten precedent: er moesten eerst menselijke drama's gebeuren, vooraleer het Parlement besloot om tussenbeide te komen, hiertoe als het ware gedwongen door het parket dat een voorbeeld wilde stellen.

Men moet vermijden dat hetzelfde zich voordoet met de euthanasie.

Het ogenblik is dus blijkbaar aangebroken om in deze wetgevend werk te verrichten, te meer daar de regering de parlementsleden in de mogelijkheid stelt om over alle ethische problemen te discussiëren zonder dat een meerderheidsstandpunt wordt opgedrongen. Dat is een volkomen nieuw element in deze problematiek.

De vaststelling dat er euthanasie wordt gepleegd, is meteen een antwoord aan het adres van al wie vreest dat met de geplande wetgeving niet kan worden vermeden dat er euthanasie wordt gepleegd om economische of sociale redenen.

Spreeker beklemtoont dat men op dit ogenblik geen enkele waarborg heeft met betrekking tot de manier waarop euthanasie wordt gepleegd, op welke patiënten, al dan niet na een gesprek en om welke motieven dit gebeurt.

Ne pas accepter le principe de l'autonomie constitue bel et bien une forme d'interdit social, bien que certains s'en défendent. Cette position, si elle est parfaitement honorable, n'est pas celle défendue par les six auteurs des trois propositions de loi.

En ce qui concerne le lien entre celles-ci, et l'ordre chronologique de leur discussion, on sait qu'il s'agit, là aussi, d'un point fondamental de divergence.

Certains considèrent en effet les soins palliatifs comme une sorte de phase préalable à l'euthanasie.

Tel n'est pas le point de vue des auteurs des trois propositions de loi.

À leurs yeux, il s'agit d'un élément complémentaire. Ils souhaitent offrir aux malades le choix le plus large de possibilités, et veulent dès lors discuter de l'euthanasie et des soins palliatifs, sans toutefois que ces derniers constituent, du point de vue chronologique, le premier point.

Si les travaux des commissions réunies progressent de façon satisfaisante, les trois propositions seront présentées et discutées ensemble en séance plénière. Il ne faut donc pas imaginer de manoeuvre par laquelle on voterait la proposition relative à l'euthanasie, en renvoyant à une date indéfinie le vote de la proposition sur les soins palliatifs.

L'intervenant constate par ailleurs que le problème est bien réel. Même les représentants de l'opposition l'ont affirmé: on pratique des euthanasies. Quel que soit leur nombre, elles sont illégales et pourraient être réprimées.

Que l'on songe au précédent de l'avortement, où il a fallu des drames humains pour que le Parlement se décide à intervenir, contraint, en quelque sorte, par le parquet, qui avait voulu faire un exemple.

Il faut éviter que la même situation se répète en matière d'euthanasie.

Il semble donc que le moment est venu de légiférer en la matière, d'autant que le gouvernement a laissé aux parlementaires la possibilité de discuter de tous les problèmes éthiques, sans vision majoritaire, qui imposerait son point de vue. C'est là un élément fondamentalement nouveau de la problématique.

La constatation que des euthanasies se pratiquent constitue aussi une réponse aux inquiétudes de ceux qui craignent que la législation envisagée ne permette pas d'éviter des euthanasies pour des raisons économiques ou sociales.

L'intervenant souligne qu'à l'heure actuelle, on n'a aucune garantie sur la manière dont les euthanasies sont pratiquées, à l'égard de quels patients, après avoir ou non interrogé ceux-ci, et pour quels motifs on les pratique.

Spreker verkiest een systeem dat in alle klaarheid functioneert. Een wet is dus noodzakelijk. Sommigen schijnen aan de ingediende voorstellen te verwijten dat ze tot ontsporingen zullen leiden. De wet zal integendeel ontsporingen helpen voorkomen, want het risico is thans veel groter.

De keuze om al dan niet de strafwet te wijzigen, is voor de zes indieners een kwestie van rechtszekerheid.

Spreker is van mening dat het begrip «noodtoestand» in de voorstellen van de christendemocratische fracties geen enkele rechtszekerheid biedt. Dit begrip in de wet opnemen, dient tot niets, aangezien de rechter het conform het gemene recht altijd kan toepassen.

De zes indieners hebben met hun wetsvoorstel niet de bedoeling het verbod om te doden uit de strafwet te halen.

Het gaat hier om een bijzonder geval waarin wordt bepaald dat, wanneer de dood in welomschreven gevallen en volgens een aantal nauwkeurige bepalingen wordt ingeleid, er geen sprake is van een misdaad of wanbedrijf. De procureur des Konings die het dossier ontvangt en van mening is dat de wet niet werd geëerbiedigd, kan vervolging instellen, conform het gemene recht.

Het toepassingsgebied van de tekst is relatief breed, maar spreker ziet niet hoe de definitie in het wetsvoorstel nog meer zou kunnen worden geëxpliciteerd.

Hij vindt het belangrijk dat naast het fysieke lijden ook met het morele lijden rekening wordt gehouden, want niemand kan zich ten slotte in de plaats stellen van de persoon wiens waardigheid door de ziekte wordt aangetast.

Persoonlijk zou spreker het zich nooit veroorloven een oordeel uit te spreken over iemand die misschien nog een tijd kan leven, maar weigert dat te doen wegens de morele nood of het verlies van fysieke waardigheid waarmee hij wordt geconfronteerd.

Als minister van Sociale Zaken kwam spreker destijds in aanraking met veel noodsituaties; hij beklemtoont dat men zich moeilijk kan inbeelden wat dat voorstelt.

Er komt een ogenblik waarop sommige personen, ongeacht de hulp die men nog kan bieden, toch een verzoek formuleren dat spreker persoonlijk onmogelijk niet zou kunnen eerbiedigen.

Spreker geeft toe dat het begrip «terminale fase» een probleem doet rijzen. Het begrip stond al in de oorspronkelijke tekst die hij in 1995 had ingediend.

L'intervenant préfère dès lors un système où les choses se passent dans la clarté. Une loi est donc nécessaire. Elle permettra d'éviter les dérapages que certains semblent imputer aux propositions déposées, mais dont le risque est bien plus grand dans la situation actuelle.

En ce qui concerne le choix de modifier ou non le Code pénal, les six auteurs considèrent qu'il s'agit là d'une question de sécurité juridique.

L'intervenant estime que la notion d'état de nécessité figurant dans les propositions des groupes démocrates-chrétiens n'en offre aucune. En outre, la faire figurer dans une loi n'apporterait rien puisque, conformément au droit commun, le juge peut toujours l'appliquer.

Il ne s'agit pas, dans la proposition de loi des six auteurs, de faire disparaître du Code pénal l'interdit de tuer.

Il s'agit d'un cas particulier, où l'on détermine que, lorsque la mort est administrée en suivant un certain nombre de prescrits bien précis, et dans des cas eux aussi très précis, il n'y a ni crime ni délit. Le procureur du Roi qui reçoit le dossier et estime que le prescrit légal n'a pas été respecté peut poursuivre, conformément au droit commun.

En ce qui concerne le champ d'application du texte, il est vrai qu'il est relativement large, mais l'intervenant ne voit pas comment on pourrait expliciter davantage la définition que donne la proposition de loi.

Il lui paraît important de viser la souffrance morale, à côté de la souffrance physique, parce que personne ne peut se mettre à la place de quelqu'un dont la dignité est atteinte par la maladie.

À titre personnel, l'intervenant ne se permettrait jamais de porter un jugement sur une personne qui pourrait encore vivre un certain temps mais qui refuse de le faire, en raison de l'état de détresse morale ou de perte de dignité physique où elle se trouve.

Lorsqu'il était ministre des Affaires sociales, l'intervenant a pu approcher beaucoup de situations de détresse; il souligne que l'on ne peut s'imaginer ce que représente celle-ci.

Il arrive un moment où, quelle que soit l'aide qu'on peut leur proposer, certaines personnes se trouvent au-delà de tout cela, et formulent une demande que, personnellement, l'intervenant se sent incapable de ne pas respecter.

En ce qui concerne la notion de «phase terminale», l'intervenant admet qu'elle pose problème. Elle figurait d'ailleurs dans le texte initial qu'il avait déposé en 1995.

Spreker was geschokt door de hoorzittingen met de vertegenwoordigers van het Hoog Comité voor bio-ethiek, die hebben aangetoond dat dit begrip maar weinig voorstelde.

Men kan het moeilijk beperken tot de enkele uren of dagen vóór het overlijden.

Als het om een periode van enkele maanden vóór het overlijden gaat, op grond van welke criteria zal men deze periode dan meer nauwkeurig afbakenen?

Bestaan er wel ergere noodsituaties, dan die welke men op de drempel van de dood ervaart? Spreker verwijst naar het reeds genoemde voorbeeld van iemand van 45 jaar die al 20 jaar tegen een ongeneeslijke ziekte vecht, die het niet meer aankon, vond dat hij aftakelde en zich zelfs niet meer durfde te vertonen.

In verband met de vraag of de houding van de omgeving van doorslaggevend belang is, beklemtoont spreker dat de situatie aanzienlijk geëvolueerd is en dat België prat kan gaan op een groot respect voor mensen in moeilijkheden.

Als men waarborgen heeft dat dit echt de wil is van de betrokkene, waarom zou men niet een verzoek tot euthanasie aanvaarden, dat de persoon formuleert, niet in de terminale fase maar omdat hij ongeneeslijk ziek is en na jaren strijd niet langer bereid om voort te vechten?

Spreker heeft het begrip «terminale fase» dus laten vallen, want hij zag niet in hoe een onderscheid kon worden gemaakt tussen patiënten aan het einde van hun leven en patiënten die dat niet zijn, maar waarvan de ontredde even groot, zo niet groter is.

Spreker benadrukt nogmaals dat het systeem waaraan wordt gedacht, volledig berust op de wil van de betrokkenen en dat niemand verplicht is om euthanasie te vragen, noch in te gaan op een verzoek om euthanasie.

Bijgevolg is het gevoel dat de nieuwe wetgeving het mogelijk zou maken om een aantal mensen tegen hun wil «uit te schakelen», volkomen absurd en vals.

Wat de rol van de arts aangaat, steunt het wetsvoorstel op de autonomie van de patiënt en op de dialoog tussen de patiënt en de arts.

Spreker heeft het gevoel dat met die dialoog tamelijk ver is gegaan. Men zorgt ervoor dat de patiënt zijn wil duidelijk te kennen kan geven en dat men de waarborg heeft, dat wat hij heeft te kennen gegeven, strookt met zijn diepe wil.

Artikel 3 lijkt hem alle nodige waarborgen te bieden. De zes indieners zijn wars van de controle *a priori* zoals voorgesteld door de christen-democratische fracties. Zij willen niet dat van de individuele autonomie een zaak van de maatschappij wordt gemaakt, noch dat iemands beslissing afhankelijk

L'intervenant a été ébranlé par les auditions des représentants du Comité supérieur de bioéthique qui ont mis en évidence le fait que cette notion ne recouvrait pas grand-chose.

En effet, on ne saurait la limiter aux quelques heures ou jours qui précèdent le décès.

S'il s'agit des quelques mois précédant le décès, sur base de quels critères la déterminer de façon plus précise?

Enfin, n'y a-t-il pas des détresses plus graves que celle d'une personne qui se trouve aux portes de la mort? L'intervenant renvoie à l'exemple déjà cité de cette personne de 45 ans qui luttait depuis 20 ans contre une maladie incurable, qui n'en pouvait plus, estimant qu'elle se détruisait, et n'osait même plus se montrer.

Quant au fait que ce serait l'attitude des autres qui serait déterminante, l'intervenant souligne que la situation a considérablement évolué, et que la Belgique peut s'enorgueillir d'un grand respect des personnes en difficulté.

Pourquoi ne pas accepter, si on a la garantie que telle est bien la volonté de la personne, la demande d'euthanasie qui n'est pas formulée en phase terminale, mais bien dans le cadre d'une maladie incurable, lorsque l'intéressé, après avoir lutté pendant des années, ne veut plus poursuivre le combat?

L'intervenant a donc abandonné la notion de «phase terminale», car il ne voyait pas sur quelle base opérer une discrimination entre les patients en fin de vie, et ceux qui ne l'étaient pas, mais dont la détresse était aussi grande, sinon plus.

L'intervenant insiste une fois encore sur le fait que le système envisagé repose sur la volonté des personnes, et que nul n'est obligé ni de demander l'euthanasie, ni de répondre à une telle demande.

Par conséquent, le sentiment que la législation future permettrait d'«éliminer» contre leur gré une série de personnes est absurde et faux.

Quant au rôle du médecin, la proposition de loi est fondée, une fois encore, sur l'autonomie du patient et sur son colloque singulier avec le médecin.

L'intervenant a le sentiment que l'on est allé assez loin en ce qui concerne ce colloque. On a eu le souci de permettre au patient d'exprimer clairement sa volonté, et d'avoir la garantie que ce qu'il avait exprimé correspondait à sa volonté profonde.

À cet égard, il lui semble que l'article 3 donne toutes les garanties voulues. Les six auteurs ne veulent pas de contrôle *a priori* proposé par les groupes démocrates-chrétiens. Ils ne veulent pas «sociétaliser» l'autonomie individuelle, ni que la décision de quelqu'un soit suspendue à un tel contrôle, dont on

wordt gemaakt van een sociale controle. In België weten we hoe ver dat kan gaan, vooral als de persoon die om euthanasie vraagt relatief bekend is. Uiteindelijk zou er een publiek debat plaatsvinden om te weten of men al dan niet op zijn verzoek kan ingaan ...

Het is waar dat de tweede arts wiens advies volgens het voorstel moet worden ingewonnen, zijn advies in theorie ook per telefoon kan verstrekken. Hij moet evenwel zijn advies aan de patiënt meedelen. Het is weinig waarschijnlijk dat hij zich uitspreekt zonder eerst het medisch dossier te hebben ingekeken, zonder gesprek met zijn confrater, zonder eventueel met andere mensen contact te hebben opgenomen of zonder vooraf de patiënt te hebben gezien.

Het wetsvoorstel stuurt aan op een werkelijk ernstige raadpleging van de patiënt.

De indieners van de wetsvoorstellen in verband met de palliatieve zorg hebben, in tegenstelling tot wat sommigen hebben beweerd, geluisterd naar de opvattingen van anderen en erover nagedacht.

Aanvankelijk was in sommige wetsvoorstellen geen sprake van de palliatieve zorg omdat de indieners dachten dat dit debat noodzakelijkerwijs aan het euthanasiedebat was gebonden.

Na de argumentatie van met name de Franstalige christen-democraten te hebben gehoord, achten de indieners van het wetsvoorstel het nuttig om ook in deze wetgevend op te treden. Het wetsvoorstel van de zes indieners over de palliatieve zorg is niet minder uitgebreid dan het hoofdstuk dat aan dit onderwerp wordt gewijd in het voorstel nr. 2-151/1 van mevrouw Nyssens c.s.

Het is moeilijk om dit onderwerp nog meer uit te spinnen, want men maakt hier aan de sociale zekerheid en een wetsvoorstel somt maar zelden de geldelijke bedragen, de terugbetalingspercentages, enz. op. Een en ander wordt gewoonlijk bij koninklijk besluit geregeld.

Anderzijds raakt de palliatieve zorg aan gemeenschaps- en gewestbevoegdheden (preventieve geneeskunde, morele preventie, enz.).

De federale wetgever moet binnen zijn bevoegdheidssfeer blijven, maar niets belet hem om de wens uit te spreken dat de decreten van de gemeenschappen en gewesten zouden worden gewijzigd.

Ook wat de onbewuste patiënt betreft, lopen het wetsvoorstel van de zes indieners en het standpunt van de Franstalige en Nederlandstalige christen-democraten uit elkaar.

Spreker is van oordeel dat het systeem van de wilsverklaring, zoals nu geregeld in de voorgestelde tekst, voldoende biedt.

Aanvankelijk was hij geen voorstander van de wilsverklaring omdat te weinig waarborgen waren inge-

sait, en Belgique, ce qu'il peut advenir, surtout si la personne qui demande l'euthanasie est relativement connue. On finirait par débattre en public de la question de savoir s'il faut ou non donner suite à sa demande.

Il est vrai que le deuxième médecin qui doit, selon la proposition, être consulté, pourrait, en théorie, rendre un avis par téléphone. Cependant, il doit communiquer son avis au patient. Il est peu vraisemblable qu'il se prononce sans avoir revu le dossier médical, sans s'être entretenu avec son confrère, sans avoir pris, le cas échéant, d'autres contacts, et sans avoir probablement aussi vu le patient.

C'est une véritable consultation sérieuse sur la situation du patient qu'envisage la proposition de loi.

En ce qui concerne les soins palliatifs, il faut souligner que les auteurs des propositions de loi ont, contrairement à ce que certains ont prétendu, écouté les opinions formulées par d'autres, et y ont réfléchi.

À l'origine, certaines propositions ne parlaient pas des soins palliatifs parce que leurs auteurs estimaient que ce débat n'était pas nécessairement lié à celui de l'euthanasie.

Après avoir entendu certains arguments développés, notamment par les démocrates-chrétiens francophones, il a paru utile aux auteurs de la proposition de légiférer également en la matière. La proposition des six auteurs relative aux soins palliatifs n'est pas moins développée que le chapitre consacré au même sujet dans la proposition n° 2-151/1 de Mme Nyssens et consorts.

Il est difficile de développer davantage le sujet, car on touche à des matières relevant de la sécurité sociale, et il est rare qu'une proposition de loi énumère des montants financiers, des taux de remboursement, etc., qui sont généralement déterminés par arrêté royal.

D'autre part, les soins palliatifs touchent à des matières communautaires et régionales (médecine préventive, prévention morale, etc.).

Le législateur fédéral doit veiller à se maintenir dans sa sphère de compétences, mais rien ne l'empêche d'exprimer le souhait que les législations communautaire et/ou régionale soient modifiées.

En ce qui concerne le patient inconscient, il existe également des divergences entre la proposition des six auteurs et la position des démocrates-chrétiens francophones et néerlandophones.

L'intervenant estime que le système de la déclaration anticipée, tel qu'il est maintenant réglé par le texte proposé, est satisfaisant.

Initialement, il n'y était pas favorable parce que la déclaration n'était pas entourée de suffisamment de

bouwd. Nu wordt voorzien in een termijn van vijf jaar, zodat men er zich van kan vergewissen dat de verklaring werd afgelegd onder dezelfde voorwaarden, met name inzake leeftijd, als deze waarin de patiënt onbewust is geworden. De vrijheid van de arts is hier totaal. Hij kan perfect weigeren euthanasie te plegen.

Wat de controle betreft, bepaalt het wetsvoorstel dat het dossier *a posteriori* aan de procureur des Konings wordt bezorgd. Dit controlesysteem leek duidelijker en nauwkeuriger dan een controlecommissie die er een beetje zou uitzien als een onderzoeksrechter maar die geen rechtsbevoegdheid zou hebben.

Na overleg hebben de zes indieners er de voorkeur aan gegeven om, enerzijds, de zorg om na te gaan of alles conform de wet is verlopen over te laten aan de procureur des Konings en, anderzijds, een evaluatiecommissie in het leven te roepen om de evolutie in deze delicate materie te volgen.

Deze evaluatiecommissie zal niet als onderzoeksrechter optreden, want zij zal enkel anonieme documenten ontvangen. Zij zal het mogelijk maken dat de publieke opinie via de parlementsleden de evolutie in deze materie volgt.

Dit systeem geniet de voorkeur boven een voorlopige wet, die na enkele jaren toch zou vervallen waardoor dan in elk geval een nieuw debat onvermijdelijk zou worden. Als de parlementsleden het in het licht van de werkzaamheden van de evaluatiecommissie noodzakelijk achten, moeten zij hun verantwoordelijkheid opnemen en wetswijzigingen voorstellen.

In verband met de hoorzittingen die een vorige spreker voorstelde voor een aantal punten, herhaalt spreker dat het debat moet uitwijzen of een bepaald punt moet worden uitgeklaard. Er zijn niettemin fundamenteel politieke vragen — zoals de wijziging van de strafwet — waarover hoorzittingen niets bijbrengen en elk parlementslid zijn verantwoordelijkheid moet opnemen.

Een lid spreekt er zijn voldoening over uit dat het begrip «terminale fase» niet in de tekst van de zes indieners is opgenomen.

Uit talrijke voorbeelden blijkt immers dat wie een eind aan zijn leven wil maken omdat hij vindt dat zijn waardigheid niet langer wordt geëerbiedigd, zich niet noodzakelijk in een terminale fase bevindt, maar veelal aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, zoals een laterale amyotrofische sclerose of een algemene verlamming.

In die gevallen moet men aanvaarden dat de patiënt zelf het best kan oordelen of hij al dan niet onnoemelijk lijdt.

Spreker is het overigens grotendeels eens met de opmerkingen van een vorige spreker.

garanties. On a maintenant prévu un délai de cinq ans, ce qui permet de s'assurer que la déclaration a été faite dans les mêmes conditions, notamment d'âge, que celles où le déclarant est devenu inconscient. Ici encore, la liberté du médecin est totale. Il peut parfaitement refuser de pratiquer l'euthanasie.

Quant au problème du contrôle, la proposition opte pour la communication *a posteriori* du dossier au procureur du Roi. Ce système de contrôle a paru plus clair et précis que celui d'une commission de contrôle, qui aurait eu le visage d'une sorte de juge d'instruction, sans être vraiment juridictionnelle.

Après débat, les six auteurs ont jugé préférable, d'une part, de confier au procureur du Roi le soin de vérifier si les choses s'étaient déroulées conformément à la loi, et d'autre part, de créer une commission d'évaluation, pour suivre l'évolution de cette matière délicate.

Cette commission d'évaluation ne fait nullement office de juge d'instruction, puisque les documents lui sont transmis anonymement. Elle permettra à l'opinion publique, à travers les parlementaires, de suivre l'évolution de la matière.

Ce système paraît préférable à celui d'une loi provisoire qui, même si elle est bonne, deviendrait caduque après quelques années, ce qui imposerait en tout état de cause de tenir un nouveau débat. Il appartiendra aux parlementaires, s'ils l'estiment nécessaire au vu des travaux de la commission d'évaluation, de prendre leurs responsabilités en déposant des propositions de modification de la loi.

Quant aux auditions préconisées par une précédente oratrice sur une série de points, l'intervenante répète qu'il faudra apprécier, au cours de la discussion, si tel ou tel point précis mérite des éclaircissements. Cependant, il est des questions de nature fondamentalement politique — telle la question de la modification du Code pénal — pour lesquelles les auditions n'apporteront rien et où il incombe à chaque parlementaire de prendre ses responsabilités.

Un membre se déclare satisfait de ce que la notion de «phase terminale» n'ait pas été retenue dans le texte déposé par les six auteurs.

De nombreux exemples montrent en effet que, lorsque la personne souhaite mettre un terme à sa vie parce qu'elle estime que sa dignité n'est plus respectée, on ne se situe pas nécessairement en phase terminale, mais plutôt dans un cas de maladie incurable telle que la sclérose latérale amyotrophique ou une paralysie générale.

Dans ces cas, il faut admettre que c'est le patient qui est le mieux à même d'apprécier s'il souffre de manière excessive ou pas.

Par ailleurs, l'intervenante partage assez largement les observations formulées par un précédent orateur.

Bij het lezen van artikel 3, begrijpt men niet goed hoe alle waarborgen waarin wordt voorzien, in een minimale procedure kunnen worden opgenomen.

Spreeker is bijgevolg voorstander van een tamelijk uitgebreide herformulering van dat artikel door er een aantal elementen aan toe te voegen.

Ten eerste, het eisen van een schriftelijk akkoord van de patiënt, of een beroep op getuigen, als een schriftelijk akkoord niet kan worden bekomen.

Men begrijpt inderdaad niet hoe de herhaalde wil kan worden uitgesproken anders dan in een dialoog.

Ten tweede, lijkt de dialoog in een zo ernstige zaak als euthanasie toch wat te beperkt.

Spreeker is er voorstander van dat men een beroep doet op een college van drie artsen in plaats van op één andere arts.

Gezien de ontwikkelingen van de medische techniek en zeker in het geval van een ernstige ziekte, staat vaak meer dan één arts in voor de patiënt.

Bovendien zou een college van drie artsen beter kunnen oordelen over de ongeneeslijke aard van de ziekte en over de wil van de patiënt.

Er is echter geen sprake van, het verzorgend personeel of andere personen, die niet bij de besluitvorming dienen te worden betrokken, te raadplegen. Twee zaken moeten worden geverifieerd: de ongeneeslijke aard van de ziekte en de vrije wil van de patiënt.

Spreekers is trouwens geen voorstander van artikel 5 van het voorstel en van de controle *a posteriori* door het parket. Het parket schijnt niet uitgerust voor een dergelijke controle en verder is het niet duidelijk hoe het die controle zou kunnen uitoefenen zonder een wijziging van artikel 3 in de aangegeven zin.

Anderzijds beschikt de procureur als jurist niet over de vereiste kennis om de geldigheid van de handeling te beoordelen. Hij zou dus een beroep moeten doen op experts, en dat is precies wat men heeft willen vermijden.

Bovendien kan bij de procureur altijd klacht worden ingediend conform het gemene recht.

Het zwaard van Damocles van de controle *a posteriori* door het parket zal het aantal handelingen door artsen aanzienlijk beperken, aangezien zij niet over de minste aanduiding beschikken over de manier waarop het parket de wettigheid en de wettelijkheid van euthanasie controleert.

Misschien kan de controle *a posteriori* aan de Orde van geneesheren worden toevertrouwd.

De evaluatiecommissie lijkt een goede zaak te zijn.

En lisant l'article 3, on ne voit pas comment l'ensemble des garanties prévues s'inscrivent dans le cadre d'un minimum de procédure à respecter.

L'intervenant serait dès lors partisan d'une reformulation assez large de cet article, par l'ajout d'un certain nombre d'éléments.

Le premier serait l'exigence d'un accord écrit du patient, ou du recours à des témoins, lorsque l'accord écrit ne peut être recueilli.

En effet, on ne voit pas comment s'exprime la «volonté réitérée» du patient, en dehors du colloque singulier.

Un second point concerne précisément le colloque singulier qui, dans un cas aussi grave que celui de l'euthanasie, paraît un peu limité.

L'intervenant est partisan d'un recours, non à un seul autre médecin, mais à un collègue de trois médecins.

D'une part, en effet, au vu de l'évolution des techniques médicales, et certainement s'il s'agit d'une maladie grave, la prise en charge se fait souvent par plusieurs médecins.

D'autre part, un collègue de trois médecins serait plus à même de vérifier le caractère incurable de la maladie et la volonté du patient.

Mais il ne s'agit pas de consulter l'équipe soignante ou d'autres personnes, qui n'ont pas à être impliquées dans la décision. En la matière, deux choses sont à vérifier: le caractère incurable de la maladie, et la libre volonté du patient.

Par ailleurs, l'intervenant n'est pas favorable à l'article 5 de la proposition, et au contrôle *a posteriori* par le parquet. D'une part, ce dernier ne paraît pas équipé pour un tel contrôle, et, du reste, on ne voit pas comment il pourrait l'exercer, si l'article 3 n'est pas adapté dans le sens qui vient d'être indiqué.

D'autre part, en tant que juriste, le procureur ne dispose pas des compétences pour apprécier la validité de l'acte qui a été posé. Il devrait dès lors recourir à des experts, ce que l'on a précisément voulu éviter.

De plus, le procureur peut toujours être saisi d'une plainte, conformément au droit commun.

Par ailleurs, l'épée de Damoclès que constitue le contrôle *a posteriori* par le parquet risque de limiter considérablement les interventions des médecins, car ceux-ci n'ont aucune indication sur la manière dont le parquet contrôlera la légitimité et la légalité de l'acte d'euthanasie.

Peut-être le contrôle *a posteriori* pourrait-il être confié à l'Ordre des médecins.

Enfin, la commission d'évaluation paraît une bonne chose.

Tot besluit stelt spreker vast dat de begrippen «vrije wil» en «vrijheid van beslissen» wel degelijk het belangrijkste geschilpunt vormen in de standpunten over euthanasie.

Persoonlijk werd spreker overtuigd door de lezersbrieven van zieken in «*Le Soir*», «*La Libre Belgique*» en in de brochure van de *Association pour le droit de mourir dans la dignité*.

Palliatieve zorg is in een aantal gevallen geen antwoord op een verzoek om euthanasie.

Mocht hij zich persoonlijk als zieke in een situatie van lijden bevinden waarin hij zijn waardigheid aangetast zou vinden, dan zou hij niet aanvaarden dat een team palliatieve zorg of eender welke verzorgingsstructuur zich zou bemoeien met de beslissing die hij vrij zou hebben genomen.

Op dat punt bestaat er een onoverbrugbaar meningsverschil, dat men moet aanvaarden.

Wat betreft de sfeer waarin de werkzaamheden verlopen, beklemtoont een andere spreker dat het voor de wetgever onmogelijk is om fenomenen als niet afdoende te bestrijden nood en pijn en het stervensproces van een menselijk wezen vooraf te beleven. Deze fenomenen kunnen dus onmogelijk ten volle worden gevat.

Tegen deze fenomenen vermogen onze opstandigheid en onze eventuele zekerheden niets. Daarom volgt spreker in dit debat de bescheiden weg van de geleidelijkheid en schenkt hij alle mogelijke aandacht aan alle aangehaalde argumenten. Hij legt zijn oor vooral te luisteren bij de betrokkenen die getuigen over hun ongeneeslijke ziekte, bij gezondheidswerkers die bij hun bed waken en bij de naastbestaanden van de patiënten.

Zij zouden toch een beetje moeten kunnen aanvoelen dat hun wedervaren, hun angst en hun hoop niet te ver verwijderd staan van dit debat en dat de intrinsieke moeilijkheden van de onderwerpen die aan de orde zijn, werden benaderd vanuit hun gezichtspunt en hun getuigenis.

Dat lijkt belangrijk opdat de manier waarop de Senaat de problematiek van de begeleiding van het levenseinde en van de euthanasie aanpakt, ertoe zou bijdragen dat de dood opnieuw met het leven wordt verbonden, als de inherente grens van de geneeskunst en niet als een systematische mislukking ervan.

Men vertrekt in alle bescheidenheid van de verschillende verhalen van de patiënten, het verzorgend personeel en de familie en we schenken aandacht aan de culturele en de sociaal-economische context. Men wil immers voorkomen dat de euthanasie, net als de therapeutische hardnekkigheid, de keerzijde wordt van de weigering om de grenzen van de geneeskunst

Pour conclure, l'intervenant constate que c'est bien la notion de «libre arbitre» et de «libre détermination» qui constitue le point de divergence essentiel entre les thèses qui s'expriment en matière d'euthanasie.

Personnellement, ce sont les lettres de malades parues dans *Le Soir*, *La Libre Belgique* et la brochure éditée par l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, qui l'ont convaincu.

Les soins palliatifs ne peuvent pas être une réponse, dans un certain nombre de cas, à la demande d'euthanasie.

Personnellement, s'il se trouvait, en tant que malade, dans une situation où il souffrirait et estimerait sa dignité affectée, il n'accepterait pas qu'une équipe de soins palliatifs ou une structure de soins quelconque interfère dans la décision qu'il aurait librement prise.

Il y a, sur ce point, une opposition d'opinions insurmontable et irréductible qu'il faut accepter.

En ce qui concerne le climat présidant aux travaux, un autre intervenant souligne que, pour le législateur, les phénomènes de la souffrance et de la détresse inapaisable, et le processus de mort vécu par un être humain, ne peuvent être vécus anticipativement, et sont dès lors, pour une part, impossibles à appréhender pleinement.

Vis-à-vis de ces phénomènes, nos révoltes sont impuissantes, et nos certitudes éventuelles inopérantes. C'est pourquoi l'intervenant tente d'avancer dans le débat avec mesure et modestie, avec le plus d'attention possible pour les arguments des uns et des autres, et surtout avec une écoute privilégiée pour les témoignages des personnes qui souffrent de maladies incurables, des travailleurs de la santé qui sont à leur chevet, et des proches de ces patients.

Il faudrait qu'ils puissent un tant soit peu ressentir que ce qu'ils vivent, leurs angoisses et leurs espérances, n'auront pas été trop éloignées du présent débat, et que les difficultés intrinsèques des questions à l'ordre du jour auront été abordées à partir d'eux et de leur témoignage.

Cela paraît important pour que l'approche que le Sénat fait des questions d'accompagnement de fin de vie et d'euthanasie soit une contribution à réintroduire la mort comme liée à la vie, et comme limite inhérente au pouvoir curatif de la médecine, et non comme échec systématique de celle-ci.

La préoccupation de partir avec modestie des divers vécus de patients, de soignants et de familiers, et de réfléchir au contexte culturel et socio-économique d'aujourd'hui vise aussi à éviter une approche de l'euthanasie qui, insidieusement, en ferait, à l'instar de l'acharnement thérapeutique, l'autre face du refus d'accepter les limites de la médecine ou de la

en van het leven te aanvaarden of de keerzijde van de weigering om door het uitvoeren van een anticiperende technische handeling te aanvaarden dat het leven ons *in fine* langs de dood ontglipt, hoe machtig ook de middelen zijn waarover we beschikken.

Reeds tijdens de vorige legislatuur hadden de werkzaamheden van de Senaat de grote verdienste het debat niet te vernauwen tot een simplistische tegenstelling tussen de afkeuring van elke vorm van euthanasie als een verdeckte moord en de goedkeuring van euthanasie als de goede manier van waardig sterven in geval van een ongeneeslijke, ernstige ziekte.

Vanuit maatschappelijk oogpunt mag er geen goede manier van sterven vooropgesteld worden. Elke dood is persoonlijk.

Dank zij de werkzaamheden van de Senaat werden de vooraf bepaalde scheidingslijnen overstegen en werd een uitgebreide documentatie verzameld. Een nieuw parlamentslid heeft heel wat tijd nodig om daarvan kennis te nemen.

Spreker doet dus een beroep op het begrip van zijn collega's die reeds aan alle werkzaamheden hebben kunnen deelnemen.

In bio-ethische debatten moet eenieder zich in eer en geweten kunnen uitspreken, en is het dus wenselijk dat er zich een zeker rijpingsproces voltrekt. Dat ligt in de logische lijn van wat we tot hiertoe doen. De patiënt, zijn verklaringen, de manier waarop hij met de anderen omgaat en zijn gewetensvrijheid staan centraal in het debat en men streeft naar het grootst mogelijke begrip en respect, naar kwaliteitszorg en een aangepaste behandeling.

Wat het filosofisch debat aangaat, heeft een vorige spreker de prioritaire optie goed gesitueerd: namelijk de eerbied voor de autonomie van de betrokkene.

Een andere spreker heeft de klemtoon gelegd op de fundamentele verboden in een maatschappij, zoals het verbod om te doden.

Spreker vraagt of er geen optie op een ander niveau bestaat.

Men zou dan niet de vraag stellen naar de goede filosofische keuze voor de manier waarop men zijn dood wil beleven, maar naar de democratische procedure die een plaats geeft aan en eerbied opbrengt voor elke optie en die niet strijdig is met de democratische werking en de rechten van de mens die eruit voortvloeien.

De werken van Claude Lefort zijn hiervoor erg verhelderend geweest. Volgens deze auteur «is het specifiek voor de democratie dat voor de eerste keer in de geschiedenis de zetel van de macht zich aandient als een lege plaats».

vie, ou du refus d'accepter, par l'exécution d'un acte exclusivement technique d'anticipation, qu'*in fine*, la vie s'échappe par la mort, quelle que soit la puissance de nos moyens d'action.

Il semble à l'intervenant que les travaux du Sénat sous la législature précédente ont déjà eu le grand mérite de ne pas réduire le débat à une opposition simpliste entre une réprobation de toute euthanasie comme meurtre camouflé et une approbation de l'euthanasie comme la bonne façon de mourir dans la dignité, en cas de maladie incurable et grave.

En termes de société, il ne peut y avoir de mise en avant d'une bonne façon de mourir. Chacune est personnelle.

Les travaux du Sénat avaient également permis de s'écarter de clivages prédéterminés, et de rassembler une documentation abondante dont la seule prise de connaissance, pour un nouveau parlementaire, représente déjà, rien qu'en temps, un investissement important.

L'intervenant en appelle donc à une certaine compréhension de la part des collègues qui ont déjà pu participer à tous ces travaux.

Cependant, dans les débats bioéthiques, où chacun est appelé à se prononcer en liberté de conscience, il souhaite qu'un certain processus de maturation puisse se faire. Ceci est d'ailleurs dans la logique de ce que l'on fait pour placer le patient, ses paroles, ses modalités de relation aux autres, sa liberté de conscience, au centre de ce débat, et pour veiller à lui assurer le plus possible de compréhension, de respect, de qualité de soins, et d'adéquation de traitement.

En ce qui concerne le débat philosophique, un précédent orateur a bien situé l'option prioritaire, à savoir l'autonomie de la personne, qui doit être respectée.

Un autre membre a insisté sur l'importance d'interdits fondateurs dans une société, en l'occurrence l'interdit de tuer.

L'intervenant se demande s'il n'existe pas une option, qui se situe à un autre niveau.

Il s'agirait non pas de s'interroger sur la bonne option philosophique sur la façon de vivre sa mort, mais sur la procédure démocratique qui assure une place à chaque option, qui respecte cette option et qui ne contredise pas le fonctionnement démocratique et les droits de l'homme qui en résultent.

À ce sujet, les travaux de personnes comme Claude Lefort ont été extrêmement éclairants. Selon cet auteur, «la spécificité de la démocratie est que, pour la première fois dans l'histoire, le lieu du pouvoir s'y présente comme un lieu vide».

De auteur bedoelt dat er geen absolute waarheid meer bestaat die goed gedrag kan voorschrijven. Als democratische regel geldt dan dat er een geëerbiedigde plaats is voor elke filosofische keuze.

Hier wordt een poging ondernomen om die plaats, op een voor elkeen cruciaal ogenblik, namelijk het einde van ons bestaan, te waarborgen in een wet.

Men zou het ook moeten eens worden over wat het verbod om te doden inhoudt. Volgens spreker kan moord niet worden gelijkgesteld met euthanasie.

Misschien is in een democratie niet zozeer het verbod fundamenteel dan wel de waarborg dat de verschillende keuzes een plaats krijgen.

Bij de beoordeling van de juridische kwaliteit van de teksten moet men goed voor ogen houden dat de hele wereld de teksten zal lezen.

In dit verband heeft spreker met interesse geluisterd naar de opmerkingen van een senator, die nauw aansluiten bij die van de Liga voor de rechten van de mens en die aan de leden van de verenigde commissies zouden moeten worden meegedeeld.

Spreker snijdt meer bepaald het probleem aan van het verzoek en van de manier waarop dit wordt gehoord. Het probleem blijkt niet zo eenvoudig als het er uitziet, zelfs als het verzoek herhaaldelijk wordt geformuleerd.

Het is dus uitermate belangrijk dat er waarborgen worden ingehouwd en preciseringen aangebracht.

Spreker verwijst naar het werk van Guy Haarscher met de titel « *Le fantôme de la liberté* » (Het spook van de vrijheid), waarin de auteur erop wijst hoe moeilijk het is voor de mens om erachter te komen wat hij werkelijk wil voor zichzelf en dat de luisteroefening die daarvoor nodig is, heel wat minder eenvoudig is dan ze lijkt.

In dat boek ontwikkelt de filosoof wat in zijn ogen de interpretatie is, het ontcijferen van wat een ander menselijk wezen tot uiting brengt.

Hij besluit: « (*vertaling*) De normale houding bestaat erin zich opnieuw te situeren op een goede afstand tussen de valse rationaliteit van de paranoia en de chaos van de schizofrenie, trachten de enkele tekens waarover we beschikken te interpreteren om ons een beeld te vormen van de wereld, en steeds op zoek te blijven naar andere tekens met behulp waarvan we waarschijnlijk de ene betekenis van de andere kunnen onderscheiden, de liefde van de onverschilligheid, of waarmee we het onderscheid kunnen maken tussen de noodzakelijke traagheid van het gerecht, dat voorzichtig het voor en het tegen afweegt, en het op de lange baan schuiven van het onderzoek. »

Bijgevolg zullen er omwille van de precisie van de tekst (bijvoorbeeld over het punt of er twee dan wel

L'auteur veut dire qu'il n'y a plus de vérité absolue qui puisse dire quelle est la bonne façon de se conduire, et que la règle démocratique est alors qu'il y ait une place respectée pour chacune des options philosophiques.

La tentative qui est faite ici est que la loi puisse garantir cela, et ce dans un moment crucial pour chacun de nous, celui de la fin de notre existence.

Il faudrait aussi s'entendre sur ce qu'est l'interdit du meurtre qui, aux yeux de l'intervenant, ne s'identifie pas avec l'euthanasie.

Peut-être, en démocratie, est-ce moins l'interdit qui est fondateur que la garantie que les différentes options puissent trouver leur place.

Quant à la qualité juridique des textes, il faut avoir à l'esprit que ceux-ci seront lus dans le monde entier.

À cet égard, l'intervenant a entendu avec intérêt les observations formulées par un sénateur et dont certaines rejoignent celles de la Ligue des droits de l'homme, qu'il conviendrait de communiquer aux membres des commissions réunies.

De façon plus précise, l'intervenant aborde le problème de la demande, et de la façon dont celle-ci est entendue. Il lui paraît que la question n'est pas aussi simple qu'elle peut le paraître, même si la demande est réitérée.

Des garanties et des précisions dans le texte sont donc extrêmement importantes.

L'intervenant renvoie à l'ouvrage de Guy Haarscher, intitulé *Le fantôme de la liberté*, où l'auteur montre la difficulté pour l'être humain d'arriver à savoir ce qu'est sa propre volonté par rapport à lui-même, et que le type d'écoute nécessaire pour que cela puisse advenir n'est pas non plus une question aussi simple qu'il y paraît.

Dans ce livre, le philosophe développe ce qu'est, à ses yeux, l'interprétation, le décodage de l'expression d'un autre être humain.

Il conclut: « L'attitude normale consiste à se situer de nouveau à la bonne distance entre la fausse rationalité paranoïaque et le chaos schizophrénique, à tenter d'interpréter les quelques signes dont on dispose pour se forger une image du monde, et à toujours rechercher d'autres signes qui permettent avec quelque vraisemblance de distinguer un sens d'un autre, l'amour de l'indifférence, ou de faire la distinction entre la nécessaire lenteur de la justice, pesant précautionneusement le pour et le contre, et le renvoi des investigations aux calendes grecques. »

Dès lors, pour préciser les textes proposés (par exemple sur le point de savoir si deux ou trois autres

drie artsen dienen te worden geraadpleegd) op het einde van het debat nog enkele hoorzittingen nodig zijn.

Een ander lid kan zich alleen maar verheugen over de wending die de bespreking tijdens deze vergadering heeft genomen. Bij de voorliggende teksten worden vragen gesteld, zowel op het algemeen filosofische vlak als op een aantal concrete punten. Deze vragen en opmerkingen komen blijkbaar vanuit alle fracties. Dit bewijst dat een constructief debat mogelijk is.

Verscheidene sprekers hebben al — terecht — de nadruk gelegd op de noodzaak van een degelijk uitgebouwd systeem van palliatieve zorgverlening. De uitbouw van een dergelijk systeem, dat voor iedereen een gelijke toegang tot deze vorm van hulpverlening garandeert, zal handen vol geld kosten en impliceert dat zowel op het federale niveau als door de gemeenschappen een massa middelen wordt vrijgemaakt. Dit moet ook gebeuren.

Hier tegenover staat evenwel dat er altijd — hopelijk zo weinig mogelijk — situaties zullen zijn waar palliatieve hulpverlening geen antwoord kan bieden voor het lijden van de patiënt. Het is voor deze situaties dat een duidelijke euthanasieregeling noodzakelijk is. De reden waarom dit wettelijk geregeld moet worden bestaat er precies in dat de patiënt die zich in zijn laatste levensfase bevindt, de nodige garanties moet hebben dat zijn wil gerespecteerd wordt. Niemand twijfelt eraan dat momenteel doelbewust door artsen levens worden beëindigd zonder dat de patiënt hierom gevraagd heeft. Uit recent onderzoek zou zelfs blijken dat het hier meer dan 2 % van de overlijdens betreft.

Nu wordt er gewoon een gedoogbeleid gevoerd rond euthanasie, waarbij de patiënt geen enkel recht kan doen gelden. Men mag de zaken niet voorstellen alsof de voorliggende teksten afbreuk doen aan de rechten van de patiënt. Integendeel zij hebben tot doel expliciet in het strafrecht een aantal zorgvuldigheidseisen op te leggen, voor praktijken die nu zonder enige controle van buitenaf gebeuren.

Persoonlijk is zij van oordeel dat een euthanasieregeling die beperkt is tot terminale patiënten te eng is. In het wetsvoorstel nr. 1-86/1 wordt daarom gesproken van «patiënten in een medisch uitzichtloze» situatie. Men kan ervan uitgaan dat lijden louterend werkt, maar dit is zeker niet voor iedereen het geval. Patiënten die geen enkel vooruitzicht hebben om te genezen en zwaar lijden, hebben het recht om op een waardige wijze te sterven.

Spreekster verklaart dat zij enigszins verontwaardigd was over de vraag die enkele vergaderingen terug werd gesteld om hoorzittingen te organiseren over de wilsonbekwamen. De categorie is juridisch perfect omlidnd; over de invulling ervan kan er derhalve geen

médecins devront être consultés), quelques auditions, en fin de débat, seront nécessaires.

Un autre membre ne peut que se réjouir de la tournure que prend cette discussion. On pose des questions sur les textes proposés tant du point de vue de la philosophie générale que sur des points concrets. Ces questions et remarques émanent de tous les groupes politiques. Cela prouve bien qu'il est possible de mener un débat constructif.

Plusieurs orateurs ont déjà, à juste titre, mis l'accent sur la nécessité de mettre en place un bon système de soins palliatifs. La mise en place d'un tel système, accessible à tous, coûtera beaucoup d'argent et implique la libération de moyens importants tant au niveau fédéral qu'au niveau des communautés. Cela doit être réalisé.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il subsistera toujours des cas — espérons qu'ils soient le moins nombreux possible — où les soins palliatifs n'apportent pas de solution aux souffrances du patient. Une réglementation claire en matière d'euthanasie est nécessaire pour faire face à ces cas-là. Il faut régler cette question de manière légale afin de garantir au patient qui est en fin de vie que sa volonté sera respectée. Personne ne doute du fait qu'à l'heure actuelle, des médecins mettent fin à des vies sans que le patient l'ait demandé. Une étude récente indique que cela concerne plus de 2 % des décès.

Actuellement, on pratique simplement une politique de tolérance en matière d'euthanasie qui ne permet pas au patient de faire valoir ses droits. On ne peut considérer que ces textes font fi des droits du patient. Au contraire, ils ont pour objectif explicite d'insérer dans le droit pénal, certains critères de prudence réglementant des pratiques qui sont actuellement en usage sans aucun contrôle.

L'intervenante est personnellement d'avis que limiter la réglementation sur l'euthanasie aux patients en phase terminale est une conception trop étroite. Dans la proposition de loi n° 2-86/1, on parle donc de patients qui se trouvent «dans une situation sans espoir du point de vue médical». On peut concevoir la souffrance comme un processus de purification mais ce n'est certainement pas le cas pour tout le monde. Les patients qui n'ont aucun espoir de guérison et souffrent beaucoup, ont droit à une mort digne.

L'intervenante déclare qu'elle a été quelque peu indignée par la demande formulée il y a peu, d'organiser des auditions sur les patients incapables d'exprimer leurs volontés. Cette catégorie est parfaitement définie juridiquement, il ne peut y avoir de

enkele twijfel bestaan. Daarbij komt dat in geen enkel van de voorstellen die tot hiertoe werden ingediend, ook maar sprake is van euthanasie bij wilsonbekwamen. Ook in de buitenwereld is er een ruime consensus dat het voorbarig zou zijn om het euthanasiedebat naar deze groep uit te breiden. Hiertoe moeten eerst een aantal andere zaken worden uitgeklaard.

Wat tenslotte de opmerkingen van een vorige spreker betreft, ontkent zij dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 zonder veel overleg en overhaast is uitgewerkt. Dit belet echter niet dat de tekst op een aantal punten voor verbetering vatbaar is. Zelf is zij van mening dat de discussie over dit wetsvoorstel volkomen open ligt en dat amendementen die hierop worden ingediend grondig dienen te worden onderzocht en uitgepraat.

Een lid wijst erop dat hij in eigen naam spreekt.

De arts die vandaag euthanasie pleegt en dus iemand ter dood brengt die erom vraagt, maakt zich schuldig aan doodslag, of zelfs aan moord als het opzet tegen hem wordt weerhouden.

De toestemming van het slachtoffer vormt nooit een verschoningsgrond in de eigenlijke zin van het woord; de strafwetten zijn van openbare orde en het is niet toegelaten daaraan afbreuk te doen door bijzondere overeenkomsten(1)! Dat spreekt voor zich ...

Welnu, wie euthanasie pleegt, wordt vandaag zelden vervolgd en nog minder veroordeeld. Men moet meteen vaststellen dat het bestaan van de huidige repressieve wetgeving de verhouding tussen de zieke en de arts vervalst en feitelijk een ongelijkheid ten overstaan van de dood met zich brengt.

Het nagenoeg volledig uitblijven van vervolgingen en veroordelingen is te wijten aan de houding van de rechterlijke macht, die op dit ogenblik geneigd is ervan uit te gaan dat artsen die euthanasie plegen, handelen onder de druk van een noodtoestand.

Wat dekt dit begrip? Is dat een pertinent antwoord? Is de toepassing ervan in overeenstemming met de evolutie van de tijdsgeest in onze maatschappij?

Spreker herinnert eraan dat het Strafwetboek de noodtoestand niet als een algemene verschonings-

doute à ce sujet. En outre, dans aucune des propositions déposées, il n'est question d'euthanasie pour les personnes incapables d'exprimer leurs volontés. Il y a aussi un consensus dans la société, pour considérer qu'il est prématuré d'élargir le débat sur l'euthanasie à cette catégorie. Il faut pour ce faire que d'autres choses soient d'abord clarifiées.

Enfin, en ce qui concerne les remarques d'un des orateurs précédents, l'intervenante dément que la proposition de loi n° 2-244/1 ait été élaborée dans la précipitation et sans beaucoup de concertation. Il n'empêche que le texte est cependant perfectible. Pour sa part, elle est d'avis que la discussion reste ouverte et que les amendements déposés devront être examinés et débattus en profondeur.

Un membre précise que son intervention est faite à titre personnel.

Le médecin pratiquant aujourd'hui une euthanasie, c'est-à-dire qui donne la mort à une personne à la demande de celle-ci, se rend coupable du crime de meurtre, voire d'assassinat si, en toute logique, la préméditation est retenue à son encontre.

En effet, le consentement de la victime ne constitue jamais une cause de justification proprement dite: les lois pénales étant d'ordre public, il n'est pas permis d'y déroger par des conventions particulières(1)! Cela va de soi ...

Or, les auteurs d'euthanasie sont, actuellement, rarement poursuivis, et encore moins condamnés. Il faut constater d'emblée que l'existence même de la législation répressive actuelle fausse le rapport entre le médecin et le malade et entraîne, dans les faits, une inégalité devant la mort.

La quasi-absence de poursuites ou de condamnations est due en effet à l'attitude du pouvoir judiciaire, qui tend à considérer actuellement que les médecins auteurs d'euthanasie agissent sous l'emprise de l'état de nécessité.

Que recouvre cette notion? Est-elle une réponse pertinente? Son action au présent cas correspond-elle à l'évolution des esprits dans notre société?

L'intervenant rappelle que l'état de nécessité n'est pas pris en considération par le Code pénal comme

(1) Burgerlijk Wetboek, artikel 6.

(1) Code civil, article 6.

grond in aanmerking neemt. Hij wordt er sporadisch in genoemd, evenals in bijzondere wetten die er een omstandigheid van maken die een misdaad uitsluit(1). Het gaat eigenlijk om een bijzondere bepaling die van het ontbreken van een noodtoestand een voorwaarde voor de overtreding maakt. Sinds de hervorming van 1992 maakt het Franse Strafwetboek er een objectieve verschoningsgrond van(2) en in zijn voorontwerp van Strafwetboek wil Robert Legros hem eveneens tot regel verheffen(3).

De rechtsleer en de jurisprudentie in België erkennen vandaag dus expliciet deze verschoningsgrond en beschouwen hem als een ultieme remedie tegen de stroefheid van de wet in uitzonderlijke en fataal onvoorzienbare omstandigheden waarin het eerbiedigen van het verbod een objectief onaanvaardbare schade met zich zou brengen(4). In het extreme geval is dit de omstandigheid dat de verlenging van het leven een groter kwaad zou zijn voor de menselijke persoon dan de dood zelf.

Over het bestaan en het aanvaarden van deze constructie van de rechtsleer en de jurisprudentie mag dan geen controverse meer bestaan, over haar grondslag en haar aard heerst nog steeds twijfel.

Twee opvattingen hebben lange tijd tegenover elkaar gestaan: de ene, die hoofdzakelijk door de jurisprudentie werd verdedigd, stelt de noodtoestand gelijk aan de begrippen dwang en heirkraft(5), de andere, vooral gesteund op de moderne rechtsleer, ziet er een zelfstandig begrip in(6).

Paul Foriers heeft het verschil tussen beide concepten goed aangetoond: is er morele dwang, dan wordt de oplossing aan de dader opgelegd, in de hypothese van de noodtoestand ziet de dader zich verplicht een keuze te maken. Onder de invloed van de nood kiest

une cause générale de justification. Il est mentionné de manière éparse dans celui-ci ou dans des lois particulières qui en font une circonstance exclusive de criminalité(1). Encore cette mention est-elle particulière, puisqu'elle fait de l'absence de nécessité une condition d'existence de l'infraction. Depuis sa réforme en 1992, le Code pénal français en fait formellement une cause de justification objective(2), et l'avant-projet de Code pénal rédigé par Robert Legros prévoit de le consacrer également(3).

Actuellement, en Belgique, ce sont donc la doctrine et la jurisprudence qui reconnaissent de façon explicite cette cause de justification, considérée comme le « remède ultime » apporté à la rigidité de la loi dans les circonstances exceptionnelles et fatalement imprévisibles où le respect de l'interdit entraînerait un dommage objectivement inacceptable(4). Celui, cas extrême, où la prolongation de la vie constituerait un mal plus grand pour la personne humaine que la mort elle-même.

Si l'existence et l'acceptation de cette construction doctrinale et jurisprudentielle ne font plus l'objet de controverses, son fondement et sa nature soulèvent toujours certaines hésitations.

Deux conceptions se sont longtemps opposées: l'une, défendue essentiellement par la jurisprudence, assimilait l'état de nécessité aux notions de contrainte ou de force majeure(5); l'autre, soutenue surtout par la doctrine moderne, y voit une notion autonome(6).

Paul Foriers a bien montré la différence entre les deux concepts: dans la contrainte morale, la solution est dictée à l'agent, alors que dans l'hypothèse de l'état de nécessité, l'agent se voit obligé de délibérer. Sous l'empire de la nécessité, l'agent choisit librement

(1) Zie Strafwetboek, artikelen 540, 541 en 563, 4: « Outre le fait que la référence à l'état de nécessité lui assigne un rôle différent, il semble que ces textes visent une acception de la nécessité moins rigoureuse que celle qui est envisagée dans le contexte général », Françoise Tulkens en Jacques van de Kerchove, « Introduction au droit pénal », Ed. Story Scientia, 1997, blz. 261-262. Zij citeren P.E. Trousse, « Les principes généraux du droit pénal positif belge, Les nouvelles », Droit pénal, t. I, vol. I, Bruxelles, Larcier, 1956, blz. 418.

(2) Frans Strafwetboek, artikel 122-7.

(3) Robert Legros, « Avant-projet de Code pénal », Brussel, *Belgisch Staatsblad*, 1985, artikel 73, blz. 19.

(4) Christiane Hennau, Jacques Verhaegen, « Droit pénal général », Brussel, Bruylant, 1995, blz. 178-179.

(5) Zie de talrijke beslissingen van het Hof van cassatie die met name door Françoise Tulkens en Jacques van de Kerchove worden geciteerd, « Introduction au Droit pénal », blz. 262, noot 236, maar ook de rechtsleer geciteerd door J. Constant, « *Traité élémentaire de Droit pénal* », Luik, Imprimeries Nationales, blz. 505.

(6) Onder meer P. Foriers, « *De l'État de nécessité en droit pénal* », Brussel-Parijs, Bruylant-Sirey, 1951, blz. 27 en volgende.

(1) Voyez Code pénal, articles 540, 541 et 563, 4: « Outre le fait que la référence à l'état de nécessité lui assigne un rôle différent, il semble que ces textes visent une acception de la nécessité moins rigoureuse que celle qui est envisagée dans le contexte général », Françoise Tulkens en Jacques van de Kerchove, « Introduction au droit pénal », Ed. Story Scientia, 1997, pp. 261-262, qui citent P.E. Trousse, *Les principes généraux du droit pénal positif belge, Les nouvelles*, Droit pénal, t. I, vol. I, Bruxelles, Larcier, 1956, p. 418.

(2) Code pénal français, article 122-7.

(3) Robert Legros, *Avant-projet de Code pénal*, Bruxelles, *Moniteur belge*, 1985, article 73, p. 19.

(4) Christiane Hennau, Jacques Verhaegen, *Droit pénal général*, Bruxelles, Bruylant, 1995, pp. 178-179.

(5) Voir les nombreuses décisions de la Cour de cassation citées notamment par Françoise Tulkens et Jacques van de Kerchove, *Introduction au Droit pénal*, p. 262, note 236, mais aussi la doctrine citée par J. Constant, *Traité élémentaire de Droit pénal*, Liège, Imprimeries Nationales, p. 505.

(6) Notamment P. Foriers, *De l'État de nécessité en droit pénal*, Bruxelles-Paris, Bruylant-Sirey, 1951, pp. 27 et suivantes.

de dader uit vrije wil, zijn wil is in genen dele tenietgedaan.

Het Hof van Cassatie heeft deze oplossing bij arrest van 13 mei 1987 tot regel verheven⁽¹⁾. De grondslag voor de noodtoestand is dus niet artikel 71 van de strafwet, in welke «afgezwakte» versie dan ook, maar wel degelijk een algemeen, veel breder principe.

Het Hof sprak zich uit over een cassatieberoep tegen een arrest van het hof van beroep te Luik dat duidelijk stelde dat de verweerder gedwongen was geweest te kiezen tussen twee waarden, en had geoordeeld aan één van beide voorrang te moeten geven. Die keuze kon, volgens het hof van beroep, alleen maar de steun krijgen van het sociaal geweten, die één van de pijlers vormt van de strafregel.

Het Hof van Cassatie heeft het in beroep gevelde arrest bevestigd en voor recht gesproken dat «(vertaling) de noodtoestand aangevoerd door de verweerder niet kon worden afgewezen vermits, gezien de waarde van de tegenstrijdige rechten en bij het bestaan van een ernstig en dreigend kwaad voor een andere persoon, de verweerder kon oordelen dat hij op geen enkele andere wijze dan door het begaan van de daden die hem worden verweten, een dwingender algemeen belang kon veilig stellen dat hij tot plicht had of in rechte was veilig te stellen vóór andere belangen».

Voortaan wordt dus algemeen aanvaard dat de noodtoestand een situatie is waarin de dader die volledig uit vrije wil handelt, tussen twee tegenstrijdige imperatieven de gedragslijn kiest die hij moet volgen.

Het gaat dus om een zogenaamde «objectieve» rechtvaardigingsgrond, die de handeling wettigt, hoewel die beantwoordt aan de wettelijke elementen voor een aanklacht. Het gaat niet om een verschoningsgrond die de fout van de dader in de strafrechtelijke zin ongedaan maakt.

De rechter vervult thans dus een exclusieve en primordiale rol in de beoordeling van het al dan niet bestaan van de noodtoestand: hij moet de afweging van de tegenstrijdige waarden beoordelen, die de persoon die euthanasie heeft gepleegd, heeft gemaakt.

Daartoe refereert de magistraat uiteraard aan de wet en aan de basisteksten. Maar bovenal moet hij rekening houden met een veel ruimere gemeenschappelijke waardeschaal, een schaal die afhankelijk is van een bepaalde filosofie en wereldopvatting die hem eigen zijn.

Het is normaal dat de magistraat deze verantwoordelijkheid opneemt in de uitzonderlijke gevallen, die de wetgever niet formeel heeft kunnen regelen; de wetgever kan tenslotte niet alles voorzien.

et volontairement, sa volonté n'est nullement annihilée.

La Cour de cassation, dans son arrêt du 13 mai 1987(1), a consacré cette solution. Le fondement de l'état de nécessité n'est donc pas l'article 71 du Code pénal, dans une quelconque version «atténuée», mais bien un principe général plus large.

La Cour se prononçait sur un pourvoi contre un arrêt de la cour d'appel de Liège qui exprimait clairement que le défendeur «avait été contraint de faire un choix entre deux valeurs», et avait estimé devoir «accorder la primauté» à l'une d'elles. Ce choix, dit la cour d'appel, «ne pouvait que recevoir l'adhésion de la conscience sociale, qui constitue un des supports de la règle pénale».

La Cour de cassation a approuvé l'arrêt prononcé en appel, disant pour droit que «l'état de nécessité allégué par le défendeur ne pouvait être écarté dès lors que, eu égard à la valeur respective des droits en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, le défendeur avait pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder, autrement qu'en commettant les faits qui lui sont reprochés, un intérêt général plus impérieux qu'il avait le devoir ou qu'il était en droit de sauvegarder avant tous les autres».

Désormais, il est donc généralement admis que l'état de nécessité est une situation où l'auteur, en pleine possession de son libre-arbitre, choisit, entre deux impératifs contradictoires, la ligne de conduite qu'il doit suivre.

Il s'agit donc d'une cause de justification dite «objective», qui rend l'acte licite, bien qu'il corresponde aux éléments légaux d'une incrimination, et non une cause de non-imputabilité qui supprime la faute au sens pénal dans le chef de l'agent.

Le juge a donc actuellement un rôle primordial et exclusif dans l'appréciation de l'existence même de l'état de nécessité: il doit apprécier la «mise en balance» des valeurs en conflit à laquelle a procédé une personne qui a commis un acte d'euthanasie.

Pour ce faire, le magistrat fait référence évidemment à la loi et aux textes fondateurs. Mais, au-delà, il doit cerner une échelle de valeurs communes beaucoup plus large, échelle qui est tributaire d'une certaine philosophie et d'une conception du monde qui lui est personnelle.

Cette responsabilité, il est normal que le magistrat l'assume dans des cas exceptionnels. Ceux que le législateur, qui ne peut tout prévoir, n'a pas pu régler formellement.

(1) Cass., 13 mei 1987, *RCJB*, 1989, blz. 588 en volgende.

(1) Cass., 13 mai 1987, *RCJB*, 1989, pp. 588 et s.

Moet men alleen de rechters blijven belasten met het vertalen van deze ontwikkelingen in het « sociaal geweten » over zulke fundamentele onderwerpen die raken aan de fysieke integriteit en de waardigheid van personen? Spreker denkt van niet. Mag het beroep op de noodtoestand zoals vandaag het geval is, worden verheven tot enige jurisprudentiële oplossing voor de problemen verbonden met het levenseinde? Spreker denkt van niet. Mag de wetgever zich onttrekken aan de verantwoordelijkheid die de zijne is en die erin bestaat de wil van de meerderheid van het sociaal corps met betrekking tot de euthanasiepraktijk waarvan niemand het bestaan nog ontkent, om te zetten in de wet? Voor een derde maal denkt spreker van niet!

Het kan hem dus enkel verheugen dat alle democratische partijen vinden dat de wetgever moet optreden. En de meeste, zo niet alle wetsvoorstellen, schijnen te willen erkennen dat in sommige gevallen de extreme oplossing die de euthanasie is, moet worden toegestaan door de wet.

Als de overgrote meerderheid van de samenleving euthanasie aanvaardt, dan heeft de wetgever de plicht om die keuze om te zetten in een wet en de voorwaarden vast te leggen waaronder de samenleving bereid is die praktijk te aanvaarden. Er is dus geen sprake van om deze verantwoordelijkheid enkel aan de artsen te laten, een verantwoordelijkheid die de magistraten dan zouden moeten beoordelen zonder dat de wet een aanwijzing geeft.

Sommigen beweren de kwestie te kunnen regelen door voor de rechter enkele eenvoudige bakens uit te zetten, die de elementen in de reglementering aangeven op grond waarvan de noodtoestand kan worden bepaald.

Spreker denkt niet dat dit opportuun is. Integendeel, hij is van mening dat onze samenleving in het Strafwetboek, waarin ook het fundamentele verbod om te doden is opgenomen, het recht van een persoon moet inschrijven om over zijn eigen lichaam te beschikken tot op het ultieme moment van de dood. Elke andere oplossing komt hem hypocriet en conservatief voor, omdat het geen open en echt antwoord geeft op het maatschappelijk probleem. Daarom steunt hij ten volle de wetsvoorstellen ingediend door de zes fractievoorzitters van de regenboogcoalitie.

Nochtans vindt hij niet dat moet worden geraakt aan de draagwijdte van de artikelen 417 en volgende van het Strafwetboek, die na de goedkeuring van de nieuwe wet zullen blijven bestaan, laat men dat niet vergeten. Men wil immers de zeer strikte voorwaarden omschrijven waaronder deze artikelen niet meer van toepassing zouden zijn in geval van euthanasie, want men zal zich in een door de wet afgebakende situatie bevinden, waarin de dader wordt verschoond.

Spreker legt er de nadruk op dat volgens hem het begrip noodtoestand in voorkomend geval nog zal

Faut-il continuer à charger les juges de traduire seuls les évolutions de la « conscience sociale » sur des sujets aussi fondamentaux, et qui touchent à l'intégrité physique et à la dignité des personnes? L'intervenant ne le pense pas. Le recours à l'état de nécessité peut-il être érigé, comme il l'est aujourd'hui, en solution jurisprudentielle unique aux problèmes liés à la fin de vie? L'intervenant ne le pense pas. Le législateur doit-il se dérober à la responsabilité, qui lui appartient, de traduire dans la loi, la volonté de la majorité du corps social sur la pratique de l'euthanasie dont l'existence n'est niée par personne? Une troisième fois, l'intervenant ne le pense pas!

Il ne peut donc que se réjouir de voir tous les partis démocratiques estimer que le législateur doit intervenir. Et la plupart, sinon toutes les propositions de loi, semblent d'accord pour reconnaître que dans certains cas, la solution extrême que représente l'euthanasie doit être rendue licite par la loi.

Si la société accepte l'euthanasie dans sa grande majorité, le législateur a le devoir de traduire ce choix dans la loi et de fixer les conditions dans lesquelles la société est prête à accepter cette pratique. Il n'est donc pas question de laisser aux seuls médecins cette responsabilité, responsabilité que les magistrats évalueraient sans indication de la loi.

Certains prétendent pouvoir régler la question en fixant de simples repères au juge, indiquant dans la réglementation les éléments qui permettent de cerner l'état de nécessité.

L'intervenant ne pense pas que ce soit opportun. Au contraire, il estime que c'est dans le Code pénal, lui qui est porteur de l'interdit fondamental de tuer, que notre société doit à présent inscrire le droit de la personne à disposer de son propre corps jusqu'au moment ultime de la mort. Toute autre solution lui paraît hypocrite et conservatrice, parce que ne répondant pas franchement et réellement au problème de société posé. C'est pourquoi il partage et soutient entièrement les propositions de loi présentées par les six chefs de groupe de la coalition de l'arc-en-ciel.

Ce faisant, il ne croit pas qu'il faille entamer la portée des articles 417 et suivants du Code pénal, qui subsisteront après l'adoption de cette nouvelle loi, ne l'oublions pas. On entend, en réalité, préciser les conditions très strictes dans lesquelles ces articles ne s'appliqueront plus en cas d'euthanasie, parce qu'on se trouvera dans une situation, balisée par la loi, où l'auteur de celle-ci sera justifié.

L'intervenant tient à dire que selon lui, la notion d'état de nécessité continuera à s'appliquer, le cas

worden toegepast als zich omstandigheden voordoen die niet worden geregeld door de wet. Hij gaat zo ver te verklaren dat dit het geval zal zijn wanneer de persoon vooraf geen wilsverklaring heeft opgesteld en niet of niet meer in staat is dat te doen. Het moet mogelijk blijven om in voorkomend geval de noodtoestand te blijven toepassen volgens de ethiek en het geweten van de artsen en onder gerechtelijke controle met eerbied voor het gemene recht.

Maar men zal aan het begrip noodsituatie zijn uitzonderingsstatuut hebben teruggegeven. Het zal niet langer in talloze gevallen bijna automatisch kunnen worden ingeroepen, zoals vandaag nog het geval is.

Bovendien zal volgens deze opvatting in geval van betwisting de rol van de rechter erin bestaan om na te gaan of de voorwaarden vastgesteld in het nieuwe artikel 417*bis* zijn vervuld, in welk geval het inderdaad om een door het sociaal corps aanvaard geval van euthanasie zal gaan. In het tegengestelde geval moet het gemene recht worden toegepast. Buiten de regels die zullen worden vastgelegd, kan de instemming alleen niet volstaan: niemand kan ermee instemen te worden gedood!

Volgens spreker wordt geen nieuwe uitzondering geschapen op het fundamentele verbod om te doden. Integendeel, men formaliseert in de wet op een liefst zo streng mogelijke manier het jurisprudentiële concept noodtoestand, waarop men zich blijft baseren. De voorwaarden vastgelegd in de wet zullen in voorkomend geval een gerechtelijke controle garanderen, waarvan het ontradend effect niet mag worden onderschat.

Op die manier denkt men een veel grotere rechtszekerheid te kunnen garanderen. Eerst en vooral voor de artsen die dat in geweten willen en die dan niet langer, zoals nu, zullen moeten werken in angst voor gerechtelijke vervolging, mocht een magistraat daartoe plots, willekeurig en om welk motief dan ook beslissen. Maar ook voor de personen die om euthanasie verzoeken; zij zullen in de voorwaarden en de toepassingsmodaliteiten van de wet de strikte eerbied voor hun persoonlijke wil herkennen evenals de waarborg dat ze niet zal worden misbruikt voor onaanvaardbare motieven, vermits de gerechtelijke controle steeds mogelijk blijft.

Dat is het verdienstelijke beginsel van de voorstellen ingediend door de heer Mahoux, waarbij alle leden van de fractie van spreker verwijzen naar de voorstellen die oorspronkelijk door de heren Lallemand en Erdman werden ingediend. Spreker denkt dat de wet zodoende beter de morele opvattingen weerspiegelt die momenteel heersen in de Belgische samenleving, zonder die in elk opzicht dan ook te verlagen. Wat er elders wel of niet gebeurt, heeft weinig belang.

Het zal nooit mogelijk zijn om alle misbruiken te voorkomen. Maar spreker denkt dat deze heel wat

échéant, pour des circonstances non réglées par la loi en discussion. Il se risque à dire que ceci concerne les cas où la personne n'a pas déclaré préalablement sa volonté et n'est pas ou n'est plus capable de le faire. L'état de nécessité doit pouvoir continuer à s'appliquer, le cas échéant, selon l'éthique et la conscience des médecins et sous le contrôle judiciaire dans le respect du droit commun.

Mais on aura rendu à la notion d'état de nécessité son statut d'exception. Elle ne pourra plus intervenir, comme c'est le cas aujourd'hui, presque «automatiquement» dans de très nombreux cas.

En outre, en cas de contestation, le rôle du juge sera, selon cette conception, de vérifier si les conditions édictées par le nouvel article 417*bis* sont réunies, auquel cas on se trouvera bien dans un cas d'euthanasie admis par le corps social. Dans le cas contraire, le droit commun aurait à s'appliquer. En dehors des règles qui vont être fixées, le consentement seul n'est pas suffisant: personne ne peut consentir à être tué!

Selon l'intervenant, on ne crée pas une exception nouvelle à l'interdit fondamental de tuer. Au contraire, on formalise dans la loi, de la manière qu'il convient de rendre la plus rigoureuse possible, la notion jurisprudentielle d'état de nécessité, sur laquelle on continue en réalité à s'appuyer. Les conditions, fixées dans la loi, garantiront, le cas échéant, un contrôle juridictionnel dont l'effet dissuasif ne doit pas être sous-estimé.

Ce faisant, on pense pouvoir assurer une sécurité juridique beaucoup plus solide. D'abord aux médecins qui le voudront en conscience, et qui n'agiront plus dès lors dans la crainte, toujours présente actuellement, de poursuites judiciaires à leur encontre, si tel magistrat le décide subitement et arbitrairement, pour quelque motif que ce soit. Mais aussi aux demandeurs d'euthanasie qui trouveront dans les conditions et les modalités d'application de la loi le strict respect de leur propre volonté et la garantie que celle-ci ne sera pas détournée pour des motifs inacceptables, grâce au contrôle judiciaire toujours possible.

C'est le principe mérite des propositions présentées par Philippe Mahoux, avec la référence que font tous les membres du groupe auquel appartient l'intervenant, aux propositions qui étaient celles à l'origine, notamment, de Roger Lallemand et de Fred Erdman. Ce faisant, l'intervenant pense que la loi nouvelle reflètera mieux l'état moral qui prévaut actuellement dans la société belge, sans l'abaisser d'aucune façon. Peu importe ce qui se fait ou ne se fait pas ailleurs.

Il ne sera certes jamais possible d'éviter tous les abus. Mais l'intervenant pense que ceux-ci seront

minder erg en minder talrijk zullen zijn dan degene die vandaag clandestien gebeuren, ondanks de repressieve wetgeving, omdat de controle gebrekkig is, omdat het overleg niet verplicht is, omdat inadequate middelen worden gebruikt voor het inleiden van een zachte en snelle dood. Wat uiteindelijk een onaanvaardbare ongelijkheid ten overstaan van de dood met zich brengt!

Spreker voegt er ten slotte nog aan toe dat deze juridische redenering, waarvan hij hoopt dat ze weldra in de wet zal worden omgezet, eenieders filosofische en religieuze overtuiging respecteert, zowel die van de patiënten als van de artsen. In het bijzonder de overtuiging van diegenen die geloven dat het leven niet toebehoort aan de mens die ervan geniet. Zo zal niemand ertoe worden aangezet om een handeling uit te voeren of te ondergaan die tegen zijn geweten indruist. Maar niemand zal dank zij deze bevrijdende wet nog over de macht beschikken om zijn deontologische opvattingen aan alle anderen op te leggen.

Een ander lid verwijst naar zijn vorige verklaring, waarin zij een aantal elementen heeft aangebracht, en zegt verbijsterd te zijn over het debat dat vandaag begint. Een nieuw gegeven rechtvaardigt haar nieuwe interventie, met name het indienen door sommige parlementsleden van de meerderheid van een samengevoegd voorstel of, juister gezegd, van drie voorstellen die een geheel vormen en die samen hun weg moeten gaan. Voorheen hadden de indieners afzonderlijke voorstellen ingediend die weliswaar in dezelfde richting gingen (vermits ze zich alle drie uitspraken voor een wijziging van het Strafwetboek), ook al bevatten de verschillende voorstellen soms belangrijke nuances.

Spreekster wenst een aantal opmerkingen en vragen te formuleren over de drie nieuwe voorstellen die zojuist werden ingediend.

Het is goed dat deze voorstellen, die betrekking hebben op euthanasie, palliatieve zorg en de oprichting van een evaluatiecommissie, samen worden behandeld, want zo kan een globaal debat worden gevoerd.

Om kwaliteitswerk te leveren in een zo moeilijke materie moet er eerst over elk element in de voorstellen een diepgaand debat worden gevoerd. Dat debat moet de filosofische en ideologische tegenstellingen overstijgen. Het moet zich toespitsen op de vraag wat die toekomstige wet kan betekenen voor de reële en concrete problemen van mensen op hun levensende.

Het debat zou ook een opvoedende rol moeten vervullen. Het komt erop aan om precies te definiëren wat wordt bedoeld met euthanasie, palliatieve zorg, therapeutische hardnekkigheid, het stopzetten van de behandeling, enz.

In discussies met collega's die geen lid zijn van de verenigde commissies of met andere personen die niet

moins graves et bien moins nombreux que ceux qui sont commis aujourd'hui clandestinement, malgré la loi répressive, à cause de l'insuffisance de contrôle, de l'absence de concertation obligatoire, de l'utilisation de moyens inadéquats pour provoquer une mort douce et rapide. Ce qui entraîne, en définitive, une inégalité intolérable devant la mort!

L'intervenant ajoute enfin que ce raisonnement juridique, qui se traduira bientôt, il l'espère, dans la loi, respecte entièrement les conceptions philosophiques et religieuses de chacun, patients et médecins. En particulier, les convictions de ceux qui croient que la vie n'appartient pas à l'homme qui en bénéficie. Nul ne sera ainsi poussé à commettre ou subir un acte qui serait contraire à sa conscience. Mais également, grâce à la loi libératrice, nul n'aura plus le pouvoir d'imposer à tous les autres ses conceptions dogmatiques.

Un autre membre renvoie à sa précédente intervention, au cours de laquelle elle avait évoqué un certain nombre d'éléments, et fait part de sa perplexité, face au débat qui débute aujourd'hui. Un élément neuf justifie sa nouvelle intervention, à savoir le dépôt, par certains parlementaires de la majorité, d'une proposition conjointe ou plus exactement, de trois propositions formant un tout, et destinées à cheminer ensemble. Les auteurs avaient précédemment déposé des propositions distinctes allant, il est vrai, dans le même sens (puisque toutes optaient pour une modification du Code pénal), même si des nuances parfois importantes étaient contenues dans les diverses propositions.

L'intervenante souhaite formuler certaines observations et questions par rapport aux 3 propositions nouvelles qui viennent d'être déposées.

Il est bon que celles-ci, qui concernent respectivement l'euthanasie, les soins palliatifs, et la création d'une commission d'évaluation, soient traitées ensemble, car ces divers sujets doivent, selon l'intervenante, faire l'objet d'un débat commun.

Pour fournir un travail de qualité dans une matière aussi difficile, il faut tout d'abord un débat approfondi sur chacun des éléments contenus dans les propositions, débat qui doit aller bien au-delà des clivages philosophiques et idéologiques, et se préoccuper avant tout de ce que la loi future pourra apporter par rapport aux problèmes réels et concrets rencontrés par les personnes en fin de vie.

Le débat devrait également revêtir une dimension pédagogique. Il s'agit de bien définir ce que l'on vise exactement lorsqu'on parle d'euthanasie, de soins palliatifs, d'acharnement thérapeutique, d'arrêt de traitement etc.

L'intervenante constate en effet, dans les discussions avec des collègues non membres des commis-

professioneel bij de zaak betrokken zijn, stelt spreekster hierover een zeer grote verwarring vast. Velen spreken over wat ze zelf hebben meegemaakt of over wat ze aanvoelen in erg verschillende situaties die niet noodzakelijk te maken hebben met euthanasie op zich, maar veeleer met de relaties tussen patiënt en arts en met de eerbied voor de rechten van de patiënt in het bijzonder in de hospitalen. Zij willen dat de rechten van de patiënt worden geëerbiedigd. Dat is een essentieel punt en wellicht één van de elementen die de discussie op het precieze punt van de euthanasie hebben gebracht.

Heel de moeilijkheid spruit voort uit het feit dat wordt geraakt aan een ander hoofdstuk van het probleem, namelijk de «rechten van de patiënt» tegenover de arts.

Spreekster meent te hebben begrepen dat de indieren van de drie voorstellen niet de bedoeling hebben om hierover de discussie aan te gaan, omdat de tekst anders ook op andere medische handelingen dan de euthanasie toepassing zou moeten vinden. Dit punt verdient verduidelijking.

Het zou ook interessant zijn om een inventaris te maken van de punten van overeenkomst en van verschil in de diverse standpunten.

Er schijnt een brede consensus over te bestaan dat palliatieve zorg een recht moet worden voor elke patiënt en dat het dus noodzakelijk is die zorg uit te bouwen in ons land, want dit is op dit ogenblik op verre na niet het geval.

Als het probleem van de palliatieve zorg wordt aangesneden, zou er moeten worden gediscussieerd over wat al bestaat in ons land, over de huidige stand van de wetgeving, over de middelen die kunnen worden vrijgemaakt. Met het debat over de palliatieve zorg wordt meteen ook het debat geopend over een bepaalde opvatting van de geneeskunde, over de manier waarop men een patiënt benadert als een continu te verzorgen persoon.

Het is niet omdat op een bepaald ogenblik moet worden vastgesteld dat de curatieve behandeling niet langer werkzaam is, dat de arts de patiënt moet laten vallen en vinden dat het hem niet langer aanbelangt.

Op dat vlak maakt de geneeskunde een belangrijke ontwikkeling door. Men gaat er nu van uit dat men de patiënt in geen geval aan zijn lot mag overlaten wanneer wordt vastgesteld dat de ziekte niet meer kan worden genezen. Wat tot nog toe is gebeurd op het vlak van de palliatieve zorg, heeft in de ziekenhuizen een denkproces op gang gebracht. Het verplicht ons om na te denken over een betere organisatie van de geneeskunde, met name via de opleiding, hoewel de federale wetgever daarvoor niet bevoegd is. In dat opzicht doet het voorstel problemen rijzen waarop spreekster later zal terugkomen. In ieder geval moet men de gemeenschappen en gewesten op een of

sions réunies ou avec d'autres personnes non professionnelles, qu'il existe une énorme confusion à cet égard. Nombreux sont ceux qui parlent de ce qu'ils ont vécu, de ce qu'ils ressentent comme patients, dans des situations qui peuvent être extrêmement différentes, et ne touchent pas nécessairement à l'euthanasie en tant que telle, mais plutôt aux relations entre le patient et son médecin, et à la volonté de voir, dans ces relations, les droits du patient respectés, notamment dans le cadre des hôpitaux. Ce point est essentiel, et c'est probablement l'un des éléments qui ont amené un débat sur le point plus précis de l'euthanasie.

Toute la difficulté vient du fait que l'on touche là à un autre volet du problème, ce que l'on pourrait qualifier de «droits du patient» par rapport au médecin.

L'intervenante croit avoir compris que l'intention des auteurs des 3 propositions est de ne pas entrer dans ce débat, faute de quoi d'autres actes que l'euthanasie devraient également être visés par le texte. Ce point mériterait d'être clarifié.

Il serait aussi intéressant de faire l'inventaire des points de convergence et de divergence entre les différents points de vue exprimés.

Il semble y avoir un large consensus sur le fait que les soins palliatifs doivent devenir un droit pour chaque patient, et qu'il est nécessaire de développer ces soins dans notre pays, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Lorsque la question des soins palliatifs sera abordée, il faudrait discuter de ce qui existe dans notre pays, de l'état actuel de la législation, des moyens que l'on peut dégager. Le débat sur les soins palliatifs en amène un autre, sur une certaine conception de la médecine, sur la manière dont on considère le patient comme une personne à soigner de manière continue.

Ce n'est pas parce qu'à un moment donné, on doit constater que les soins curatifs deviennent inopérants, que le médecin doit se désintéresser du patient et considérer qu'il n'est plus de son ressort.

Une évolution importante se fait à cet égard dans le domaine de la médecine, où l'on considère qu'à aucun moment, on ne peut abandonner son patient lorsqu'on doit constater que sa maladie elle-même n'est plus curable. Ce qui s'est fait jusqu'ici en matière de soins palliatifs, a amené à une réflexion dans les hôpitaux, et nous force à réfléchir à une meilleure organisation de la médecine, notamment par la formation, bien que celle-ci ne soit pas, sur le plan institutionnel du ressort du législateur fédéral. À cet égard, la proposition pose des problèmes sur lesquels l'intervenante reviendra ultérieurement. Il faudra en tout cas, d'une manière ou d'une autre, rendre les

andere manier bewust maken van hun taak op dit gebied.

Het moet ook worden onderstreept dat de medische praktijk begint te evolueren, maar dat is zeker niet in alle ziekenhuizen het geval (zie de brief van de verpleegsters van het UZ Brugmann over de problemen in de ziekenhuizen en hun oproep om te reageren).

Wat het wetsvoorstel over euthanasie zelf betreft, kan men ten opzichte van de eerste wetsvoorstellen op een aantal punten een belangrijke evolutie vaststellen met betrekking tot het toepassingsgebied, de procedure, de controle, enz.

De eerste vraag heeft betrekking op het begrip « terminale fase », dat men wel in de twee initiële wetsvoorstellen, maar niet meer in dit wetsvoorstel terugvindt.

Spreekster vindt dat deze belangrijke ontwikkeling een probleem doet rijzen, omdat het toepassingsgebied van een eventuele wijziging van de strafwet daarvoor aanzienlijk wordt verruimd.

Spreekster vraagt ook meer duidelijkheid over de definitie van euthanasie. Als men het toepassingsgebied verruimt, dreigt men dan niet af te glijden naar hulp bij zelfdoding, wat niet hetzelfde is als euthanasie?

Een tweede punt betreft het fysieke en psychische lijden. Ook in dit opzicht werden de oorspronkelijke teksten ruimer, vermits er nu sprake is over een noodtoestand.

Spreekster begrijpt niet waarom deze laatste term, die gebruikt werd inzake zwangerschapsafbreking, in verband wordt gebracht met euthanasie.

Ze vindt dat, in weerwil van het verband dat vaak tussen beide wordt gelegd, deze debatten fundamenteel van elkaar verschillen.

Alle indieners van het voorstel verwijzen naar het ongeneeslijke karakter van de ziekte, naar ondraaglijke, niet te lenigen en aanhoudende pijn. Bij een dergelijke ziekte lijkt de noodtoestand een te subjectief begrip om het fysieke en psychische lijden van de patiënt te kunnen vatten.

Alle ingediende voorstellen hebben het, naast de ongeneeslijkheid van de ziekte, over ondraaglijk, niet te lenigen en aanhoudend lijden. Alle vinden ze dat maar kan gehandeld worden na het weloverwogen, duurzaam en herhaald verzoek van de patiënt. Het zijn deze overeenkomsten die belangrijk zijn en waarmee in het debat rekening moet worden gehouden.

communautés et les régions conscientes du travail qu'elles ont à effectuer en la matière.

Il faut souligner aussi que la pratique médicale commence à évoluer, mais c'est loin d'être le cas dans tous les hôpitaux (*cf.* la lettre envoyée par les infirmières du CHU de Brugmann, indiquant les problèmes rencontrés dans nos hôpitaux, et qui suscitent la réaction du citoyen à l'égard de la médecine).

Quant à la proposition de loi elle-même relative à l'euthanasie, on peut constater une évolution importante, sur un certain nombre de points, par rapport aux propositions de loi initiales, en ce qui concerne le champ d'application, la procédure, le contrôle, etc.

La première question concerne la notion de « phase terminale », que l'on trouvait dans deux des propositions initiales, et qui ne figure plus dans la proposition conjointe.

L'intervenante estime qu'il s'agit là d'une évolution importante, qui pose problème parce qu'elle ouvre de manière beaucoup plus large qu'avant le champ d'application de l'éventuelle modification de la loi pénale.

L'intervenante souhaiterait également une plus grande clarté par rapport à la définition que l'on donne de l'euthanasie. D'une certaine manière, en élargissant le champ d'application, ne risque-t-on pas de glisser vers l'aide au suicide, qui ne doit pas être confondue avec l'euthanasie?

Un deuxième point concerne la souffrance physique et psychologique. À cet égard, on note aussi un élargissement des textes initiaux, puisqu'il est maintenant question d'état de détresse.

L'intervenante n'aperçoit pas la pertinence, dans le contexte de l'euthanasie, de cette dernière terminologie, qui a été utilisée en matière d'avortement.

L'intervenante estime personnellement, en dépit du parallèle que l'on établit souvent entre les deux débats, qu'ils sont de nature fondamentalement différente.

Tous les auteurs de propositions font référence au caractère incurable de la maladie, et aux souffrances insupportables, inapaisables et constantes. L'état de détresse, considéré dans le cadre d'une telle maladie, paraît une manière trop subjective d'appréhender l'état de souffrance physique et psychique du patient.

Si l'on considère l'ensemble des propositions déposées, indépendamment de la façon de procéder qu'elles proposent, toutes font état, outre le caractère incurable de la maladie, de souffrances insupportables, inapaisables et constantes. Toutes considèrent qu'il doit s'agir d'une demande mûrement réfléchie, persistante et réitérée du patient. Les convergences sont importantes, et doivent pouvoir être prises en considération dans le cadre du débat.

Een derde punt betreft de problematiek van het statuut van de wilsbekwamen en wilsonbekwamen, van de personen die wel en niet meer bewust zijn, van de meerderjarigen en minderjarigen.

Dit zijn bijzonder delicate problemen, die de indieners van de initiële voorstellen op zeer uiteenlopende wijze regelden.

Daarover is een grondig debat nodig, waarin de vragen van diegenen die aanvankelijk het toepassingsgebied van de wet tot de bewuste patiënten wilden beperken, opnieuw aan bod moeten komen. Het probleem van de onbewuste patiënten volgt niet dezelfde logica als dat van de bewuste en de regels die gelden voor de tweede categorie gelden niet noodzakelijk voor de eerste. De gelijke behandeling van bewuste en onbewuste patiënten is dus het belangrijkste probleem. Hetzelfde probleem rijst in verband met het juridische onderscheid tussen wilsbekwamen en wilsonbekwamen.

Wat het onderscheid tussen meerderjarigen en minderjarigen betreft, maakt het wetsvoorstel melding van niet-ontvoogde minderjarigen.

Spreekster vindt dat alle minderjarigen op ethisch vlak op voet van gelijkheid moeten worden geplaatst. Een discriminatie op grond van ontvoogding kan niet.

Voor de onbewuste patiënt voorziet het wetsvoorstel in de voorafgaande wilsverklaring.

Voor de bewuste patiënt is van een dergelijke wilsverklaring geen sprake; overeenkomstig de eerste alinea kan de patiënt in een wilsverklaring aangeven welke medische behandeling hij wil of niet wil.

Spreekster is van oordeel dat men daardoor buiten het toepassingsveld van de euthanasie treedt, en dat dit deel uitmaakt van de patiëntenrechten.

Men bevindt zich buiten het kader van de definitie van het Comité voor bio-ethiek. Hierdoor dreigen problemen te rijzen in verband met moeilijke beslissingen die artsen dagelijks nemen. Het gaat daarbij niet om handelingen van euthanasie, maar om handelingen die leiden tot de dood, intensieve zorg enz. en die onder de medische aansprakelijkheid vallen.

Het is juist dat de wilsverklaring voor velen een geruststelling en een opluchting betekent, omdat ze op die manier duidelijk kunnen maken hoe ze hun levenseinde zien.

De omstandigheden waarin de wilsverklaring wordt opgesteld zijn echter niet noodzakelijk dezelfde als deze waarin de patiënt zich bevindt als ze moet worden uitgevoerd.

Bovendien kan de patiënt die niet meer bewust is, zich niet meer terugtrekken.

Un troisième point concerne la problématique du statut des capables et des incapables, des personnes conscientes et inconscientes, des majeurs et des mineurs.

Il s'agit là de problèmes extrêmement délicats, que les auteurs des propositions de loi initiale réglaient de manière très différente.

Ils méritent un débat approfondi, où l'on doit se reposer les questions fondamentales que se sont posées ceux qui, au départ, entendaient limiter le champ d'application de la loi aux patients conscients. Car le problème des patients inconscients obéit à une autre logique que celui des patients conscients, et les règles régissant les seconds ne peuvent, par définition, s'appliquer aux premiers. Il se pose donc, en premier lieu, un problème d'égalité de traitement entre patients conscients et patients inconscients. Le même problème se pose à propos de la différence entre les patients capables et les patients incapables sur le plan juridique.

Enfin, en ce qui concerne la distinction entre majeurs et mineurs, la proposition fait référence aux mineurs non émancipés.

L'intervenante estime qu'il faut mettre tous les mineurs sur le même pied, et que sur le plan éthique, une discrimination fondée sur l'émancipation ne se justifie pas en l'occurrence.

Pour le patient inconscient, la proposition de loi prévoit le système de la déclaration anticipée.

On introduit cependant une chose dont il n'est pas question pour le patient conscient; à l'alinéa premier, on parle d'une déclaration anticipée dans laquelle le patient indiquerait ses préférences ou ses objections pour certains types de prise en charge médicale.

L'intervenante estime que l'on ne se trouve plus là dans le champ d'application de l'euthanasie proprement dite, mais dans celui, plus général, des droits du patient.

On sort donc du cadre de la définition donnée par le Comité de bioéthique. L'on va au devant de nombreuses difficultés pour tous les actes pratiqués quotidiennement par les médecins, et difficiles à poser, qui ne sont pas des actes d'euthanasie, mais qui relèvent de la responsabilité médicale: autres actes de fin de vie, de soins intensifs, etc.

Le système de la déclaration anticipée peut, il est vrai, rassurer et soulager beaucoup de gens, parce que ceux-ci peuvent par ce biais faire part de leurs volontés au sujet de leur fin de vie.

Cependant la déclaration est faite dans des conditions non nécessairement identiques à celles où se trouvera le patient lorsqu'il s'agira de l'appliquer.

Or, le patient inconscient est privé du droit de se rétracter.

Spreekster vindt bijgevolg dat de wilsverklaring voor de arts maar één van vele elementen kan zijn en geen absolute waarde heeft ten aanzien van de patiënt die niet meer bewust is.

Wat de rol van de vertrouwenspersoon betreft, is spreekster niet gekant tegen de idee dat een derde persoon de belangen van een patiënt verdedigt. Maar wat is de juridische inhoud van het begrip «vertrouwenspersoon»?

Het probleem van de dialoog kan tijdens de bespreking van de artikelen verder worden uitgediept. Bij moeilijke beslissingen als deze moet een zo breed mogelijke dialoog worden gevoerd.

Toch, en iedereen lijkt het daarmee eens, berust de uiteindelijke beslissing natuurlijk bij de patiënt met zijn herhaalde vraag, en bij de arts die er al dan niet op ingaat.

Deze dialoog mag in geen geval uitgroeien tot een rechtbank, zoals velen vrezen.

De dialoog moet het mogelijk maken afstand te nemen en te luisteren naar het verzoek van de patiënt. Er is een debat nodig over de wijze waarop naar de patiënt kan worden geluisterd en hoe zijn vraag kan worden gedecodeerd.

In verband met een aantal artikelen rijzen ook nog enkele meer technische problemen.

Zo rijst er een probleem in verband met de terminologie gebruikt in artikel 8, dat een artikel 417*bis* in het Strafwetboek inlast, en in artikel 3.

Het is niet zeker dat de terminologie die in beide artikelen wordt gebruikt, dezelfde is. Is het bovendien werkelijk de bedoeling de feiten bedoeld in de artikelen 395 (oudermoord) en 369 (kindermoord) van het Strafwetboek uit het toepassingsgebied van de strafwet te sluiten?

Ten slotte maakt het voorgestelde artikel 417*bis* geen melding van een fundamenteel gegeven: namelijk de voorwaarde dat euthanasie alleen mogelijk is op vraag van de patiënt. Alles hangt natuurlijk af van de manier waarop men de bepaling in het Strafwetboek wil invoegen: ofwel gaat het om een zeer algemene bepaling die verwijst naar alle criteria van artikel 3, ofwel wil men een zeer precies artikel waarin alle essentiële elementen, waaronder de vraag van de patiënt, zijn opgenomen.

Controle en evaluatie zijn twee noodzakelijke elementen.

Wat de controle betreft, werden meerdere mogelijkheden onderzocht.

De zes indieners van het nieuwe voorstel hebben gekozen voor een aangifte bij de procureur des Konings, die het medisch dossier kan opvragen.

Dès lors, l'intervenante considère que la déclaration anticipée, telle qu'elle est envisagée, ne peut constituer pour le médecin qu'un élément parmi d'autres, et ne peut jamais avoir une valeur absolue à l'égard d'un patient inconscient.

En ce qui concerne le rôle d'un mandataire, l'intervenante n'est pas opposée à l'idée qu'une tierce personne puisse défendre les intérêts du patient, mais le problème est de savoir quel contenu juridique on donne à la notion de mandataire.

La question du dialogue pourra être approfondie dans le cadre de la discussion des articles. Aux yeux de l'intervenante, s'agissant de décisions aussi difficiles, le dialogue doit être le plus large possible.

Cependant, et chacun semble s'accorder sur ce point, la décision finale revient évidemment au patient, qui réitère sa demande, et au médecin, qui l'accepte ou non.

Il n'est pas question que ce dialogue soit, de quelque manière, un tribunal, comme certains le redoutent.

Il doit permettre aux uns et aux autres de prendre du recul par rapport à la situation, et d'entendre la demande du patient. À cet égard, il serait nécessaire d'avoir une discussion sur la manière concrète d'entendre et de décoder cette demande.

Une série de problèmes plus techniques se posent également à propos de certains articles.

Ainsi, la rédaction de l'article 8, qui insère un article 417*bis* dans le Code pénal, pose problème, au regard notamment de ce qui figure à l'article 3.

Il n'est pas certain que la terminologie utilisée dans ces deux articles soit identique. De plus, l'intention est-elle vraiment d'exclure du champ d'application de la loi pénale les faits visés aux articles 395 (parricide) et 396 (infanticide) du Code pénal?

Enfin, un élément fondamental n'est pas repris dans l'article 417*bis* proposé: il s'agit de la condition selon laquelle une euthanasie ne peut être pratiquée qu'à la demande du patient. Tout dépend évidemment de la manière dont on conçoit la disposition à insérer dans le Code pénal: soit il s'agit d'une disposition très générale faisant référence à tous les critères figurant à l'article 3, soit il s'agit d'un article très précis, où tous les éléments essentiels, dont la volonté du patient, doivent se retrouver.

Enfin, en ce qui concerne la question du contrôle et de l'évaluation, il s'agit de deux éléments indispensables.

En matière de contrôle, plusieurs voies ont été explorées.

Les six auteurs de la proposition nouvelle ont opté pour la transmission du dossier au procureur du Roi, qui peut demander le dossier médical.

Voor de rechtszekerheid is er een probleem, vermits sommige procureurs wellicht elke keer het medisch dossier zullen opvragen, terwijl anderen zich tevreden zullen stellen met het eerste, vermoedelijk summiere, dossier.

De gegevens die aan de evaluatiecommissie moeten worden overgelegd, volstaan volgens spreekster niet voor een echte evaluatie die het mogelijk moet maken de wetgeving eventueel bij te sturen.

In dit opzicht is de controle waarin Nederland voorziet en ook de controle zoals die beschreven werd in het eerste voorstel van mevrouw Leduc c.s., volgens spreekster efficiënter dan wat nu in het voorstel van de zes wordt voorgesteld.

Spreekster besluit dat, afgezien van de meningsverschillen die voortvloeien uit de gekozen werkwijze — wijziging van het Strafwetboek of van het koninklijk besluit over de uitoefening van de geneeskunst — de verschillende opvattingen raakpunten vertonen.

Een grondig debat over de essentiële vragen is alleszins onontbeerlijk. Een van de verdiensten van het voorstel van de zes is dat het de discussie misschien zal vergemakkelijken, omdat het alle elementen in één tekst samenbrengt, waardoor de discussiepunten beter naar voren komen.

Spreekster wil een sereen en opbouwend debat, dat de ideologische en filosofische breuklijnen overstijgt.

Het is belangrijk dat deze discussie plaatsheeft, wat de conclusies van dit debat ook mogen zijn en wat men persoonlijk ook mag denken over de wijze waarop het euthanasieprobleem wordt aangepakt. Men heeft er nooit belang bij ethische kwesties uit de weg te gaan zoals men dat in het verleden heeft kunnen doen.

Burgers werpen die vragen op, ook voor zichzelf, en de parlementsleden dragen de verantwoordelijkheid om die vragen te behandelen.

Een lid merkt op dat een aantal leden van de commissies samen zijn gaan zitten en een gezamenlijk voorstel hebben uitgewerkt, niet om het debat af te blokken maar integendeel om de discussie te vergemakkelijken over een materie die de mensen al zeer lang bekommert.

Het moet haar van het hart dat zij zich enigszins gekwetst voelt door bepaalde uitspraken in de pers, die een karikatuur maken van de voorliggende voorstellen en suggereren dat hierin de dood wordt gebanaliseerd. Wie de moeite neemt om deze teksten grondig door te nemen, stelt vast dat dit niet waar is.

En termes de sécurité juridique, ce système pose question, car certains procureurs demanderont peut-être systématiquement communication du dossier médical, tandis que d'autres se contenteront du premier dossier, dont les indications seront sans doute limitées.

Quant à la commission d'évaluation, les données qui sont demandées paraissent insuffisantes à l'intervenante, si l'on veut réellement faire une évaluation qui puisse, le cas échéant, faire évoluer la législation ultérieurement.

À cet égard, le contrôle prévu par le système hollandais, et le contenu de la première proposition déposée par Mme Leduc et consorts paraissent — aux yeux de l'intervenante — plus efficaces que ce que prévoit la proposition conjointe.

En conclusion, l'intervenante pense qu'en dehors des clivages résultant de la méthode de travail choisie — modification du Code pénal ou de l'arrêté royal relatif à l'art de guérir — il existe des éléments communs aux diverses opinions exprimées.

Il est en tout cas nécessaire de mener un débat de fond sur les questions essentielles qui se posent. À cet égard, l'un des mérites de la proposition conjointe est peut-être de faciliter la discussion, en rassemblant en un seul texte divers éléments, ce qui fait mieux ressortir les points à discuter.

L'intervenante souhaite pouvoir mener un débat serein et constructif, au-delà des clivages idéologiques et philosophiques.

Quelles que soient les conclusions de ce débat, et quoi que l'on puisse penser à titre personnel de la manière de traiter le problème de l'euthanasie, il est important que la discussion puisse avoir lieu, car on n'a jamais intérêt à évacuer les questions éthiques, comme on a pu le faire dans le passé.

Il s'agit de questions que les citoyens posent et se posent, et il est de la responsabilité des parlementaires de les traiter.

Un membre fait remarquer que certains commissaires se sont mis autour de la table pour élaborer une proposition commune, non dans le but de bloquer le débat mais au contraire pour faciliter la discussion sur une matière qui préoccupe les personnes depuis très longtemps.

Elle ne peut s'empêcher de dire qu'elle a été blessée par certaines déclarations de la presse qui caricaturent la proposition et suggèrent qu'il s'agit d'une banalisation de la mort. Quand on se donne la peine d'analyser les textes, on voit bien que ce n'est pas le cas.

De indieners hebben wel de bedoeling een duidelijke en transparante regeling voor euthanasie uit te werken waarin een drievoudige bezorgdheid centraal staat:

— bijstand verlenen aan de patiënten die ondraaglijk lijden en die vragen om hieruit te worden verlost via levensbeëindiging;

— hierbij de garantie bieden dat de wil van die patiënten wordt gerespecteerd en dat misbruiken worden voorkomen;

— aan de artsen die bereid zijn op de duurzame verzoek van de patiënt in te gaan, de nodige rechtszekerheid bieden.

Het wetsvoorstel tracht deze drie doelstellingen zo correct mogelijk in te vullen. Indien echter anderen van oordeel zijn dat de tekst hiaten vertoont, dan spreekt het voor zich dat dit moet kunnen worden uitgesproken en dat amendementen die de patiënten ten goede komen, moeten kunnen worden ingelast.

In de logica van het wetsvoorstel is euthanasie mogelijk op verzoek van een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige patiënt die handelingsbekwaam en bij bewustzijn is. Het verzoek moet uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam zijn. De patiënt moet zich bevinden in een toestand van aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden en die het gevolg is van een zware en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Spreekster verklaart dat vooral het begrip «nood» nogal wat reacties teweeg heeft gebracht. Zelf acht zij het belangrijk dat deze term behouden blijft. Van nood is er sprake als het lijden ondraaglijk is, maar ook als de aftakeling van het mens-zijn zo totaal is dat men alle menselijke waardigheid heeft verloren, kortom als het leven geen leven meer is. Het is mede vanuit dit oogpunt dat er voor werd gekozen het begrip «terminaal» achterwege te laten. Het is mogelijk dat een patiënt nog zekere tijd te leven heeft maar dat hij, door de toestand waarin hij zich bevindt en die een waardig bestaan onmogelijk maakt, toch vraagt om zijn leven te beëindigen. De samenleving moet ook voor deze vraag respect opbrengen.

Zij wenst nogmaals te beklemtonen dat euthanasie slechts kan na een duurzaam verzoek van de patiënt en dat het wetsvoorstel ook aan de arts geen enkele verplichting oplegt. Indien echter de arts na een herhaalde vraag van zijn patiënt en na raadpleging van een tweede onafhankelijke geneesheer, met inachtnaam van de zorgvuldigheidseisen besluit tot euthanasie over te gaan, dan is hij hiervoor niet langer strafbaar.

De tweede arts die wordt geraadpleegd, moet volkomen onafhankelijk kunnen oordelen en hij dient voldoende geschoold te zijn om een oordeel over het lijden van de patiënt uit te kunnen spreken.

Les auteurs de la proposition ont l'intention d'élaborer une réglementation claire et transparente en matière d'euthanasie qui se fonde sur trois préoccupations:

— aider les patients qui endurent des souffrances insupportables et demandent d'être soulagés par l'euthanasie;

— garantir que la volonté de ces patients sera respectée et empêcher les abus;

— offrir la sécurité juridique aux médecins qui sont disposés à accéder à la requête persistante du patient.

La proposition de loi essaie de répondre à ces trois objectifs de la manière la plus correcte possible. Cependant, si d'autres membres estiment qu'elle présente des lacunes, il va de soi qu'il faut en discuter et qu'il faut pouvoir insérer des amendements qui sont dans l'intérêt du patient.

Dans la logique de la proposition, l'euthanasie est possible à la demande d'un patient majeur ou d'un mineur émancipé qui est capable et conscient. La demande doit être expresse, univoque, mûrement réfléchie et persistante. Le patient doit se trouver dans une situation de détresse et de souffrance persistante et insupportable qui ne peut être soulagée et qui est la conséquence d'une affection grave et incurable due à une maladie ou à un accident.

L'intervenante explique que le concept de «détresse» a donné lieu à des réactions. Personnellement, elle estime qu'il doit être maintenu. On parle de détresse quand la souffrance est insupportable mais aussi lorsque la déchéance de la condition humaine est telle que l'on perd toute dignité; bref, quand la vie n'est plus une vie. C'est notamment pour cela qu'on a opté pour la suppression du mot «terminal». Il est possible qu'un patient ait encore un certain temps à vivre mais que son état l'empêche de vivre dignement et qu'il demande tout de même qu'on mette fin à ses jours. La société doit aussi respecter cette requête.

Elle tient à souligner une nouvelle fois que l'euthanasie ne peut être pratiquée qu'en cas de demande persistante du patient et que la proposition de loi n'impose aucune obligation au médecin. Cependant, si le médecin, à la suite d'une demande répétée de son patient et après avoir consulté un deuxième médecin indépendant et tenu compte des critères de prudence, décide de pratiquer l'euthanasie, il ne sera plus punissable.

Le deuxième médecin qui est consulté, doit pouvoir juger en toute autonomie et être suffisamment qualifié pour pouvoir se prononcer sur l'état de souffrance du patient.

Het spreekt voor zich dat de arts de patiënt volledig moet inlichten over alle aspecten van zijn ziekte-toestand en over de mogelijkheden inzake palliatieve zorgverlening. Voor de indieners van deze voorstellen kan er geen twijfel over bestaan dat palliatieve hulpverlening beschikbaar moet zijn voor alle patiënten, ook zij die deze zorgverlening momenteel niet kunnen betalen en, vooral, zij die hun laatste levensfase thuis, in de eigen omgeving willen doorbrengen.

Zoals andere leden reeds hebben opgemerkt is er op dit vlak nog veel werk voor de boeg, niet alleen wat de beschikbare middelen betreft maar ook inzake opleiding van artsen en het verpleegkundig personeel.

Een ander onderdeel van het wetsvoorstel dat aanleiding geeft tot discussie, is dat in verband met de wilsverklaring. De wilsverklaring moet schriftelijk gebeuren en ondertekend zijn. Er wordt alleen rekening mee gehouden indien zij is opgesteld of bevestigd minder dan vijf jaar voor het moment waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten. Een kritiek die men vaak op de wilsverklaring hoort, is dat de omstandigheden van het overlijden niet op voorhand kunnen worden ingeschat. De persoon die een verklaring opmaakt kan hierin echter duidelijk uiteenzetten in welke omstandigheden en onder welke voorwaarden welbepaalde medische handelingen dienen te worden uitgevoerd. Het opstellen van de verklaring kan overigens gebeuren in overleg met de eigen arts.

Wanneer een patiënt die een wilsbeschikking heeft opgesteld niet meer bij bewustzijn is, moet eerst worden getracht hem bij bewustzijn te brengen. Indien men hierin echter niet slaagt moet de mogelijkheid blijven bestaan om de wilsverklaring uit te voeren. Men mag niemand verplichten tegen zijn wil in menonwaardige omstandigheden het einde af te wachten. Het spreekt voor zich dat ook bij de uitvoering van de wilsverklaring, al de zorgvuldigheidseisen opgesomd in artikel 3 moeten worden nageleefd.

Spreekster besluit dat, wat over dit wetsvoorstel de jongste tijd ook gezegd is, de bedoeling van de indieners er alleen in bestaat de patiënt die een ondraaglijk lijden moet ondergaan te helpen, de nodige garanties tegen misbruiken in te bouwen en de artsen de op deze vraag ingaan de nodige rechtszekerheid te bieden. Het spreekt voor zich dat amendementen die de patiënt ten goede komen, steeds voor bespreking vatbaar zijn.

Een senator verwijst naar zijn amendementen nrs. 1 tot 4 (Stuk Senaat, nr. 2-244/2) die de neerslag zijn van de opmerkingen die hij tijdens de vorige vergadering bij het wetsvoorstel nr. 2-244/1 heeft geformuleerd. Het is alvast verheugend dat de auteurs van dit wetsvoorstel open staan voor initiatieven die tot doel hebben de tekst te verbeteren.

Wel stelt hij de vraag in welke mate er over deze aangelegenheid nog hoorzittingen kunnen worden

Il va de soi que le médecin doit informer le patient sur tous les aspects de sa maladie et sur les possibilités qui existent dans le domaine des soins palliatifs. Pour les auteurs des propositions, il ne peut y avoir de doute sur le fait que tous les patients doivent pouvoir avoir accès aux soins palliatifs, même ceux qui ne peuvent actuellement les payer et surtout ceux qui veulent passer leur fin de vie à domicile, dans leur propre environnement.

Comme d'autres membres de la commission l'ont fait remarquer, il reste beaucoup de travail à accomplir dans ce domaine tant au niveau des moyens disponibles qu'en matière de formation des médecins et du personnel infirmier.

Une autre partie de la proposition de loi suscite des discussions: celle qui a trait à la déclaration anticipée. Cette déclaration doit être écrite et signée. On n'en tient compte que si elle est rédigée ou confirmée moins de cinq ans avant le moment où la personne ne peut plus exprimer sa volonté. On critique souvent la déclaration anticipée en invoquant qu'il est difficile d'imaginer à l'avance les circonstances du décès. La personne qui rédige une déclaration peut cependant y expliquer clairement dans quelles circonstances et à quelles conditions, certains traitements médicaux peuvent être appliqués. La rédaction de la déclaration peut d'ailleurs se faire en concertation avec son médecin.

Si un patient ayant rédigé une déclaration anticipée n'est plus conscient, il faut d'abord tenter de le ramener à l'état de conscience. Si on n'y parvient pas, il faut maintenir la possibilité de mettre en œuvre la déclaration. On ne peut obliger personne à attendre la fin dans des circonstances dégradantes, contre sa volonté. Il va de soi qu'en cas de mise en œuvre de la déclaration anticipée, tous les critères de prudence énumérés à l'article 3 doivent être respectés.

L'intervenante conclut en disant que, quoi qu'on ait pu dire récemment au sujet de cette proposition de loi, l'intention des auteurs consiste uniquement à permettre d'aider les patients en situation de souffrance extrême, à les protéger des abus et à offrir la sécurité juridique nécessaire aux médecins qui accèdent à cette requête. Il va de soi qu'il faut pouvoir discuter des amendements qui sont dans l'intérêt du patient.

Un sénateur se réfère à ses amendements 1 à 4 (doc. Sénat, n° 2-244/2) qui reflètent les observations qu'il a émises lors de la dernière réunion au sujet de la proposition de loi n° 2-244/1. Il se réjouit que les auteurs de cette proposition soient ouverts aux initiatives susceptibles d'améliorer le texte.

Il se demande cependant dans quelle mesure des auditions de représentants des groupes professionnels

georganiseerd met vertegenwoordigers van de betrokken beroepsgroepen. Er zijn bijvoorbeeld signalen van de artsengroeperingen die enerzijds verklaren dat zij geen vragende partij zijn voor een wettelijke euthanasieregeling, maar die anderzijds laten uitschijnen dat euthanasie binnen de huidige medische deontologie mogelijk is. Dit lijkt een nogal dubbelzinnige houding, maar tegelijk zou men er een subtiel aanbod in kunnen zien om het debat aan te gaan. De commissies moeten hierop ingaan.

Hij merkt vervolgens op dat er onmiskenbaar een grote kloof is tussen het wetsvoorstel nr. 2-244/1, enerzijds, en, anderzijds, de visies die naar voor werden gebracht door de vertegenwoordigers van de andere oppositiepartijen.

Een van de geschilpunten is gesitueerd rond de vraag of de regeling van euthanasie moet gebeuren via een wijziging van het Strafwetboek, zoals in het wetsvoorstel nr. 2-244 het geval is. De christen-democratische fracties wensen dat een regeling steunt op de notie noodtoestand en dat de strafwet ongewijzigd blijft.

Persoonlijk heeft hij de indruk dat het hier een aanleggenheid van symbolische aard betreft. Wanneer men *in concreto* de zorgvuldigheidsvereisten evalueert in bijvoorbeeld het voorstel nr. 2-160/1 van de heer Vandenberghe c.s., dan lijken deze niet strenger dan die opgelegd in het wetsvoorstel nr. 2-244/1.

Hij zou er daarom willen voor pleiten de discussie in eerste instantie op inhoudelijke vragen te richten, en met name de zorgvuldigheidsvereisten die bij euthanasie in aanmerking dienen te worden genomen. In het licht van de antwoorden die hierop worden geformuleerd kan worden nagegaan op welke wijze deze garanties best in het rechtssysteem worden geïntegreerd.

Een ander lid merkt op dat in de federale regeringsverklaring van 14 juli 1999 te lezen staat dat in ethische vraagstukken, zoals euthanasie, het Parlement zijn volle verantwoordelijkheid moet kunnen nemen.

Voor de leden van de verenigde commissies betekent dit, dat elkeen zijn verantwoordelijkheid als lid van de wetgevende macht ten volle kan opnemen. En ook moet opnemen. Het besluitvormingsproces ligt immers nog niet achter ons. Er is geen regeerakkoord gesloten over euthanasie, er is geen interkabinetten-overleg over georganiseerd. Elke fractie en elke senator kan dus vrij en ongedwongen in het democratische besluitvormingsproces treden. Elk democratisch proces heeft procedures van woord en wederwoord nodig om tot wijze beslissingen te komen.

Zij hoopt dat in dit uitzonderlijke en belangrijke debat er voldoende intellectuele openheid wordt opgebracht om ten volle de uitdaging van woord en wederwoord aan te gaan.

concernés peuvent encore être organisées. Il y a, par exemple, des signaux émanant des associations de médecins qui déclarent, d'une part, qu'elles sont demandeuses d'une réglementation légale de l'euthanasie mais qui, d'autre part, laissent entendre que la déontologie médicale actuelle permet l'euthanasie. Cette attitude est équivoque mais on pourrait aussi voir une manière subtile d'engager le débat. Les commissions doivent y donner suite.

Il fait ensuite remarquer qu'il y a incontestablement un grand fossé entre la proposition de loi n° 2-244/1, d'une part, et les idées émises par les représentants des autres partis d'opposition, d'autre part.

Les avis divergent notamment quant à la question de savoir si la réglementation de l'euthanasie doit se faire par le biais d'une modification du Code pénal, comme le prévoit la proposition de loi n° 2-244/1. Les groupes démocrates-chrétiens souhaitent que la réglementation se fonde sur la notion d'état de nécessité et que la loi pénale reste inchangée.

Personnellement, il a l'impression qu'il s'agit d'une question de nature symbolique. Quand on évalue concrètement les critères de prudence, par exemple dans la proposition n° 2-160/1 de M. Vandenberghe et consorts, elles ne semblent pas plus sévères que celles imposées dans la proposition de loi n° 2-244/1.

C'est pourquoi, il plaide pour que la discussion porte avant tout sur des questions de fond, à savoir sur les critères de prudence à prendre en considération en cas d'euthanasie. À la lumière des réponses fournies à ce sujet, on peut examiner quelle est la meilleure manière d'insérer ces garanties dans le système juridique.

Un autre membre fait remarquer que, dans la déclaration du gouvernement fédéral du 14 juillet 1999, on peut lire que, pour les questions éthiques comme l'euthanasie, le Parlement doit pouvoir assumer pleinement ses responsabilités.

Pour les membres des commissions réunies, cela signifie que chacun doit pouvoir assumer pleinement ses responsabilités en tant que membres du pouvoir législatif. Chacun doit d'ailleurs les assumer. En effet, le processus décisionnel n'est pas encore achevé. On n'a pas conclu d'accord de gouvernement sur l'euthanasie; il n'y a pas eu de concertation interkabinetts. Chaque groupe, chaque sénateur peut donc participer au processus décisionnel librement, sans contrainte. Pour parvenir à des décisions sages, tout processus démocratique suit des procédures qui permettent la discussion et le dialogue.

Elle espère que dans ce débat exceptionnel et important, on fera preuve de suffisamment d'ouverture intellectuelle pour relever pleinement le défi de la discussion et du dialogue.

Tegelijk moet zij echter toegeven dat zij tot nu toe niet altijd de indruk heeft gehad dat in de commissies de wil aanwezig is om het debat voluit te voeren. De opmerkingen over zogenaamde vertragsmanoeuvres, te lange spreektijden of mogelijk overbodige hoorzittingen, deden soms het tegendeel vermoeden. Het vermoeden dat men het debat in de organen van de Senaat helemaal wil ontlopen werd bevestigd door de wijze waarop zes meerderheidsfracties net voor het reces, en nadat een vergadering van de commissies was afgelast, in de pers hun gezamenlijk voorstel lanceerden. Ook na de toelichting van dit voorstel blijven nog vele vragen over de bedoeling ervan onbeantwoord. Wat is het statuut van dit voorstel, wordt het gedragen door alle fracties van de medeondertekenaars, door alle leden van die fracties?

Wat betekenen de verklaringen van zowel premier Verhofstadt als van partijleider Geysels over de mogelijke amenderingen?

Wat is het statuut van de eerder ingediende voorstellen door de meerderheidsfracties? Worden die nu terzijde geschoven? Of zijn zij nog steeds een gegeven in het debat?

Spreekster verklaart dat zij geen lid van de Senaat was tijdens de afgelopen legislatuur, maar dat dit ook het geval is voor heel wat andere leden van deze commissies. Zij moeten op dit ogenblik hun wetgevende functie opnemen en hierbij niet alleen rekening houden met het studie- en denkwerk dat reeds verricht werd, maar ook met de maatschappelijke, medische en internationale context van vandaag en niet met die van vier jaar terug.

Als jurist en als maatschappelijk geëngageerde was zij altijd al geïnteresseerd in de rechtsfilosofische grondslagen van een democratie en in de basis van wat een samenleving tot samenleving maakt.

Zo raakte zij geïnteresseerd in het euthanasiedebat toen in 1993 voor het eerst in de democratische geschiedenis het Nederlandse Parlement een euthanasieregeling stemde en verzamelde sindsdien veel literatuur en artikels uit de wereldopinie over de Nederlandse euthanasiepraktijk. En dat zijn er heel wat.

Het lid besluit dat de vragen die zij vandaag wil voorleggen dan ook niet ondoordacht zijn. Ze zijn in alle oprechtheid gedurende jaren voorbereid. Niemand kan ontkennen dat regels over hoe en door wie er gedood mag worden tot de meest fundamentele waarden van een samenleving behoren.

De eerste belangrijke aanwijzing voor de ernst van het debat dat hier wordt gevoerd is inderdaad de uitzonderingssituatie waarin ons land verzeild zal geraken door een mogelijke legalisering van euthanasie. Er zijn niet veel politici of Wetstraatcommentatoren

Elle se doit cependant d'ajouter que, jusqu'à présent, elle n'a pas toujours eu l'impression qu'il y avait une volonté dans les commissions de mener un réel débat. Les remarques relatives à des soi-disant manœuvres de retardement, à des temps de paroles trop longs et à des auditions inutiles ont parfois laissé supposer le contraire. La présomption que l'on veut échapper au débat au sein des organes du Sénat, a été confirmée par la publication dans la presse de la proposition de six groupes de la majorité et ce juste avant les congés, au moment où une réunion des commissions avait été annulée. Même après avoir pris connaissance du commentaire de cette proposition, bien des questions quant à ses objectifs restent sans réponses. Quel est le statut de cette proposition, est-elle soutenue par tous les groupes de ses signataires, par tous les membres de ces groupes?

Que signifient les déclarations du premier ministre et de M. Geysels sur les possibilités d'amendements?

Quel est le statut des propositions de loi déposées antérieurement par les groupes de la majorité? Sont-elles écartées? Ou constituent-elles toujours un élément du débat?

L'intervenante souligne qu'elle n'était pas sénatrice lors de la législature précédente et que c'est le cas de nombreux autres commissaires. Ils doivent exercer leur fonction de législateur en ne tenant pas uniquement compte du travail d'étude et de réflexion qui a déjà été accompli mais en se basant aussi sur le contexte social, médical et international d'aujourd'hui et non sur celui d'il y a quatre ans.

En tant que juriste socialement engagée, elle s'est toujours intéressée aux fondements de la philosophie du droit et aux fondements de la société.

Elle s'est donc intéressée au débat sur l'euthanasie lorsqu'en 1993, pour la première fois dans l'histoire démocratique, le Parlement néerlandais a voté une réglementation sur l'euthanasie et elle a rassemblé depuis lors pas mal de documentation et d'articles du monde entier sur la pratique de l'euthanasie aux Pays-Bas.

Elle estime donc que les questions qu'elle veut présenter aujourd'hui ne sont, par conséquent, pas irréflechies. Elle les a préparées depuis des années en toute sincérité. Personne ne peut nier que les règles qui définissent comment et par qui la mort peut être donnée, relèvent des valeurs les plus fondamentales d'une société.

La première indication importante de la gravité de ce débat est la situation exceptionnelle qui serait celle de notre pays s'il légalisait l'euthanasie. Il n'y a que peu de responsables politiques ou de commentateurs de la rue de la Loi qui ont conscience des répercus-

die de mondiale weerslag van een eventuele Belgische euthanasiewet beseffen. Zo werd reeds in deze commissie beweerd dat we niet moeten verwijzen naar andere landen, maar ons vooral met onszelf moeten bezighouden. De binnen-Belgische ideologische strijd of consensus slorpt dermate de aandacht op, dat we niet beseffen dat een Belgische depenalisatie zonder meer de wereldpers zal halen. Dit zou immers een uniek gegeven zijn voor de universele gemeenschap aan het begin van het derde millennium.

Het is inderdaad merkwaardig dat in onze politieke cultuur het euthanasiedebat enkel op de conflictlijn tussen vrijzinnigen en gelovigen wordt gevoerd. Maar een politiek debat over euthanasie kan natuurlijk niet gaan over de persoonlijke levensfilosofie of over de eigen religieuze opvattingen. Een politiek debat over euthanasie gaat in essentie over de inhoud van onze rechtsstaat en over de vraag hoe rechtsbescherming voor elke persoon kan worden ingebouwd en in stand gehouden. In de meeste andere landen worden de ethische problemen niet zoals bij ons besproken in een conflict tussen religieuze en niet-religieuze denkbeelden, maar worden de beslissingen afgestemd op wat het collectief rechtsgevoel en het solidariteitsvermogen van mensen bevordert.

Nederland kent sinds 1993 een vorm van gedoogbeleid onder welomschreven voorwaarden, maar zelfs daar werd tot nu toe het strafrechterlijk verbod niet verlaten. In vele democratische landen werd reeds een open debat over het levenseinde gevoerd, onder meer in Denemarken, Groot-Brittannië, Canada, Zwitserland en Australië. Overal kwam men tot dezelfde conclusie: een rechtsstaat tolereert geen opzettelijk doden, ook niet als het om «medisch doden op verzoek» — de gangbare term voor euthanasie — gaat.

De Raad van Europa die als gezaghebbende instantie waakt over de mensenrechten op ons continent nam op 25 juni van dit jaar een aanbeveling aan met als titel: «Bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden». In deze aanbeveling wordt aan de Europese landen gevraagd om maatregelen uit te werken zodat stervende mensen beter beschermd worden en hun waardigheid als mens gewaarborgd blijft. De aanbeveling stelt palliatieve zorgverlening prioritair en beklemtoont dat, hoewel medische handelingen zoals pijnbestrijding uitzonderlijk de dood als gevolg kunnen hebben, medische handelingen die de dood als doel stellen, nooit mogen toegelaten worden. Het gezag van deze aanbeveling is in deze commissies reeds betwist geweest, omdat er weinig leden van de assemblee aanwezig waren bij de stemming. Maar

sions qu'aurait une éventuelle légalisation de l'euthanasie en Belgique. On a même affirmé au sein de cette commission qu'il ne fallait pas se référer à d'autres pays mais que nous devons nous occuper de nous-mêmes. La lutte ou le consensus idéologique interne à la Belgique accapare tellement notre attention que nous ne nous rendons pas compte qu'une dépenalisation attirera l'attention de la presse mondiale. Il s'agirait en effet d'un cas unique dans la communauté universelle, en ce début du troisième millénaire.

Il est en effet frappant de constater que, dans notre culture politique, le débat sur l'euthanasie est mené dans le contexte du conflit entre libres-penseurs et croyants. Or, un débat politique sur l'euthanasie ne peut évidemment pas porter sur la philosophie de vie personnelle ou sur les conceptions religieuses individuelles. Un débat sur l'euthanasie porte par essence sur le contenu de notre État de droit et sur la question de savoir comment garantir et maintenir la protection juridique de chacun. Dans la plupart des autres pays, les problèmes éthiques ne sont pas discutés comme chez nous, dans un contexte de conflit entre les conceptions religieuses et non religieuses, mais les décisions découlent du sentiment collectif du droit et encouragent la capacité de solidarité des personnes.

Depuis 1993, les Pays-Bas pratiquent une politique de tolérance dans certaines circonstances bien définies, mais même dans ce pays, l'interdit pénal n'a pas été levé. Dans de nombreux pays démocratiques, un débat ouvert a déjà été mené sur la fin de vie; ce fut notamment le cas au Danemark, en Grande-Bretagne, au Canada, en Suisse et en Australie. Partout, on a abouti à la même conclusion: un État de droit ne peut tolérer que l'on donne volontairement la mort, même s'il s'agit de «donner la mort médicalement, sur demande» — les termes habituellement utilisés pour désigner l'euthanasie.

Le Conseil de l'Europe qui est l'instance qui fait autorité pour veiller au respect des droits de l'homme sur notre continent a pris le 25 juin de cette année, une recommandation intitulée «Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants». On y demande aux pays européens de prendre des mesures visant à mieux protéger les mourants et à garantir leur dignité d'être humain. La recommandation donne la priorité aux soins palliatifs et souligne que, bien que des traitements antidouleur puissent exceptionnellement contribuer à abrégier la vie, on ne peut jamais autoriser d'acte médical visant à donner la mort. L'autorité de cette recommandation a déjà été contestée au sein de ces commissions parce que peu de membres de l'assemblée étaient présents lors du vote. Mais on a travaillé près de deux ans à l'élaboration de ce texte et on en a débattu longue-

aan de tekst van dit document is bijna twee jaar gewerkt en er werd uitvoerig over gedebatteerd in de bevoegde commissies van de Raad van Europa.

Bovendien is de inhoud van de Aanbeveling slechts louter de uitdrukking van de beschermende visie die de verschillende Europese landen voorstaan in verband met het menselijk levenseinde.

Een andere kritiek die soms wordt geformuleerd op deze Aanbeveling is het grote gewicht dat Duitsland in de Europese schaal werpt, ook en vooral in ethische kwesties. Omwille van het nog steeds traumatiserende verleden, zou dit land nu een te grote omzichtigheid aan de dag leggen wanneer het gaat om de bescherming van het menselijk leven. Maar is het dan verkeerd om wat de huidige Duitse generatie ons te vertellen heeft, au sérieux te nemen? Is het verkeerd om na de drama's die ons continent meemaakte de afgelopen eeuw, in herinnering te houden dat het respect voor menselijk leven een fundament is voor elke democratie?

Natuurlijk kan er betoogd worden dat wij als democratische natie nog altijd politiek autonoom zijn en op heel veel vlakken, bijvoorbeeld over de inhoud van onze strafwet, zelf kunnen beslissen. Dat is inderdaad zo. Het kan zijn dat wij in onze Belgische samenleving met zeer specifieke situaties geconfronteerd worden. Het zou ook kunnen zijn dat wij als eerste ter wereld een nieuw samenlevingsprobleem hebben herkend en er een aangepaste wetgeving voor willen creëren. Maar zoals reeds gezegd, de problematiek van het levenseinde werd reeds in zeer vele parlementen en assemblees aangekaart.

Ook is het niet zo dat de verzorgingsstaat en de gezondheidszorg er bij ons kwalitatief slechter aan toe is dan in de andere Westerse democratieën. Wel integendeel, België heeft een uitgebreid net van verzorgingsinstellingen en ziekenhuizen, haast een overaanbod aan artsen, een algemene en voor iedereen gelijk toegankelijke ziekteverzekering. De noodzaak van doden uit nood zou zich bij ons dan ook het minst moeten laten gevoelen. Toch willen de meeste voorstellen die voorliggen een grens verleggen en opzettelijke doding binnen een bepaald medisch kader uit de strafwet lichten.

De democratisch verkozenen zijn inderdaad geen verantwoording verschuldigd ten opzichte van de wereldgemeenschap, enkel maar ten opzichte van de eigen samenleving. Maar wie voor onze samenleving de verantwoordelijkheid opneemt om het verbod op opzettelijke doding te doorbreken, moet minstens ook verantwoorden waarom de menselijke risico's die andere democratieën aanvoelen, voor ons niet zouden gelden. Inderdaad, op dit moment beseffen alle democratieën ter wereld zeer goed de risico's van een grensverleggende euthanasiewet.

ment dans les commissions compétentes du Conseil de l'Europe.

En outre, le contenu de la recommandation est simplement l'expression de la vision protectrice de la fin de vie qu'ont les différents pays européens.

On reproche aussi souvent à cette recommandation de refléter le poids important de l'Allemagne au niveau européen, notamment et surtout en ce qui concerne les questions éthiques. En raison de son passé encore traumatisant, ce pays ferait preuve aujourd'hui de trop de circonspection dès qu'il s'agit de la protection de la vie humaine. Mais est-ce erroné de prendre au sérieux ce que la génération allemande actuelle a à nous dire? Est-ce erroné, après les drames que notre continent a vécus au cours du siècle écoulé, que de rappeler que le respect de la vie humaine est un principe fondamental de toute démocratie?

Bien sûr, on peut rétorquer qu'en tant que nation démocratique, nous sommes toujours politiquement autonomes et que, dans de nombreux domaines, notamment en ce qui concerne le contenu de notre droit pénal, nous pouvons décider seuls. C'est effectivement le cas. Il se peut que nous soyons confrontés dans notre société belge à des situations très spécifiques. Il se peut aussi que nous soyons le premier pays au monde à avoir identifié un nouveau problème de société et instauré une législation adaptée. Mais comme je l'ai déjà dit, la problématique de la fin de vie a déjà été mise à l'ordre du jour de nombreux parlements et assemblées.

On ne peut pas dire que les soins de santé soient qualitativement plus mauvais chez nous que dans les autres démocraties occidentales. Au contraire, la Belgique dispose d'un vaste réseau d'institutions de soins et d'hôpitaux; il y a quasi-pléthore de médecins et tout le monde y bénéficie d'un accès égal à l'assurance maladie. C'est par conséquent chez nous que devrait se faire sentir le moins le besoin de tuer par nécessité. Pourtant, la plupart des propositions qui nous sont soumises visent à déplacer certaines limites et à dépenaliser le fait de donner la mort volontairement dans un cadre médical déterminé.

Les représentants démocratiquement élus n'ont, en effet, pas de compte à rendre à la communauté internationale mais seulement à la société qui est la leur. Cependant, quiconque prend, à l'égard de notre société, la responsabilité de lever l'interdit de tuer, doit au moins expliquer pourquoi les risques humains que ressentent d'autres démocraties nous seraient épargnés. En effet, toutes les démocraties du monde sont actuellement bien conscientes des risques que comporte une loi sur l'euthanasie qui fait reculer les limites.

De voornaamste bezwaren die in de democratische besluitvormingsprocessen in Europa en in de wereld aan het licht kwamen, kunnen in drie punten worden samengevat:

1. Een legalisering van euthanasie plaatst vraagtekens bij de universaliteit van de mensenrechten. Wanneer mensen over hun eigen mensonwaardigheid mogen beslissen zal de evenwaardigheid van alle mensen niet lang meer vanzelfsprekend zijn. De waarde en waardering die zieke en stervende mensen toebedeeld krijgen, zal zeer snel afhankelijk worden van subjectieve en cultuurgebonden opvattingen over levenskwaliteit.

2. Een legalisering legt bovendien een onverantwoorde morele druk op zieke en stervende mensen die afhankelijk zijn geworden van de zorg en draagkracht van anderen. De zieken zelf worden voor de vraag geplaatst of zij anderen de last van hun bestaan nog wel kunnen aandoen.

3. Een legalisering van euthanasie betreft tenslotte artsen, verzorgenden, apothekers en ziekenhuizen, kortom de hele gezondheidssector, bij handelingen die de dood tot doel hebben. Zo komen de sociale perceptie en de maatschappelijke integriteit van de gezondheidszorg op de tocht te staan.

Spreekster is van oordeel dat het zou getuigen van of kortzichtigheid of hoogmoed wanneer een klein landje zoals het onze, alleen deze grote menselijke risico's zou lopen.

De eerste vraag die onze samenleving bij een legalisering van euthanasie zal moeten beantwoorden is die naar de inclusiviteit van het mensenrechtenbegrip. Tot nu toe is het behoren tot de mensheid voor iedereen vanzelfsprekend want verbonden aan het mens-zijn zelf. Menswaardigheid is dan ook een ontologisch begrip. Of men menswaardig is hangt immers niet af van een bepaalde subjectief geïnterpreteerde levenskwaliteit, maar gewoon van het bestaan als mens zelf.

De bevolking filosofeert natuurlijk niet dagelijks over wat een mens tot mens maakt, maar de samenleving wordt wel gedragen door de menselijke intuïtie dat het bestaan van elkeen onaantastbaar is.

Deze vanzelfsprekende menselijke intuïtie wordt beter niet afgebroken of weggeredeneerd als zijnde emotioneel of religieus aanvoelen. Want deze menselijke intuïtie kan wel eens de noodzakelijke basis zijn voor een rechtsstaat, de basis ook voor een onvoorwaardelijk inclusief solidariteitsvermogen en de basis voor een onvoorwaardelijk respect voor de uniciteit van elke medeburger.

Wanneer door een legalisering van euthanasie, de maatschappelijke intuïtie van de menselijk onaantastbaarheid wordt doorbroken, begeeft de samenleving

Les principales objections qui se sont fait jour dans le processus de décisions démocratiques en Europe et dans le monde peuvent être résumées en trois points :

1. Une légalisation de l'euthanasie remet en question l'universalité des droits de l'homme. Si les personnes humaines peuvent décider de leur propre dignité, l'égalité de tous les hommes n'ira plus de soi. La valeur que l'on attribue aux malades et aux mourants et la considération que l'on a pour eux, dépendront très rapidement de conceptions subjectives et culturelles de la qualité de la vie.

2. Une légalisation exerce en outre une pression morale injustifiée sur les malades et les mourants qui sont devenus tributaires des soins et des possibilités d'autrui. Les malades eux-mêmes sont amenés à se demander s'ils peuvent encore imposer aux autres la charge de leur existence.

3. Une légalisation de l'euthanasie implique, enfin, des médecins, des soignants, des pharmaciens et des hôpitaux, en un mot l'ensemble du secteur des soins de santé, dans des actes ayant la mort pour finalité. La perception sociale et l'intégrité sociale des soins de santé sont ainsi menacées.

L'intervenante estime que si un petit pays comme le nôtre courait seul ces risques humains importants, cela témoignerait ou bien de myopie, ou bien d'arrogance.

La première question à laquelle devra répondre notre société à l'occasion d'une légalisation de l'euthanasie est celle de l'inclusivité du concept des droits de l'homme. Jusqu'à présent, l'appartenance au genre humain va de soi pour tous car elle est liée à la qualité d'être humain. La dignité humaine est donc une notion ontologique. La dignité humaine n'est en effet pas fonction d'une qualité de vie interprétée subjectivement mais de l'existence même en tant qu'être humain.

La population ne se livre évidemment pas quotidiennement à une réflexion philosophique sur ce qui fait d'un homme un homme mais elle est sous-tendue par l'intuition humaine que l'existence de chacun est sacrée.

Il convient de ne pas décrier ou réfuter cette intuition humaine naturelle en la considérant comme étant un sentiment émotionnel ou religieux. Car cette intuition humaine pourrait un jour constituer la base indispensable d'un État de droit, ainsi que d'une aptitude inclusive inconditionnelle à la solidarité et d'un respect inconditionnel pour l'unicité de chaque concitoyen.

Si, à la suite d'une légalisation de l'euthanasie, l'intuition sociale du caractère sacré de la personne humaine est brisée, la société se trouve sur une pente

zich op een hellend vlak. Bijzonder snel zal blijken dat dit hellend vlak geen angstdroom is, maar een brutale realiteit kan worden. Medici, juristen en sociologen uit de hele wereld stelden reeds vast dat de formele regelgeving in Nederland sinds 1993 eerder dan duidelijkheid te scheppen, de normen verder heeft doen vervagen. Ondanks de zorgvuldigheidsvereisten die ingebracht werden door de toenmalige minister van Justitie, is de medische praktijk er in de mate ontspoord dat het «euthanaseren» van anorexiameisjes en van psychiatrische patiënten er doorgang heeft gevonden.

Daarnaast zal het doorbreken van het maatschappelijk taboe op het doden van mensen, zeer snel ook diegenen treffen die niet om de dood hebben gevraagd. Een aantal fracties die vergaande voorstellen hebben ingediend over wilsbekwame mensen, hebben ook reeds congresstukken goedgekeurd waardoor mensen die niet om de dood vragen, zoals baby's met afwijkingen, in aanmerking komen voor opzettelijke doding. Wanneer het maatschappelijke taboe op het doden van mensen wordt doorbroken, en euthanasie een normale medische handeling wordt, zal in het nieuwe grensoverschrijdende klimaat alles bespreekbaar worden tot zelfs de selectie van mensen toe. Selectie wordt mogelijk doordat het recht op leven niet langer verantwoord wordt door het bestaan zelf, maar wel door opvattingen over levenskwaliteit en menswaardigheid. Maar het oordeel over wat menswaardig is en wat niet is altijd subjectief en bovendien, cultuur- en tijdsgebonden.

Men is bijvoorbeeld terecht verbijsterd over het doden van pasgeboren meisjes in India. Maar Indiase ouders handelen alleen maar zo omdat er in hun ogen geen «levenskwaliteit» is voor meisjes zonder bruidschat.

De menswaardigheid moet dus als vanzelfsprekend verbonden blijven met het mens-zijn zelf. Wetten mogen de onaantastbaarheid van het mensenleven niet op de helling zetten, want wanneer die onaantastbaarheid niet meer vaststaat, worden eerst de allerzwaksten geëlimineerd.

Het tweede risico is de morele en maatschappelijke druk die door een euthanasiewet op de schouders van zieke en stervende mensen wordt gelegd.

Iedereen kent de ziekten van onze samenleving, er is stress, tijdsdruk, depressie, te weinig levenskwaliteit, teveel haast en te weinig tijd voor wat echt belangrijk is zoals ontmoeting, genegenheid en geborgenheid. In deze haastige samenleving ontstaan er nieuwe bedreigingen voor mensen. Er zijn mensen die als vanzelfsprekend gedragen worden en geborgen zijn in hun familiekring. Maar er zijn ook steeds meer mensen die geïsoleerd raken en voor elk menselijk contact aanspraak moeten maken op de schaarse tijd

glissante. Il apparaîtra particulièrement rapidement que cette pente glissante n'est pas un rêve anxieux mais peut devenir une réalité brutale. Des médecins, des juristes et des sociologues du monde entier ont déjà constaté que la réglementation formelle en vigueur aux Pays-Bas depuis 1993, loin d'apporter la clarté, a davantage encore estompé les normes. En dépit des critères de prudence établis par le ministre de la Justice de l'époque, la pratique médicale est tellement dévoyée que l'euthanasie est pratiquée sur des jeunes filles souffrant d'anorexie et sur des patients psychiatriques.

La levée de l'interdit social de tuer des êtres humains touchera en outre également rapidement les personnes qui n'ont pas demandé la mort. Certains groupes politiques qui ont déposé des propositions radicales aux personnes incapables de manifester leur volonté, ont déjà adopté des textes de congrès déclarant que des personnes qui ne demandent pas à mourir, comme les bébés présentant des malformations, peuvent être concernées par l'acte consistant à donner intentionnellement la mort. Si l'interdit social de tuer des êtres humains est levé et si l'euthanasie devient un acte médical normal, le nouveau climat, propice au franchissement des limites, permettra de discuter de tout, y compris de la sélection des êtres humains. La sélection devient possible dès lors que le droit à la vie n'est plus justifié par l'existence en elle-même mais bien par des conceptions sur la qualité de vie et la dignité humaine. Pourtant, le jugement relatif à ce qui est conforme à la dignité humaine et ce qui ne l'est pas est toujours subjectif et est, en outre, le reflet d'une culture et d'une époque.

L'on est, par exemple, à juste titre stupéfaits face au meurtre de filles nouveau-nées en Inde. Les parents indiens n'agissent pourtant de la sorte que parce qu'ils estiment qu'aucune «qualité de vie» n'est permise aux filles sans dot.

La dignité humaine doit donc évidemment être liée à la qualité d'être humain. Des lois ne peuvent mettre en cause le caractère sacré de la vie humaine car si celui-ci n'est plus établi, ce sont les plus vulnérables qui sont les premiers éliminés.

Le deuxième risque réside dans la pression morale et sociale que fait peser une loi légalisant l'euthanasie sur les épaules des malades et des mourants.

Chacun connaît les maladies de notre société, le stress, la course contre la montre, la dépression, une perte de qualité de vie, trop de précipitation et trop peu de temps à consacrer à ce qui est véritablement important, comme les rencontres, la tendresse et la sécurité. Cette société trop pressée fait apparaître de nouvelles menaces pour les hommes. Certaines personnes sont presque naturellement soutenues par leur milieu familial et y sont en sécurité. Mais de plus en plus de personnes sombrent dans l'isolement et

van anderen. Juist in dit klimaat waar haast bijna de grootste hebzucht is geworden, wordt nu de legalisering van euthanasie voorgesteld.

Het lid veronderstelt dat waarschijnlijk ook de andere leden van deze commissies aandachtig de brieven van het verplegend personeel hebben gelezen naar aanleiding van de voorstellen die ter bespreking voorliggen. De verpleegkundigen van het Brugmanziekenhuis schrijven dat zij op dit moment ervaren dat er in de ziekenhuisorganisatie geen tijd en geen ruimte is om echt te luisteren naar zwaar zieke en weerloze patiënten. Het ontbreekt de verpleegkundigen aan mogelijkheden om de vraag naar euthanasie op een objectieve en serene manier te evalueren en om alternatieven voor te stellen in geval van een «vraag uit wanhoop». Het ontbreekt hen aan mogelijkheden om het daadwerkelijk respect voor de zieke te vrijwaren.

Uit het Nederlands diepteonderzoek bleek dat euthanasie meer wordt gevraagd omwille van moreel lijden door eenzaamheid, isolement en afhankelijkheid dan door fysiek lijden. Er is niet alleen de ziekenhuisproductiviteit waardoor geen tijd kan vrijgemaakt worden voor de zieke, ook de families staan onder tijdsdruk. Gezinnen voelen zich meer opgejaagd dan vroeger. Op het werk moet er meer gebeuren dan vroeger. De tijdsbuffer van weleer, zoals professor Elchardus de huismoeder omschrijft, is weggevallen. De relaties in de gezinnen en de families komen onder tijdsdruk. Het nieuwste boek van relatie-therapeut Alfons Vansteenwegen, die bekend werd met het werk «Liefde is een werkwoord», draagt nu als titel «Liefde vraagt tijd».

In dit klimaat wordt de nieuwe sociale bedreiging voor zwaar zieke mensen dat hun sterven niet te veel tijd mag kosten. Alles moet snel gaan, niet alleen het leven maar ook het sterven. Is het misschien daarom dat in het verregaande voorstel nr. 2-244 de laatste levensfase als noodzakelijke voorwaarde werd geschrappt? Doodgaan kan niet snel genoeg gaan, want we hebben geen tijd meer voor een uitgebreid liefdevol afscheid. Een euthanasiewet zal het sterven niet onthaasten, wel integendeel.

Er is bij zieke en bejaarde mensen niet alleen de vrees dat zij teveel vergen van de sociale draagkracht van hun kinderen, maar bij langdurige ziekte komt vaak ook de financiële draagkracht van de families ter sprake.

De vraag is dus of een euthanasiewet zal kunnen beletten dat er een morele druk ontstaat bij de zwaar

doivent, pour tout contact humain, ravir un peu du temps bien rare des autres. C'est précisément dans ce climat où le temps est devenu la plus grande convoitise, que la légalisation de l'euthanasie est proposée.

Le membre suppose que les autres membres de ces commissions ont probablement lu, eux aussi, avec attention les lettres adressées par le personnel soignant à propos des propositions examinées. Les infirmiers et infirmières de l'hôpital Brugman écrivent qu'ils constatent actuellement que l'organisation de l'hôpital n'offre plus d'espace et de temps pour permettre de vraiment être à l'écoute des personnes gravement malades et des patients sans défense. Ils sont dépourvus des possibilités d'évaluer objectivement et sereinement la demande d'euthanasie et de proposer d'autres solutions en cas de «demande par désespoir». Ils n'ont pas les possibilités de sauvegarder le véritable respect dû au malade.

L'étude approfondie menée aux Pays-Bas a fait apparaître que la demande d'euthanasie est plus souvent motivée par une souffrance morale due à la solitude, à l'isolement et à la dépendance que par la souffrance physique. La productivité de l'hôpital, qui ne permet plus de libérer du temps pour le malade, n'est pas le seul élément, les familles sont, elles aussi, engagées dans une course contre la montre. Les familles se sentent davantage brusquées que par le passé. Au travail, les prestations doivent être plus importantes que jadis. Le «havre» que représente, selon le professeur Elchardus, la mère de famille dans la course contre le temps, a disparu. Les relations au sein des familles, qu'il s'agisse de la famille nucléaire ou de la famille au sens large, subissent la pression du temps. Le dernier livre du spécialiste de la thérapie relationnelle, Alfons Vansteenwegen, qui s'est rendu célèbre par son ouvrage «Liefde is een werkwoord» («L'amour est un verbe»), est intitulé «Liefde vraagt tijd» («L'amour demande du temps»).

Dans ce climat, la nouvelle menace sociale qui pèse sur les personnes gravement malades est que leur mort ne prenne pas trop de temps. Tout doit aller vite, non seulement la vie mais aussi la mort. Est-ce peut-être pour cela que, dans la proposition radicale n° 2-244/1, la phase terminale a été biffée des conditions nécessaires? La mort ne saurait être assez rapide car nous n'avons plus le temps de prendre congé avec tendresse et sans hâte. Une loi légalisant l'euthanasie ne libérera pas la mort de la pression du temps, au contraire.

Les personnes âgées et malades ne craignent pas seulement d'exiger trop des possibilités sociales de leurs enfants; lorsque la maladie se prolonge, les ressources financières des familles sont aussi fréquemment évoquées.

On peut donc se demander si une loi légalisant l'euthanasie pourra empêcher que les patients grave-

zieke patiënten, en gevoelens van nutteloosheid en overbodigheid hun vraag naar de dood zal motiveren.

Het derde risico betreft de maatschappelijke integriteit en sociale perceptie van onze gezondheidszorg. Voorstanders van de legalisering wijzen er soms op dat zij meer rechtszekerheid willen bieden voor de artsen die euthanasie plegen. Maar zowel de artsen-syndicaten als de Nationale Orde van geneesheren bedanken voor deze rechtszekerheid. Zij vinden de waardigheid en de deontologie van hun beroep een hoger goed dan de eventuele rechtszekerheid.

Het is inderdaad zo dat een legalisering van euthanasie een verregaand effect zal hebben op de medische ethos. Want een legalisering betekent dat opzettelijke doding een normale medische handeling wordt, zelfs een vorm van maatschappelijke hulpverlening. Artsen die hieraan niet wensen mee te werken zullen enkel nog beroep kunnen doen op hun persoonlijk geweten en niet langer op de medische ethiek. Eens de dodende handeling een onderdeel is geworden van de medische praktijk zal men zich ook moeten toeleggen op de meest efficiënte uitvoering ervan. Dat houdt in dat het euthanaserend handelen zal moeten worden onderwezen en aangeleerd, dat de farmaceutische nijverheid zich zal moeten toeleggen op de ontwikkeling van efficiënte euthanatica, dat een zorgvuldig uitgevoerde euthanasie tot beroepsaansprakelijkheid kan leiden, kortom het doden wordt een onderdeel van de medische discipline.

Het zijn niet alleen de Belgische artsen die zich verzetten tegen de geschetste verschuiving in medische ethiek. Ook de mondiale vereniging van artsen heeft zich in de Verklaring van Madrid van 1987 in deze zin uitgesproken. De eed van Hippocrates is voor hen universeel en ook tijdloos. Artsen en gezondheidswerkers zijn niet alleen bezorgd over hun professionele integriteit, maar ook over de sociale perceptie van hun werk.

Een bijzonder interessante studie van professor Elchardus bracht onlangs aan het licht dat de duale samenleving zich reeds aftekent in een sociaal-culturele kloof bij leerlingen in het middelbaar onderwijs. Leerlingen uit het algemeen en het beroepsmiddelbaar onderwijs leven in aparte werelden. De leerlingen uit het beroepsonderwijs zijn cultureel zwakker, sociaal minder weerbaar, en op ethisch vlak erg strikt. Terwijl bijvoorbeeld in het ASO 76% van de jongeren vindt dat euthanasie op vraag van de patiënt soms gerechtvaardigd is, deelt maar 31% van de jongeren in het BSO die mening. Dit verschil in mening brengt ook aan het licht dat de sociaal-cultureel zwakkeren meer wantrouwen koesteren ten overstaan van artsen en ziekenhuizen. Zij voelen zich minder veilig en minder beschermd door onze gezondheidszorg dan mensen die weerbaar en assertief met hun artsen dialogeren. Natuurlijk zal een

ment malades soient soumis à une pression morale et que des sentiments d'inutilité motivent leur demande à mourir.

Le troisième risque concerne l'intégrité sociale et la perception sociale de nos soins de santé. Les partisans de la légalisation soulignent parfois qu'ils veulent offrir une plus grande sécurité juridique aux médecins qui pratiquent l'euthanasie. Mais tant les syndicats médicaux que l'Ordre national des médecins déclinent cette sécurité juridique. Ils considèrent que la dignité et la déontologie de leur profession ont bien plus de valeur que l'éventuelle sécurité juridique.

En effet, une légalisation de l'euthanasie aura une incidence considérable sur l'éthique médicale. Une légalisation signifie que le fait de donner intentionnellement la mort devient un acte médical normal et même une forme d'aide sociale. Les médecins qui ne souhaitent pas y participer ne pourront plus faire appel qu'à leur propre conscience et plus à l'éthique médicale. Une fois que l'acte consistant à donner la mort fera partie de la pratique médicale, il faudra également s'attacher à l'exécuter de la manière la plus efficace. Cela implique que l'acte euthanasique devra être enseigné et appris, que l'industrie pharmaceutique devra se consacrer au développement d'euthanasiants efficaces, qu'une euthanasie pratiquée consciencieusement peut conduire à une responsabilité professionnelle, en résumé, que l'acte consistant à donner la mort devient une partie de la discipline médicale.

Les médecins belges ne sont pas les seuls à s'opposer au glissement qui se dessine dans l'éthique médicale. L'association médicale mondiale s'est prononcée en ce sens dans la Déclaration de Madrid de 1987. Le serment d'Hippocrate est, pour ces médecins, universel et intemporel. Les médecins et les acteurs de la santé sont non seulement préoccupés par leur intégrité professionnelle mais aussi par la perception sociale de leur travail.

Une étude particulièrement intéressante du professeur Elchardus a récemment fait apparaître que la société duale se manifeste déjà par un fossé socioculturel chez les élèves de l'enseignement secondaire. Les élèves de l'enseignement secondaire général et ceux de l'enseignement secondaire professionnel vivent dans des mondes tout à fait distincts. Les élèves du professionnel sont culturellement plus faibles, moins capables de se défendre socialement et particulièrement stricts sur le plan éthique. Si, par exemple, 76% des jeunes de l'enseignement secondaire général estiment que l'euthanasie pratiquée à la demande du patient est parfois justifiée, 31% seulement des jeunes de l'enseignement secondaire professionnel partagent cette opinion. Cette divergence de vues montre bien que les personnes socialement plus faibles éprouvent une plus grande méfiance à l'égard des médecins et des hôpitaux. Ils se sentent moins en sécurité et moins

euthanasiewet dit gevoel van onveiligheid en gebrek aan sociale bescherming versterken.

Tenslotte vrezen de artsen dat door de budgettaire druk op de gezondheidszorg, de aankomende vergrijzing en de toenemende zorgschaarste, de persoonlijk gewenste euthanasie, wel eens zou kunnen evolueren naar de maatschappelijk gewenste euthanasie. Of zoals een vertegenwoordiger van een Nederlandse patiëntenvereniging het onlangs uitdrukte: «De waardigheid van de dood zal naar de achtergrond verdwijnen. In plaats van de vraag: «Wat is de tijd voor een waardige dood?» komt dan een nieuwe vraag: «Wat is de waarde van een tijdige dood?»

Het lid verklaart verheugd te zijn dat zij hier open kan spreken en verwacht van de andere leden een zelfde openheid. Graag zou zij van de indieners van het voorstel vernemen hoe zij de geschetste risico's van een euthanasiewet voor onze samenleving willen vermijden of waarom zij denken dat juist onze samenleving voor deze menselijke risico's immuun is.

Als uitleiding van haar eerste tussenkomst wil zij nog een literair-filosofisch stukje brengen. De inspiratie hiervoor deed zij op tijdens de filosofische uitweiding van een ander. Het begint met een fictieve brief.

Wie leert van de mensengeschiedenis?

«Dierbare landgenoten,

Wij, democratisch verkozenen, hebben kunnen vaststellen dat het leven dat velen van jullie te leiden en te lijden hebben, in wezen absurd is. Daarom durven wij na lang beraad de dood als oplossing voor het zinloze leven voorstellen.

Ieder van jullie zal ter gelegener tijd van deze oplossing gebruik kunnen maken. Wij, democratisch verkozenen, zullen procedures uitwerken zodat alles medisch zuiver kan verlopen en geen van jullie nabestaanden schuld kan treffen.

Wij weten dat nog niet iedereen van jullie overtuigd is van het absurde leven dat wij leiden, maar wij denken dat iedereen eens in de omstandigheden terecht zal komen waarin het absurde zal ervaren worden. Daarom vragen wij jullie met aandring om nu reeds een levenstestament op te maken, zodat iedereen zonder uitzondering van de dood als oplossing voor het leven kan genieten.

protégés par notre système de soins de santé que les personnes qui sont capables de se défendre et de s'affirmer dans le dialogue avec leurs médecins. Une loi légalisant l'euthanasie renforcera naturellement encore ce sentiment d'insécurité et de manque de protection sociale.

Enfin, les médecins redoutent qu'en raison de la pression budgétaire sur les soins de santé, de la prochaine vague de vieillissement et de la raréfaction croissante des soins, l'euthanasie personnellement souhaitée évolue vers une euthanasie socialement souhaitée. Ou comme l'a dit récemment un représentant d'une association néerlandaise de patients: «La dignité de la mort sera repoussée au second plan. À la question: «Quand le moment de mourir dignement est-il arrivé?» se substituera une nouvelle question: «Quelle est la valeur d'une mort à point nommé?»

Le membre déclare qu'elle se réjouit de pouvoir parler ici ouvertement et attend la même ouverture des autres membres. Elle aimerait que les auteurs de la proposition lui disent comment ils veulent éviter les risques précités que représente une loi légalisant l'euthanasie pour notre société et pourquoi ils pensent que notre société précisément est immunisée contre ces risques humains.

En conclusion de sa première intervention, elle souhaite encore apporter une contribution philosophico-littéraire. L'inspiration lui est venue au cours d'une digression philosophique d'un autre membre, la semaine dernière. Cela commence par une lettre fictive.

Qui tire des enseignements de l'histoire de l'humanité?

«Chers compatriotes,

Nous, représentants démocratiquement élus, avons pu constater que la vie que doivent mener ou endurer beaucoup d'entre vous, est au fond absurde. C'est pourquoi nous osons, au terme d'une longue réflexion, proposer la mort comme solution à l'existence inutile.

Chacun d'entre vous pourra, en temps voulu, faire usage de cette solution. Nous, représentants démocratiquement élus, élaborerons des procédures pour que tout puisse se dérouler proprement sur le plan médical et qu'aucun reproche ne puisse être adressé à aucun de vos proches.

Nous savons que vous n'êtes pas encore tous convaincus du caractère absurde de l'existence que nous menons mais nous pensons que chacun sera un jour amené à faire l'expérience de l'absurdité de la vie. C'est pourquoi nous vous demandons avec insistance d'établir d'ores et déjà un testament de vie pour que chacun sans exception puisse profiter de la mort comme solution à la vie.

Wij hopen dat jullie beseffen welke unieke kans wij jullie bieden. Nergens anders ter wereld kunnen mensen kiezen voor deze bijzondere doeltreffendheid. Wees ervan overtuigd dat wij niet lichtzinnig te werk zijn gegaan en alleen maar de meest geschikte oplossing voor het leven dat jullie leiden hebben gezocht.

Vergeet ons niet,

Getekend,

Jullie democratisch verkozenen.»

Het lid verontschuldigt zich voor de satirische toon van dit stukje, maar deze woorden zijn spontaan op de banken uit haar pen gevloeid, zoals dat in parlementair jargon heet. Toen het euthanasievoorstel dat gesteund wordt door leden van de zes meerderheidsfracties bij de eerste uiteenzetting filosofisch werd verantwoord, was zij blij om zoveel ideologische helderheid. Wat intuïtief reeds lang werd aangevoeld, kwam nu in alle klaarheid naar voren. Het is de scherpslijpers die het voorstel inspireerden helemaal niet te doen om de concrete zorg voor zieke en stervende mensen, maar wel om het persoonlijke recht op de dood.

Al in de eerste parlementaire toelichting werd het euthanasievoorstel onderbouwd door verwijzingen naar schrijvers van het Franse existentialisme, zoals het in de zestiger jaren opgang maakte. Op dat moment herinnerde zij zich de verplichte schoollektuur voor de Franse les en de personages uit theaterstukken en romans die maar authentiek verklaard werden wanneer ze ten volle de zinloosheid van hun bestaan hadden aanvaard.

De depenalisatie van de opzettelijke levensbeëindiging, de schrapping van de laatste levensfase als noodzakelijke voorwaarde, de verruiming van fysiek lijden tot persoonlijk aangevoelde nood, al deze juridische verschuivingen tonen dat het jongste euthanasievoorstel zonder veel omwegen het recht op dood in onze samenleving wil binnenloodsen. Het voorstel maak de dood afdwingbaar voor al wie zijn persoonlijke wanhoop in medische termen vertaald krijgt.

Natuurlijk ontstond er hierover onmiddellijk maatschappelijke beroering. Mensen willen immers niet geregeerd worden door wetten die de zin van hun eigen bestaan in twijfel trekken.

Hebben de besloten cenakels van de vrijdenkers in ons land ons niets meer te bieden dan hun verlamme en dodende levensangst? Zijn er vrijdenkers die kunnen uitleggen hoe we de zin voor de samenleving zullen behouden, wanneer de zin van het leven zelf politiek betwijfeld wordt? Wat zullen genegenheid, respect, gemeenschapszin en solidariteit nog

Nous espérons que vous êtes conscients de la chance unique que nous vous offrons. Nulle part ailleurs au monde, les gens ne peuvent faire le choix de cette efficacité particulière. Soyez convaincus que nous n'avons pas agi à la légère mais que nous avons seulement recherché la solution la plus adéquate à la vie que vous menez.

Ne nous oubliez pas,

Signé,

Vos représentants démocratiquement élus.»

Le membre s'excuse pour le ton satirique de cet écrit mais les mots sont sortis spontanément de sa plume en séance, comme on le dit dans le jargon parlementaire. Lorsque la proposition relative à l'euthanasie, qui est soutenue par des membres des six groupes de la majorité, a été justifiée par des arguments philosophiques lors de la première présentation, elle se réjouissait d'une telle limpidité idéologique. Ce que l'on pressentait intuitivement depuis longtemps déjà apparaissait maintenant en pleine lumière. Ce qui préoccupe les esprits tatillons qui ont inspiré la proposition, ce n'est nullement les soins concrets à apporter aux malades et aux mourants mais bien le droit personnel à la mort.

La proposition relative à l'euthanasie a été étayée, dès le premier examen parlementaire, par des références à l'existentialisme français qui a fait florès dans les années soixante. Cela lui a rappelé, à ce moment, les lectures scolaires obligatoires du cours de français et les personnages de pièces de théâtre et de romans qui n'étaient reconnus authentiques que lorsqu'ils avaient accepté pleinement l'inanité de leur existence.

La dépenalisation de l'acte consistant à mettre intentionnellement fin à la vie, la suppression de la phase terminale parmi les conditions nécessaires, l'élargissement de la souffrance physique à un état de nécessité personnellement vécu, tous ces glissements juridiques montrent que la dernière proposition relative à l'euthanasie vise à introduire sans grands détours le droit à la mort dans notre société. La proposition rend la mort contraignable pour quiconque voit son désespoir personnel traduit en termes médicaux.

Cette proposition a bien sûr d'emblée suscité un émoi dans la société. Les gens ne veulent, en effet, pas être gouvernés par des lois qui mettent en doute le sens de leur existence.

Les cénacles fermés des libres penseurs de notre pays n'ont-ils rien de mieux à nous offrir que leur angoisse paralysante et funeste face à l'existence? Existe-t-il des libres penseurs capables d'expliquer comment conserver le sens de la vie en société si le sens de la vie même est mis en doute politiquement? Que vaudront encore la tendresse, le respect, l'esprit de

waard zijn, wanneer het moeilijke en eenzame leven evengoed beëindigd kan worden?

Spreekster verklaart dat in het begin van vorige eeuw een grote machtige Europese cultuur in de ban was geraakt van de «Bilanz-Selbstmord». Roman-schrijvers en filosofen propageerden er de zelfgekozen dood als authentiek menselijke daad nadat de balans van het eigen leven was opgemaakt. Enkele decennia later besliste het nieuwe regime van dat land om die subjectieve balansopmaak niet langer aan de mensen zelf over te laten. Het leek eenvoudiger om objectief en in naam van het volk de balans van de levens op te maken. De mensheid reageerde met alle kracht en toen dit regime overwonnen en vernietigd was, werd er een plechtige en universele verklaring opgesteld. Alle mensen, zwart en wit, man en vrouw, ziek en gezond, rijk en arm zouden voor altijd evenveel waard zijn. Niemand, geen mens, geen land, geen regime mocht hier ooit nog aan twifelen. Natuurlijk was deze plechtige verklaring niet onmiddellijk uitgevoerd, maar iedereen begreep dat de toekomst van de mensheid alleen maar in de uitvoering ervan kon liggen.

Door de groeiende wereldwijde uitwisseling van beelden, woorden en inzichten groeide ook het concrete dagdagelijkse besef dat de toekomst van ons allen samen zou afhangen.

Het lid besluit dat volgens kenners die vorige eeuw een jaar te vroeg eindigde, met een feest voor het mooie ronde jaartal 2000. Een etmaal lang wuifden we naar elkaar, van Sydney tot Honolulu. Er was veel spetterend vuurwerk in de grote steden, maar ook de bescheiden vlammetjes van Afrika hoorden er helemaal bij. De wuivende mensenzee leek het begrepen te hebben: wij zijn de mensheid, wij houden elkaar in balans, liefst voorgoed.

Maar nu, bij het begin van de nieuwe eeuw, zijn er twee lage landjes aan de Noordzee die de mensengeschiedenis niet helemaal goed begrepen hebben. Wat vanzelfsprekend verworven leek in de vorige eeuw, wordt door hen opnieuw in vraag gesteld. De wuivende mensenzee kan die twee lage landjes maar beter in het oog houden.

Een ander lid verklaart dat het argument, gericht tegen de indianen van de samengevoegde voorstellen en gesteund op de rechten van de mens, onontvankelijk is, al steunt het misschien op een diepgewortelde overtuiging. Het staat iedereen vrij zich de andere voor te stellen zoals hij zou willen dat hij is. Maar dat komt hoe dan ook niet overeen met de werkelijkheid.

Iedereen is trouwens vrij zijn eigen referenties te kiezen, in heilige of profane teksten, hetzij in teksten van filosofische of religieuze aard.

communauté et la solidarité si l'on peut tout aussi bien mettre fin à l'existence pénible et solitaire?

L'intervenante explique qu'au début du siècle passé, une grande et puissante culture européenne était tombée sous le charme du «Bilanz-Selbstmord». Des romanciers et des philosophes présentaient la mort volontairement choisie comme un acte humain authentique, posé après avoir dressé le bilan de sa propre existence. Quelques décennies plus tard, le nouveau régime de ce pays décida de ne plus laisser aux gens le sens de dresser ce bilan subjectif. Il semblait plus simple d'établir objectivement et au nom du peuple le bilan des vies. Le genre humain réagit de toutes ses forces et lorsque ce régime fut vaincu et anéanti, une déclaration solennelle et universelle fut rédigée. Tous les êtres humains, blancs et noirs, hommes et femmes, malades et en bonne santé, riches et pauvres, seraient égaux pour toujours. Plus personne, homme, pays, régime, ne pouvait en douter. Il va de soi que cette déclaration solennelle ne fut pas mise en œuvre immédiatement mais chacun comprit que l'avenir de l'humanité ne pouvait plus passer que par la mise en œuvre de cette déclaration.

L'échange croissant d'images, de paroles et d'idées à l'échelon mondial a également fait prendre concrètement et quotidiennement conscience du fait que l'avenir dépendait de nous tous.

Le membre conclut que, selon certains spécialistes, ce siècle passé s'est terminé un an trop tôt par une fête célébrant l'an 2000, beau chiffre rond. Pendant vingt-quatre heures, nous nous sommes salués d'un geste de la main, de Sidney à Honolulu. Les grandes villes brillaient de l'éclat des nombreux feux d'artifice mais les modestes petites flammes de l'Afrique faisaient également partie de l'événement. La marée humaine qui se saluait d'un geste de la main semblait avoir compris: nous sommes le genre humain, nous nous équilibrons mutuellement, pour toujours, espérons-le.

Aujourd'hui pourtant, au début du siècle nouveau, deux petits pays en bordure de la mer du Nord n'ont pas bien compris l'histoire de l'humanité. Ils remettent à nouveau en question ce qui semblait naturellement acquis au siècle passé. La marée humaine se saluant d'un geste de la main ferait mieux de tenir ces deux petits pays à l'œil.

Un autre membre déclare que l'argument tiré des droits de l'homme et opposé aux auteurs des propositions conjointes est irrecevable, même s'il part peut-être d'un sentiment profond. Chacun est libre, en effet, d'imaginer l'autre comme il a envie qu'il soit. En tout état de cause, cela ne correspond pas à la réalité.

Par ailleurs, chacun est libre d'avoir ses propres références, qu'elles soient dans des textes sacrés ou dans des textes profanes, qu'elles soient d'ordre philosophique ou religieux.

De karikatuur die werd gemaakt van de indiener die de spreker citeerde, zou deze laatste er misschien toe moeten aanzetten zijn lectuur terug ter hand te nemen, met inbegrip van wat deze aan humanistisch karakter kan inhouden. Het lid beklemtoont de manier waarop deze indiener het overwinnen van het filosofisch absurde bekijkt. Dat moet niet worden verward met de opvatting die ieder van ons op een of ander moment van zijn leven kan hebben over zijn eigen bestaan, ook op die momenten waarop hij zelf, los van het zoeken naar een zin voor zijn eigen bestaan en voor die van de mensheid, die in de richting van de rechten van de mens gaat, meent dat zijn eigen leven geen waardig leven meer is.

Het is zeker niet toevallig dat werd gezinspeeld op het feit dat het voorstel het mogelijk maakt tegemoet te komen aan de door sommigen uitgedrukte wil én tegelijk in de richting van een vervreemding zou gaan. Maar de eerbiediging van de vrijheid en de individuele wil vormt de grondslag van het wetsvoorstel, dat juist de geestelijke bevrijding beoogt.

Een dergelijke voorstelling van zaken, die tegelijk een banvloek en een karikatuur inhoudt, maakt noch een dialoog, noch een sereen debat mogelijk.

Er is sprake van desinformatie en een intentieproces in wat hier zopas werd gezegd over iets dat voor een groot deel van de leden van de verenigde commissies een afhankelijkheid aan humanistische waarde leek.

Ten slotte is het zeker evenmin een toeval dat verschillende keren werd gesproken over een «legalisering» van euthanasie, terwijl het uiteraard over een depenalisering ervan gaat, indien ze wordt uitgevoerd in de voorwaarden die in het voorstel uitvoerig worden beschreven, met de bedoeling tot rechtszekerheid te komen, niet alleen voor de artsen, maar vooral voor de patiënten, wat, vanuit globaal maatschappelijk oogpunt, nog belangrijker is.

Een lid verklaart dat het recht van elke patiënt om toegang te krijgen tot palliatieve zorgen als een solidariteitsplicht van de samenleving kan worden omschreven.

De aandacht, enerzijds, voor de wil van de mens, die wordt geconfronteerd met de laatste ogenblikken van zijn bestaan en het respect voor zijn manier om zijn existentie te bevatten en, anderzijds, voor een solidariteitsplicht die aan allen toegang tot de palliatieve zorgen moet garanderen, lijkt redelijk evenwichtig verdeeld.

Wat uit de debatten duidelijk naar voor moet komen, is dat men aandacht probeert te hebben voor de begeleiding op het einde van het leven en voor de verzachting van het lijden en de nood. Het vooropgestelde doel is bij geen enkele indiener een einde te maken aan het leven, ook al kan dat het resultaat zijn.

La caricature qui a été faite de l'auteur que l'intervenant a cité, inciterait peut-être ce dernier à renvoyer à sa lecture, y compris dans ce qu'elle peut avoir de profondément humaniste. Il souligne la manière dont cet auteur envisage le dépassement de l'absurde philosophique, à ne pas confondre avec l'appréhension que chacun peut avoir, à un moment ou à un autre, de sa propre existence — y compris dans les moments où il considère de manière individuelle qu'indépendamment d'une recherche de sens à sa propre existence et à celle de l'humanité, qui va dans le sens des droits de l'homme, il considère précisément que sa vie, sur le plan individuel, n'est plus une vie digne.

Il a été fait allusion, et ce n'est sans doute pas par hasard, au fait que la proposition conjointe permettrait d'aller à l'encontre de la volonté manifestée par d'aucuns, et irait dans le sens d'une aliénation. Or, le respect de la liberté et de la volonté individuelle constitue la base de la proposition de loi, qui vise précisément à la désaliénation.

Une telle présentation des choses, qui relève à la fois de l'anathème et de la caricature, ne permet pas un dialogue, ni un débat serein.

Il y a désinformation et procès d'intention dans les propos qui viennent d'être tenus sur ce qui paraissait être, pour une large part des membres des commissions réunies, une adhésion à des valeurs d'humanisme.

Enfin, ce n'est sans doute pas non plus par hasard qu'il a été fait mention à plusieurs reprises d'une «légalisation» de l'euthanasie, alors qu'il s'agit naturellement d'une dépénalisation de celle-ci, si elle est pratiquée dans les conditions largement décrites dans la proposition, afin d'assurer une sécurité juridique, non seulement aux médecins, mais surtout à l'ensemble des patients, ce qui, dans une prise en charge globale de la société, est encore plus important.

Un membre déclare que le droit de chaque patient de pouvoir accéder aux soins palliatifs peut s'exprimer, en d'autres termes, comme le devoir de solidarité de la société.

Le travail consistant à approcher, d'une part, la volonté de l'être humain face aux derniers moments de son existence et le respect de sa manière d'appréhender l'existence et, d'autre part, une loi de solidarité qui doit garantir à tous l'accès aux soins palliatifs, paraît assez équilibré.

Il faudrait faire ressortir clairement des débats que ce que l'on cherche à approcher, c'est l'accompagnement en fin de vie, et l'apaisement des souffrances et des détresses. Le but poursuivi n'est chez aucun auteur de supprimer la vie, même si on peut aboutir à ce résultat.

Een ander lid wijst eerst en vooral op het probleem van de rechtszekerheid. Men stelt vast dat de artsen nogal ongerust zijn over wat vandaag wordt voorgesteld. Zij menen bijna allemaal dat hun rechtszekerheid niet gewaarborgd is.

De *a posteriori*-procedure en het feit dat een dossier aan de procureur des Konings wordt bezorgd, is voor hen een zwaard van Damocles en een echt probleem.

Vele artsen zeggen dat, wanneer een dergelijke bepaling wet wordt, zij geneigd zullen zijn de wet in de praktijk te omzeilen, wat er natuurlijk op neer komt dat de rechtszekerheid van de patiënten evenmin nog wordt gegarandeerd.

De praktijk dreigt dan buiten de wettelijkheid te treden en euthanasie voor sociale of economische redenen, zoals die ook vandaag al lijkt te gebeuren, zal dan niet worden voorkomen.

Het gaat hier niet om een filosofische of ideologische beschouwing, maar om een kwestie van eenvoudig gezond verstand.

Om die reden bepaalt het voorstel van mevrouw Nyssens c.s. dat het dossier aan een wetsdokter wordt gezonden.

Een andere weg kan worden gevonden in het Nederlandse voorbeeld.

Een tweede beschouwing betreft de door sommigen geuite idee dat er op een of andere wijze een alternatief tussen palliatieve zorgen en euthanasie zou bestaan.

Volgens de spreker is deze opvatting tegelijk erg theoretisch, schokkend en uiterst verontrustend wat de toegang tot de zorgen betreft.

In werkelijkheid gaat het erom een voortgezette verzorging te kunnen toedienen en via de terbeschikkingstelling van palliatieve zorgen aan de mensen hun waardigheid te kunnen teruggeven, het lijden te voorkomen en zo te handelen dat euthanasie zoveel mogelijk wordt voorkomen. Euthanasie moet volgens de spreker uitzonderlijk blijven.

De artsen melden inderdaad dat euthanasie uitzonderlijk wordt, wanneer op een correcte manier tegemoet wordt gekomen aan de vraag naar palliatieve zorgen. In het algemeen drukt de spreker op de noodzaak bij dit soort problemen te redeneren vanuit het standpunt van de patiënten, hun vragen en hun rechten.

Daarom is het belangrijk beroepsmensen te horen om de realiteit van het terrein beter af te bakenen.

Een andere dikwijls gestelde vraag gaat over het antagonisme dat zou bestaan tussen de autonomie en het respect voor het leven. De spreker zelf toont zich verrast door deze benadering.

Un autre membre évoque tout d'abord la question de la sécurité juridique. À cet égard, il faut constater que les médecins sont plutôt inquiets de ce qui est proposé aujourd'hui, et considèrent de façon quasi-unanime que leur sécurité juridique n'est pas assurée.

La procédure *a posteriori* et le fait de transmettre un dossier au procureur du Roi leur semble en effet constituer une épée de Damoclès, et constitue pour eux un véritable problème.

Bon nombre d'entre eux disent que, si une telle disposition devient loi, ils seront tentés de contourner celle-ci dans la pratique, ce qui aboutit naturellement à ne plus garantir non plus la sécurité juridique dans le chef des patients.

Les pratiques risquent dès lors de sortir du cadre légal, et l'on n'évitera pas les euthanasies pour des motifs sociaux ou économiques, comme il semble s'en pratiquer actuellement.

Il s'agit, non d'une considération philosophique ou idéologique, mais d'une question de simple bon sens.

C'est pourquoi la proposition de Mme Nyssens et consorts prévoyait de transmettre le dossier à un médecin-légiste.

Une autre piste pourrait par exemple être trouvée dans l'exemple hollandais.

Une deuxième considération concerne l'idée exprimée par certains, et selon laquelle il existerait en quelque sorte une alternative entre soins palliatifs et euthanasie.

Aux yeux de l'intervenant, cette conception paraît à la fois très théorique, assez choquante, et extrêmement inquiétante sur le plan de l'accès aux soins.

En réalité, il s'agit de pouvoir prodiguer des soins continus, et, à travers la mise en place de soins palliatifs effectifs, de pouvoir rendre aux personnes leur dignité, éviter la souffrance, et faire en sorte d'éviter autant que possible l'acte d'euthanasie, qui paraît, aux yeux de l'intervenant, devoir rester tout à fait exceptionnel.

Les médecins rapportent effectivement qu'il le devient, lorsqu'on répond correctement à la demande en matière de soins palliatifs. De façon générale, l'intervenant insiste sur la nécessité, lorsqu'on discute de ce type de problème, de se placer du point de vue des patients, de leurs demandes et de leurs droits.

D'où l'intérêt d'entendre des professionnels, afin de mieux cerner la réalité du terrain.

Une autre question souvent posée est celle de l'antagonisme qui existerait entre l'autonomie et le respect de la vie. L'intervenant se dit, à titre personnel, surpris par cette manière de poser le problème.

Voor hem is euthanasie fundamenteel een handeling van wederzijdse afhankelijkheid, een sociale handeling, een gebaar van humanisme en medelijden. Het gaat niet over autonomie, maar over menselijke relaties.

Het gaat erom te weten hoe men probeert het leven in gemeenschap te verbeteren, hoe men de begrippen waardigheid en lijden beschouwt en hoe dat in handelingen tot uitdrukking wordt gebracht.

De spreker toont zich ook getroffen door het advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren, zelfs als hij een zekere tegenstelling ontwaart in de wil om onmiddellijk te stellen dat de medische deontologie volstaat en het niet nodig zou zijn om wetgevend op te treden.

Het advies gaat vooral in op het probleem van de therapeutische hardnekkigheid en de palliatieve zorg, dat voor de artsen niet geregeld schijnt te zijn, en het feit dat de patiënten daarover niet gerustgesteld lijken te zijn.

Dit lijkt een juiste vaststelling te zijn, ongeacht of de vrees van de patiënten imaginair of reëel is. Dit lijkt fundamenteel. Het knoopt aan bij de bezorgdheid van de verplegers, met name die van het Brugmann-hospitaal, die een brief hebben gericht aan de parlementsleden. Volgens hen zijn de problemen rond de palliatieve zorg en de therapeutische hardnekkigheid verre van geregeld. Ze vragen een moratorium vooraleer een wet op de euthanasie wordt goedgekeurd. Op die problemen moet eerst een beter antwoord komen.

Er bestaat dus een orde van prioriteiten waarmee de wetgever rekening moet houden.

De spreker toont zich ook ongerust over de schrapping van het begrip terminale fase uit het voorstel.

Men kan natuurlijk tegenwerpen dat er een groter lijden en een grotere nood kan zijn bij de langdurige ongeneeslijke ziekten, los van een terminale fase.

Kan men echter wetgeving scheppen op een domein dat de deur openzet voor interpretaties die mogelijk niet die van de huidige wetgever zijn?

Er bestaat soms ook verwarring tussen doden en zichzelf doden. Volgens de spreker gaat het om twee totaal verschillende fundamentele debatten. Zelfmoord is immers niet strafbaar.

De spreker formuleert nog twee algemene opmerkingen.

Hij stelt vast dat de werkzaamheden, ondanks alles, worden gehinderd doordat de verenigde commissies geen hoorzittingen konden houden met

En effet, l'euthanasie lui paraît être fondamentalement un acte d'interdépendance, un acte social, un geste d'humanisme et de compassion, qui ne se pose pas en termes d'autonomie mais de relations humaines.

Il s'agit de savoir comment on continue à tenter d'améliorer la vie en société, comment on perçoit les notions de dignité et de souffrance, et comment cela se traduit en gestes.

L'intervenant se dit également frappé par l'avis rendu par le Conseil national de l'Ordre des médecins, même s'il lui paraît y avoir une certaine contradiction à vouloir déclarer d'emblée que la déontologie médicale suffirait, et qu'il n'y aurait pas nécessité à légiférer.

L'avis insiste sur la question, qui ne semble pas être réglée pour les médecins, de l'acharnement thérapeutique et des soins palliatifs, et sur le fait que les patients ne paraissent pas rassurés à ce sujet.

Le constat paraît exact, que la crainte des patients soit de l'ordre de l'imaginaire ou de la réalité. Cet élément paraît fondamental. Il rejoint notamment les préoccupations des infirmiers, et notamment de ceux de l'hôpital Brugmann, qui ont écrit aux parlementaires. Selon eux, les questions de soins palliatifs et d'acharnement thérapeutique sont loin d'être réglées. Ils demandent, en quelque sorte un moratoire avant le vote d'une loi sur l'euthanasie, pour que ces questions reçoivent une meilleure réponse que celle qui est faite aujourd'hui.

Il semble donc y avoir là un ordre de priorités, dont les travaux du législateur doivent tenir compte.

En ce qui concerne la disparition de la notion de phase terminale dans la proposition conjointe, l'intervenant déclare qu'elle suscite son inquiétude.

On peut, bien sûr, objecter à cette notion qu'il peut y avoir des souffrances et des détresses plus grandes dans les maladies incurables «au long cours», en dehors d'une phase terminale.

Le problème est de savoir si l'on peut légiférer dans un domaine qui ouvre la porte à des interprétations qui peuvent très bien ne pas être celles du législateur aujourd'hui.

On confond parfois aussi donner la mort et se donner la mort, alors qu'aux yeux de l'intervenant, il s'agit là de deux débats fondamentalement différents, puisque le suicide n'est pas pénalement punissable.

L'intervenant formule encore deux remarques générales.

Il observe que les travaux sont malgré tout gênés par le fait que les commissions réunies n'aient pas pu procéder à l'audition des professionnels de terrain. Il

professionele veldwerkers. Hij wenst te weten hoe de hoorzittingen, die gepland zijn op het einde van de algemene bespreking, zullen worden georganiseerd.

Hij vindt trouwens dat het interessant zou zijn om de talrijke opgeworpen problemen, die nog niet nader konden worden onderzocht, op een meer systematische manier te kunnen aanpakken.

Een vorige spreker verklaart ook dat zij vindt dat dit debat in alle sereniteit en met respect voor elkaars mening dient te worden gevoerd. Dit neemt echter niet weg dat alle leden het recht moeten hebben hun argumenten voluit uiteen te zetten en de vragen te stellen die zij belangrijk achten.

Wat haar in dit debat bijzonder fascineert, is dat de evolutie in het denken over mensenrechten in België en Nederland blijkbaar anders verloopt dan in andere landen. Wanneer zij de indieners van deze voorstellen enigszins heeft uitgedaagd, dan is dit precies om een antwoord te krijgen op de vraag wat de noodzaak is om in onze samenleving af te wijken van een ethische consensus die in de rest van de wereld nog steeds onaanastbaar wordt geacht.

Daarnaast heeft zij de aandacht willen vestigen op de onbestemde vrees die dit debat veroorzaakt bij de zwaksten in onze samenleving. De commissie kan hieraan niet zonder meer voorbij gaan.

Een lid verklaart dat zij tijdens de vorige legislatuur de debatten in verband met euthanasie in de Senaat, weliswaar vanop enige afstand, met veel interesse heeft gevolgd. Deze debatten wettigden enig optimisme over de uitkomst van het dossier. Er leek namelijk over de verschillende partijen en maatschappelijke opvattingen heen, een consensus te groeien rond het zogenaamde «derde voorstel» dat in het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek werd geformuleerd.

Vandaar ook dat de fractie waartoe zij behoort, zich als gesprekspartner in dit debat heeft gepresenteerd en een wetsvoorstel heeft ingediend dat steunt op deze derde optie. Zoals dat ook voor andere dossiers geldt, is in deze aangelegenheid communicatie met de verschillende maatschappelijke geledingen uitermate belangrijk. Binnen deze commissies is er overeenstemming over de betekenis die aan het begrip euthanasie moet worden gegeven. Bij veel mensen heerst er echter wat dit betreft de grootste onduidelijkheid en verwarring. Die dragen op hun beurt bij tot de ongerustheid in brede lagen van de bevolking ten aanzien van dit dossier.

De verschillende voorstellen die hier werden ingediend hebben alleszins één gemeenschappelijk kenmerk: zij trachten een antwoord te geven op de vraag naar een waardig levenseinde voor terminale patiënten.

aimerait savoir comment s'organiseront les auditions prévues à la fin de la discussion générale.

En outre, il trouve qu'il serait intéressant de pouvoir aborder de façon plus systématique les nombreuses questions posées, qui n'ont pas encore pu être approfondies.

Une intervenante précédente déclare également qu'elle estime que ce débat doit être mené dans la sérénité et dans le respect de l'opinion d'autrui. Il n'empêche que tous les membres doivent avoir le droit d'exposer complètement leurs arguments et de poser les questions qu'ils jugent importantes.

Ce qui la fascine particulièrement dans ce débat, c'est que, manifestement, l'évolution de la pensée relative aux droits de l'homme se déroule différemment en Belgique et aux Pays-Bas et dans les autres pays. Si elle a quelque peu défié les auteurs de ces propositions, c'est précisément afin d'obtenir une réponse à la question de savoir quelle est la nécessité de s'écarter, dans notre société, du consensus éthique que le reste du monde juge toujours intangible.

Elle a, par ailleurs, voulu attirer l'attention sur l'angoisse indéfinissable que ce débat éveille chez les personnes les plus vulnérables de notre société. La commission ne peut ignorer purement et simplement cette question.

Un membre déclare qu'au cours de la précédente législature, elle a suivi avec beaucoup d'intérêt, certes à une certaine distance, les débats relatifs à l'euthanasie au Sénat. Ces débats justifiaient un certain optimisme quant à l'issue du dossier. Un consensus semblait en effet se dégager, par-delà les différents partis et conceptions sociales, à propos de ce que l'on appelait la «troisième proposition», formulée dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique.

C'est pourquoi le groupe auquel elle appartient s'est présenté comme interlocuteur dans ce débat et a déposé une proposition de loi s'appuyant sur cette troisième option. Comme c'est aussi le cas pour d'autres dossiers, la communication avec les différentes couches sociales est extrêmement importante dans cette matière. Au sein de ces commissions, un accord s'est dégagé à propos du sens à donner au concept d'euthanasie. Ce concept reste pourtant des plus imprécis et confus pour beaucoup de personnes qui contribuent, à leur tour, à l'inquiétude que ressentent de larges couches de la population à l'égard de ce dossier.

Les différentes propositions déposées ici ont en tout cas une caractéristique commune: elles tentent d'apporter une réponse à la question d'une fin de vie digne pour les patients en phase terminale.

Men kan zich er alleen maar over verheugen dat in alle voorstellen, hierbij een essentiële plaats wordt toegekend aan palliatieve zorg. Iedereen moet er zich in dit debat evenwel van bewust zijn, dat België op dit vlak vrijwel nergens staat. Zowel wat het volume van het aanbod betreft, als op het kwalitatieve vlak en inzake de coördinatie is nog een hele weg af te leggen. Het voorstel van resolutie nr. 2-106/1, dat hier op de agenda staat, werd ook in het Vlaamse Parlement ingediend. Men kan inderdaad alleen maar hopen dat de bespreking hiervan zo vlug mogelijk wordt aangevat, want ook op het niveau van de gemeenschappen dient nog een hele weg te worden afgelegd.

Het garanderen van een volwaardige palliatieve zorgverlening veronderstelt niet alleen het vrijmaken van aanzienlijk meer financiële en materiële middelen. Veel artsen geven ook toe dat zij onvoldoende vertrouwd zijn met deze vorm van hulpverlening die pas zeer recent in het studiepakket geneeskunde is opgenomen.

Spreekster citeert hierop een van de grondleggers van de palliatieve zorg in België, zuster Leontine: «Het is onze ervaring dat een aantal zieken in de eerste dagen van een opname in een crisisfase het verlangen uitdrukken dat het genoeg is, dat zij niet verder willen leven en dat zij hopen dat «het» niet lang meer zal duren. Maar het is even goed onze ervaring dat deze vragen en klachten zachtjes wegebben als de zieke door aangepaste zorgen opnieuw een beetje lichamelijk comfort heeft en zich begrepen en gedragen voelen. Het komt er op aan te ontdekken welke de diepere vraag is onder de oppervlakkige noodkreet 'ik wil sterven'. Meestal is dit 'laat me niet alleen', 'ik ben angstig'.»

Dit is slechts één getuigenis tussen vele andere. Iedereen begrijpt wel dat in bepaalde gevallen moet kunnen worden overgegaan van het «to cure» naar het «to care» of van het trachten te genezen naar het verzorgen. In een publicatie van de Federatie voor palliatieve zorgverlening wordt hier nog een stap aan toegevoegd, namelijk van «care» naar «core». Met dit laatste wil de Federatie duidelijk maken wat centraal moet staan in de benadering van patiënten in hun laatste levensfase: de liefdevolle aandacht, de menselijkheid en de betrokkenheid van de omgeving bij de zieke. Hier ligt inderdaad de kern van palliatieve hulpverlening: een antwoord bieden op de vraag van de patiënt om aandacht van de omgeving, om niet alleen te worden gelaten met zijn pijn en zijn angstgevoelens.

Een dergelijke benadering vraagt echter een grote inspanning van de omgeving en van de samenleving. Er moet worden gevreesd dat het in België, waar deze vorm van hulpverlening nog in de kinderschoenen staat, zeer moeilijk zal zijn om op korte termijn de nodige middelen vrij te maken om alle patiënten hier toe de volwaardige toegang te verzekeren.

On ne peut que se réjouir que toutes les propositions accordent une place essentielle aux soins palliatifs. Chacun, dans ce débat, doit toutefois être bien conscient que la Belgique n'est pratiquement nulle part dans ce domaine. Tant en ce qui concerne le volume de l'offre que le niveau qualitatif et la coordination, il reste un long chemin à parcourir. La proposition de résolution n° 2-106/1, qui est à l'ordre du jour, a également été déposée au Parlement flamand. On ne peut, en effet, qu'espérer que l'examen de cette proposition de résolution soit entamé le plus rapidement possible car il reste également un long chemin à parcourir au niveau des communautés.

La garantie d'une offre de soins palliatifs à part entière ne suppose pas seulement le dégagement de moyens financiers et matériels considérables. De nombreux médecins reconnaissent également qu'ils ne sont pas suffisamment familiarisés à cette forme d'aide qui n'a été intégrée que récemment dans le programme des études de médecine.

L'intervenante cite alors une des fondatrices des soins palliatifs en Belgique, sœur Léontine: «L'expérience montre que dans les premiers jours suivant une admission, certains malades traversent une phase de crise et déclarent que c'est assez, qu'ils ne veulent plus vivre et espèrent que «cela» ne durera plus longtemps. Mais nous constatons tout autant que ces demandes et plaintes disparaissent peu à peu lorsque, grâce à des soins adaptés, le malade retrouve un peu de confort physique et se sent compris et soutenu. Il convient de découvrir quelle est la demande plus profonde qui se dissimule sous le cri de détresse superficiel qu'est 'je veux mourir'. Généralement, il s'agit de 'ne me laissez pas seul', 'j'ai peur'.»

C'est seulement un témoignage parmi beaucoup d'autres. Tout le monde comprendra que, dans certains cas, on doit pouvoir passer de «to cure» à «to care», en d'autres termes, «d'essayer de guérir» à «soigner». Dans une publication de la *Federatie voor palliatieve zorgverlening*, une étape supplémentaire est franchie, de «care» vers «core». De cette manière, la fédération veut définir clairement ce qui doit être au centre de l'attitude face aux patients dans la dernière phase de leur vie: attention pleine de sollicitude, humanité et implication de l'entourage à l'égard du malade. C'est en effet là que réside le cœur de soins palliatifs: fournir une réponse à la demande du patient qui sollicite l'attention de l'entourage et ne veut pas être confronté seul à sa douleur et à ses angoisses.

Une telle approche demande toutefois un effort important de l'entourage et de la société. Il faut craindre qu'en Belgique, où cette forme d'assistance en est encore à ses débuts, il soit très difficile de libérer à court terme les moyens nécessaires pour en assurer l'accès à part entière à tous les patients.

In de commissie voor de Sociale Aangelegenheden is voorgesteld om een debat aan te vatten over de vraag welk soort gezondheidszorg onze samenleving wil. Nu wordt het stelsel gefinancierd op basis van prestaties. Palliatieve zorgverlening, die per definitie betekent dat bepaalde prestaties worden nagelaten, is moeilijk in een dergelijk systeem in te passen. Brutaal gesteld is palliatieve zorg in een systeem van financiering per prestatie niet duurder dan curatieve geneeskunde, maar wel minder lonend. Moet daarom niet worden nagedacht over nieuwe vormen van zorgfinanciering?

Palliatieve zorgverlening kan niet los worden gezien van de ruimere problematiek van de patiëntenrechten. In dit kader zijn de voorbije jaren in het Parlement al verschillende initiatieven genomen en blijkens recente persberichten zal ook de regering stappen doen in verband met deze materie.

Het begrip patiëntenrechten is echter ruimer dan het toekennen van verweermiddelen tegen medische fouten. Het heeft betrekking op een algemene versterking van de positie van de patiënt tegenover het medisch handelen. Men moet erkennen dat er op het vlak van communicatie en aandacht voor de patiënt de jongste jaren in onze gezondheidszorg een grote vooruitgang is geboekt, maar dat bepaalde situaties toch nog te wensen overlaten. Ook in de laatste levensfase, wanneer de patiënt bijzonder zwak staat, is de dialoog uitermate belangrijk.

Het lid verklaart dat, hoezeer zij ook gelooft in palliatieve zorg, hoezeer zij ook hoopt dat hiervoor aanzienlijk meer middelen worden vrijgemaakt, zij ook kan begrijpen dat deze vorm van hulpverlening niet in alle situaties kan volstaan om de patiënt uit een ondraaglijk lijden te verlossen. Wanneer de patiënt zich in een terminale levensfase bevindt en er geen enkele mogelijkheid meer is om zijn ondraaglijke pijn te verzachten, kan er sprake zijn van een noodtoestand, die rechtvaardigt dat de arts tot het uiterste, de levensbeëindiging, overgaat indien de patiënt hierom vraagt.

Essentieel hierin is het begrip «noodtoestand»: een toestand waarin de arts geconfronteerd wordt met een conflict tussen twee plichten. Enerzijds is hij ertoe gehouden het leven van de patiënt te respecteren maar anderzijds heeft hij de plicht het de lijdende patiënt te helpen en bijstand te verlenen. Indien de arts alleen op het verzoek van de patiënt om uit het lijden te worden verlost kan ingaan door levensbeëindiging, moet hier begrip voor kunnen worden opgebracht. Het spreekt voor zich dat dit alleen kan met in achtname van strikte zorgvuldigheidsregels.

Het begrip «noodtoestand» is in ons recht niet nieuw en wordt ook op andere terreinen toegepast. Het steunt op een uitgebreide jurisprudentie en biedt daardoor, in tegenstelling tot wat sommige voor-

En commission des Affaires sociales, on a proposé d'entamer un débat sur le type de soins souhaité par notre société. Actuellement, le système est financé sur la base de prestations. Il est difficile d'y intégrer les soins palliatifs qui, par définition, signifient que certaines prestations sont abandonnées. Pour le dire crûment, dans un système de financement par prestation, les soins palliatifs ne sont pas plus chers que la médecine curative, mais ils sont moins rémunérateurs. Ne doit-on de ce fait pas réfléchir à de nouvelles formules de financement des soins?

Les soins palliatifs ne peuvent être dissociés de la problématique plus large des droits des patients. Dans ce cadre, différentes initiatives ont déjà été prises au Parlement ces dernières années et, à en croire les récents articles de presse, le gouvernement compte faire de même en ce domaine.

La notion de droits des patients va toutefois au-delà de l'octroi de moyens de défense contre les erreurs médicales. Elle vise à un renforcement général de la position du patient à l'égard des actes médicaux. Il faut admettre que, ces dernières années, sur le plan de la communication avec le patient et de l'attention à son égard, on a enregistré de grands progrès dans les prestations de soins de santé dans notre pays, mais que certaines situations laissent encore à désirer. Dans la dernière phase de la vie, quand le patient est particulièrement en position de faiblesse, le dialogue est extrêmement important.

L'intervenante déclare que, bien qu'elle croie aussi aux soins palliatifs et qu'elle espère que des moyens beaucoup plus importants seront libérés à cet effet, elle peut aussi comprendre que cette forme d'assistance ne puisse suffire dans toutes les situations pour délivrer le patient d'une souffrance insupportable. Quand le patient est en phase terminale et qu'il n'y a plus aucune possibilité de diminuer l'intensité de sa douleur, on peut parler d'état de nécessité justifiant une décision extrême du médecin, celle de l'euthanasie, si le patient en fait la demande.

Ici, la notion d'état de nécessité est essentielle: c'est une situation dans laquelle le médecin est confronté à un conflit entre deux devoirs. D'une part, il est tenu de respecter la vie du patient mais, d'autre part, il a le devoir de soulager sa souffrance et de lui porter assistance. Si le médecin ne peut répondre à la demande du patient d'être délivré de sa souffrance que par l'euthanasie, il faut pouvoir faire preuve de compréhension. Il va de soi que, dans ce cas, des critères de prudence stricts doivent être respectés.

La notion d'état de nécessité n'est pas nouvelle dans notre droit, elle existe aussi dans d'autres domaines. Elle s'appuie sur une jurisprudence étendue et offre ainsi, contrairement à ce que certains orateurs

gaande sprekers suggereerden, voldoende rechtszekerheid voor de arts die tot levensbeëindiging overgaat. Precies hierom zou het zeer betreurenswaardig zijn, mocht in het kader van deze aangelegenheid worden besloten, op wetgevend vlak een inbreuk te maken op het fundamentele morele en maatschappelijke beginsel dat het menselijk leven onaantastbaar is. Dit principe is in onze samenleving te belangrijk om het af te doen als een zaak van louter symbolische aard.

Voorgaande sprekers hebben de nadruk gelegd op het zelfbeschikkingsrecht van de terminale patiënt die, in deze visie, meester is over zijn eigen lot. Zelf vindt zij dit een angstaanjagende gedachte. Los van de algemene vraag of men over zijn eigen leven kan beschikken, is wellicht niemand zwakker, niemand minder «meester» over zichzelf, dan de terminale patiënt. In welke mate kan worden ingeschat of deze zich bewust is van hetgeen hij vraagt? Moeten zijn woorden letterlijk worden genomen of moeten zij worden beschouwd als de uiting van dieperliggende vragen die hij niet kan of durft te verwoorden?

Spreekster concludeert dat het «meester» zijn over zichzelf in deze levensfase erg relatief is. Daarom leggen volgens haar een aantal van deze wetsvoorstellen te zeer de nadruk op de zelfbeschikking van de ongeneeslijke patiënt en hebben zij te weinig aandacht voor de rol van de personen uit zijn omgeving. Sterven doet men, evenmin als leven, alleen. Een positieve benadering van het stervensproces bestaat er dan ook in dat de omgeving, familie, de verplegenden, ... bij de laatste levensfase worden betrokken.

De wijziging van de strafwet wordt door de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 gemotiveerd door de rechtszekerheid van de artsen. Recente persreacties doen echter de vraag rijzen of de meerderheid van het artsenkorps wel vragende partij is voor deze vorm van rechtszekerheid.

Het wetsvoorstel dat door de leden van de haar fractie werd ingediend gaat uit van de rechtszekerheid van en de transparantie voor de patiënt. De dialoog met de patiënt moet worden verzekerd. Nu hebben zowel deze patiënten als hun familie vaak onvoldoende inzicht in de situatie.

Een belangrijke vraag, waarop hopelijk tijdens de hoorzittingen een antwoord zal komen, is die naar de wijze waarop artsen nu omgaan met de problemen rond het levenseinde. Er is binnen en buiten de medische wereld een consensus gegroeid over de opvatting dat therapeutische verbetering een laakbare praktijk is. Het zou echter verkeerd zijn de indruk te wekken dat het enige alternatief voor deze praktijk bestaat in euthanasie. In de hedendaagse geneeskunde staan verschillende benaderingswijzen van de terminale patiënt naast elkaar, die betrekking hebben op

précédents ont suggéré, suffisamment de sécurité juridique au médecin qui pratique une euthanasie. Pour cette raison précise, il serait tout à fait regrettable si, dans le cadre du problème qui nous occupe, on devait décider de porter atteinte sur le plan législatif au principe moral et social selon lequel on ne peut toucher à la vie humaine. Ce principe est trop important dans notre société pour le considérer comme une affaire de nature purement symbolique.

Les intervenants précédents ont mis l'accent sur le droit à l'autodétermination du patient en phase terminale qui, selon eux, est maître de son propre destin. Pour sa part, elle estime que cette position est génératrice d'angoisses. Indépendamment du fait de savoir si l'on peut disposer de sa propre vie, personne n'est sans doute plus faible, personne n'est moins maître de soi-même que le patient en phase terminale. Dans quelle mesure peut-on évaluer si ce dernier réalise bien ce qu'il demande? Ses paroles doivent-elles être prises à la lettre ou doivent-elles être considérées comme l'expression de demandes plus profondes qu'il ne peut ou n'ose pas formuler?

L'intervenante conclut en disant que le fait d'être maître de son destin est très relatif en phase terminale. C'est pourquoi, selon elle, certaines de ces propositions de loi mettent beaucoup trop l'accent sur l'autodétermination du patient incurable et accordent trop peu d'attention au rôle des personnes de son entourage. Tout comme on ne vit pas seul, on ne meurt pas seul. Une approche positive de la mort consiste dès lors à impliquer l'entourage, la famille, les infirmiers ... dans la dernière phase de la vie.

Les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 motivent la modification du Code pénal par la sécurité juridique des médecins. Toutefois, des réactions récentes dans la presse suscitent la question de savoir si la majorité du corps médical demande effectivement cette forme de sécurité juridique.

La proposition de loi qui a été déposée par les membres du groupe CVP a comme point de départ la sécurité juridique du patient et la transparence à son égard. Le dialogue avec le patient doit être assuré. Actuellement, il arrive bien souvent que tant les patients que leur famille ne comprennent pas bien la situation.

Une question importante à laquelle l'intervenante espère qu'une réponse sera donnée au cours des auditions, porte sur la manière selon laquelle les médecins traitent les problèmes relatifs à la fin de la vie. À l'intérieur et à l'extérieur du monde médical, un consensus s'est progressivement dégagé sur l'idée que l'acharnement thérapeutique est une pratique répréhensible. Il serait toutefois erroné de donner l'impression que l'euthanasie est la seule alternative à cette pratique. Dans la médecine d'aujourd'hui, il y a différentes manières d'approcher le patient en phase

verschillende situaties (code 1: niet reanimeren, code 2: geen therapie toevoegen of uitbreiden, code 3: therapie afbouwen, de gecontroleerde sedatie). In welke mate hebben de patiënt en zijn omgeving inzicht en inspraak in dit soort zaken?

Een feit is alleszins dat de man en de vrouw in de straat, en allicht ook een aantal leden van deze commissie, zeer weinig weet hebben van dit soort zaken.

Het wetsvoorstel nr. 2-244/1 beklemtoont niet alleen al te zeer de eigen wilsbeschikking van de patiënt, het legt ook een zeer grote druk op de stervende mens. Hij wordt voor de vraag geplaatst of hij anderen de last van zijn bestaan kan blijven aandoen. Uit contacten met mensen in de mantelzorg blijkt dat deze de verzorging van de patiënt niet als last ervaren, mede omdat zij vaak ook grote voldoening van hun werk hebben. Het is echter voor hen vaak zeer moeilijk de zieke hiervan te overtuigen. Dit is weliswaar slechts één aspect van de problematiek, maar een niet onbelangrijk aspect.

Spreekster stelt vast dat het woord «terminaal» uit de tekst verdwenen is en vervangen werd het begrip «ongeneeslijke aandoening». Wat verstaan de auteurs onder dit begrip? Ook de term «nood», waarmee dan psychologische nood bedoeld wordt, draagt niet bij tot de transparantie en de rechtszekerheid.

De ervaring leert dat patiënten met bepaalde kankers, hoewel ze nog lange tijd kunnen leven, toch ongeneeslijk ziek zijn. Het is begrijpelijk dat deze mensen bij momenten volkomen radeloos zijn. Is het dit soort situaties die men moet verstaan onder het begrip «psychologische nood»? Een arts stelde zich in de pers dezelfde vraag ten aanzien van een diabetespatiënt die een depressie doormaakt. Het is begrijpelijk dat mensen die dit soort zaken lezen bang zijn en zich de vraag stellen naar welk soort samenleving wij evolueren. Als politicus moet men hiermee rekening houden.

Een ander onderdeel van de voorliggende teksten waar zij het erg moeilijk mee heeft, zijn de bepalingen in verband met de voorafgaande wilsverklaring. Zij heeft begrip voor mensen die vrezen dat zij niet zullen kunnen omgaan met zeer zware pijnen en daarom vinden dat, indien deze zich voordoen, hun leven mag worden beëindigd. Daar staat echter tegenover dat niemand op voorhand kan inschatten hoe deze pijn in werkelijkheid zal worden ervaren. Het is evenmin mogelijk de evolutie van de geneeskunde, bijvoorbeeld inzake pijnbestrijding, over enkele jaren te voorspellen. Vanuit deze overwegingen wordt het wetsvoorstel bijzonder beangstigend.

terminale, qui ont un rapport avec différentes situations (code 1: ne pas réanimer, code 2: ne pas élargir la thérapie ni en ajouter, code 3: mettre un terme à la thérapie, sédation contrôlée). Dans quelle mesure le patient et son entourage comprennent-ils et participent-ils à ce genre de choses?

En tout état de cause, c'est un fait que l'homme et la femme de la rue, et très probablement un certain nombre de membres de cette commission, connaissent très peu ce genre de choses.

La proposition de loi n° 2-244/1 insiste non seulement beaucoup trop sur la volonté du patient, elle met aussi une trop grande pression sur ce dernier, qui est mourant et qui est confronté à la question de savoir s'il peut continuer à faire reposer la charge de son existence sur les épaules d'autres personnes. Il ressort de contacts avec des soignants de l'entourage que ceux-ci ne ressentent pas les soins administrés aux patients comme une charge, souvent parce qu'ils ressentent une grande satisfaction dans leur travail. Mais il leur est cependant difficile d'en persuader les patients. Ce n'est sans doute qu'un aspect de la problématique, mais il n'est pas sans importance.

L'intervenante constate que le mot «*terminaal*» a été supprimé dans le texte et a été remplacé par le concept de «*ongeneeslijke aandoening*» (affection incurable). Qu'entendent les auteurs par ce concept? Le terme «*nood*» (détresse) qui vise la détresse psychologique, ne contribue pas à la transparence ni à la sécurité juridique.

L'expérience apprend que, dans le cas de certains cancers, bien que les patients puissent vivre encore longtemps, ils sont tout de même incurables. Il est compréhensible que ces personnes soient, par moments, complètement désespérées. Est-ce ce genre de situations que l'on vise sous le concept de «*psychologische nood*» (détresse psychologique)? Un médecin se posait la même question dans la presse à l'égard d'un patient diabétique qui traversait une période de dépression. On peut comprendre que les personnes qui vivent ce genre de choses aient peur et se demandent vers quelle sorte de société nous évoluons. En tant que politiques, on doit en tenir compte.

Un autre point qu'elle a du mal à accepter dans les textes déposés concerne les dispositions relatives à la déclaration de volonté préalable. Elle peut comprendre les personnes qui craignent de ne pas pouvoir faire face à de très fortes douleurs et qui estiment que, si celles-ci surviennent, on peut mettre fin à leur vie. On peut y opposer le fait que personne ne sait à l'avance comment ces douleurs seront effectivement ressenties. Il n'est pas davantage possible de prévoir quelle sera l'évolution de la médecine, par exemple en matière de lutte contre la douleur, d'ici quelques années. Sous l'angle de ces considérations, le projet de loi est particulièrement inquiétant.

In de wilsverklaring worden een of meer gemandateerden aangewezen die er borg moeten voor staan dat de wil van de patiënt wordt uitgevoerd. Beseffen de auteurs van het wetsvoorstel ook hier welke druk zij op deze personen leggen?

Het lid gaat ten slotte in op de bepalingen inzake registratie en controle. De arts die euthanasie toepast moet daarvan onmiddellijk aangifte doen bij de ambtenaar van de burgerlijke stand en bij de procureur des Konings. De aangifte die bestemd is voor de procureur vermeldt onder meer de aandoening waaraan de patiënt leed en de procedure die is gevolgd. Waarom echter is er niet in een sanctie voorzien wanneer deze verplichting niet wordt nageleefd? Op verzoek van de procureur deelt de arts de elementen uit het medisch dossier mee, maar ook hier is geen enkele sanctie bepaald indien hij niet op dit verzoek ingaat.

Binnen het artsenkorps is er overigens altijd grote weerstand geweest tegen het meedelen van medische gegevens aan derden. Hoe staan de auteurs hier tegenover?

Artikel 77 van het Burgerlijk Wetboek wordt aangevuld met een nieuw lid waarin wordt bepaald dat in geval van overlijden ten gevolge van euthanasie, het verlof voor teraardebestelling slechts kan worden gegeven nadat de procureur des Konings zijn toestemming heeft verleend. Doet hij dat niet, dan wordt gehandeld overeenkomstig de artikelen die gelden bij een gewelddadige dood. De arts dient tenslotte een behoorlijk ingevuld registratieformulier te bezorgen aan de registratiecommissie, maar ook hier is niet in een sanctie voorzien.

Het zou toch interessant zijn het standpunt van de procureurs te kennen over deze bepalingen. Hoe vaak hoort men immers niet dat nu reeds de parketten hun werk niet meer aankunnen. Hoe denken zij met deze nieuwe opdrachten te kunnen omgaan, wetende dat in de tekst geen enkele buffer, bijvoorbeeld een gerechtsarts, is ingebouwd.

De controlemechanismen vooraf in het wetsvoorstel zijn vrijwel onbestaande, maar ook het toezicht *a posteriori* biedt derhalve onvoldoende garanties.

Het lid hoopt nog steeds dat het mogelijk is om tot een gemeenschappelijke tekst te komen met een zeer breed politiek draagvlak. Deze aangelegenheid is dermate belangrijk dat van alle zijden een maximale inspanning moet worden gedaan om rekening te houden met alle visies die hieromtrent in de samenleving leven.

Een ander lid herinnert eraan dat op 20 december 2000 een wetsvoorstel «betreffende de euthanasie» werd ingediend samen met twee andere wetsvoorstellen van dezelfde indieners, één per meerderheidsfrac-

Dans la déclaration de volonté, on désigne une ou plusieurs personnes mandatées, qui doivent se porter garantes de l'exécution de la volonté du patient. Les auteurs de la proposition de loi se rendent-ils compte de la pression qu'ils font peser sur ces personnes?

L'intervenante en vient finalement aux dispositions relatives à l'enregistrement et au contrôle. Le médecin qui procède à l'euthanasie doit immédiatement faire une déclaration à l'officier de l'état civil et au procureur du Roi. La déclaration destinée au procureur mentionne entre autres l'affection dont le patient était atteint et la procédure qui a été suivie. Pourquoi n'y a-t-il pas de sanction prévue quand cette obligation n'est pas respectée? À la demande du procureur, le médecin communique les éléments du dossier médical, mais, ici non plus, aucune sanction n'est prévue s'il ne donne pas suite à cette demande.

Il y a d'ailleurs toujours eu au sein du corps médical une grande réticence à communiquer des données médicales à des tiers. Quelle est la position des auteurs à cet égard?

L'article 77 du Code civil est complété par un nouveau paragraphe où il est stipulé qu'en cas de décès consécutif à une euthanasie, le permis d'inhumation ne peut être délivré qu'après autorisation du procureur du Roi. S'il ne la donne pas, on procède conformément aux articles qui sont d'application en cas de mort violente. Le médecin doit enfin remettre à la commission de l'enregistrement un formulaire d'enregistrement dûment complété mais, dans ce cas-ci non plus, on ne prévoit aucune sanction.

Il serait quand même intéressant de connaître le point de vue des procureurs sur ces dispositions. En effet, combien de fois n'entend-on pas dire que, maintenant déjà, les parquets sont dépassés dans leur travail. Comment pensent-ils pouvoir accomplir ces nouvelles tâches, sachant que, dans le texte, aucun système tampon n'est introduit, comme par exemple un médecin légiste.

Les mécanismes de contrôle préalables sont pratiquement inexistantes dans la proposition de loi, et le contrôle *a posteriori* n'offre dès lors pas de garanties suffisantes.

L'intervenante espère encore qu'il sera possible d'aboutir à un texte commun ayant une très large assise politique. Ce dossier est tellement important qu'un effort maximum doit être consenti de tous les côtés pour tenir compte de tous les points de vue qui coexistent dans la société.

Un autre membre rappelle que, le 20 décembre 2000, une proposition de loi «relative à l'euthanasie» a été déposée conjointement avec deux autres propositions de loi des mêmes auteurs, un par groupe de la

tie. Het ene betreft de oprichting van een evaluatiecommissie over de voorgestelde wet, het andere handelt over de palliatieve zorg. Het is niet geloofwaardig dat het enkel over een persoonlijk initiatief zou gaan. Daarvan getuigen de tussenkomsten van bepaalde leden van de meerderheid. Wanneer een voorgaande spreker het had over de indiening van een voorstel door de fractieleiders, toont hij duidelijk de strategie van de meerderheid aan of op zijn minst de strategie die hij zelf wenst.

In de mate dat dit initiatief het debat niet wil afgrenzen, heeft het op zijn minst de verdienste het referentiepunt vast te leggen voor de komende discussies en de in te dienen amendementen.

Zou het niet beter zijn de drie voorstellen in één tekst met drie hoofdstukken te bundelen, in plaats van ze afzonderlijk te bespreken? Zo krijgt men een overzicht van de problematiek.

Bij het begin van het onderzoek van de voorstellen wil de spreker eerst zijn mentale ingesteldheid toelichten.

Met zijn collega's wil hij nogmaals de wil bevestigen om aan het debat deel te nemen. Alle ethische kwesties kunnen worden besproken, des te meer wanneer in de samenleving een bewustwording plaatsgrijpt of zich een belangrijke evolutie in de geesten manifesteert. Dat wil niet zeggen dat in de naam van een slecht begrepen modernisme, alle essentiële regels en bakens moeten worden weggevaagd.

De spreker wenst dat op een alomvattende manier wordt nagedacht, met een grote openheid van geest en veel nuancering, zonder dogmatisme, waarbij wederzijdse intentieprocessen worden vermeden, en met de sereniteit van diegenen die tot aandachtig luisteren in staat zijn.

Hij ervaart dus een onbehagen als hij hoort dat sommigen het debat zouden kunnen opsluiten in een tegenstelling vrijzinnigen-gelovigen, waarbij er een tegenstelling wordt verondersteld tussen humanisme en transcendentie en men bevooroordeeld weigert te dialogeren, in een *a priori*-opvatting over de vooruitstrevendheid van zijn eigen ideeën in confrontatie met het zogenaamde conservatisme van de andersluidende ideeën van de andere.

Het debat dat vandaag moet worden gevoerd gaat over de kwaliteit van het leven op een bijzondere moeilijk ogenblik, namelijk het ogenblik waarop de dood nabij is, en de dood zelf. Dat zijn de laatste handelingen van een leven dat in waardigheid moet worden geleefd.

majorité, l'une portant création d'une commission d'évaluation de la loi proposée, l'autre relative aux soins palliatifs. Il est difficile de croire qu'il s'agit là uniquement d'une démarche personnelle: les interventions de certains membres de la majorité en attestent. Lorsqu'un précédent orateur parle du dépôt d'une proposition par les chefs de groupe, il indique clairement la stratégie de la majorité ou à tout le moins, celle qu'il souhaiterait lui voir jouer.

Dans la mesure où elle ne vise pas à cadenasser le débat, cette démarche a au moins un mérite: celui de fixer la référence pour les discussions à venir et les amendements à déposer.

Plutôt que de discuter de trois propositions, n'y aurait-il pas lieu de les réunir en un seul texte, comportant trois chapitres, afin d'avoir une vue globale de la problématique?

L'intervenant souhaite exprimer en préambule son état d'esprit pour aborder l'examen des propositions.

Avec ses collègues, il souhaite réaffirmer une volonté d'être partie prenante au débat. Tous les sujets d'ordre éthique peuvent être débattus, d'autant plus si une prise de conscience de la société ou une évolution significative des mentalités apparaissent. Cela ne signifie pas qu'au nom d'un modernisme mal compris, toutes les règles ou balises essentielles doivent être balayées.

L'intervenant souhaite que la réflexion se fasse de manière globale, avec une large ouverture d'esprit, beaucoup de nuances, sans dogmatisme et en évitant les procès d'intention réciproques, avec la sérénité de ceux qui sont capables d'une écoute attentive.

Il éprouve donc un malaise à entendre que certains pourraient cloisonner le débat dans un cadre laïcs — religieux, dans l'opposition supposée entre l'humanisme et la transcendance, dans le préjugé d'un refus de dialogue, dans l'*a priori* du progressisme de ses propres idées confronté à un soi-disant conservatisme des idées différentes de l'autre.

Le débat à mener aujourd'hui porte sur la qualité de la vie à un moment particulièrement difficile: le temps de la proximité de la mort et la mort sont les derniers actes d'une vie qu'il convient de vivre dans la dignité.

I. Welke principes liggen aan de basis van de reflectie?

1. *Het respect voor de menselijke waardigheid in alle omstandigheden*

Het probleem van de euthanasie verwijst altijd naar het begrip «menselijke waardigheid», dat vaak verschillend wordt geïnterpreteerd.

Het respect, in alle omstandigheden, voor het recht van iedere persoon op waardigheid, wat ook zijn fysieke en mentale toestand is, moet tot elke prijs worden gevrijwaard. Dat concept mag echter niet steunen op een autonomie van de mens die wordt begrensd door zijn intellectueel niveau of door wat wordt beschouwd als «redelijk». Het steunt ook op een autonomie die door een effectieve dimensie wordt gekenmerkt. Indien de achting voor en de erkenning van het individu door zijn gelijken hoog zijn, zal dit individu in zijn gevoelens van autonomie en waardigheid worden gesterkt. Zoals de vorige spreker zuster Leontine citerend, heeft gezegd zullen eerbied voor de persoon en een adequate begeleiding de vraag naar euthanasie aanzienlijk doen afnemen.

2. *De bescherming van de zwaksten en de onbekwamen*

Op het einde van zijn leven wordt de mens dikwijls geconfronteerd met een affectief en moreel isolement. Dat gevoel van isolement, en dus de kwetsbaarheid, dreigen nog te worden versterkt in een systeem dat de uitgaven voor gezondheidszorg wil beheersen, ten nadele eventueel van de minder gegoeden, vooral binnen de context van de veroudering van de bevolking. Om aan die realiteit tegemoet te komen moeten de sociale banden met de meest kwetsbare personen worden versterkt om een context te scheppen die hen tegen eventuele misbruiken beschermt.

De indieners van dit voorstel verklaren te worden gedreven door de gemeenschappelijke vaststelling dat in ons land dagelijks op clandestiene wijze euthanasie wordt gepleegd, zonder dat daarop een sociale controle mogelijk is. Het is dus om die praktijken te bestrijden dat de indieners van het wetsvoorstel de voorwaarden voor euthanasie wettelijk willen vastleggen. Aldus worden praktijken mogelijk die ze homogener en verantwoord noemen.

Uit de reflectie en contacten gedurende meer dan twee jaar over dit uiterst delicate onderwerp heeft de fractie waartoe de spreker behoort op basis van talrijke getuigenissen ook opgemaakt dat euthanasieprocedures worden toegepast buiten het medeweten van de patiënt, zijn familie en de hele samenleving. Ze heeft ontdekt dat de sociaal (niet noodzakelijk financieel) meest benadeelde personen groter

I. Quels principes ont gouverné la réflexion?

1. *Le respect en toutes circonstances de la dignité de l'homme*

La problématique de l'euthanasie renvoie en permanence à la notion de «dignité humaine» qui fait l'objet d'interprétations souvent divergentes.

Le respect en toutes circonstances du droit de toute personne, quel que soit son état physique et mental, à la dignité, doit être à tout prix valorisé. Ce concept ne saurait toutefois se fonder sur une autonomie de l'homme limitée par son niveau intellectuel ou par ce qui serait considéré comme «raisonnable». Il s'appuie aussi sur une autonomie empreinte de dimension affective. Si l'estime et la reconnaissance portées à l'individu par ses semblables sont élevées, il sera conforté dans ses sentiments d'autonomie et de dignité. Comme la précédente intervenante l'a rappelé, en citant sœur Léontine, la prise en considération de la personne et un accompagnement adéquat diminueront de manière considérable les demandes d'euthanasie.

2. *La protection des plus faibles et des incapables*

La personne en fin de vie est fréquemment confrontée à un isolement affectif et moral. Ce sentiment d'isolement et donc cet état de fragilité risque davantage d'être renforcé dans un système visant à la maîtrise des dépenses en matière de soins de santé au détriment éventuel des moins nantis, surtout dans le contexte de vieillissement de la population. Face à cette réalité, il faut renforcer le lien social autour des personnes les plus vulnérables afin de recréer un contexte qui les protège contre d'éventuels abus.

Les auteurs de cette proposition déclarent être motivés par un constat commun : des euthanasies sont pratiquées quotidiennement et clandestinement dans notre pays, sans qu'un contrôle social de ces pratiques soit possible. C'est donc afin de lutter contre ce type de pratiques que les auteurs de la proposition de loi entendent déterminer légalement les conditions de l'euthanasie, permettant ainsi des pratiques qu'ils qualifient de plus homogènes et de plus responsables.

Au cours de la réflexion et des contacts pris depuis plus de deux ans sur ce sujet extrêmement délicat, le groupe auquel appartient l'intervenante a également dressé le constat, suite à de nombreux témoignages, de l'usage de procédés euthanasiques à l'insu du patient, de sa famille et de la société toute entière. Il a eu l'occasion de découvrir que les personnes les plus défavorisées (pas nécessairement financièrement)

gevaar lopen om het slachtoffer te worden van praktijken die voor humanisten onaanvaardbaar zijn.

3. *De ethiek van de verantwoordelijkheid*

Wettelijke besluiten worden verondersteld essentiële waarden te verzoenen, zonder dewelke elke samenleving uiteen zou vallen, en het praktische leven van die samenleving te organiseren. Die ethiek van de verantwoordelijkheid moet worden verbonden met het voorzorgsprincipe, waarvan wordt verondersteld dat het ons vandaag de toekomstige gevolgen van onze beslissingen doet inzien. Dat houdt concreet in dat bakens worden uitgezet om de actoren op het terrein te helpen bij het nemen van hun beslissingen.

II. Welke opmerkingen zijn er bij de voorstellen van de meerderheid?

1. *Het wetsvoorstel ingediend door de parlementsleden van de meerderheid gaat in op het probleem van de palliatieve zorg*

De palliatieve geneeskunde reikt instrumenten aan om het fysieke lijden te verzachten. Ze biedt inderdaad, met een hoge graad van techniciteit, de mogelijkheid om de pijn in een groot aantal gevallen te beheersen.

Door naar de patiënt te luisteren, voor hem aandacht hebben en zijn eigenheid te respecteren, reikt deze geneeskunde ook instrumenten aan om veel psychisch lijden te verzachten. Dat lijden is dikwijls verbonden met de vrees voor de naderende dood, die in een toestand van morele verlating wordt beleefd.

De palliatieve zorg vormt een onmisbare begeleiding voor de patiënt op het einde van het leven. Door de patiënt als het centrale element van dat soort geneeskunde te beschouwen, heeft de palliatieve zorg tot doel de patiënt een maximale autonomie en een maximaal bewustzijn te garanderen. Het scheppen van een respectvolle relatie tussen de stervende patiënt, zijn naasten en het verplegend team draagt ertoe bij aan de zieke op het einde van zijn leven de waardigheid te geven waarop hij recht heeft. De palliatieve zorg wil hem op dat ogenblik een optimale levenskwaliteit geven die, volgens het advies van alle betrokken medische actoren, de vraag naar euthanasie in het kader van een dergelijke begeleiding uitzonderlijk maakt.

Van de 10 % vragen bij het begin zouden er slechts 1 à 2 % overblijven.

In dit algemeen perspectief verheugt de spreker zich over een belangwekkende evolutie bij de indieners van de voorstellen. Bij het begin van het debat leken weinig parlementsleden gevoelig voor de essentiële

mais socialement, pourraient courir de plus grands risques de subir des pratiques inacceptables pour les humanistes.

3. *L'éthique de la responsabilité*

Les décisions législatives supposent de concilier des valeurs essentielles sans lesquelles toute société serait amenée à se dégrader, et d'organiser la vie pratique de cette société. Cette éthique de responsabilité doit être associée au principe de précaution qui suppose d'appréhender aujourd'hui les conséquences futures de nos décisions. Elle implique très concrètement la mise en place de balises destinées à aider les acteurs de terrain lors de leur prise de décision.

II. Quelles observations sur les propositions de la majorité?

1. *La proposition de loi déposée par les parlementaires de la majorité aborde la problématique des soins palliatifs*

La médecine palliative offre des outils pour soulager la souffrance physique. Elle permet en effet de contrôler la douleur dans un nombre considérable de cas et ce, avec une haute technicité.

Par l'écoute et l'attention qu'elle procure au patient en respectant sa singularité, elle offre également des outils pour soulager bon nombre de souffrances psychiques. Celles-ci sont en effet souvent liées à la crainte de la mort toute proche, vécue dans un état d'abandon moral.

Les soins palliatifs constituent l'accompagnement indispensable du patient en fin de vie. En encadrant le patient considéré comme l'élément central de ce type de médecine, les soins palliatifs ont pour objectif de lui conserver une autonomie et une conscience maximale. L'établissement d'une relation de respect entre le patient mourant, ses proches et l'équipe soignante contribue ainsi à rendre au malade en fin de vie, la dignité à laquelle il est en droit de prétendre. Les soins palliatifs entendent lui donner à ce stade, une qualité de vie optimale, qualité de vie qui, de l'avis de tous les acteurs médicaux concernés, rend exceptionnelles les demandes d'euthanasie exprimées dans ce cadre d'accompagnement.

De 10 % de demandes au départ, on en reviendrait à 1 à 2 %.

Dans cette perspective globale, l'intervenant se réjouit d'une évolution significative des dépositaires des propositions. Lors du lancement du débat, peu de parlementaires semblaient sensibilisés à la question

vraag naar de plaats van de palliatieve zorg als determinerend element van de kwaliteit van het levenseinde. Vandaag lijkt iedereen overtuigd van de absolute noodzaak om die zorg aan alle patiënten aan te bieden. Die gelijke toegang impliceert een gelijke behandeling van alle erkende actoren en de behoefte aan gespecialiseerde opleidingen. Die nieuwe, diepmenselijke dimensie, die zal worden vertaald in een concrete politieke actie, zal, wat ook het uiteindelijke resultaat zal zijn van de werkzaamheden van de wetgever, een grote vooruitgang betekenen voor de verbetering van de levenskwaliteit van personen die met hun levenseinde worden geconfronteerd.

2. Het wetsvoorstel dat door de parlementsleden van de meerderheid werd ingediend, zegt niets over de strijd tegen de therapeutische hardnekkigheid of de stopzetting van een therapie

Therapeutische hardnekkigheid kan worden gedefinieerd als het toedienen aan de patiënt van voor zijn gezondheid onnodige, niet strikt noodzakelijke behandelingen of van behandelingen die in wanverhouding staan tot zijn aandoening of tot het verwachte resultaat. De vrees voor therapeutische hardnekkigheid, lijden en verlies van waardigheid is ook een aansporing om uitdrukkelijk om euthanasie te verzoeken of om een voorafgaande wilsverklaring op te stellen. Dit is onaanvaardbaar.

De stopzetting van de therapie is al even onaanvaardbaar, wat ook de redenen zijn om ze te rechtvaardigen (een tekort aan menselijke, materiële of financiële middelen, de noodzaak om een keuze te maken tussen de te behandelen personen op basis van hun leeftijd, gezondheidstoestand of, nog erger, sociale situatie ...). Die stopzetting tolereren in naam van een distributieve rechtvaardigheid zou kunnen leiden tot het principe van de « sociale toelaatbaarheid » van een vorm van euthanasie die dan als een sanitaire maatregel zou worden beschouwd.

Het zou goed zijn wetgevend tegen de therapeutische hardnekkigheid op te treden binnen het kader van deze wetsvoorstellen of tenminste te herinneren aan de elementaire wettelijke voorwaarden van de medische praktijk die aan de arts aanknopingspunten kunnen geven voor zijn dagelijkse praktijk. In dezelfde context moet elke vorm van stopzetting van therapie uitdrukkelijk worden verboden.

3. Het toepassingsgebied van het wetsvoorstel is te breed: het kan worden toegepast in andere situaties dan die van het levenseinde

Verskillende sprekers hebben erop gewezen dat het wetsvoorstel bepaalt dat:

— euthanasie kan worden toegepast op de meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt die

essentielle de la place des soins palliatifs comme élément déterminant de la qualité de fin de vie. Aujourd'hui, chacun semble convaincu de la nécessité absolue d'offrir ce service à tous les patients: cette égalité d'accès impliquera l'égalité de traitement de tous les acteurs reconnus et la nécessité de formations spécialisées. Cette nouvelle dimension profondément humaine qui se traduira dans une action politique concrète sera, quel que soit le résultat final des travaux du législateur, une avancée majeure pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes confrontées à la fin de vie.

2. La proposition de loi déposée par les parlementaires de la majorité omet la lutte contre l'acharnement ou l'abandon thérapeutique

L'acharnement thérapeutique peut être défini comme l'administration au patient de traitements inutiles, non strictement nécessaires à sa santé ou disproportionnés par rapport à l'affection dont il est atteint ou à son résultat prévisible. La crainte de l'acharnement thérapeutique, des souffrances et de la perte de dignité est souvent un incitant aux demandes expresses d'euthanasie ou à la rédaction de directives anticipées. Il est inacceptable.

L'abandon thérapeutique se révèle tout aussi inacceptable quelles que soient les raisons invoquées pour le justifier (rareté des moyens humains, matériels ou financiers, nécessité de faire un choix des sujets à traiter selon leur âge ou leur état de santé ou, pire encore, selon leurs conditions sociales ...). Tolérer sa mise en oeuvre au nom d'une justice distributive pourrait ainsi conduire au principe « d'admissibilité sociale » d'une forme d'euthanasie envisagée alors comme une mesure sanitaire.

Il serait opportun de légiférer contre l'acharnement thérapeutique dans le cadre de ces propositions de loi ou à tout le moins, de rappeler les conditions de légalité élémentaire de l'activité médicale qui fourniront au médecin des points de repères pour sa pratique quotidienne. Dans le même contexte, il faut prohiber explicitement toute forme d'abandon thérapeutique.

3. Le champ d'application de la proposition de loi est trop étendu: il s'applique en dehors des situations de fin de vie

Plusieurs intervenants l'ont relevé: la proposition de loi prévoit:

— que l'euthanasie peut être pratiquée sur le patient majeur ou mineur émancipé capable et cons-

handelingsbekwaam en bij bewustzijn is, wanneer deze dit vraagt op uitdrukkelijke, ondubbelzinnige en weloverwogen wijze en lijdt aan een aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet kan worden gelenigd en die het gevolg is van een zware en ongeneeslijke aandoening;

— euthanasie kan worden toegepast op de patiënt die niet meer bij bewustzijn is, wanneer die vooraf zijn wil heeft te kennen gegeven en er geen enkel middel meer bestaat om hem weer bij bewustzijn te brengen, en lijdt aan een ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte, aandoening.

De tekst zoals hij is opgesteld kan dus worden toegepast in andere situaties dan die van het levenseinde wanneer een patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte en zijn fysiek of moreel lijden niet kan worden verzacht. Er wordt geen gewag gemaakt van een te voorzien overlijden op korte termijn, wat de toepassing van de wet zou beperken tot extreme gevallen bij het levenseinde. Men verglijdt langzaam van euthanasie naar «hulp bij zelfdoding».

Aldus wordt een opening gemaakt die onvermijdelijk naar ontsporing in de toepassing van de wet zal leiden. Een dergelijk toepassingsgebied opent de weg naar een geleidelijke banalisering van de euthanasie «die de meest kwetsbare en minst autonome leden van onze samenleving, die blootstaan aan allerlei vormen van economische, sociale en familiale druk, dreigt te raken».

Vanuit dat perspectief om de euthanasiepraktijk uit te breiden tot buiten de situatie van het naderende levenseinde kan men de bezorgdheid begrijpen om rechtszekerheid te zoeken, zowel voor de arts als voor de patiënt. Zoals gezegd, menen de artsen echter vrij algemeen dat een wetgeving in de zin van het voorstel tot meer rechtsonzekerheid zal leiden en dat de concrete effecten ervan wel eens helemaal niet zouden kunnen overeenkomen met de nagestreefde doelstellingen.

Wat de rechtszekerheid van de patiënt betreft, stelt men volgens de spreker de verkeerde vraag. Indien de patiënt kiest voor euthanasie en wanneer die wordt toegepast, moet hij tegenover niemand meer rekening afleggen. Op het ogenblik van de keuze en de beslissing zal hij zich zeker niet bezighouden met de vraag in welk juridisch kader hij mag vragen dat er een einde aan zijn lijden wordt gebracht. De rechtszekerheid van de patiënt inroepen lijkt op bedrog.

Euthanasie moet een uitzonderlijke handeling van de arts blijven nadat deze op doeltreffende wijze de pijn heeft bestreden en als het zeker is dat het einde nabij is.

Het komt de wetgever toe zeer precies alle voorwaarden vast te stellen die de arts moet naleven vooraleer hij een vraag naar euthanasie van een patiënt die

cient lorsque celui-ci en fait la demande de manière expresse, non équivoque et mûrement réfléchie et qu'il fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection pathologique grave et incurable;

— que l'euthanasie peut être pratiquée sur le patient inconscient lorsque celui-ci a rédigé une directive anticipée, qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient et qu'il est atteint d'une affection pathologique ou accidentelle incurable.

Le texte tel qu'il est rédigé trouve donc à s'appliquer en dehors des situations de fin de vie, dès lors qu'un patient est atteint d'une maladie grave et incurable et que sa souffrance physique ou sa détresse morale ne peut être apaisée. Aucune référence n'est faite à un pronostic de décès à brève échéance qui limiterait l'application de la loi aux cas extrêmes en fin de vie. On glisse insensiblement de l'euthanasie vers le «suicide assisté».

On ouvre une brèche qui conduira inmanquablement à des dérives dans l'application de la loi. Un tel champ d'application ouvre la voie à une banalisation progressive de l'euthanasie «qui risque alors de toucher les membres les plus vulnérables et les moins autonomes de notre société exposés à toutes les formes de pressions économiques, sociales ou familiales».

Dans cette perspective d'étendre la pratique de l'euthanasie en dehors de la proximité immédiate de la fin de vie, on peut comprendre le souci de chercher une sécurité juridique, tant pour le médecin que pour le patient. Mais, comme cela a été dit, les médecins estiment assez généralement que légiférer dans le sens voulu par la proposition conduira à plus d'insécurité juridique et que les effets concrets pourraient bien ne pas du tout correspondre aux objectifs poursuivis.

Pour ce qui concerne la sécurité juridique du patient, l'intervenant a le sentiment qu'il s'agit d'une mauvaise question: s'il opte pour l'euthanasie et que celle-ci est pratiquée, il ne devra plus rendre de comptes à personne. Au moment du choix et de la décision, il ne se préoccupera certainement pas de savoir dans quel cadre juridique il est autorisé à demander qu'il soit mis fin à ses souffrances. Invoquer la sécurité juridique du patient paraît dès lors être un leurre.

L'acte d'euthanasie doit rester un acte exceptionnel posé par le médecin après avoir lutté adéquatement contre la douleur, avec la certitude de l'échéance fatale prochaine.

Il appartient au législateur de poser et de définir avec précision toutes les conditions qui doivent être respectées par le médecin avant de prendre en compte

bij bewustzijn is in overweging neemt en beantwoordt.

Euthanasie moet worden beperkt tot de gevallen waarin de arts het volgende vaststelt:

— een niet terug te dringen en ondraaglijk lijden van de patiënt;

Het begrip «niet terug te dringen» verwijst naar een objectief begrip, een pijn die de geneeskunde in de huidige stand van zaken niet kan verzachten, terwijl het begrip «ondraaglijk», dat wordt gebruikt in het wetsvoorstel, een zeer subjectief begrip is. Dat lijden kan enkel door de patiënt worden ervaren en het komt zijn omgeving niet toe het ondraaglijke karakter ervan te beoordelen.

— het ongeneeslijke karakter van de ziekte;

Er zijn gevallen waarin het ongeneeslijke karakter moeilijk kan worden vastgesteld. Volgens sommige artsen kan een verkeerde diagnose worden gesteld. Dat aspect moet dus degelijk worden geverifieerd.

— de prognose van het overlijden op korte termijn.

Dat sluit patiënten met een toevallige aandoening en elke hulp bij zelfdoding uit.

Als die drie voorwaarden vermeld zijn kan de arts veronderstellen dat hij zich in een noodtoestand bevindt. Om over euthanasie te kunnen spreken moeten die drie voorwaarden vervuld zijn. Buiten dat kader gaat men naar een extensieve regelgeving die de hulp bij zelfdoding regelt. Dat debat mag niet in het debat euthanasie worden geïntegreerd.

4. Het verbod op moord in het strafrecht vervult een essentiële symbolische functie

De door de parlementsleden van de meerderheid voorgestelde wetgeving wil de voorwaarden voor euthanasie vastleggen via de invoeging van een artikel 417bis in het Strafwetboek.

Het fundamentele verbod om te doden moet een basisprincipe van ons strafrecht blijven. De essentiële en symbolische functie ervan moet de morele en sociale waarde van het respect voor het leven garanderen.

Ons land is geen voorloper in de bezinning over de wenselijkheid van wetgeving inzake euthanasie. In andere landen werden gedurende vele jaren brede debatten gevoerd, landen waarvan de openheid van geest ruim bij andere gelegenheden in grote ethische debatten uitvoerig werd belicht, landen met een cultuur die dicht bij de onze staat. Op dit ogenblik heeft geen enkele natie de beslissing genomen om dit basisbeginsel van het leven in gemeenschap te herzien.

Nochtans is het mogelijk, zoals nu reeds in het strafrecht wordt bepaald, dat in zeer uitzonderlijke

et de répondre à une demande d'euthanasie formulée par un patient conscient.

Les cas d'euthanasie doivent être limités aux situations dans lesquelles le médecin constate :

— la souffrance irréductible et insupportable dans le chef du patient;

Le mot «irréductible» renvoie à une notion objective — douleur que la médecine, dans son état actuel, ne peut soulager —, alors que la notion «insupportable», utilisé dans le texte de la proposition de loi est une notion éminemment subjective. Cette souffrance ne peut être éprouvée que par le patient et il n'appartient pas à son entourage d'en estimer le caractère intolérable.

— le caractère incurable de la maladie;

Il est des cas où ce caractère incurable est difficile à établir. Aux dires de certains médecins, on peut se tromper sur un diagnostic. Il importe donc que cet aspect fasse l'objet d'une vérification sérieuse.

— le pronostic d'un décès à brève échéance.

Cela exclut les patients atteints d'une affection accidentelle et toute demande de «suicide assisté».

Ce sont ces trois conditions réunies qui permettent au médecin de présumer qu'il se trouve ou non dans un état de nécessité. Pour pouvoir parler d'euthanasie, ces trois conditions doivent être remplies. En dehors de ce cadre, on entre dans une réglementation extensive qui régira le suicide assisté. Ce débat ne peut pas être intégré dans celui sur l'euthanasie.

4. L'interdit du meurtre en droit pénal remplit une fonction symbolique essentielle

L'intervention législative proposée par les parlementaires de la majorité vise à fixer les conditions de l'euthanasie en modifiant le Code pénal grâce à l'insertion d'un article 417bis.

L'interdit fondateur de «ne pas tuer» doit rester un principe de base de notre droit pénal dont la fonction essentielle et symbolique est de garantir la valeur morale et sociale que constitue le respect de la vie.

Notre pays n'est pas un précurseur dans la réflexion sur l'opportunité de légiférer en matière d'euthanasie. D'autres pays ont mené des débats très larges pendant plusieurs années: des pays dont l'ouverture d'esprit est largement évoquée à d'autres occasions dans les grands débats éthiques, des pays aux cultures proches des nôtres. À ce jour, aucune nation dans le monde n'a pris la décision de revoir ce principe fondateur de la vie en société.

On peut admettre néanmoins, comme le prévoit déjà le droit pénal, que dans des situations tout à fait

gevallen, het subject een «noodtoestand» kan inroepen die de overtreding van de wet rechtvaardigt. De noodtoestand vereist uitzonderlijke omstandigheden, zoals wanneer de arts worden geconfronteerd met een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, die een ondraaglijk lijden ondergaat dat de arts niet kan verlichten, van wie het overlijden op korte termijn wordt verwacht en die op aanhoudende wijze zijn wil te kennen geeft het einde van zijn leven te bespoedigen. In die welbepaalde gevallen kan de arts oordelen dat hij voor een noodtoestand staat.

In dat geval kan de arts niet aan zijn lot worden overgelaten. Hij kan die noodtoestand niet alleen beoordelen zonder sommige belangrijke actoren te raadplegen. Het gaat om het belang van de patiënt, die een absoluut vertrouwen moet kunnen behouden in de diagnose die hem wordt voorgesteld, en om het belang van de arts die op zijn minst uit moreel oogpunt een aandeel heeft in de verantwoordelijkheid voor de beslissing.

Zulke begeleiding binnen de context van een debatethiek zal de patiënt in het centrum van een multidisciplinair besluitvormingsproces plaatsen waarin zijn specifieke vraag moet worden gehoord en waarin daarmee rekening wordt gehouden. Kan deze zeer voorzichtige aanpak, die de patiënt maximaal beschermt, als hypocriet en conservatief worden afgedaan? De spreker gelooft dat niet.

5. Het wetsvoorstel laat de arts aan zijn lot over ten aanzien van de vraag naar euthanasie

De tekst van de parlementsleden van de meerderheid sluit het multidisciplinair overleg uit ten voordele van een «colloque singulier» tussen de arts en de patiënt. De procedure in het wetsvoorstel laat de arts aan zijn lot over ten aanzien van de vraag naar euthanasie. Volgens de tekst oordeelt de arts immers alleen over het herhaald en uitdrukkelijk verzoek om euthanasie, de bewustzijnstoestand van de patiënt en het duurzaam verzoek en het lijden of de niet te verzachten nood van de patiënt.

Er wordt geen enkel overleg tussen de arts en het verplegend team opgelegd met betrekking tot de beoordeling van die criteria voordat tot euthanasie wordt besloten. De tekst voorziet enkel in de raadpleging van een andere onafhankelijke arts over het ongeneeslijk karakter van de ziekte. De raadpleging is louter facultatief. De naasten van de patiënt en het verplegend team worden slechts geraadpleegd wanneer de patiënt dit uitdrukkelijk vraagt. De arts moet enkel nagaan of de patiënt zelf alle personen heeft kunnen raadplegen die hij wenste te raadplegen. Zijn naasten en het verplegend team, met wie hij geregeld contacten onderhoudt, kunnen daartoe behoren.

exceptionnelles, le sujet puisse invoquer un «état de nécessité» justifiant la transgression de la loi. Cet état de nécessité requiert des circonstances exceptionnelles, que peuvent rencontrer les médecins lorsqu'un patient, atteint d'un mal incurable, d'une souffrance insupportable que la médecine est impuissante à soulager et dont la mort est prévue à très brève échéance, exprime de manière persistante sa volonté d'anticiper la fin de sa vie. Dans ces cas déterminés, le médecin peut apprécier qu'il se trouve face à un état de nécessité.

Dans cette hypothèse, le médecin ne peut pas être laissé à lui-même. Il ne peut apprécier seul cet état de nécessité, sans consulter certains acteurs-clés. Il y a de l'intérêt du patient qui doit pouvoir maintenir une confiance absolue dans le diagnostic qui lui est proposé, et de celui du médecin qui partage ainsi au moins moralement la responsabilité de la décision.

Un tel encadrement, placé dans le contexte d'une éthique de discussion mettra le patient au centre d'un processus de décision pluridisciplinaire où sa demande spécifique doit être écoutée et prise en compte. Cette approche très prudente, qui protège au maximum le patient, peut-elle être qualifiée de «hypocrite et conservatrice»? L'intervenant ne le croit pas.

5. La proposition de loi laisse le médecin seul face à la demande d'euthanasie

En effet, le texte rédigé par les parlementaires de la majorité exclut la concertation pluridisciplinaire au profit du seul colloque singulier entre le médecin et le patient. La procédure établie par la proposition de loi laisse le médecin seul face à la demande d'euthanasie. En effet, le texte prévoit que le médecin apprécie seul: le caractère répété et explicite de la demande d'euthanasie, l'état de conscience du malade, la persistance de la demande ainsi que la souffrance ou la détresse inapaisable du patient.

Aucune concertation n'est imposée entre le médecin et l'équipe soignante quant à l'appréciation de ces critères préalablement à la décision d'euthanasie. Le texte prévoit simplement la consultation d'un autre médecin indépendant sur le caractère incurable de la maladie. La consultation est purement facultative, les proches du patient et l'équipe soignante n'étant consultés que si le patient en fait la demande expresse. Le médecin est simplement tenu de vérifier que le patient lui-même a pu s'entretenir de sa requête avec toutes les personnes qu'il souhaite, ses proches et l'équipe soignante avec laquelle il entretient des contacts réguliers pouvant être comptés parmi ces

De spreker ziet echter een opening in het feit dat een vorige spreker verplicht overleg voorstelde.

Men kan zich volledig aansluiten bij de zeer onlangs geformuleerde vrees van dokter D. Bouckenaere dat «de macht van de artsen zal worden versterkt door een depenalisering die alleen aan de vertegenwoordigers van dat beroep het recht om te doden verleent en door de afwezigheid van een collegiale raadpleging die de willekeur van de arts moet temperen».

Daartegenover staat dat de idee van een collegiale raadpleging *a priori* de goedkeuring meedraagt van vele practici van continue zorg van diverse overtuigingen. Zij menen immers dat de «colloque singulier» zich moet indekken tegen de risico's van al te subjectieve interpretaties van het lijden of van de woorden van de patiënt. Voorafgaand overleg wordt aldus een onmisbaar instrument om ontsporingen te voorkomen.

Die collegiale raadpleging kan niet gelijk worden gesteld met een beslissing van een «rechtbank» die in de plaats van die van de patiënt komt. Zij maakt het hem integendeel mogelijk zijn plaats in te nemen in de dialoog binnen het multidisciplinaire team.

6. Het voorstel van de parlementsleden van de meerderheid zwijgt over de plicht tot morele bijstand van de arts en van het verplegend personeel ten aanzien van een patiënt op het einde van zijn leven

Deze plicht tot bijstand is nochtans fundamenteel. Ze legt de practici immers op bijzondere aandacht te schenken aan de meest kwetsbare patiënten en samen met de patiënten die bij bewustzijn zijn de palliatieve opvang onder ogen te nemen, waarbij een broep wordt gedaan op het daarvoor bevoegde personeel.

Het is van essentieel belang dat in de wettekst over euthanasie, vóór elke andere bepaling, uitdrukkelijk wordt bepaald dat elke practicus verplicht is om aan de patiënt op het einde van zijn leven de noodzakelijke morele en geneeskundige bijstand te verlenen tot verlichting van zijn moreel en fysiek lijden en tot behoud van zijn waardigheid.

7. Het wetsvoorstel geeft aan de voorafgaande wilsverklaring van de patiënt dezelfde waarde als aan zijn uitdrukkelijke vraag om euthanasie. Het voorziet ook in de aanwijzing van een gemandateerde die de rechten zal uitoefenen van de patiënt die niet meer bij bewustzijn is

Volgens het wetsvoorstel van de parlementsleden van de meerderheid kan elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige patiënt, voor het geval dat hij zijn wil niet meer tot uitdrukking kan brengen, voorafgaandelijk verklaren dat hij

personnes. L'intervenant note cependant une ouverture, notamment dans le chef d'un précédent orateur qui, dans une récente intervention, proposait la concertation obligatoire.

On peut adhérer totalement aux craintes formulées très récemment par le Dr D. Bouckenaere «de voir la puissance médicale se renforcer par une dépenalisation qui donne aux représentants de cette seule profession le droit de tuer et par l'absence de consultation collégiale destinée à tempérer l'arbitraire du médecin».

En revanche, l'idée d'une consultation collégiale *a priori* a reçu l'adhésion de nombreux praticiens de soins continus, de confessions diverses. Ceux-ci estiment en effet que le colloque singulier doit se prémunir contre les risques d'interprétations trop subjectives de la souffrance ou du discours du patient, une concertation préalable à la décision devenant alors un garde-fou indispensable.

Cette consultation collégiale ne peut être assimilée à la décision d'un «tribunal», en lieu et place de celle du patient. Elle lui permet en revanche de prendre sa place dans le dialogue qui s'instaure au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

6. La proposition de loi déposée par les parlementaires de la majorité passe sous silence l'obligation d'assistance morale du médecin et du personnel soignant face à un patient en fin de vie

Or, cette obligation d'assistance est fondamentale, car elle impose aux praticiens de porter une attention particulière aux patients les plus vulnérables et d'envisager, avec les patients conscients, leur prise en charge palliative en faisant appel au personnel compétent pour assurer ce type de soins.

Il est essentiel que figure explicitement dans le texte de loi relatif à l'euthanasie et avant toute autre disposition, l'obligation qui pèse sur tout praticien de fournir au patient en fin de vie l'assistance morale et médicale nécessaire au soulagement de ses souffrances morales et physiques et à la préservation de sa dignité.

7. La proposition de loi confère à la déclaration de volonté anticipée du patient, la même valeur que sa demande expresse d'euthanasie. Elle organise en outre la désignation d'un mandataire qui exercera les droits du patient inconscient

Selon la proposition de loi des parlementaires de la majorité, tout patient majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus exercer sa volonté, déclarer préalablement qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient et atteint d'une

wil dat een arts een einde maakt aan zijn leven, wanneer hij lijdt aan een door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening die ongeneeslijk is en er geen enkel middel bestaat om hem weer tot bewustzijn te brengen. Hij duidt in die verklaring één of meer gemandateerden aan naar orde van voorkeur (met uitsluiting van zijn behandelende arts en van het verplegend team), die mekaar de ene na de andere vervangen bij verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De wilsverklaring moet verplicht worden opge maakt bij geschrift in het bijzijn van twee meerderjarige getuigen (!), op zijn minst vijf jaar vóór het begin van de onbekwaamheid om zijn wil te uiten.

In die hypothese beslist alleen de arts, met verwijzing naar de verklaring van de patiënt, om euthanasie toe te passen, terwijl de gemandateerde van de patiënt zijn rechten, die geen verplichting zijn, uitoefent, met name om het verplegend team en de naasten van de patiënt te raadplegen.

Maar dit soort wilsverklaring bevat grote zwakheden:

— Zo wordt de menselijke relatie, die steunt op wederzijds vertrouwen tussen verzorgde en verzorger, vervangen door een «papieren» relatie, die onmogelijk de complexiteit van de situatie kan opvangen. De voorafgaande wilsverklaring dreigt de verhouding arts-patiënt te ontmenselijken door te anticiperen op een context van wantrouwen en verdediging van de patiënt tegenover de arts in de situatie van het naderend levenseinde. Aldus bestaat het risico dat de arts, die wordt afgeschrikt door het gewicht van de wilsverklaring, een mechanisch gedrag gaat aannemen.

— Er is ook de onmogelijkheid om het ondraaglijk fysiek of moreel lijden te evalueren in hoofde van de patiënt die buiten bewustzijn is en die zijn lijden niet meer tot uitdrukking kan brengen.

Hetzelfde geldt voor de aanwijzing van een gemandateerde die de rechten van de patiënt moet uitoefenen en, zoals het wetsvoorstel voorschrijft, de naasten en het verplegend team uit zijn naam moet raadplegen aangaande de vraag om euthanasie die door de patiënt in zijn wilsverklaring werd geformuleerd. De uiterst subjectieve dimensie van die opdracht maakt ze zeer delicaat en brengt voor de patiënt een verhoogde afhankelijkheid tegenover anderen met zich, zonder dan nog rekening te houden met de zware verantwoordelijkheid waarvoor de gemandateerde zich gesteld ziet. Het gevaar bestaat ook dat men tegenover een vertrouwenspersoon «op papier» komt te staan, als de relatie met de zieke ongunstig zou geëvolueerd zijn.

De wilsverklaring zou moeten worden beschouwd als een element waarmee eventueel rekening kan worden gehouden in het kader van een overlegprocedure rond de patiënt in geval van een noodtoestand

affection accidentelle ou pathologique incurable et qu'il n'existe aucun moyen de le ramener à un état conscient. Il désigne dans cette déclaration un ou plusieurs mandataires (à l'exclusion de son médecin traitant ou de l'équipe soignante), classés par ordre de préférence, qui se substitueront l'un à l'autre en cas d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Dressée obligatoirement par écrit, en présence de deux témoins majeurs (!), la déclaration de volonté anticipée doit avoir été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'incapacité de manifester sa volonté.

Dans cette hypothèse, le médecin décide seul, se référant à la déclaration du patient, de pratiquer l'euthanasie, le mandataire du patient exerçant ses droits, qui ne sont pas une obligation, notamment celui de consulter l'équipe soignante et les proches du patient.

Or, ce type de directives présente de grandes faiblesses:

— Le fait de substituer une relation «papier», incapable de saisir la complexité du moment présent, à la relation «humaine» basée sur la confiance réciproque entre le soignant et le soigné. La directive anticipée tend, en outre, à déshumaniser la relation médicale en instaurant, en amont d'une situation de fin de vie, un contexte de méfiance, un sentiment de défense du patient à l'égard du médecin. Elle risque ainsi d'induire un comportement mécanique dans le chef du médecin, effrayé par le poids de la directive.

— L'impossibilité d'évaluer la souffrance physique ou morale intolérable dans le chef du patient inconscient qui n'est plus à même de l'exprimer pose en outre problème.

Il en va de même de la désignation d'un mandataire amené à exercer les droits du patient et, comme le prévoit la proposition de loi, de consulter, en son nom, ses proches et l'équipe soignante quant à la demande d'euthanasie formulée par le patient dans la directive. La dimension hautement subjective de cette fonction la rend très délicate et génère dans le chef du malade une dépendance accrue vis-à-vis d'autrui, sans compter la lourde responsabilité à laquelle se trouve confronté le mandataire. Le danger est aussi de se trouver face à une personne de confiance «sur papier» dont les relations avec le malade se seraient dégradées.

La directive anticipée ne devrait être prise en compte qu'à titre d'éventuel élément d'appréciation dans le cadre d'un processus de concertation élaboré autour du patient, ce processus ne trouvant à

en in extreme gevallen, zoals bijvoorbeeld een «onomkeerbare coma».

Een meer diepgaand debat met hoorzittingen van experts in de Senaat is in elk geval onontbeerlijk. Enkel dan kan de problematiek van de euthanasie op een patiënt, die niet meer bij bewustzijn is, met de vereiste nuancerings worden aangepakt.

De spreker stelt vast dat zich daarover een consensus ontwikkelt en verheugt zich daarover.

8. *Het wetsvoorstel organiseert een algemene controle a posteriori. Het voorziet bovendien in geen enkele specifieke sanctie tegenover de practicus die de bepalingen overtreedt*

Het wetsvoorstel stelt een procedure in tot aangifte van euthanasie bij de ambtenaar van de burgerlijke stand van de plaats van overlijden en bij de procureur des Konings. Deze laatste kan van de arts eisen hem de elementen mee te delen van het medisch dossier van de patiënt met betrekking tot de euthanasie. De toelating tot begraven is afhankelijk van zijn voorafgaand akkoord.

De arts, die zou nalaten aangifte te doen of die euthanasie zou toepassen op een patiënt die niet voldoet aan de in de tekst opgenomen criteria, loopt geen enkele sanctie op.

Terwijl de fractie van de spreker het verwijt kreeg de beslissing te willen «tribunaliseren» door een voorafgaand advies van een ethisch comité te eisen, stellen we hier een systematische aangifte aan de rechterlijke macht vast. Dat is, zoals al werd gezegd, een echt zwaard van Damocles boven het hoofd van de artsen.

Het voorstel dat de spreker medeondertekende, vraagt voorzorgsmaatregelen *a priori* die *de facto* met zich het vermoeden van het bestaan van een noodtoestand met zich brengen. *A posteriori* wordt enkel de aangifte aan de wetsdokter opgelegd, vermits dit de persoon is die het best geplaatst is om de gegrondheid van de praktijk te beoordelen. Dat vermoeden is weerlegbaar. Dat betekent dat elke betwisting van een derde moet worden onderbouwd met overtuigende elementen door degene die de beschuldiging uit. In dat systeem worden slechts de uitzonderingen behandeld, terwijl in het systeem dat wordt voorgesteld door de parlementsliden van de meerderheid, alle gevallen aan de rechterlijke macht worden voorgelegd.

Welk risico bestaat er bij een toevloed van dossiers?

— Seponering? Waarin bestaat dan de noodzaak van de procedure?

— Onderzoek van alle dossiers? Men kan zich voorstellen dat de artsen zullen worden beschuldigd

s'appliquer qu'en état de nécessité dans des cas extrêmes tel, par exemple, le «coma irréversible».

Un débat plus approfondi, moyennant l'audition d'experts se révèle en tout état de cause indispensable au sein du Sénat pour que soit abordée avec toute la nuance qui s'impose la problématique de l'euthanasie sur le patient inconscient.

L'intervenant constate qu'un *consensus* semble se faire à ce sujet, et s'en réjouit.

8. *La proposition de loi organise un contrôle a posteriori généralisé. Elle ne prévoit en outre aucune sanction spécifique à l'égard du praticien qui aurait contrevenu aux dispositions qu'elle édicte*

La proposition de loi organise une procédure de déclaration des euthanasies à l'officier d'état civil du lieu du décès ainsi qu'au procureur du Roi. Ce dernier peut exiger du médecin qu'il lui communique les éléments du dossier médical du patient relatif à l'euthanasie. L'autorisation d'inhumer est soumise à son accord préalable.

Notons qu'aucune sanction n'est encourue par le médecin qui omettrait d'effectuer cette déclaration ou qui pratiquerait l'euthanasie sur un patient ne répondant pas aux critères déterminés par le texte.

Mais, alors que le groupe de l'intervenant a subi le reproche de vouloir tribunaliser la décision en demandant l'avis préalable d'un comité éthique, on voit ici une systématisation de la déclaration au pouvoir judiciaire, véritable épée de Damoclès sur la tête des médecins, comme cela a déjà été dit.

La proposition cosignée par l'intervenant invite aux précautions *a priori* qui entraînent *de facto* la présomption d'existence de l'état de nécessité. *A posteriori*, elle propose la seule déclaration au médecin légiste, puisqu'il est la personne la mieux à même d'apprécier le bien-fondé de la pratique. Cette présomption simple est réfragable. Cela signifie que toute contestation d'un tiers ou toute mise en cause devra être étayée par des éléments probants dans le chef de l'accusateur. Dans ce système, on ne traitera que les exceptions, alors que, dans le système proposé par les parlementaires de la majorité, tous les cas seront soumis à l'appareil judiciaire.

Quels sont les risques d'un afflux de dossiers?

— Classement sans examen? Mais alors, quelle est la nécessité de la procédure?

— Examen de tous les dossiers? On imagine la culpabilisation des médecins et l'explosion des

en dat talloze rechtsvorderingen zullen worden ingesteld. Of wil men misschien terugkeren naar de huidige verborgen praktijk? Als men daaraan toevoegt dat de procureur des Konings de toelating moet geven om te begraven, weet men aan welke drama's men zich kan verwachten.

Werd er rekening gehouden met het respect voor het privé-leven? Is de keuze voor euthanasie dan niet strikt privé? Zal dat stelselmatig op het publiek forum worden gegooid, alleen al omdat men wacht op een toelating om te begraven en de gebruikelijke termijn aldus wordt overschreden?

Er blijven vele vragen. Het is de wens van de spreker, als politiek verantwoordelijke, om zowel het debat als de reflectie voort te zetten. Het voorzorgsprincipe moet de leidraad zijn bij de werkzaamheden in deze dermate belangrijke kwestie. Hij hoopt dat de zorg om tot een dialoog te komen, die nu de overhand lijkt te krijgen op de oorspronkelijk meer restrictieve standpunten, sterker wordt. Hij verheugt er zich ook over spoedig de practici te kunnen beluisteren die op het terrein zeer concreet met deze pijnlijke problematiek worden geconfronteerd.

De voorzitter stelt vast dat de vorige spreker het meermaals had over de voorstellen «van de meerderheid». Er is echter herhaaldelijk gezegd dat die voorstellen werden ingediend door de leden van de meerderheid, maar niet uit naam van de meerderheid.

Een lid merkt op dat de commissie door een hele reeks voorstellen met betrekking tot euthanasie en palliatieve zorg is gevat. Zijns inziens kan zij de bespreking niet verengen tot de drie wetsvoorstellen die het laatst werden ingediend. Het debat moet op een ruimer vlak worden gevoerd en de diverse teksten dienen, nadat een bespreking over de algemene waarden die hier in het geding zijn heeft plaatsgevonden, tegenover elkaar te worden afgewogen.

Het is alvast verheugend dat de commissies hebben besloten niet overhaast tewerk te gaan en onder meer de tijd te nemen om een aantal maatschappelijke actoren te horen. In materies met een dermate groot maatschappelijk belang, moeten de politieke beleidsverantwoordelijken open staan voor de kritiek en de verbeteringen die vanuit de samenleving op hun voornemens worden geformuleerd.

Het feit dat het debat over deze problematiek aan de Senaat is toevertrouwd heeft een bijzondere betekenis. Het houdt de verwachting in dat de besprekingen, zonder de tegenstellingen te ontkennen, gevoerd worden op een zakelijke en serene wijze, waarbij iedereen zijn argumenten kan naar voor brengen en er naar die argumenten ook geluisterd wordt. Het houdt met andere woorden de verwachting in dat het gesprek niet wordt gevoerd op basis van partijpolitieke stellingnamen.

actions en justice, à moins que l'on revienne au système actuel de la pratique cachée. Si on y ajoute que le permis d'inhumer dépendra de la décision du Procureur du Roi, on peut aisément deviner les drames à venir.

Enfin, s'est-on posé la question du respect de la vie privée? Le choix de l'euthanasie n'est-il pas d'ordre strictement privé? Sera-t-il systématiquement envoyé sur la place publique, ne fût-ce que parce qu'on attendra un permis d'inhumer au-delà des délais habituels?

Beaucoup de questions restent posées. Le souhait que forme l'intervenant en tant que responsable politique est de poursuivre tant le débat que la réflexion en appliquant le principe de précaution qui doit guider tous les travaux dans une question de cette importance. Il espère que le souci de dialogue qui semble prendre le pas sur des positions initiales plus restrictives ira en s'amplifiant, et se réjouit de pouvoir écouter le plus tôt possible les intervenants de terrain qui vivent ces problèmes douloureux dans leurs applications les plus concrètes.

Le président constate que le précédent intervenant a évoqué à plusieurs reprises les propositions «de la majorité». Or, il a été dit à plusieurs reprises que ces propositions ont été déposées par des membres de la majorité, mais non au nom de celle-ci.

Un membre fait remarquer que la commission est saisie de toute une série de propositions relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs. Selon lui, la commission ne peut réduire le débat aux trois propositions qui ont été déposées en dernier lieu. La discussion doit être menée à un niveau plus large et les différents textes doivent être confrontés, après avoir discuté des valeurs générales qui sont ici en cause.

En tout état de cause, il est réjouissant que les commissions aient décidé de ne pas travailler dans la précipitation et, entre autres, de prendre le temps d'entendre un certain nombre d'acteurs sociaux. Dans des matières d'une telle importance sociale, les responsables politiques doivent être ouverts aux critiques et aux améliorations formulées par la société au sujet de leurs intentions.

Le fait que le débat sur cette problématique ait été confié au Sénat revêt une signification particulière. On s'attend à ce que, sans nier les oppositions, les discussions soient menées de manière rationnelle et sereine, en permettant à chacun d'exposer ses arguments et d'être entendu. En d'autres mots, cela traduit l'espoir que le débat ne sera pas mené sur la base de prises de position des partis politiques.

Vanuit dit oogpunt is het debat ook een proef op de som voor de Senaat, die hier de kans krijgt om te bewijzen dat zij de opdrachten die haar werden toegevoerd ook effectief aankan.

De Senaat heeft de euthanasieproblematiek al een eerste keer besproken in december 1997, naar aanleiding van het advies dat werd uitgebracht door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek. Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft in dit advies vier voorstellen naast elkaar geplaatst die, zeer schematisch, als volgt kunnen worden samengevat:

1. de strafwet wijzigen zodat euthanasie niet langer als een strafbare handeling wordt omschreven;
2. de strafwet blijft ongewijzigd maar er komt een gedoogbeleid met aangifteverplichting zodat een controle *a posteriori* mogelijk is. Een dergelijke regeling geldt momenteel in Nederland;
3. de strafwet blijft ongewijzigd, maar er worden controle- en begeleidingsmaatregelen *a priori* en *a posteriori* opgelegd met het oog op de regulering (niet legalisering) van euthanasie in het licht van een noodtoestand;
4. het behoud van de huidige situatie.

De reacties vanuit de verschillende maatschappelijke groepen op dit debat waren vrij positief, mede omdat velen de indruk hadden dat een vergelijk over de diverse fracties heen tot de mogelijkheden behoorde en binnen de politieke wereld de wil aanwezig was om tot een dergelijk akkoord te komen.

Spreker verklaart dat het hem precies in het licht hiervan zo heeft verbaasd dat de meerderheidsfracties nu gezamenlijk een tekst voorstellen waarin wordt uitgegaan van de eerste optie van het raadgevend comité, die ertoe zou leiden de België de meest verregaande euthanasiewetgeving ter wereld krijgt. Tijdens het debat was het immers duidelijk dat dit de meest marginale keuzemogelijkheid was, daar waar iedereen ervan uitging dat rond de derde optie de breedste consensus mogelijk zou zijn.

Zijns inziens kan deze ontwikkeling alleen worden verklaard door de verkiezingsuitslag van 13 juni 1999. Wie er de pers op naslaat zal vaststellen dat ook in de buitenwereld de indruk bestaat, dat een deel van de huidige regeringsmeerderheid het uitwerken van een euthanasieregeling in samenspraak met de fractie van de spreker niet zag zitten.

Het is zeer de vraag of de publieke opinie verlangt dat het debat op een dergelijke wijze wordt gevoerd. De signalen vanuit verschillende maatschappelijke geledingen wijzen integendeel op de wens dat de besprekingen in een zo breed mogelijke context worden geplaatst.

De ce point de vue, le débat est aussi un test pour le Sénat qui a ainsi l'occasion de prouver qu'il peut mener à bien les missions qui lui ont été confiées.

Le Sénat a déjà une première fois discuté de la problématique de l'euthanasie en décembre 1997 à l'occasion de l'avis rendu par le Comité consultatif de bioéthique qui avait formulé quatre propositions que l'on peut résumer ainsi:

1. le Code pénal est modifié afin que l'euthanasie ne soit plus définie comme un acte punissable;
2. le Code pénal n'est pas modifié, mais on prévoit une politique de tolérance avec une obligation de déclaration afin de permettre un contrôle *a posteriori*. Une réglementation semblable est actuellement en vigueur aux Pays-Bas;
3. le Code pénal n'est pas modifié, mais des mesures de contrôle et d'accompagnement *a priori* et *a posteriori* sont imposées en vue de la régulation (et non de la législation) de l'euthanasie en cas d'état de nécessité;
4. le maintien de la situation actuelle.

Les réactions des différents groupes sociaux à ce débat furent assez positives, notamment parce que beaucoup avaient l'impression qu'un compromis par-delà les différents partis était possible et qu'il y avait une volonté au sein du monde politique de parvenir à un tel accord.

Le membre se déclare d'autant plus surpris, précisément à la lumière de ce qui précède, que les groupes de la majorité aient déposé en commun un texte basé sur la première option du comité consultatif, ce qui amènerait la Belgique à avoir la législation la plus pointue au monde sur l'euthanasie. Au cours du débat, il était clair qu'il s'agissait là de l'option la plus marginale, alors que chacun considérait que le plus large consensus serait possible sur la troisième option.

Selon lui, ce développement peut seulement s'expliquer par les résultats des élections du 13 juin 1999. Ceux qui consultent la presse à ce sujet constateront que, y compris dans le monde extérieur, on a l'impression qu'une partie de la majorité actuelle jugeait impossible d'élaborer la réglementation sur l'euthanasie en concertation avec le groupe de l'intervenant.

La question est de savoir si l'opinion publique souhaite que le débat soit mené d'une telle manière. Les signaux provenant de différentes couches sociales mettent au contraire en évidence le souhait que les discussions aient lieu dans un contexte aussi large que possible.

In dit verband is het wenselijk dat ook een aantal uitspraken over de wijze waarop de fractie van de spreker in het recente verleden de ethische problemen politiek benaderde, recht worden gezet. Het feit dat in een regeerakkoord wordt afgesproken in dit domein geen alternatieve meerderheden te vormen, betekent geenszins dat men het debat over dergelijke aangelegenheden wenst te verhinderen. De christen-democraten hebben een duidelijke visie op de samenleving evenals op de rol die de overheid hierin dient te vervullen. Deze rol is niet beperkt tot het sociaal-economische domein. Niemand heeft er blijkbaar bezwaar tegen dat op het sociaal-economische vlak in een regeerakkoord zeer precieze afspraken worden gemaakt.

Wat kan er dan op tegen zijn dat ten aanzien van ethische kwesties een kader wordt gecreëerd dat de garantie biedt op een brede consensus wanneer beslissingen worden genomen?

Niemand kan overigens afbreuk doen aan de spanningen die de christen-democraten de voorbije jaren hebben gedaan om een sereen debat over ethische aangelegenheden op gang te brengen en te voeren.

In het huidige regeerakkoord staat dat het Parlement zijn volle verantwoordelijkheid moet kunnen opnemen wat ethische thema's betreft en dit op basis van ieders individueel geweten en overtuiging, onder meer inzake euthanasie.

Wanneer men echter vanuit een dergelijk uitgangspunt vertrekt, met name van een absoluut zelfbeschikkingsrecht dat de pluraliteit van keuzen vooropstelt, kent men aan de wetgever alleen nog de opdracht toe deze pluraliteit van keuzen mogelijk te maken. Dit is een ideologische optie die onrecht doet aan de complexiteit van de opdracht van een Staat en van een gemeenschap.

Spreker is dan ook van oordeel dat in eerste instantie dient te worden onderzocht of het zelfbeschikkingsrecht het alfa en omega is van deze discussie, zoals moet worden besloten uit de uiteenzettingen van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1. De basisgedachte achter dit voorstel bestaat inderdaad in de realisatie van het zelfbeschikkingsrecht van de ongeneeslijk zieke patiënt.

Ieder jurist weet evenwel dat de zelfbeschikking als een recht van het individu niet bestaat. Wie dit betwist mag het tegendeel trachten te bewijzen op basis van de Belgische wetgeving, de Grondwet of de internationale akten die België onderschreven heeft.

De zelfbeschikking bestaat wel als pré-juridisch gegeven, als een politiek argument waarbij, in een welbepaalde opvatting, een na te streven doel wordt voorgesteld als een recht. Dit is een strategie die in de

Sur ce plan, il conviendrait de rectifier certains propos relatifs à la manière dont le groupe de l'intervenant considérait récemment encore les problèmes éthiques d'un point de vue politique. Le fait que, dans un accord de gouvernement, il ait été convenu de ne former aucune majorité alternative dans ce domaine ne signifie en aucun cas que nous souhaitons empêcher le débat sur de tels sujets. Les démocrates chrétiens ont une vision claire de la société ainsi que du rôle que les pouvoirs publics doivent remplir en la matière. Ce rôle n'est pas limité au domaine socio-économique. Manifestement, personne n'a d'objection à ce que, dans un accord de gouvernement, des accords très précis soient conclus sur le plan socio-économique.

En quoi peut-on s'opposer, par rapport à des questions éthiques, à la création d'un cadre offrant la garantie d'un large consensus quand des décisions sont prises?

D'ailleurs, personne ne peut nier les efforts que les démocrates chrétiens ont faits ces dernières années pour initier et mener un débat serein sur des sujets éthiques.

Dans l'accord de gouvernement actuel, il est stipulé que le Parlement doit pouvoir prendre sa pleine responsabilité en ce qui concerne les thèmes éthiques et ce, sur la base de la conviction individuelle et de la conscience de chacun, entre autres en matière d'euthanasie.

Toutefois, en partant d'un tel point de vue, à savoir celui d'un droit absolu à l'autodétermination que la pluralité des choix présuppose, on reconnaît uniquement au législateur le devoir de rendre possible cette pluralité des choix. C'est une option idéologique qui nuit à la complexité de la mission d'un État et d'une société.

Le membre est dès lors d'avis qu'il faut examiner en premier lieu si le droit à l'autodétermination est l'alpha et l'oméga de cette discussion, comme on doit le conclure des exposés des auteurs de la proposition de loi n° 2-244-1. L'idée de base de cette proposition consiste en effet en la réalisation du droit à l'autodétermination du patient incurable.

Tout juriste sait cependant que l'autodétermination n'existe pas en tant que droit de l'individu. Quiconque conteste cela peut essayer de prouver le contraire sur la base de la législation belge, de la Constitution ou des actes internationaux auxquels la Belgique a souscrit.

L'autodétermination existe bien en tant que donnée préjuridique, en tant qu'argument politique grâce auquel, dans une conception bien déterminée, un but poursuivi est présenté comme un droit. C'est

politieke wereld wel meer wordt toegepast. De idee van het bestaan van een zelfbeschikkingsrecht is overigens niet nieuw. Ze gaat terug tot de 19e eeuw en kaderde in de extreme opvattingen over het eigendomsrecht die toen gangbaar waren maar die intussen volkomen achterhaald zijn.

Het zelfbeschikkingsrecht heeft niet alleen geen enkele juridische grond, het is inhoudelijk veel te eng om een dergelijke problematiek te benaderen. Wanneer concreet een patiënt in het volle bewustzijn aan zijn arts een medische behandeling vraagt, moet deze laatste hier dan, uitgaande van het zelfbeschikkingsrecht van die patiënt, zonder meer op ingaan. Niemand gelooft vandaag nog de geneeskunde op deze wijze moet functioneren. De vraag van de patiënt kan de eigen verantwoordelijkheid van de arts immers nooit uitsluiten. Deze verantwoordelijkheid steunt op andere regels en kan niet opzij worden gezet voor een zelfbeschikkingsrecht dat in hoofde van de patiënt zou bestaan.

Bij dit alles moet overigens de vraag worden gesteld of de vraag tot levensbeëindiging van een patiënt inderdaad de uiting is van zijn wil tot zelfbeschikking, dan wel of er onder deze vraag een kreet om hulpverlening, om niet alleen te worden gelaten, ligt. Door hieraan voorbij te gaan en louter uit te gaan van een zelfbeschikkingsrecht in hoofde van de patiënt, wordt de problematiek op een onverantwoorde wijze verengd en de complexiteit ervan ontkend.

Ten slotte is er in deze aangelegenheid nog derde actor, naast de arts en de patiënt: namelijk de samenleving waar het individu onlosmakelijk deel van uitmaakt. De vraag inzake het beslissingsrecht over het leven, is geen vraag van contractuele aard maar kan alleen in een breed maatschappelijk kader worden beantwoord.

Spreker besluit dat Gramsci al wist dat het er in een politieke discussie op aankomt de begrippen te bezetten. In een samenleving waar persoonlijke autonomie een belangrijke plaats inneemt, is het loutere hanteren van een begrip zoals «recht op zelfbeschikking» als dusdanig inderdaad al een sterk argument. In het licht van het voorgaande moet het echter voldoende duidelijk zijn dat dit begrip te eng is om de complexiteit van de problemen rond het levenseinde te vatten en er een wettelijke regeling op te bouwen.

Wanneer men besluit euthanasie uit het strafrecht te halen, is het noodzakelijk dat wordt uitgegaan van een «worst-case» scenario. Een dergelijke wetgeving heeft immers een hele reeks afgeleide gevolgen. Naast de integriteit van het menselijk leven zijn er nog een hele reeks andere zaken in het geding, zoals de bekommernis om morele integriteit van het medische

une stratégie qui est souvent appliquée dans le monde politique. L'idée de l'existence d'un droit à l'autodétermination n'est d'ailleurs pas neuve. Elle remonte au XIX^e siècle et correspond aux conceptions extrémistes sur le droit à la propriété qui étaient répandues à l'époque mais qui sont aujourd'hui complètement dépassées.

Non seulement le droit à l'autodétermination n'a aucune base juridique mais, sur le plan du contenu, il est aussi beaucoup trop restreint pour rapprocher une telle problématique. Concrètement, quand un patient qui a toute sa conscience demande un traitement médical à son médecin, ce dernier doit, en vertu du droit à l'autodétermination du patient, y accéder sans plus. Aujourd'hui, plus personne ne croit encore que la médecine doit fonctionner de cette manière. La demande du patient ne peut jamais exclure la propre responsabilité du médecin. Celle-ci repose sur d'autres règles et ne peut être ignorée au nom du droit à l'autodétermination qui existerait dans le chef du patient.

Parallèlement, la question doit d'ailleurs être posée de savoir si la demande d'euthanasie formulée par un patient est bien l'expression de sa volonté de disposer de sa vie, ou si cette demande ne cache pas un appel au secours, un appel visant à ne pas être abandonné à son sort. En passant outre et en prenant simplement comme point de départ un droit à l'autodétermination dans le chef du patient, la problématique est rétrécie de manière irresponsable et sa complexité est niée.

Finalement, à côté du médecin et du patient, un troisième acteur intervient encore, à savoir la société dont l'individu fait partie de manière indissociable. La question relative au droit de décision sur la vie n'est pas de nature contractuelle mais peut uniquement recevoir une réponse dans un large cadre social.

L'intervenant conclut en disant que Gramsci savait déjà que, dans une discussion politique, il s'agit d'occuper les concepts. Dans une société où l'autonomie personnelle occupe une place importante, la simple utilisation d'un concept comme celui du droit à l'autodétermination est effectivement déjà un argument fort. Toutefois, à la lumière de ce qui précède, il doit être suffisamment clair que ce concept est trop restreint pour saisir la complexité des problèmes relatifs à la fin de la vie et élaborer une réglementation légale.

Si l'on décide de dépénaliser l'euthanasie, il est nécessaire de partir d'un scénario «worst-case». Une telle législation a en effet toute une série de conséquences dérivées. À côté de l'intégrité de la vie humaine, il y a aussi toute une série de choses en cause, comme le souci d'intégrité morale de la profession médicale, celui d'exclure les abus, la négligence

beroep, de bekommernis om misbruik, verwaarlozing of onbegrip ten aanzien van erg kwetsbare personen uit te sluiten.

Men zou er verkeerd aan doen om vanuit een grenzeloos optimisme de ogen te sluiten voor dit soort situaties. Onze samenleving wordt gekenmerkt door een sterke regulering in de meest diverse domeinen. Het zou op zijn minst vreemd zijn dat in een dergelijke context, de regeling van de problemen rond het levenseinde wordt overgelaten aan de goede wil van de verschillende betrokkenen. Ook vanuit dit oogpunt moet een regeling die steunt op de vrije wilsbeschikking als volstrekt ontoereikend worden beschouwd.

Een andere en niet minder belangrijke vraag is die in welke mate een regeling die steunt op de vrije wilsbeschikking van de patiënt verenigbaar is met het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

In dit verdrag wordt het recht op zelfbeschikking niet erkend. Het artikel 2 bepaalt daarentegen wel:

«1. Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van tenuitvoerlegging van een vonnis dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld.

2. De beroving van het leven wordt niet geacht in strijd met dit artikel te zijn geschied, ingeval zij het gevolg is van geweld, dat absoluut noodzakelijk is:

- a) ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld;
- b) ten einde een rechtmatige arrestatie te verrichten of het ontsnappen van iemand, die op rechtmatige wijze gevangen wordt gehouden te voorkomen;
- c) ...»

Tot nog toe is in dit debat weinig aandacht besteed aan de vraag wat de draagwijdte is van dit artikel en of de vrijwillige levensbeëindiging in overeenstemming kan worden geacht met de het beginsel van de bescherming van het leven dat hierin is vastgelegd.

Het artikel 2, eerste zin, is in zeer algemene termen gesteld. De wet dient het leven van eenieder te beschermen, wat inhoudt dat men de wetsbescherming altijd moet kunnen invoeren. Uit de rechtspraak van de Europese Commissie te Straatsburg vloeit voort dat dit artikel ten aanzien van de overheid niet alleen een negatieve verplichting inhoudt (gij zult niet doden), maar ook een positieve verplichting tot een prestatie, namelijk de bescherming van het leven.

Zo stelde de Commissie in 1978: «*La première phrase de l'article 2 impose à l'état une obligation plus large que celle que contient la deuxième phrase.*

ou l'incompréhension à l'égard des personnes très vulnérables.

On agirait erronément si, par optimisme immodéré, on fermait les yeux sur ce genre de situation. Notre société est connue pour sa réglementation poussée dans la plupart des domaines. Il serait pour le moins étrange que, dans un tel contexte, la résolution des problèmes relatifs à la fin de la vie soit laissée à la bonne volonté des différentes personnes concernées. De ce point de vue aussi, on doit élaborer une réglementation s'appuyant sur le fait que l'autodétermination est absolument insuffisante.

Une autre question qui n'est pas moins importante est celle de savoir dans quelle mesure une réglementation qui s'appuie sur l'autodétermination du patient est compatible avec la Convention européenne pour la protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Dans cette convention, le droit à l'autodétermination n'est pas reconnu. L'article 2 stipule en revanche que:

«1. Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

2. La mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire:

- a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale;
- b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue;
- c) ...»

Jusqu'à présent, dans ce débat, on a consacré peu d'attention à la portée de cet article et au fait de savoir si l'euthanasie volontaire peut être considérée comme compatible avec le principe de la protection de la vie qui est établi ici.

Les termes de la première phrase de l'article 2 sont très généraux. La loi doit protéger la vie de chacun, ce qui implique que l'on doit toujours pouvoir invoquer sa protection. La jurisprudence de la Commission européenne de Strasbourg fait apparaître que cet article contient non seulement une obligation négative à l'égard des pouvoirs publics (tu ne tueras pas) mais également une obligation positive de prestation, à savoir la protection de la vie.

Ainsi, la Commission stipulait en 1978: «*La première phrase de l'article 2 impose à l'état une obligation plus large que celle que contient la deuxième*

L'idée que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi enjoint à l'état non seulement à s'abstenir de donner la mort intentionnellement mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie. »

Artikel 2 bepaalt derhalve dat de overheid het recht op leven via actief ingrijpen moet beschermen, maar zegt niet op welke wijze ze dit moet doen. Het spreekt voor zich dat het strafrechtelijk verbod op moord en doodslag hiervan de veruitwendiging zijn. De Commissie verklaarde echter dat artikel 2 ook impliceert dat men de verantwoordelijkheid van de arts voor het overlijden van zijn patiënt moet kunnen vaststellen. Volgens de Commissie houden de positieve verplichtingen die de Staat heeft met het oog op de bescherming van het leven onder meer in: « *la mise en place par les hôpitaux de mesures réglementaires propres à assurer la protection de leurs malades* » en verder « *l'obligation d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir le constat d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants* ».

Uit artikel 2 vloeien derhalve een aantal positieve verplichtingen voor de overheid voort, die trouwens door alle westerse samenlevingen worden erkend.

Kan men in dit kader nu verklaren dat iedereen weliswaar de bescherming van de wet heeft, maar van deze bescherming kan afzien? Het antwoord hierop is onmiskenbaar negatief. De rechtsliteratuur laat er immers geen enkele twijfel over bestaan dat deze bepalingen van openbare orde zijn.

Wat dit concreet betekent blijkt onder meer uit de rechtspraak over artikel 6 van het verdrag, dat iedereen een onafhankelijke en onpartijdige rechtbank bij de beslechting van geschillen garandeert. Bepalingen in een overeenkomst waarin van dit recht afstand wordt gedaan, worden stelselmatig als nietig beschouwd.

Zo ook kan de toestemming van de patiënt of zijn vraag om zijn leven te beëindigen nooit een voldoende rechtvaardigingsgrond zijn om van de bescherming die artikel 2 van het verdrag garandeert, af te zien.

De reden waarom de auteurs van het verdrag voor dit concept hebben gekozen, hangt in belangrijke mate samen met de tijd waarin de tekst tot stand is gekomen. Na de ervaring van de Tweede Wereldoorlog achtte men het noodzakelijk dat internationale rechtenverklaringen een borg dienen te zijn tegen willekeurig optreden ten aanzien van de burger. Men heeft duidelijk willen maken dat de mens geen eiland is.

In « *Les mandarins* » confronteert Simone de Beauvoir een persoon die zelfmoord wil plegen en bedenkt dat zij haar eigen leven in handen heeft, met haar dochter. Na deze confrontatie komt zij evenwel

phrase. L'idée que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi enjoint à l'état non seulement à s'abstenir de donner la mort intentionnellement mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie. »

L'article 2 détermine par conséquent que les pouvoirs publics doivent protéger le droit à la vie de manière active, mais il ne dit pas de quelle manière ils doivent procéder. Il va de soi que l'interdiction pénale de meurtre et celle d'homicide en sont l'expression. La Commission a cependant déclaré que l'article 2 implique aussi qu'on doit pouvoir déterminer la responsabilité du médecin dans le décès de son patient. Selon la Commission, les obligations positives de l'État en vue de protéger la vie sont notamment: « *la mise en place par les hôpitaux de mesures réglementaires propres à assurer la protection de leurs malades* » et plus loin « *l'obligation d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir le constat d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants* ».

De l'article 2 découlent plusieurs obligations positives pour les autorités, obligations par ailleurs reconnues par toutes les sociétés occidentales.

Dans ce contexte, peut-on déclarer que chacun bénéficie de la protection de la loi tout en ayant la possibilité de renoncer à cette protection? La réponse à cette question est indiscutablement négative. La littérature juridique ne laisse planer aucun doute sur le fait que ces dispositions sont d'ordre public.

La jurisprudence relative à l'article 6 de la convention, qui garantit que toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue par un tribunal indépendant et impartial, nous apprend ce que cela signifie concrètement. Toute disposition d'une convention qui ne respecte pas ce droit est systématiquement considérée comme nulle.

Ainsi, l'autorisation ou la demande du patient que l'on mette fin à ses jours ne peut jamais constituer une justification suffisante permettant de renoncer à la protection garantie par l'article 2 de la convention.

La raison pour laquelle les auteurs de la convention ont opté pour ce concept est liée en grande partie à l'époque à laquelle le texte a été rédigé. Après avoir connu la Seconde guerre mondiale, on estimait nécessaire de protéger le citoyen contre des décisions arbitraires au moyen de déclarations internationales. On a voulu faire comprendre que l'être humain ne vit pas seul.

Dans *Les mandarins*, Simone de Beauvoir décrit la confrontation qui a lieu entre, d'une part, une personne qui veut se suicider parce qu'elle imagine avoir sa propre vie entre ses mains et, d'autre part, la

tot het besluit dat zij haar eigen dood wel in de hand heeft, « *mais ce sont les autres qui la vivent* ».

Artikel 2 is de uiting van de gedachte dat het recht op leven geen eigendomsrecht is. Het is de wet die in alle omstandigheden het leven met beschermen.

Belangrijk in dit verband is nog de beslissing van 4 oktober 1989, waarbij de Commissie oordeelde over de vraag van een persoon die tot levenslange hechtenis veroordeeld was, dat hem door de gevangenisautoriteiten de nodige middelen ter beschikking zouden worden gesteld om zijn leven te beëindigen. De betrokkene bevond zich in een psychische noodsituatie: hij kon zijn straf niet langer dragen. De Commissie oordeelde klaar en duidelijk dat dit niet kon aanvaard worden aangezien een dergelijke handelwijze in strijd zou zijn met artikel 2 van het verdrag, dat de Staten de verplichting oplegt het leven te beschermen.

Hiermee is het debat evenwel niet beëindigd. Het recht moet rekening houden met de maatschappelijke realiteit en een oplossing trachten te bieden voor de moeilijkheden die zich in de samenleving voordoen.

Spreker gaat daarom in op de vraag inzake mogelijke conflicten tussen de verplichtingen opgelegd in artikel 2, en andere rechten die aan het individu worden toegekend.

Zo zou het uitvoeren van zinloze medische handelingen in strijd kunnen zijn met artikel 3 van het verdrag: «Niemand mag worden onderworpen aan foltering en noch aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen.»

Het is hierbij belangrijk dat verschillende zaken niet door elkaar worden gehaald. Zo moet een onderscheid worden gemaakt tussen de weigering om zinloze en zware therapeutische behandelingen te ondergaan enerzijds en de vraag om euthanasie anderzijds. Met name in artikel 4 van het wetsvoorstel nr. 2-244 worden dergelijke situaties met elkaar vermengd.

De vraag hierbij is waar de grens ligt tussen medisch zinloos en medisch zinvol handelen. Moet meer in het bijzonder de mogelijkheid van het toedienen palliatieve zorg in een crisissituatie tot het besluit leiden dat euthanasie niet het enige middel is om deze crisissituatie het hoofd te bieden? Is, met andere woorden, de beschikbaarheid van palliatieve zorg een alternatief voor euthanasie om uit de crisissituatie te komen?

De spreker verwijst naar het boek «*Le grand secret*» dat werd geschreven door dokter Gubler, de arts van president Mitterrand, en waarin de ziektegeschiedenis van de president, die sinds 1981 aan kanker leed, wordt beschreven. In dit boek verklaart de auteur dat het niet mogelijk is met zekerheid te stel-

fille de cette personne. Après la confrontation, cette personne en arrive à la conclusion qu'elle a effectivement sa mort entre ses mains, « *mais ce sont les autres qui la vivent* ».

L'article 2 traduit la pensée que le droit exercé sur la vie ne constitue pas un droit de propriété. C'est la loi qui, en toutes circonstances, doit protéger la vie.

Il faut également noter l'importante décision du 4 octobre 1989 prise par la Commission sur le cas d'une personne condamnée à la détention à perpétuité qui avait demandé aux autorités pénitentiaires de mettre à sa disposition les moyens nécessaires pour mettre fin à sa vie. Cette personne se trouvait dans une situation de détresse psychique: elle ne pouvait supporter sa peine plus longtemps. La Commission a jugé très clairement que cette demande était inacceptable. En effet, accéder à cette demande aurait été en contradiction avec l'article 2 de la convention, qui impose aux États l'obligation de protéger la vie.

Ceci ne clôt toutefois pas le débat. Le droit doit tenir compte des réalités sociales et tenter de proposer une solution aux difficultés qui apparaissent dans la société.

C'est pourquoi l'intervenant s'attarde sur la question relative aux conflits possibles entre les obligations imposées par l'article 2 et les autres droits accordés à l'individu.

Ainsi, l'administration de traitements médicaux inutiles pourrait être en contradiction avec l'article 3 de la convention: «Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants.»

Il importe de ne pas confondre des situations différentes et de distinguer ainsi le refus de subir des traitements thérapeutiques lourds et inutiles, d'une part, et la demande d'euthanasie, d'autre part. L'article 4 de la proposition de loi n° 2-244 ne fait en effet pas la distinction entre ces situations.

La question est dès lors de savoir où se trouve la limite entre les traitements utiles et les traitements inutiles. En particulier, la possibilité d'administrer des soins palliatifs dans une situation de crise doit-elle nous amener à conclure que l'euthanasie n'est pas le seul moyen de faire face à une situation de crise? En d'autres termes, les soins palliatifs constituent-ils une alternative à l'euthanasie pour sortir d'une situation de crise?

L'intervenant renvoie au livre *Le grand secret* dans lequel le docteur Gubler, le médecin de François Mitterrand, décrit l'histoire de la maladie du président atteint d'un cancer depuis 1981. L'auteur explique dans ce livre qu'il n'est pas possible de déterminer avec exactitude si une situation terminale concrète

len of een concrete terminale situatie beantwoordt aan het zinloos lijden dat een patiënt *in abstracto* in zijn testament heeft willen vermijden. Men mag niet uitsluiten dat het vermogen van de patiënt om het levenseinde zinvol te beleven toeneemt op het ogenblik dat hij in concreto met de terminale fase van zijn leven wordt geconfronteerd.

In verband met de palliatieve zorg die de president in het laatste anderhalve jaar van zijn leven ondergaan heeft, schrijft de auteur:

« Si d'un côté tout le monde refuse la souffrance et la déchéance, de l'autre tout le monde veut continuer à vivre. Même chez les êtres les plus lucides, les plus forts mentalement, au fur et à mesure que l'heure approche on voit se nuancer la revendication d'une mort digne. Ce que l'on croyait être une vérité à un moment de sa vie ne l'est plus face à la maladie. François Mitterrand a suivi le même chemin. Si en 1981, on lui avait appris qu'on se livrerait à un tel acte sur lui (cf. verzorging en begeleiding) il aurait hurlé que jamais il ne l'autoriserait. Pourtant depuis il l'a accepté. Peu d'hommes lucides savent refuser une proposition palliative qui leur permet de vivre correctement. »

Dit citaat toont de complexiteit van de situatie waarin de ongeneeslijke patiënt zich bevindt en de mogelijkheden die de geneeskunde biedt om te verhinderen dat de patiënt in een mensonwaardige toestand terecht komt.

Tegelijk toont het aan dat, wanneer een patiënt in een onmenselijke en vernederende situatie terecht komt, men wordt geconfronteerd met een conflict van grondrechten, omschreven in de artikelen 1 en 2 van het Europees Verdrag over de rechten van de mens.

Niemand kan de Staat aansprakelijk achten voor al het lijden in de samenleving. Wanneer echter een arts die het leven beëindigt van een patiënt die hierom vraagt en op geen enkele andere wijze van zijn ondraaglijk lijden kan worden verlost, strafrechtelijk wordt vervolgd voor moord of doodslag, zou men kunnen stellen dat een dergelijke interpretatie van de strafwet strijdig is met artikel 3 van het Europees Verdrag over de rechten van de mens.

Essentieel hierbij is dat de betrokken arts geen enkel andere mogelijkheid, bijvoorbeeld palliatieve zorg, heeft om het ondraaglijk lijden van de patiënt te verzachten. Artikel 3 van het Europees Verdrag moet immers altijd samen worden gelezen met artikel 2. Er moet een duidelijke conflictsituatie zijn tussen de beide artikelen. Zij vormen geen alternatieven waaruit kan worden gekozen.

Spreker concludeert uit het voorgaande dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 strijdig is met het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens omdat het:

— veel te algemeen is geformuleerd;

correspond à la souffrance inutile que le patient dit vouloir éviter de manière abstraite dans son testament. On ne peut exclure que la capacité du patient à donner un sens à sa fin de vie augmente au moment où il est confronté concrètement avec la phase terminale de sa vie.

À propos des soins palliatifs dont le président a bénéficié pendant les dix-huit derniers mois de sa vie, l'auteur écrit:

« Si d'un côté tout le monde refuse la souffrance et la déchéance, de l'autre tout le monde veut continuer à vivre. Même chez les êtres les plus lucides, les plus forts mentalement, au fur et à mesure que l'heure approche on voit se nuancer la revendication d'une mort digne. Ce que l'on croyait être une vérité à un moment de sa vie ne l'est plus face à la maladie. François Mitterrand a suivi le même chemin. Si en 1981, on lui avait appris qu'on se livrerait à un tel acte sur lui (cf. soins et accompagnement) il aurait hurlé que jamais il ne l'autoriserait. Pourtant depuis il l'a accepté. Peu d'hommes lucides savent refuser une proposition palliative qui leur permet de vivre correctement. »

Cette citation montre la complexité de la situation dans laquelle se trouve le patient incurable et les possibilités offertes par la médecine pour éviter que le patient se retrouve dans une situation indigne.

Elle montre également que, lorsqu'un patient se retrouve dans une situation inhumaine et dégradante, on est confronté à un conflit des droits fondamentaux décrits aux articles 1^{er} et 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Personne ne peut rendre l'État responsable de toutes les souffrances de la société. Cependant, il arrive qu'un médecin fasse l'objet de poursuites pénales pour assassinat ou homicide lorsqu'il met fin à la vie d'un patient qui le demande et qui ne peut être libéré de sa souffrance insupportable par aucun autre moyen. On pourrait alors dire que cette interprétation du Code pénal est contraire à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Il est essentiel que le médecin en question n'ait aucune autre possibilité, par exemple les soins palliatifs, pour atténuer la douleur insupportable du patient. Il faut en effet toujours lire l'article 3 de la Convention européenne en même temps que l'article 2. Il doit clairement y avoir une situation conflictuelle entre les deux articles. On ne peut choisir à sa meilleure convenance l'un ou l'autre article.

L'orateur en conclut que la proposition de loi n° 2-224/1 est contraire à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme parce que:

— sa formulation est beaucoup trop générale;

— ten aanzien van de patiënt de bescherming van de wet bij het einde van het leven ontnemt;

— niemand kan worden gedwongen onmenselijke behandelingen te ondergaan, maar de onmenselijkheid van de behandeling slechts als een grond voor levensbeëindiging kan worden ingeroepen indien er geen enkel alternatief voorhanden is; indien er met andere woorden een manifest conflict is tussen de artikelen 2 en 3 van het verdrag.

Dit laatste impliceert dat een oplossing van deze problematiek slechts mogelijk is door een beroep te doen op de noodtoestand.

Vervolgens wenst het lid in te gaan op een onderwerp dat reeds door verschillende andere sprekers is aangeraakt, namelijk de noodzaak van een regeling die de nodige rechtszekerheid biedt.

Het spreekt voor zich dat de rechtszekerheid van een totaal andere orde is dan het zekerheidsbegrip in de positieve wetenschappen.

Het bieden van rechtszekerheid houdt in dat de rechtsonderhorige in vertrouwen zijn gedrag moet kunnen richten op de rechtsregel. Dit veronderstelt in de eerste plaats dat met heldere concepten wordt gewerkt. Het moet mogelijk zijn om bij redelijke analyse van de teksten, te voorspellen wat de juridische gevolgen zullen zijn van de handelingen die men stelt. Vage begripsomschrijvingen zoals die voorkomen in het voorstel nr. 2-244/1, zijn daarom niet verzoenbaar met de rechtszekerheid.

Bij de beoordeling van medische handelingen kan de rechtszekerheid meestal pas na de handeling tot stand worden gebracht. Wie er de jurisprudentie over deze materie op naslaat, stelt vast dat de rechtbanken steeds meer overgaan tot de toetsing van medische handelingen achteraf. Dit heeft tot gevolg dat artsen soms voor grote verrassingen komen te staan.

Wanneer men tot een regulering (niet legalisering) van euthanasie wenst over te gaan, moet deze aan de artsen voldoende rechtszekerheid moet bieden. Dit is alleen mogelijk door formules met betrekking tot een *a priori* toetsing uit te werken, zodat het volgen van welbepaalde parameters de geneesheer er in redelijkheid van verzekert dat hij binnen de grenzen van het toelaatbare heeft gehandeld.

Men kan met andere woorden de arts geen rechtszekerheid « *in abstracto* » bieden. Rechtszekerheid kan alleen worden gegarandeerd door *in concreto* voldoende waarborgen in te bouwen. Deze waarborgen moeten er niet alleen zijn om de patiënt te beschermen tegen willekeur, maar ook voor de geneesheer die anders altijd geremd zal zijn in zijn handelen omdat hij niet weet waaraan zich te houden.

Het argument dat rechtszekerheid wordt geboden door euthanasie uit het strafrecht te halen gaat derhalve niet op. De rechtszekerheid voor de patiënt

— elle prive le patient en fin de vie de la protection de la loi;

— on ne peut obliger personne à subir des traitements inhumains, mais que l'inhumanité d'un traitement ne peut être invoquée pour mettre fin à la vie que s'il n'existe aucune alternative; autrement dit, s'il y a un conflit manifeste entre les articles 2 et 3 de la convention.

Ce dernier point implique qu'il n'est possible de résoudre ce problème qu'en faisant appel à l'état de nécessité.

Le membre souhaite ensuite s'attarder sur un sujet déjà abordé par plusieurs orateurs, à savoir la nécessité d'une réglementation garantissant l'indispensable sécurité juridique.

Il va de soi que la sécurité juridique est d'un tout autre ordre que le concept de sécurité dans les sciences positives.

La sécurité juridique implique que le justiciable puisse aligner en confiance son comportement sur la règle de droit. Cela suppose en premier lieu que l'on utilise des concepts clairs. Il doit être possible, par une analyse raisonnée des textes, de prévoir quelles seront les conséquences juridiques des actes que l'on pose. C'est pourquoi des définitions vagues, telles qu'elles apparaissent dans la proposition n° 2-244/1, ne sont pas conciliables avec la sécurité juridique.

Lors du jugement d'actes médicaux, la sécurité juridique ne peut également être établie qu'après que l'acte a été posé. Si l'on examine la jurisprudence relative à cette matière, on constate que les tribunaux procèdent de plus en plus souvent au contrôle *a posteriori* des actes médicaux, ce qui entraîne parfois de grandes surprises pour les médecins.

Si l'on souhaite procéder à une régulation (non à une légalisation) de l'euthanasie, il faut que celle-ci offre aux médecins une sécurité juridique suffisante. Celle-ci n'est possible que si l'on développe des formules de contrôle *a priori* permettant au médecin, s'il respecte certains paramètres bien définis, d'être raisonnablement sûr d'avoir agi dans les limites de ce qui est autorisé.

Autrement dit, on ne peut garantir au médecin une sécurité juridique purement abstraite. On ne peut offrir la sécurité juridique qu'en élaborant suffisamment de garanties concrètes. Ces garanties ne doivent pas seulement défendre le patient face à l'arbitraire, mais également le médecin qui, sinon, sera toujours freiné dans ses actes parce qu'il ne sait pas à quoi s'en tenir.

Dès lors, l'argument qui consiste à dire que la dépenalisation de l'euthanasie implique la sécurité juridique, ne tient pas debout. Au contraire, la dépenalisa-

wordt er integendeel door ondermijnd omdat die onvoldoende rechtsbescherming heeft. De arts van zijn kant heeft onvoldoende referentiepunten om er redelijkerwijze van uit te kunnen gaan dat zijn medisch handelen achteraf niet wordt gesanctioneerd.

Spreeker gaat hierna in op een essentieel aspect van het wetsvoorstel dat hij, samen met een aantal andere leden van de zijn fractie heeft ingediend. Euthanasie dient in de optiek van dit wetsvoorstel te worden gereguleerd via de techniek van de noodtoestand en kan derhalve niet uit het strafrecht worden gehaald. Dit is geen louter symbolische aangelegenheid.

In zijn tussenkomst steunde een lid op het cassatiearrest van 13 mei 1987 om te verklaren dat het begrip «noodtoestand» geen «afgezwakte» versie is van artikel 71 van het Strafwetboek, maar een breder algemeen beginsel. Wie er de rechtspraak op naslaat zal evenwel vaststellen dat de noodtoestand sinds 1987 in meerdere arresten van het Hof van Cassatie als een toepassing van voormelde artikel 71 is gehanteerd.

De definitie die het Hof van Cassatie al zeer lang hanteert is voldoende gekend, namelijk dat de noodtoestand een rechtvaardigingsgrond uitmaakt als er verschillende voorwaarden vervuld zijn, te weten dat de waarde van hetgeen wordt prijs gegeven lager moet zijn dan of althans gelijk moet zijn aan de waarde van het goed dat men wil vrijwaren, dat het te vrijwaren recht of belang een dadelijk en ernstig gevaar moet lopen, dat het kwaad alleen door het misdrijf kan worden voorkomen en dat de betrokkene de aangenomen noodtoestand niet zelf heeft doen ontstaan.

Deze definitie wordt gehanteerd in onder meer de cassatiearresten van 28 april 1999, 26 juni 1996, 5 april 1996 en 10 januari 1995. In dit laatste arrest heeft het Hof de schending van artikel 71 als een middel van openbare orde ambtshalve ingeroepen. Er kan derhalve geen twijfel over bestaan dat de noodtoestand in ons recht erkend is en dat hij voortvloeit uit artikel 71 van het Strafwetboek.

Zoals ook in het wetsvoorstel nr. 2-160/1 is gepreciseerd, impliceert de noodtoestand een conflict van rechten waarbij het ene van een lagere waarde is dan het andere of, bij gelijkwaardigheid, het behoud van de ene waarde het verlies van de andere impliceert.

Het wetsvoorstel erkent dat bij het einde van het leven de arts voor de cruciale keuze kan worden geplaatst tussen enerzijds de patiënt hulp en bijstand te verlenen en hem maximaal een menswaardig bestaan te verzekeren en anderzijds het behoud van het menselijk leven. Indien men eerlijk is, kan niet worden volgehouden dat deze situatie niet beantwoordt aan het juridische begrip van noodtoestand zoals dat door het Hof van Cassatie is gedefinieerd.

Spreeker merkt op dat er buiten de juridische wereld veel onduidelijkheid bestaat over het begrip noodtoe-

tion affaiblit la sécurité juridique du patient car ce dernier bénéficierait alors d'une protection juridique insuffisante. De son côté, le médecin ne disposerait pas de suffisamment de points de repère pour être raisonnablement sûr que ses actes médicaux ne seront pas sanctionnés *a posteriori*.

L'orateur s'attarde ensuite sur un aspect essentiel de la proposition de loi qu'il a déposée avec plusieurs membres de son groupe. Cette proposition préconise de réguler l'euthanasie par la technique de l'état de nécessité. L'euthanasie ne peut dès lors pas être dépenalisée. Cette proposition n'est pas qu'une affaire de symboles.

Dans son intervention, un membre s'appuie sur l'arrêt de la Cour de cassation du 13 mai 1987 pour déclarer que le concept d'«état de nécessité» ne constitue pas une version «affaiblie» de l'article 71 du Code pénal, mais un principe plus général. En examinant la jurisprudence, on remarquera toutefois que depuis 1987, la Cour de cassation a invoqué dans plusieurs arrêts l'état de nécessité en application de l'article 71.

La définition utilisée depuis très longtemps par la Cour de cassation est suffisamment connue: l'état de nécessité constitue une cause de justification lorsque plusieurs conditions sont remplies, à savoir que la valeur de ce à quoi on renonce est inférieure ou égale à la valeur du bien que l'on veut préserver, que le droit ou l'intérêt à préserver court un danger grave et imminent, que le mal ne peut être évité que par le délit et que la personne concernée n'a pas engendré elle-même l'état de nécessité.

Cette définition apparaît entre autres dans les arrêts de la Cour de cassation des 28 avril 1999, 26 juin 1996, 5 avril 1996 et 10 janvier 1995. Dans ce dernier arrêt, la Cour invoque la violation de l'article 71 comme un moyen d'ordre public. Il est donc indubitable que notre droit reconnaît l'état de nécessité et que celui-ci découle de l'article 71 du Code pénal.

Comme le précise la proposition de loi n° 2-160/1, l'état de nécessité implique un conflit d'intérêts lorsqu'une valeur est moins importante que l'autre ou, en cas d'égalité des valeurs, lorsque la conservation d'une valeur implique la perte de l'autre.

La proposition de loi reconnaît qu'à la fin de la vie, le médecin peut se trouver devant le choix crucial suivant: d'une part, aider le patient et lui assurer une existence la plus digne possible et, d'autre part, maintenir la vie humaine. On ne peut honnêtement prétendre que cette situation ne correspond pas au concept juridique d'état de nécessité tel que la Cour de cassation le définit.

L'orateur fait remarquer qu'en dehors du monde de la justice, peu de gens savent exactement ce que

stand omdat het vaak verward wordt met de individuele noodsituatie. Dit zijn echter twee totaal verschillende zaken. Waar de juridische noodtoestand een geobjectiveerd begrip is, steunt de individuele noodsituatie vooral op een subjectief aanvoelen.

Fundamenteel ten aanzien van het euthanasievraagstuk is dat de noodtoestand slechts kan worden ingeroepen indien er geen alternatief is. Dit is ook de redenering in het arrest van de Nederlandse Hoge Raad van 21 juni 1994, waar uitspraak werd gedaan over de vraag of euthanasie kon worden toegepast op een psychiatrische patiënt. De Hoge Raad oordeelde dat men zich niet op een noodtoestand kan beroepen indien er een reëel alternatief is om het lijden te verzachten dat echter door de patiënt in volle vrijheid wordt afgewezen.

Spreker merkt op dat het bovenstaande meteen duidelijk maakt waarom het wetsvoorstel nr. 2-160/1 een dermate groot belang hecht aan palliatieve zorgverlening. Het is een signaal dat er in de grote meerderheid van de gevallen wel degelijk alternatieven zijn voor levensbeëindiging. In die gevallen kan er geen sprake zijn van een noodtoestand die euthanasie rechtvaardigt.

In tegenstelling tot wat sommigen beweren, bestaan er tussen de beide oplossingen, depenalisering of een beroep op de noodtoestand, grondige juridische verschillen die niet als van louter symbolische aard kunnen worden afgedaan.

Deze zienswijze wordt in belangrijke mate bepaald door de functies die het strafrecht in de samenleving heeft.

Door een bepaalde handelwijze strafrechtelijk te beteugelen wordt er extra nadruk op gelegd. Men zegt iets over deze handelwijze op een wijze die sterker is dan een gewone mededeling of uiteenzetting.

Het doel van het strafrecht kan niet louter instrumenteel zijn. Het heeft verschillende functies waarvan het vermijden van schade en delicten er maar één is. Wanneer een strafbepaling niet tevens een waardeoordeel zou kunnen inhouden, dan wordt zij, enigszins overtrokken, een soort accijns. Diefstal of doodslag zouden aanvaardbaar worden geacht indien men bereid is de prijs hiervoor, in de vorm van gevangenisstraf, te betalen.

Wanneer de samenleving een bepaalde handeling in het strafrecht opneemt, spreekt zij hierover tegelijk een oordeel uit. In de context van dit debat betekent dit dat een principieel verbod op euthanasie in het strafrecht tegelijk een signaal is dat het hier geen normale medische handeling betreft. Omgekeerd zou een depenalisering van euthanasie een signaal zijn dat het hier om een gewone medische handeling gaat, en dit zou het patroon van de verwachtingen rondom het sterfbed ingrijpend kunnen veranderen.

recouvre le terme « état de nécessité » car ils le confondent souvent avec une situation de détresse individuelle. Il s'agit pourtant de deux concepts totalement différents. Alors que l'état de nécessité juridique constitue un concept objectivé, la situation de détresse individuelle s'appuie principalement sur une perception subjective.

L'état de nécessité ne peut être invoqué qu'en l'absence d'alternative. C'est fondamental dans le cas de l'euthanasie. C'est également le raisonnement tenu dans l'arrêt du *Hoge Raad* néerlandais du 21 juin 1994 qui se prononçait sur la question de savoir si l'on peut euthanasier un patient bénéficiant de soins psychiatriques. Le *Hoge Raad* avait estimé que l'on ne pouvait invoquer l'état de nécessité s'il existe une alternative réelle pour atténuer la souffrance pourtant refusée en toute liberté par le patient.

L'intervenant fait remarquer qu'on comprend tout de suite, à la lumière de ce qui précède, pourquoi la proposition de loi n° 2-160/1 attache une telle importance aux soins palliatifs. Il s'agit d'un signal qui montre que dans la grande majorité des cas, il y a bel et bien des alternatives à l'arrêt de la vie. Dans ces cas-là, il ne peut être question d'un état de nécessité qui justifierait l'euthanasie.

Contrairement à ce que certains affirment, il existe entre les deux solutions, la dépenalisation ou le recours à l'état de nécessité, d'importantes différences juridiques qui sont loin d'être purement symboliques.

Cette manière de voir est dans une large mesure déterminée par des fonctions du droit pénal dans la société.

En soumettant une certaine manière d'agir au droit pénal, on la met davantage en évidence que par une simple déclaration ou explication.

L'objectif du droit pénal ne peut être purement instrumental. Il remplit plusieurs fonctions. Celle d'éviter les préjudices et délits n'en représente qu'une parmi d'autres. Si une disposition pénale ne pouvait en même temps contenir un jugement de valeur, elle serait, en exagérant quelque peu, une sorte d'accise. On considérerait comme acceptables le vol ou l'homicide pour autant que l'on soit prêt à en payer le prix sous la forme d'une peine de prison.

Lorsque la société intègre un certain type d'agissements au Code pénal, elle lui associe un jugement. Dans le contexte de ce débat, cela veut dire qu'une interdiction de principe de l'euthanasie dans le Code pénal signifie en même temps qu'il ne s'agit pas d'un traitement médical ordinaire. Inversement, une dépenalisation signifierait qu'il s'agit bel et bien d'un traitement médical ordinaire, ce qui pourrait modifier profondément l'ordre des attentes autour du lit du mourant.

De Nederlandse auteur Switters zegt hierover het volgende: «Wat eens verboden was, wordt een keuzemogelijkheid en wat een keuzemogelijkheid is, wordt ontvankelijk voor de druk die in sociale afhankelijkheden en psychische onmacht besloten ligt. Juist een cultuur als de westerse, waarin mensen een allesbehalve gemakkelijke relatie met de dood hebben, is daarvoor kwetsbaar. Velen lijken een strafrechtelijk verbod te prefereren in de overtuiging een heilige grens te moeten respecteren: euthanasie mag niet als een handelingsmogelijkheid in het dagelijkse spraakgebruik worden opgenomen, hooguit gemaskeerd door andere definities bij uitzondering worden toegelaten».

Als men dit uitgangspunt aanvaardt, is het begrip «noodtoestand» de meest voor de hand liggende oplossing is om in welbepaalde omstandigheden een antwoord te bieden op de vraag van de patiënt zijn leven te beëindigen.

Sommigen zijn van oordeel dat het feit dat het invoeren van de noodtoestand aan een aantal wettelijke voorwaarden wordt gekoppeld, precies de ontkenning inhoudt dat het om een noodtoestand gaat. De artsen verklaren van hun kant dat zij ook nu, binnen de algemene medische deontologie, een beroep kunnen doen op de noodtoestand.

Een dergelijke verklaring kan echter niet volstaan. Er moet een kader worden gecreëerd om enerzijds de besluitvorming transparant te maken en de patiëntenrechten te verzekeren en anderzijds de arts de nodige rechtszekerheid te bieden. De concretisering van de voorwaarden waaronder een noodtoestand kan worden ingeroepen, heeft derhalve niets vandoen met een ontkenning van het feit dat er een noodtoestand is, maar strekt er uitsluitend toe dat de beslissingen worden genomen binnen een kader dat zowel voor de patiënt als voor de arts de vereiste garanties biedt.

Het lid meent dat dit de achtergrond is waartegen het derde voorstel van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek moet worden geplaatst. Een overleg *a priori* dient niet om de patiënt te betuttelen maar is noodzakelijk ter ondersteuning van de besluitvorming en om de rechtszekerheid van de verschillende betrokkenen te garanderen. De keuze voor de term «overleg» in plaats van «controle» is hier een welbewuste keuze omdat aan dit laatste begrip een positieve invulling dient te worden gegeven.

Het spreekt voor zich dat in een dergelijke optie ook de controle *a posteriori* zeer belangrijk is. Het wetsvoorstel nr. 2-244/1, dat louter voorziet in het doorzenden van het dossier aan het parket, laat wat dit betreft sterk te wensen over. Het wetsvoorstel nr. 2-160/1 biedt terzake betere garanties aan de patiënt, maar ook aan de arts, onder meer door, via een gerechtsarts, een buffer in te bouwen vooraleer het dossier bij het parket terecht komt. In een dergelijk systeem is er ruimte voor overleg en zijn er moge-

L'auteur néerlandais Switters écrit à ce propos: «Ce qui était autrefois interdit devient une option et ce qui est une option devient perméable à la pression que renferment les dépendances sociales et l'impuissance psychique. Cette évolution fragilise particulièrement la culture occidentale dans laquelle la population entretient une relation avec la mort qui est loin d'être facile. Nombreux sont ceux qui préfèrent une interdiction pénale, étant convaincus de devoir respecter une frontière sacrée: le terme euthanasie ne peut être cité dans le langage courant en tant que traitement possible, tout au plus est-il autorisé exceptionnellement lorsque masqué par d'autres définitions.»

Si l'on part de ce principe, le concept d'«état de nécessité» constitue la solution la plus évidente pour rencontrer, dans des circonstances bien définies, la demande du patient de mettre fin à sa vie.

Certains sont d'avis que le fait que l'on puisse invoquer l'état de nécessité que sous certaines conditions légales prouve qu'il ne s'agit pas d'un état de nécessité. De leur côté, les médecins déclarent que leur déontologie médicale générale les autorise aujourd'hui à invoquer l'état de nécessité.

Une telle déclaration ne peut toutefois suffire. Il est nécessaire de créer un cadre pour, d'une part, rendre la prise de décision transparente et garantir les droits du patient et, d'autre part, donner au médecin la sécurité juridique nécessaire. La concrétisation des conditions dans lesquelles on peut invoquer un état de nécessité ne revient absolument pas à nier l'existence de l'état de nécessité, mais a pour seul objectif que les décisions soient prises dans un cadre qui offre les garanties exigées tant par le patient que par le médecin.

Le membre pense que ceci constitue le contexte dans lequel il faut replacer la troisième proposition du Comité consultatif de bioéthique. Une concertation *a priori* n'a pas pour but de mettre le patient sous tutelle, elle est nécessaire pour soutenir la prise de décision et garantir la sécurité juridique des différentes parties. Le choix du terme «concertation» en lieu et place de «contrôle» constitue ici un choix délibéré car il convient de donner à ce concept une connotation positive.

Il va de soi que, dans cette optique, le contrôle *a priori* revêt également une grande importance. La proposition de loi n° 2-244/1, qui prévoit uniquement la transmission du dossier au parquet, laisse à cet égard beaucoup à désirer. La proposition de loi n° 2-160/1 offre de meilleures garanties au patient ainsi qu'au médecin, notamment en insérant un tampon, en la personne d'un médecin légiste, avant que le dossier n'aboutisse au parquet. Ce système rend possible la concertation et la prise de décision objecti-

lijkheden om tot een objectiverende besluitvorming te komen zonder meteen in de criminele sfeer te belanden.

Hij kan aannemen dat niet alle leden van deze commissies de hiervoor uiteengezette standpunten delen. Hopelijk kunnen zij echter begrip opbrengen voor de onderliggende ideeën die maken dat de keuze voor een behoud van euthanasie in het strafrecht, meer is dan een louter symbolische aangelegenheid. Indien men bereid is, los van partijpolitieke overwegingen, in deze richting verder te denken is een toenadering tussen de visies in deze commissies zeker mogelijk.

Spreker vervolgt dat er overigens, naast deze principiële verschillen, ook belangrijke verschillen zijn op het juridisch-technische vlak, tussen een depenalisering van euthanasie en een beroep op de noodtoestand. Deze hebben te maken met de wijze waarop de strafwet wordt geredigeerd, waarop de bewijslast wordt georganiseerd en waarop het strafrecht wordt geïnterpreteerd.

Indien euthanasie, met inachtnaam van een aantal zorgvuldigheidseisen, wordt gedepenaliseerd, bestaat er een wettelijk vermoeden dat het een rechtmatige handeling betreft. Het is dan aan de procureur des Konings om te bewijzen dat de wettelijke voorwaarden niet werden nageleefd. De strafbaarstelling wordt restrictief geïnterpreteerd.

Indien daarentegen een beroep wordt gedaan op de noodtoestand, blijft het principieel verbod op euthanasie in het strafrecht onaangetast. De bewijslast ligt in dit geval bij de persoon die zich op de noodtoestand beroept. Hier worden de voorwaarden voor het bestaan van de noodtoestand op een restrictieve wijze geïnterpreteerd.

Het lid is van oordeel dat een belangrijke tekortkoming in het wetsvoorstel nr. 2-244/1 bestaat in de fraudegevoeligheid van de euthanasieregeling die erin is uitgewerkt. Eerder heeft hij er reeds op gewezen dat een dergelijke regeling moet uitgaan van een « *worst case* » veronderstelling.

De recente studie van de universiteiten van Brussel, Gent en Nijmegen, waarvan andere leden al gewag hebben gemaakt, toont aan dat de controle van medische handeling *a posteriori* bijzonder moeilijk is. Zo blijkt uit de rechtspraak bijvoorbeeld hoe moeilijk het is voor de patiënt en zijn omgeving om de aansprakelijkheid van de arts bij een operatief ingrijpen te bewijzen. Het betreft hier immers handelingen die in een zeer intieme sfeer en onder narcose worden uitgevoerd.

De studie, voor zover bekend, bewijst aan dat het beschermen van de rechten van de patiënt ten aanzien van medisch handelen in de eindfase van het leven, totaal onmogelijk is indien men deze problematiek verengt tot een regeling inzake euthanasie. Bij het

vée sans se retrouver immédiatement dans la sphère criminelle.

Il peut comprendre que tous les membres de ces commissions ne partagent pas les points de vue qu'il vient d'exposer. Il espère toutefois qu'ils pourront manifester de la compréhension pour les idées sous-jacentes, à savoir que le maintien de l'euthanasie dans le droit pénal représente davantage qu'un simple symbole. Si l'on est prêt, indépendamment de toute considération politique, à continuer d'explorer cette voie, il sera possible de rapprocher les différentes visions qui coexistent au sein de ces commissions.

L'orateur poursuit en disant qu'outre ces différences de principe, il existe d'importantes différences juridiques entre une dépenalisation de l'euthanasie et le recours à l'état de nécessité. Ces différences sont liées à la manière dont la loi pénale est rédigée, dont la charge de la preuve est organisée et dont le Code pénal est interprété.

Si l'on dépenalise l'euthanasie en assortissant cette dépenalisation d'un certain nombre de critères de prudence, la loi supposera qu'il s'agit d'un acte légitime. Il appartiendra alors au procureur du Roi de prouver que les conditions légales n'ont pas été respectées. Le caractère punissable est interprété de façon restrictive.

Si par contre on fait appel à l'état de nécessité, l'interdiction fondamentale de l'euthanasie restera intacte dans le Code pénal. La charge de la preuve se trouvera alors chez la personne qui invoque l'état de nécessité. Ce sont ici les conditions d'existence de l'état de nécessité qui sont interprétées de manière restrictive.

Le membre est d'avis qu'un des défauts importants de la proposition de loi n° 2-244/1 consiste dans les possibilités de fraude que présente ce règlement de l'euthanasie. Il a déjà signalé précédemment qu'un tel règlement doit se baser sur le scénario du pire.

Une étude récente des universités de Bruxelles, Gand et Nimègue, que 'autres membres ont déjà mentionnée, montre qu'il est très difficile de contrôler des actes médicaux *a posteriori*. La jurisprudence fait ainsi apparaître combien il est difficile pour le patient et son entourage de prouver la responsabilité du médecin lors d'une intervention chirurgicale. En effet, il s'agit dans ce cas d'actes exécutés dans une sphère très intime et sous anesthésie.

Pour autant que l'on sache, l'étude démontre que la protection des droits du patient vis-à-vis du traitement médical, dans la phase terminale de la vie, est totalement impossible si on réduit cette question à une réglementation de l'euthanasie. Lorsque la mort

naderend levenseinde worden immers tal van medische beslissingen genomen die buiten de euthanasie liggen en die niet controleerbaar zijn zonder een degelijk juridisch kader. Zij worden uitgevoerd in een context die helemaal niet transparant is.

Spreker wenst tot slot nog een aantal kritische opmerkingen van meer concrete aard te formuleren bij het wetsvoorstel nr. 2-244/1.

— Uit het voorgaande blijkt dat de redactie van het artikel 417*bis* van het Strafwetboek zoals voorgesteld te ruim is opgevat.

Het feit dat euthanasie buiten de stervensfase kan worden uitgevoerd past niet in de visie die hij hierover uiteen heeft gezet.

Voorts is de notie «ondraaglijke nood» te vaag om precies in te schatten welke de situaties zijn die hieronder kunnen ressorteren. In deze notie zou euthanasie kunnen worden toegepast bij zieken die nog vele jaren kunnen leven. Men kan zich zeer de vraag stellen of er voor een dergelijke regeling een maatschappelijk draagvlak is.

— Er zijn duidelijke discrepanties tussen de artikelen 3 (dat euthanasie regelt voor patiënten bij bewustzijn) en 4 (over de wilsverklaring) van het wetsvoorstel. Met name de inhoudelijke voorwaarden voor de toepassing van deze artikelen zijn niet gelijklopend. Tegelijk blijven tal van vragen onbeantwoord in verband met de afdwingbaarheid van de wilsverklaring en het appreciatierecht dat de arts in dit verband heeft.

— Het feit dat de palliatieve zorgverlening wettelijk wordt verankerd is op zich een positieve zaak. Het verdient echter de voorkeur dat deze vorm van hulpverlening zou worden ingepast in een bredere wettelijke regeling die het recht van de patiënt op waardig sterven verzekert. De werkwijze die hier gevolgd werd geeft een verkeerd signaal door te suggereren dat euthanasie en palliatieve zorgverlening alternatieve behandelingen zijn tussen welke de patiënt een keuze kan doen. Zoals reeds eerder uiteengezet kan in zijn visie de mogelijkheid van euthanasie slechts in subsidiaire orde worden overwogen indien palliatieve zorg geen antwoord kan bieden voor de problemen van de patiënt.

— De evaluatiecommissie zoals omschreven in het wetsvoorstel nr. 2-245 is volstrekt onvoldoende om een redelijke controle op een euthanasieregeling mogelijk te maken. Het louter inlichten van de procureur des Konings (waarop dan nog geen sanctie staat) kan niet volstaan om tot een controlemechanisme te komen dat de patiënt en de arts rechtszekerheid biedt.

Het lid besluit dat hij, in tegenstelling tot wat sommige andere leden blijkbaar wensen, niet ziet

est proche, de nombreuses décisions médicales sont prises. Elles n'ont rien à avoir avec l'euthanasie et elles ne peuvent être contrôlées sans un cadre juridique sérieux. Elles sont exécutées dans un contexte qui n'est absolument pas transparent.

Enfin, l'orateur souhaite encore formuler un certain nombre de critiques plus concrètes au sujet de la proposition de loi n° 2-244/1.

— Il ressort de ce qui précède que la rédaction de l'article 417*bis* du Code pénal telle que proposée est trop large.

La possibilité de procéder à une euthanasie en dehors de la phase de fin de vie ne correspond pas à la vision qu'il a exposée à ce sujet.

En outre, la notion de «détresse insupportable» est trop vague pour déterminer de façon précise les situations qui peuvent être concernées. Cette notion permettrait d'euthanasier des patients qui peuvent encore vivre durant de nombreuses années. On peut se demander si une telle réglementation bénéficie d'une assise sociale.

— Il existe des discordances évidentes entre les articles 3 (qui réglemente l'euthanasie pour les patients conscients) et 4 (relatif à la déclaration anticipée) de la proposition. Ce sont notamment les conditions de fond pour l'application de ces articles qui ne sont pas uniformes. En même temps, bon nombre de questions — relatives au caractère non contraignant de la déclaration anticipée et au droit d'appréciation dont dispose le médecin en la matière — restent sans réponse.

— Le fait que les soins palliatifs soient inscrits dans la loi constitue un point positif. Cependant, cette forme de soins devrait de préférence être intégrée dans une réglementation légale plus large qui garantirait au patient le droit de mourir dans la dignité. La méthode de travail utilisée envoie un mauvais signal car elle suggère que l'euthanasie et les soins palliatifs constituent des traitements alternatifs entre lesquels le patient peut choisir. Comme exposé précédemment, la possibilité de recourir à l'euthanasie peut, selon lui, n'être envisagée qu'en ordre subsidiaire, au cas où les soins palliatifs ne peuvent offrir de réponse aux problèmes du patient.

— La commission d'évaluation telle que définie dans la proposition de loi n° 2-245 est absolument insuffisante pour assurer un contrôle correct de la réglementation relative à l'euthanasie. La simple information du procureur du Roi (sans qu'une sanction soit prévue) ne peut suffire pour créer un mécanisme de contrôle qui offre une sécurité juridique au patient et au médecin.

L'orateur conclut que, contrairement au souhait apparent de certains autres membres, il ne voit pas

waarom zijn fractie in de huidige stand van het debat amendementen zou moeten indienen op het wetsvoorstel nr. 2-244/1. Zij heeft immers zelf een voorstel ingediend dat een duidelijke vertaling is van de standpunten die hiervoor uiteen werden gezet.

Naast deze wetsvoorstellen liggen er overigens nog een aantal andere teksten te bespreking voor. Eenmaal de hoorzittingen achter de rug zijn, zal moeten blijken welke richting de commissies bij hun verdere besprekingen willen volgen, welke principiële opties zij als uitgangspunt wensen te nemen en in het licht hiervan kunnen zij de tekst kiezen die hiertoe het meest adequaat is. Een andere mogelijkheid zou erin kunnen bestaan dat de commissies op basis van de besprekingen trachten tot een geheel nieuwe tekst te komen.

Het is echter voorbarig hierover nu reeds uitspraken te doen. Diegenen die nu reeds beweren te weten welk van deze voorstellen uiteindelijk als basis voor een regeling zal gelden, lopen dan ook al te zeer op de feiten vooruit.

Een senator wenst drie opmerkingen te maken bij de voorgaande tussenkomsten.

Hij stelt vast dat in het wetsvoorstel nr. 2-244/1, het principiële verbod op euthanasie in het Strafwetboek niet wordt gehandhaafd. In het wetsvoorstel dat momenteel in Nederland wordt besproken is dit wel het geval: het doden op verzoek van een patiënt wordt omschreven als een strafbaar feit met daaraan gekoppeld een strafmaat. Tegelijk echter wordt bepaald dat er geen strafbaarstelling is indien een aantal voorwaarden vervuld zijn wanneer een leven wordt beëindigd.

Indien men deze weg zou volgen, wordt het verschil met een regeling op basis van de noodtoestand zoals die door de een vorige spreker is voorgesteld toch bijzonder klein. Het principiële verbod op euthanasie in het strafrecht blijft immers onaangetaast.

Tijdens dit debat is al bij herhaling verwezen naar het recente — niet gepubliceerde — onderzoek over het medisch handelen bij het einde van het leven. Als arts kan hij evenwel getuigen dat ten aanzien van chronische patiënten die ten gevolge van hun ziekte overlijden, er altijd een medische ingreep is geweest die het sterven al dan niet heeft versneld. Ook dit is een aangelegenheid die moet worden geregeld. De aangewezen plaats hiervoor lijkt een wetgeving op de patiëntenrechten waar momenteel ook aan wordt gewerkt.

Hij stelt ten slotte vast dat palliatieve zorgverlening soms tegenover euthanasie wordt geplaatst alsof het hier om twee alternatieven gaat waartussen de patiënt kan kiezen. De werkelijkheid is echter veel complexer. Palliatieve hulp is een continuüm van medische handelingen en geen afzonderlijke zorgpakketje waarvoor men kan kiezen. Het toedienen van cytosta-

pourquoi, dans l'état actuel du débat, son groupe devrait déposer des amendements à la proposition de loi n° -244/1. Ce dernier a d'ailleurs déposé lui-même une proposition traduisant clairement les points de vue qui viennent d'être exprimés.

Outre ces propositions de loi, il existe d'ailleurs une série d'autres dont on peut discuter. Une fois que les auditions seront terminées, les commissions devront déterminer l'orientation de leurs travaux ultérieurs, de même que les options de principe qu'elles souhaitent prendre comme point de départ et à la lumière desquelles elles choisiront le texte le plus adéquat. Une autre possibilité pour les commissions consisterait à tenter, sur la base des discussions, de rédiger un texte entièrement neuf.

Il est cependant prématuré d'en parler maintenant. Ceux qui affirment déjà savoir laquelle des propositions servira finalement de base à une réglementation, anticipent donc largement sur les faits.

Un sénateur souhaite faire trois remarques concernant les interventions précédentes.

Il constate que la proposition de loi no 2-244/1 ne maintient pas dans le Code pénal l'interdiction de principe de l'euthanasie. C'est par contre bel et bien le cas dans la proposition de loi qui est examinée pour l'instant aux Pays-Bas: tuer un patient à sa demande est considéré comme un fait punissable et une peine est prévue. En même temps, il n'y a toutefois pas de délit si certaines conditions sont remplies lorsque l'on met fin à une vie.

Si l'on suivait cette voie, la différence avec une réglementation basée sur l'état de nécessité, telle que proposée par un orateur précédent, deviendrait particulièrement faible. On ne touche en effet pas à l'interdiction de principe de l'euthanasie.

Dans ce débat, on a constamment fait référence à l'enquête récente mais non publiée concernant le traitement médical en fin de vie. En tant que médecin, il peut témoigner que, chez les patients chroniques qui décèdent à la suite de leur maladie, il y a toujours une intervention médicale qui a éventuellement hâté la mort. C'est aussi une question qui doit être réglée. Le moyen le plus adapté pour le faire semble être une législation relative aux droits du patient, qui est aussi examinée pour l'instant.

Il constate enfin que les soins palliatifs sont parfois opposés à l'euthanasie comme s'il s'agissait de deux alternatives entre lesquelles le patient peut choisir. La réalité est cependant beaucoup plus complexe. L'aide palliative constitue une suite d'actes médicaux et non un ensemble de soins distinct pour lequel on peut opter. L'administration de cytostatiques, par exem-

tica bijvoorbeeld, is in sommige gevallen een curatieve behandeling, maar in vele andere een vorm van palliatieve zorgverlening. Hetzelfde kan worden gezegd wat het toedienen van radiotherapie betreft.

Men moet er zich derhalve voor hoeden palliatie als een geïsoleerd pakketje medische handelingen te beschouwen, omdat het hierdoor naast euthanasie zou kunnen worden geplaatst als twee alternatieve behandelingen waaruit de patiënt kan kiezen.

Een lid merkt op dat het probleem van de gevoeligheid van de wet voor fraude door een andere spreker werd aangehaald.

Die heeft met name verwezen naar de studie die aantoonde hoe moeilijk de controle op medische handelingen op dit ogenblik is.

Dat is juist de reden waarom de zes indieners hun voorstel hebben ingediend.

Dokter Wynen heeft dezelfde vaststelling gedaan in een interview dat sommigen hebben opgeschreefd.

Een lezer schreef in de lezersrubriek van «*Le Soir*»: «Wanneer een wet bestaat, is het de plicht van de burger ze na te leven en van de wetgever om ze te doen toepassen. Indien rechtsvervolgning zo goed als onbestaande is, betekent dit dat de betrokken wet niet meer gepast is en dus moet worden herzien. Als dat niet gebeurt, brengt de wettelijke laksheid de burger in een moeilijk positie en vormt ze door die dubbelzinnigheid een hindernis voor de gezonde democratische praktijk.»

Die redenering lijkt volkomen logisch. Wanneer een wet bestaat, eerbiedigt men ze; indien men ze niet eerbiedigt, moet men ze aanpassen.

Het is merkwaardig te stellen dat het voorstel, wanneer het wet is geworden, de situatie erger zou maken, terwijl vandaag euthanasie wordt toegepast en niet wordt vervolgd. Sommigen hebben het zelfs over een groter aantal gevallen dan in de tot nu toe voorgestelde studies wordt aangehaald.

Hoewel men spreekt over de wil om tot een akkoord te komen, stelt de spreker vast dat er nog altijd een diepe kloof bestaat tussen de voorgelegde theses.

Het betoog van een lid over de essentiële elementen van het voorstel is terzake illustratief. Zo heeft de fractie van die spreker wat de verhouding van palliatieve zorg tot euthanasie betreft, duidelijk verklaard dat pas nadat alles werd gedaan inzake palliatieve zorg, in bepaalde omstandigheden eventueel euthanasie kan worden toegepast.

Vanaf het begin moet met de patiënt de palliatieve opvang onder ogen worden genomen. Het is dus een verplichte etappe alvorens eventueel in extreme gevallen en in een noodtoestand een vraag om euthanasie

ple, constitue dans certains cas un traitement curatif mais, dans beaucoup d'autres, elle est une forme de soins palliatifs. La même chose vaut pour la radiothérapie.

On doit par conséquent se garder de considérer les soins palliatifs comme un ensemble distinct de soins médicaux, parce que ceux-ci pourraient alors être considérés comme une alternative à l'euthanasie, le patient devant choisir entre les deux.

Un membre relève que la question de la sensibilité à la fraude de la loi a été évoquée par un autre intervenant.

Celui-ci a notamment fait référence à l'étude qui montrait combien, actuellement, le contrôle des actes médicaux est difficile.

C'est précisément la raison pour laquelle les six auteurs ont déposé leur proposition.

Le docteur Wynen a fait le même constat dans une interview que d'aucuns ont montée en épingle.

Comme l'écrivait un lecteur dans le courrier du *Soir*: «Si une loi existe, il est du devoir du citoyen de la respecter et de celui du législateur de la faire appliquer. Si les poursuites légales sont pratiquement inexistantes, cela implique que ladite loi n'est plus de mise. Il faut donc la remettre en cause. À défaut, le laxisme légal met le citoyen en porte-à-faux et constitue, par cette ambiguïté, un obstacle à la saine pratique démocratique.»

Ce raisonnement paraît tout à fait logique. Lorsqu'une loi existe, on la respecte; si on ne la respecte pas, il faut la modifier.

Il est assez curieux de prétendre que la proposition, une fois devenue loi, pourrait aggraver la situation alors qu'aujourd'hui, l'euthanasie est pratiquée et non poursuivie. Certains font même état d'un nombre de cas plus grand qu'on ne l'a dit dans les études fournies jusqu'ici.

Enfin, quoique l'on fasse état de la volonté d'arriver à un accord, l'intervenant constate qu'il subsiste toujours un fossé profond entre les thèses en présence.

L'intervention d'un membre à propos des éléments essentiels de la proposition est assez illustrative de ce fait. Ainsi, en ce qui concerne la position des soins palliatifs par rapport à l'euthanasie, le groupe de cet intervenant a clairement exprimé que ce n'était qu'après que tout a été fait en matière de soins palliatifs, que l'euthanasie peut éventuellement intervenir, dans certaines circonstances.

Dès le départ, c'est avec le patient que l'on envisage sa prise en charge dans le cadre de soins palliatifs. C'est, par conséquent, le passage obligé avant d'en arriver éventuellement, dans les cas extrêmes, et dans

kan worden aanvaard. Daar ligt een fundamenteel verschil met het voorstel van de zes indieners.

Een ander essentieel verschil betreft het punt of het Strafwetboek al dan niet moet worden gewijzigd.

Ten slotte is ook de dialoog tussen patiënt en arts een essentieel verschilpunt. De enen breiden dit begrip aanmerkelijk uit tot een «vermaatschappelijking» van de vraag van de patiënt (overleg met het verplegend team, ethische evaluatie van de toestand van de patiënt, advies van het lokaal ethisch comité), terwijl anderen voorrang geven aan de vrije keuze van de patiënt over zijn leven en zijn dood.

De spreker wenst ook enkele beschouwingen te geven over de opmerkingen die werden geformuleerd over het Europees Verdrag van de rechten van de mens en de vraag of euthanasie niet wordt veroordeeld door artikel 2 van dat verdrag.

Dit artikel bepaalt dat het recht op leven van iedere persoon door de wet wordt beschermd en dat de dood niet op intentionele wijze mag worden toegebracht, behalve in uitvoering van de doodstraf die door een rechtbank werd uitgesproken in het geval dat het misdrijf door de wet met die straf wordt bestraft.

Daarnaast wordt de dood niet geacht te zijn toegebracht in strijd met dat artikel in de gevallen dat ze voortvloeit uit een toevlucht tot geweld dat absoluut noodzakelijk was :

- a) ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld;
- b) ten einde een rechtmatige arrestatie te verrichten of het ontsnappen van iemand die op rechtmatige wijze gevangen wordt gehouden, te voorkomen;
- c) ten einde, door middel van wettige maatregelen, een oproer of opstand te onderdrukken.

De vraag rijst in hoeverre het wetsvoorstel van de zes indieners teniet zou worden gedaan door de bepalingen van artikel 2 van het EVRM.

Er moet eerst en vooral worden opgemerkt dat, in het positief recht, de controleorganen van het verdrag tot nu toe zeer voorzichtig zijn geweest wanneer het erom gaat de verenigbaarheid van de bepalingen van dit artikel met bepaalde situaties met betrekking tot de individuele vrijheid te onderzoeken.

Vanaf 1980 heeft de Commissie, naar aanleiding van een abortusprobleem, zich gebogen over de vraag of artikel 2 van het EVRM zo moest worden geïnterpreteerd dat het geen betrekking heeft op de foetus, of dat de foetus integendeel een recht op leven moest worden toegekend, weliswaar binnen bepaalde impliciete grenzen, of nog of de foetus een absoluut recht op leven moest krijgen.

le cadre d'un état de nécessité, à accepter une demande d'euthanasie. Il y a là une divergence fondamentale avec la proposition des six auteurs.

Une autre divergence essentielle consiste dans le point de savoir si l'on modifie ou non le Code pénal.

Enfin, la notion de dialogue entre patient et médecin constitue aussi un point fondamental d'opposition puisque les uns étendent considérablement cette notion jusqu'à une «sociétalisation» de la demande du patient (concertation avec l'équipe soignante, évaluation éthique de l'état du patient, avis du comité d'éthique local), alors que d'autres privilégient le libre choix du patient quant à sa vie et à sa mort.

Pour le surplus, l'intervenant souhaite émettre quelques considérations sur des remarques formulées à propos de la Convention européenne des droits de l'homme, et le point de savoir si l'euthanasie n'est pas condamnée par l'article 2 de cette convention.

Pour rappel, cette disposition prescrit que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi, que la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal, au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.

Par ailleurs, la mort n'est pas considérée comme infligée en violation de cet article dans les cas où elle résulterait d'un recours à la force rendu absolument nécessaire :

- a) pour assurer la défense de toute personne contre la violence illégale;
- b) pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue;
- c) pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection.

La question est de savoir en quoi la proposition de loi des six auteurs serait battue en brèche par les dispositions de l'article 2 CEDH.

En droit positif, il faut noter tout d'abord que les organes de contrôle du respect de la convention ont été jusqu'à présent extrêmement prudents lorsqu'il s'est agi de vérifier la compatibilité des dispositions de cet article avec certaines situations relevant de la liberté individuelle.

Ainsi, dès 1980, à propos d'un problème d'avortement, la Commission a été amenée à se demander si l'article 2 de la CEDH devait être interprété comme ne concernant pas le fœtus, ou comme reconnaissant à celui-ci un droit à la vie assorti de certaines limitations implicites, ou encore comme lui reconnaissant un droit à la vie de caractère absolu.

De Commissie heeft onmiddellijk de derde hypothese, die de therapeutische abortus onmogelijk zou maken, verworpen, maar heeft de twee andere niet onderzocht, omdat ze van oordeel was dat de betrokken abortus een therapeutisch karakter had en er dus geen inbreuk op het EVRM was.

Het Hof heeft zich dus niet uitgesproken over een probleem van individuele vrijheid dat het was voorgelegd.

Volgens de informatie van de spreker bestaat er geen andere beslissing dienaangaande tot 1999.

Volgens een reeks gerechtelijke uitspraken op nationaal vlak, zoals die van de Franse «Conseil constitutionnel», vormt de vrijwillige zwangerschaps-onderbreking geen inbreuk op het respect voor het menselijk leven vanaf de conceptie, zoals erkend door de wetten van de Republiek en is ze dus niet strijdig met het EVRM.

Wanneer deze voorzichtigheid bestaat ten aanzien van het begin van het leven, bestaat die dan ook ten aanzien van het einde van het leven?

De spreker meent van wel.

In een erg geleerde artikelsgewijze commentaar op het EVRM, schreef een auteur dat, om te bepalen welke personen volgens artikel 2 recht op leven hebben, het past zich niet enkel af te vragen wanneer het leven begint, maar ook wanneer het eindigt.

Een dergelijk onderzoek, aldus de commentator, kan leiden naar het brede probleem van de euthanasie en de vraag naar het bestaan van een recht op sterven en het verband met het recht op leven.

Die vragen, zegt de auteur, werden in de rechtsleer onderzocht. Ze gaven aanleiding tot gerechtelijke uitspraken op nationaal vlak, maar noch de Commissie, noch het Hof hebben daarover de knoop moeten doorhakken.

Het door een vorige spreker aangehaalde geval lijkt in dit opzicht volledig irrelevant.

Het betreft een beslissing van de Commissie op 4 oktober 1989, in verkorte procedure, na verzoekschrift.

De Commissie deed uitspraak over een geval van zelfdoding zonder dat er van een ernstige ziekte sprake was.

Ze oordeelde dat «de weigering van de gevangenis-directie om een tot levenslang veroordeelde gedetineerde middelen ter beschikking te stellen waarmee hij zich kan doden, geenszins in strijd zou worden geacht met de overeenkomst, vermits deze de aangesloten Staten ertoe verplicht maatregelen te nemen om het leven te beschermen».

Si la Commission a écarté d'office la troisième hypothèse qui empêcherait l'avortement thérapeutique, elle n'a pas examiné les deux premières, parce qu'elle a relevé qu'en l'espèce, l'avortement critiqué avait un caractère thérapeutique et que, par conséquent, il n'y avait pas contravention à la CEDH.

La Cour ne s'est donc pas prononcée sur un problème de liberté individuelle qui lui était présenté.

À la connaissance de l'intervenant, il n'y a pas d'autre décision en la matière jusqu'en 1999.

Une série de juridictions nationales, comme le Conseil constitutionnel français, ont estimé que l'interruption volontaire de grossesse ne portait pas atteinte au principe du respect de l'être humain dès le commencement de la vie, reconnu par les lois de la République, et n'était donc pas contraire à la CEDH.

Si cette prudence à l'égard du début de la vie existe, existe-t-elle également à propos de la fin de la vie?

L'intervenant est de cet avis.

Dans un fort savant commentaire article par article de la CEDH, un auteur notait qu'en vue de déterminer quelles sont les personnes jouissant du droit à la vie au titre de l'article 2, il convenait de se demander non seulement quand la vie commence, mais encore quand elle se termine.

Une telle recherche, disait le commentaire, peut conduire à poser le problème plus vaste de l'euthanasie, et à s'interroger sur l'existence d'un droit à mourir, et sur ses rapports avec le droit à la vie.

Ces questions, dit l'auteur, ont été examinées quelquefois en doctrine. Elles ont donné lieu à des décisions de jurisprudence nationale, mais ni la Commission, ni la Cour n'ont eu à la trancher.

Le cas soulevé par un précédent orateur paraît tout à fait irrelevant en l'espèce.

Il s'agit d'une décision rendue par la Commission en procédure sommaire, le 4 octobre 1989, sur requête.

La Commission s'est prononcée sur un cas de suicide dans lequel aucune maladie grave n'était alléguée.

Elle a considéré en l'espèce que «le refus des autorités pénitentiaires de mettre à la disposition d'un détenu condamné à vie des moyens lui permettant de se suicider ne serait aucunement considéré comme contraire à la convention, celle-ci faisant au contraire obligation aux États contractants de prendre des mesures pour protéger la vie».

Uit deze beslissing, die in verkorte procedure werd genomen, leiden sommigen af dat euthanasie verboden zou zijn.

Niemand heeft echter ooit beweerd dat een arts die dodende middelen toedient aan een persoon die op een bepaald ogenblik om de een of andere reden depressief is, euthanasie pleegt.

Dat zou uiteraard moord zijn, of het weigeren van bijstand aan een persoon in nood.

De hoger genoemde jurisprudentiële uitspraak betreft geen geval van euthanasie: het gaat niet om een ongeneeslijke ziekte, noch om een toestand van ondraaglijk lijden of nood.

Het zou ten hoogste kunnen gaan om een geval van hulp bij zelfdoding, maar dan van een heel andere aard dan bij ongeneeslijk zieken die een beroep doen op een arts om er een einde aan te maken.

Er zou daarentegen wel worden verwezen naar uitspraken van nationale rechtbanken, zoals die van Bremen, die in oktober 1959 oordeelde dat het verstrekken van dodende middelen aan een zieke die zeker zal sterven, geen aanslag betekent op het recht op leven.

Ook in Nederland vinden we vergelijkbare uitspraken.

Voornoemd auteur wees er verder op dat rechten zoals het recht op voortplanting of op zelfdoding, niet door artikel 2 van de wet worden bedoeld.

Er dient voorts te worden herinnerd aan de redenen waarom de artikelen in kwestie zowel in het EVRM als in andere teksten werden opgenomen.

De controleorganismen zijn terecht zo voorzichtig omdat de mensenrechten historisch zijn gegroeid om de vrijheid van het individu te beschermen tegen de Staten, en niet om te beletten dat deze vrijheid wordt uitgeoefend of om ze te beperken.

Dat geldt zowel voor het EVRM als voor het Internationaal Verdrag over de burgerlijke en politieke rechten van 1966 en, in het algemeen, voor alle internationale teksten.

Het zijn de Staten die de daadwerkelijke uitoefening van de economische, sociale, culturele en burgerlijke rechten moeten stimuleren en bevorderen.

Verskillende auteurs hebben daarover sinds 1975 gepubliceerd.

In 1998 stelde Yves Madiot, professor aan de rechtsfaculteit van Poitiers, in een artikel «Beschouwingen over de rechten en plichten van de mens», vast dat de Staat «... zoals nooit tevoren vanuit verschillende hoeken, zowel van rechts als van

De cette décision, rendue en procédure sommaire, certains tirent comme conclusion que l'euthanasie serait interdite.

Mais personne n'a jamais prétendu que le fait, pour un médecin, de fournir les substances létales à une personne souffrant d'une dépression à un moment donné, pour tel ou tel motif, constituerait une euthanasie.

Ce serait évidemment considéré comme un crime, ou comme une non-assistance à personne en danger.

La décision jurisprudentielle invoquée ne concernait nullement un cas d'euthanasie: pas de maladie incurable, pas de souffrance ni de détresse insupportables.

Tout au plus pourrait-il éventuellement s'agir d'un cas d'assistance au suicide, d'une toute autre nature que les cas que l'on peut rencontrer chez des malades incurables sollicitant une aide du médecin pour en finir.

On pourrait par contre citer pertinemment des décisions de tribunaux nationaux comme le tribunal de Brême qui, en octobre 1959, avait jugé que donner des drogues fatales à un malade dont la mort est certaine ne porte pas nécessairement atteinte au droit à la vie.

Des décisions comparables ont également été rendues aux Pays-Bas.

L'auteur précité poursuivait son analyse en indiquant que les droits comme celui de transmettre la vie ou de mettre fin à sa propre vie, ne sont pas visés par l'article 2 de la loi.

D'autre part, il faut revenir aux raisons pour lesquelles les articles en question ont été insérés tant dans la CEDH que dans d'autres textes.

La prudence des organes de contrôle se justifie par le fait qu'historiquement, les droits de l'homme sont nés pour protéger la liberté des individus par rapport aux États, et non pour empêcher cette liberté de s'exercer ou pour lui fixer des limites.

Ceci est vrai aussi bien pour la CEDH que pour le Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966 et, de façon plus générale, pour tous les textes internationaux.

Ce sont les États qui doivent encourager et favoriser l'exercice effectif des libertés au niveau économique, social, culturel et au niveau des droits civils.

Depuis 1975, certains auteurs se sont exprimés sur le sujet.

Ainsi, Yves Madiot, professeur à la faculté de Droit de Poitiers, constatait en 1998, dans un article intitulé «Considérations sur les droits et les devoirs de l'homme» que l'État «(...) va se trouver soumis à une offensive qu'il n'avait que rarement connue, une

links, wordt belaagd; minder Staat wordt synoniem van meer vrijheid. De deregulering neemt steeds toe. Zulk een beleid zal het individualisme versterken en de rechten van het individu benadrukken ten nadele van zijn plichten (...) Terzelfder tijd versterkt de rechtspraak van het Europees Hof voor de rechten van de mens deze individualistische opvatting in Europa nog (...).»

In een artikel «Onderzoek naar de grondbeginselen van het recht van de mens op ontwikkeling aan de hand van het voorbeeld van het Europees verdrag van Straatsburg», onderstreept Michel Lévinet van de universiteit van Montpellier dat men in het verdrag geen rechten moet zoeken die er niet in staan.

Deze auteur stipt aan dat het Hof van Straatsburg niet als opdracht heeft het Europees Verdrag voor de rechten van de mens te herschrijven en er rechten in te vinden die er niet in staan.

Het is juist dat het verdrag dynamisch wordt uitgelegd, maar het Hof kan er door een evolutieve interpretatie geen rechten uithalen die er niet vanaf het begin in waren opgenomen (zie het arrest Johnson en anderen tegen Ierland van 18 december 1986).

Er zouden meer vragen kunnen rijzen over het principe van de menselijke waardigheid, dat aan de basis ligt van alle internationale overeenkomsten sinds de Universele Verklaring van de rechten van de mens van 1948 en dat ook bevestigd werd in het nieuwe artikel 23 van onze Grondwet, volgens hetwelk «ieder het recht heeft een menswaardig leven te leiden».

De vraag rijst of dit recht op een menswaardig leven niet in tegenspraak is met het recht dat een Staat opeist om wetgeving te beletten die toestaat een privépersoon die erom vraagt, te laten sterven.

Er dient te worden erkend dat het om een hoger principe gaat dat aan de basis ligt van alle interne rechtsstelsels.

Het concept van de waardigheid is nauw verbonden met de menselijke persoon. Het gaat om een essentieel principe (Béatrice Morer, «*Essai de définition théologique et philosophique*»).

In dit verband kan men ook naar andere auteurs, zoals Kant en Thomas van Aquino verwijzen.

De concepten van «waardigheid» en «vrijheid» zijn natuurlijk niet helemaal autonoom, vermits men rekening moet houden met de sociale solidariteit en met het feit dat de vrijheid van de enen de vrijheid van de anderen moet respecteren.

Dat geldt echter maar in zover de waardigheid niet ingeroepen wordt als een recht, maar als een principe, dat de Staat tot positieve actie dwingt. Dat is het geval voor alle eisen op basis van het vrijheidsprincipe

offensive qui, sous des formes différentes, fut reprise par la droite et par la gauche; le «moins d'État» devient synonyme de plus de liberté. Les politiques de déréglementation (...) prennent de l'ampleur. Ces politiques vont renforcer l'individualisme et les droits de l'individu au détriment de ses devoirs. (...) Dans le même temps, en Europe, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme renforce singulièrement cette conception individualiste (...).»

Comme le souligne notamment Michel Lévinet, de l'Université de Montpellier, dans un article intitulé: «Recherche sur les fondements du droit au développement de l'être humain à partir de l'exemple de la Convention européenne de Strasbourg», encore faut-il que l'on ne recherche pas, dans la convention, des droits qui ne s'y trouvent pas.

Cet auteur indique que la Cour de Strasbourg n'est pas chargée de réécrire la Convention européenne des droits de l'homme, et d'y découvrir des droits qui n'y figuraient pas.

Il est vrai qu'il existe une interprétation dynamique de la convention, mais la Cour ne saurait dégager un droit qui n'a pas été inséré au départ, au moyen d'une simple interprétation évolutive (cf. l'arrêt Johnson et autres contre Irlande, du 18 décembre 1986).

On pourrait encore s'interroger sur le principe de la dignité humaine. Celui-ci est à l'origine de toutes les conventions internationales depuis la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, et est même consacré à l'article 23 nouveau de notre Constitution, selon lequel «chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine».

La question est de savoir si ce droit à la dignité humaine n'entrerait pas en contradiction avec une revendication exprimée, par exemple, par l'État, d'empêcher une législation de permettre de donner la mort à une personne privée qui la demande.

Il faut reconnaître que ce principe est d'ordre supérieur, et reconnu comme fondement de tous les systèmes de droit interne.

Le concept de dignité est profondément lié à la personnalité humaine. Il s'agit d'un principe essentiel (Béatrice Morer, *Essai de définition théologique et philosophique*).

On pourrait, à cet égard, renvoyer à bien des auteurs, comme Kant ou Saint Thomas d'Aquin.

Certes, les concepts de «dignité» et de «liberté» ne sont pas complètement autonomes, puisqu'ils interfèrent notamment avec la notion de solidarité sociale, et que la liberté des uns doit tenir compte de celle des autres.

Mais cela est vrai dans la mesure où la dignité est invoquée, non comme un droit, mais comme un principe, qui demande à l'État une action positive. C'est le cas de toutes les revendications sur la base du principe

waarin de toepassing wordt gevraagd van economische en sociale rechten (recht op huisvesting, op een behoorlijk bestaan, ...)

Waardigheid is ook geen absoluut begrip, vermits het op het maatschappelijk vlak in aanvaring kan komen met de notie «openbare orde». De Franse Constitutionele Raad kwam tot die vaststelling naar aanleiding van de wet van 1994 over de problemen inzake eerbied voor het menselijk lichaam, en de afstand en het gebruik van delen of producten ervan, evenals van de hulp bij voortplanting.

De Constitutionele Raad oordeelde dat de bescherming van de menselijke waardigheid tegen elke vorm van onderwerping en ontering een principe met grondwettelijke kracht was.

De raad is dus in zekere zin ingegaan tegen de absolute persoonlijke vrijheid, door toe te staan dat de Staat de persoon kan verbieden met zijn lichaam te doen wat hij wil.

In deze context moet de individuele vrijheid natuurlijk minder absoluut worden geïnterpreteerd dan in andere domeinen.

In dit debat gaat het echter niet om dat probleem, maar om de vraag of onder extreme voorwaarden, in het geval van ondraaglijk lijden en ongeneeslijke ziekte, een mens al dan niet de vrijheid heeft zijn eigen levensomstandigheden en levenseinde te bepalen op grond van een hoger principe, namelijk dat van de waardigheid.

Dit heeft niets te maken met maatschappelijke onrust, die het gevolg zou zijn van een al te grote vrijheid; anders zou de menselijke waardigheid slechts een relatieve waarde hebben en zou dit principe maar bestaan in zover de maatschappij het aanvaardt. Zoals gezegd, zou dit indruisen tegen alle plechtige principeverklaringen in alle internationale en Europese verdragen.

De controleorganen van het Europees Verdrag voor de bio-ethiek hebben bijvoorbeeld nooit ontkend dat rekening kan worden gehouden met de mens.

Dit Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de menselijke waardigheid bepaalt in artikel 9 dat met de wensen van een patiënt over een medische behandeling rekening moet worden gehouden, als hij op het ogenblik van de behandeling niet bij machte is zijn wil uit te drukken.

Volgens artikel 1 moet men rekening houden met de elementen van de menselijke waardigheid.

Dat alles toont aan dat dit laatste principe wordt vertaald in een aantal elementen die maken dat de Staat niemand de uitoefening van zijn vrijheid mag verbieden, maar er integendeel moet voor zorgen dat de mens zijn autonomie zo vrij en volledig mogelijk tot uiting kan brengen.

de liberté en vue de l'application de droits économiques et sociaux (droit au logement, droit à une existence décente, ...)

On pourrait dire aussi que la notion de dignité n'est pas absolue parce que, dans certains cas, elle se heurte, au niveau social, à une notion d'«ordre public». C'est à cette analyse qu'a procédé le Conseil constitutionnel français, à l'occasion de la loi de 1994 sur les problèmes de respect du corps humain, et des dons et utilisations de ses éléments et produits, ainsi que de l'assistance à la procréation.

Le Conseil constitutionnel a estimé que la sauvegarde de la dignité humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation était un principe à valeur constitutionnelle.

Il a donc, en quelque sorte, conté la liberté individuelle absolue, en permettant à l'État d'interdire à l'individu de faire ce qu'il veut de son corps.

Il est évident que, dans ce secteur, on peut faire une lecture moins absolue de la liberté individuelle que dans d'autres domaines.

Mais dans le débat qui nous occupe aujourd'hui, il ne s'agit pas du tout de ce problème, mais bien de savoir si, dans des conditions extrêmes, en cas de souffrances intolérables et de maladie incurable, un être humain a oui ou non la liberté de choisir les conditions de sa propre vie et de sa propre mort, précisément parce qu'il invoque un principe supérieur, à savoir le droit à la dignité.

Ceci est tout à fait étranger à un quelconque trouble social, qui serait la conséquence d'un excès de liberté; sinon, il faudrait considérer que la dignité de l'être humain n'a qu'une valeur relative, et que ce principe n'existe que dans la mesure où le corps social l'autorise. Comme déjà indiqué, ceci irait à l'encontre de toutes les déclarations solennelles de principe dans tous les traités internationaux et européens.

Jamais les organes de contrôle de la Convention européenne de bioéthique, par exemple, n'ont nié la possibilité de prendre en compte l'être humain.

Cette Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité humaine prévoit, en son article 9, que les souhaits exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté, seront pris en compte.

L'article 1^{er} prévoit quant à lui qu'il faut tenir compte des éléments de la dignité humaine.

Tout cela montre bien que ce dernier principe est traduit dans une série d'éléments qui font que l'État, loin d'interdire à une personne d'exercer sa liberté, doit au contraire organiser de façon sérieuse et complète la libre expression de l'autonomie humaine.

De conclusies die men, op grond van artikel 2 van het EVRM, over het voorstel van de zes heeft getrokken, lijken dus niet gegrond.

Spreker verwijst ten slotte naar artikel 3 van het EVRM dat onmenselijke en ontorende straffen en behandelingen verbiedt. Aan de hand hiervan kunnen onder meer de criteria van de gewichtigheid en van de relatieve beoordeling worden geanalyseerd.

Alle auteurs stellen vast dat de specifieke elementen van artikel 3 gezien moeten worden in het licht van de huidige toestand en dat bij een beoordeling altijd het algemeen belang in een proportionele verhouding tegenover het belang van het individu moet worden afgewogen.

Bijna alle gevallen waarop artikel 3 van toepassing is, hebben betrekking op foltering of gevangenhouding. Slechts één geval zou voor het huidige debat interessant kunnen zijn.

Volgens een beslissing van 2 maart 1983 zou het principe van de experimentele medische behandeling als vernederend of onmenselijk kunnen worden omschreven in twee omstandigheden, die er in onderhavig geval niet waren: de behandeling moet worden toegepast zonder de toestemming van de patiënt (in dit geval ging het echter om een vrijwillige sterilisatie teneinde nieuwe zwangerschappen te voorkomen) en moet het gaan om een medisch experiment, een notie die door de Commissie met de begrippen « vernieuwing » en « risico » wordt geassocieerd.

Het is evident dat deze twee omstandigheden zich bij de therapeutische hardnekkigheid zelden voordoen, temeer aangezien dergelijk medisch misbruik door de gewone rechtbanken direct kan worden beteugeld, zonder dat er op de Europese rechtspraak een beroep moet worden gedaan.

Het is nogal vanzelfsprekend dat experimenteren met levende wezens niet kan.

Toen, nu meer dan tien jaar geleden, bekend geraakte dat in een Henegouws ziekenhuis experimenten op ouderlingen werden uitgevoerd, werden de betrokken artsen vanzelfsprekend vervolgd.

Spreker meent bijgevolg dat het Europees Verdrag voor de rechten van de mens geen grote hulp is bij het bepalen of een arts zijn eed van Hippocrates trouw is gebleven.

Het resultaat van deze uiteraard onvolledige analyse is dat noch uit het positief recht van de toepassing van het verdrag, noch vanuit een algemene benadering van het begrip « waardigheid », dat in gelijk welk internationaal verdrag en in onze Grondwet is ingeschreven, blijkt dat de argumenten op basis van artikel 2 van het EVRM de goedkeuring van een wet die de euthanasie organiseert, regelt en uit het strafrecht haalt, op de helling kunnen zetten.

Dès lors, les objections que l'on a tirées de l'article 2 CEDH par rapport à la proposition de loi des six auteurs paraissent sans fondement.

Enfin, l'intervenant se réfère à l'article 3 CEDH, qui interdit les peines et traitements inhumains et dégradants. On peut analyser à cet égard le critère du seuil de gravité, celui de l'appréciation relative, etc.

Tous les auteurs constatent que les éléments spécifiques de l'article 3 doivent être appréhendés à la lumière des conditions d'aujourd'hui, et qu'un jugement doit toujours concilier l'intérêt général et l'intérêt de l'individu, dans un rapport de proportionnalité.

Presque tous les cas d'application de l'article 3 sont relatifs à des cas de torture ou d'emprisonnement. Un seul cas pourrait être intéressant dans le cadre du présent débat.

Il existe en effet une décision du 2 mars 1983, selon laquelle le principe d'un traitement médical de caractère expérimental pourrait être qualifié de traitement dégradant et inhumain dans deux conditions, non remplies en l'espèce: que le traitement ait été effectué sans le consentement du sujet (or, en l'occurrence, il s'agissait d'une stérilisation volontaire en vue d'éviter de nouvelles grossesses), et qu'il s'agisse d'une expérience médicale, cette notion étant associée par la Commission à l'idée d'« innovation » et de « risque ».

Il est évident qu'en ce qui concerne l'acharnement thérapeutique, ces deux conditions ne se rencontrent pratiquement jamais, parce que ces problèmes d'abus médicaux peuvent être réprimés de façon directe par les tribunaux ordinaires sans qu'il faille faire appel aux juridictions européennes.

Il va de soi que l'on ne peut se livrer à des expériences sur des sujets vivants.

Lorsqu'on a appris, voici plus de 10 ans, que l'on pratiquait des expériences sur des personnes âgées dans une clinique du Hainaut, les médecins ont évidemment été poursuivis.

L'intervenant ne croit pas, dès lors, que la Convention européenne des droits de l'homme soit d'un grand secours lorsqu'il s'agira d'apprécier si le médecin est resté dans les limites de son serment d'Hippocrate.

Il résulte de cette analyse forcément partielle que tant sur le plan du droit positif de l'application de la convention qu'en ce qui concerne une réflexion générale sur la notion de dignité inscrite dans tous les pactes internationaux, quels qu'ils soient, ainsi que dans notre Constitution, il n'apparaît pas que les arguments tirés de l'article 2 de la CEDH puissent remettre en cause le vote éventuel d'une législation organisant, réglementant et dépénalisant l'euthanasie.

Een ander lid verklaart, bij wijze van inleiding, dat in de verenigde commissies de juiste sfeer heerst voor diepgaande discussies over zaken met betrekking tot het leven, de dood, maatschappijkeuzen en waardeconflicten. Er is volgens haar voor dit gewichtig onderwerp, na een aanloopperiode, een reële wil tot openheid en luisterbereidheid ontstaan. Het verheugt haar ook dat men het debat niet uit de weg gaat en de samenleving de kans wil geven zich uit te spreken.

De talrijke opkomst van de leden van de twee commissies, ondanks de afwezigheid van camera's, is een bewijs van het belang van de inzet en toont aan, alsof dat nog nodig was, dat de Senaat de reputatie van «Bezinningskamer» wel degelijk verdient.

Spreekster wil nochtans, en *a contrario*, de aandacht vestigen op de noodzaak om de druk van bezinningskamer aan te houden in alle dossiers, zodat de Senaat niet louter een «sas» wordt, gespecialiseerd in ethische materies. Zij wenst dezelfde sereniteit, dezelfde zin voor bezinning en dezelfde diepgang bij de bespreking van wetsontwerpen en -voorstellen.

Als de evocatie van wetsontwerpen bijvoorbeeld nog slechts een louter enerverende en oninteressante formaliteit wordt en als de minister van Buitenlandse Zaken in de toekomst niet vaker naar hier komt voor de bespreking van het internationale karakter van sommige vragen waarin de Senaat zich heeft gespecialiseerd, maakt het lid zich sterk dat de Senaat over enkele jaren niet meer zal bestaan. Sommigen wensen dat zeker, maar dat doet hier niet terzake ... maar dan moet er voorzien worden in een vervanging van deze instelling, die perfect democratisch is omdat ze door een heel breed kiezerskorps is verkozen en door de pertinente vragen die ze de regering stelt.

Na deze enigszins polemische inleiding, zoals ze zelf toegeeft, wenst spreekster enkele beschouwingen te geven die met elkaar misschien slechts een subtiel verband hebben, maar die het resultaat zijn van een persoonlijke bezinning en gebaseerd op haar levenservaring. Een vorige spreker heeft ten andere al het standpunt van haar fractie uiteengezet over het voorstel dat door die laatste is ingediend.

Aangezien de algemene bespreking met Albert Camus is ingeleid, wil spreekster er verder op ingaan.

Als er overigens één auteur moet worden geciteerd, dan is het wel de auteur van «*Le Mythe de Sisyphe*» en van «*La Peste*».

Sisyphe, deze proletariër onder de goden, wiens opstandigheid, vrijheid en passie de onzin en de absurditeit van het bestaan overschrijden, moeten we ons volgens Camus bijgevolg wel als zijnde «gelukkig» voorstellen. Aangezien men bij de aan-

Un autre membre déclare, en guise d'introduction qu'il lui semble que l'on trouve, dans ces commissions réunies, le juste ton qu'il convient de tenir pour des discussions aussi essentielles puisqu'elles ont trait à la vie, à la mort, à des choix de société et à des conflits de valeurs. Il lui semble aussi qu'après une période de rodage, les propos sur un sujet aussi grave démontrent une réelle volonté d'ouverture et d'écoute. Elle se réjouit que certains ne cadent pas le débat et laissent la société civile s'y exprimer.

La présence nombreuse des membres des deux commissions, malgré l'absence des caméras, prouve bien l'importance de l'enjeu et démontre, si c'était encore nécessaire, que le Sénat mérite bien le titre de «Chambre de réflexion».

L'intervenante voudrait, néanmoins et *a contrario*, attirer l'attention sur la nécessité de maintenir cette pression de chambre de réflexion dans tous les dossiers, afin que le Sénat ne devienne pas uniquement une sorte de «sas» spécialisé en matières éthiques. Elle aimerait que cette même sérénité, ce même sens de la réflexion et de l'approche approfondie apparaisse lors de la discussion de projets ou de propositions de loi.

Si, par exemple, l'évocation des projets de loi ne devient plus qu'une formalité énervante et poussive et si le ministre des Affaires étrangères reste aussi peu présent pour traiter du caractère international de certaines questions dont le Sénat s'était fait une spécialité, il y a fort à parier que d'ici quelques années, le Sénat n'existera plus. Certains le souhaitent certainement, peu importe, c'est une autre histoire, ... mais il faudra alors faire la démonstration du remplacement de cette institution, éminemment démocratique par la largeur de son électorat et la pertinence de ses questions au gouvernement.

Après cette introduction un peu polémique, elle en convient, l'intervenante souhaite faire quelques considérations qui n'ont peut-être entre elles qu'un lien ténu, mais qui sont le fruit de sa réflexion personnelle et de son expérience de vie, une autre intervenante ayant quant à elle développé la proposition de son groupe par rapport à la proposition qu'il a déposée.

L'intervenante voudrait tout d'abord, puisque la discussion générale a commencé par cela, revenir à Albert Camus.

S'il y a bien un auteur qu'il faut citer ici, c'est bien l'auteur du *Mythe de Sisyphe* et de *La Peste*.

Sisyphe, ce prolétaire des dieux dont la révolte, la liberté et la passion dépassent le non-sens et l'absurdité de l'existence et qu'il faut, dit Camus dès lors, imaginer «heureux». Puisqu'on a cité Camus au début de cette discussion générale, l'intervenante ne

vang van de algemene bespreking Camus heeft geciteerd, kunnen sommige voorstellen over euthanasie die ter tafel liggen volgens spreekster alleen maar worden verklaard van uit de opstandigheid tegenover het menselijk lijden, van uit de passie om dat lijden te verzachten en van uit de vrijheid om de vaak angst-aanjagende werkelijkheid van het levenseinde om te brengen.

Spijts Albert Camus, zullen de auteurs van de voorstellen toch eerlijk moeten toegeven dat een spirituele visie op het lot van de mens niet voor allen hier aanwezig neerkomt op een filosofische zelfmoord, zoals Camus het zag, en dat zij het respect dat ze voor hun filosofie vragen, ook voor de andersdenkenden moeten opbrengen, zonder hen te beschuldigen van conservatisme of hypocrisie.

Ook moeten we, zoals Albert Camus eiste, bijzonder helder van geest zijn en, als getuigen van het lijden van anderen, van alle anderen en niet alleen van de zieken, onze houding als individu in vraag stellen, als individu dat nu toevallig ook parlamentslid is, tegenover de hele menselijke gemeenschap, en dat op lange termijn.

De tweede beschouwing van spreekster heeft betrekking op de palliatieve zorg (ook «continue» zorg genoemd), op voorgeschiedenis ervan, op de maatschappijkeuzen en de budgettaire prioriteiten die er het gevolg van zijn, zonder daarom te willen vooruitlopen op de uiteenzetting die een ander lid zal houden over het voorstel dat haar fractie onlangs heeft ingediend en dat pas in overweging is genomen. Als inleiding op haar uiteenzetting over de palliatieve zorg, bevestigt spreekster dat de organisatie van de palliatieve zorg geen vlucht vooruit wil zijn met betrekking tot het probleem van de euthanasie. Zij die zich met professionalisme en medelijden in die richting hebben geëngageerd, bevestigen hoezeer deze aanpak de naderende dood humaner maakt en de vraag naar euthanasie drastisch vermindert met 2 tot 5%. De vraag kan zelfs in zekere zin worden voorkomen. Ze ontwijkt echter geenszins de vraag en het waardenconflict rond de euthanasie, dat een morele dimensie heeft en dat vragen zal blijven oproepen. Spreekster wenst één zaak duidelijk te maken: hoeveel bewondering ze ook heeft voor de eerste demarches in de palliatieve aanpak en voor de resultaten die al bereikt werden, ze is er nog altijd van overtuigd dat daarmee niet alles kan worden opgelost.

Ze herinnert er bovendien aan dat de eerste pogingen tot palliatieve zorg, die door Patrice Van Eersel in zijn boek «*Réapprivoiser la mort*» omschreven worden als het «herontdekken van de kunst van de stervensbegeleiding», dateren van tijdens de Tweede Wereldoorlog.

Spreekster onderstreept de rol van de vrouw in de problematiek die de verenigde commissies bezig-

peut s'expliquer certaines propositions sur l'euthanasie qui sont sur la table qu'au nom de cette révolte devant la souffrance humaine, qu'au nom de la passion de vouloir l'atténuer et qu'au nom de la liberté de vouloir changer les réalités, terrifiantes quelquefois, de la fin de la vie.

Encore faut-il qu'avec loyauté, les mêmes auteurs des propositions admettent, malgré Albert Camus, qu'une vision spirituelle du destin de l'homme n'est pas pour tous ici, comme le voyait Camus, un suicide philosophique et que le respect que l'on a pour leur philosophie, ils l'aient pour celle des autres, sans les taxer de conservateurs ou d'hypocrites.

Encore faut-il être, comme l'exigeait Albert Camus, terriblement lucides et, comme témoins de la souffrance des autres, de tous les autres, et pas seulement des malades, se poser la question de notre attitude d'individu, d'individu qui se trouve être parlementaire, maintenant, face à l'ensemble de la communauté humaine, et cela à long terme.

La deuxième réflexion de l'intervenante porte sur les soins palliatifs (qu'on appelle aussi soins «continus») sur leur historique, sur les choix de société et les priorités budgétaires qu'ils vont imposer, cela sans vouloir anticiper sur l'exposé que fera un autre membre sur la proposition que son groupe vient de déposer et qui vient d'être prise en considération. En préambule de son exposé sur les soins palliatifs, l'intervenante voudrait affirmer que la mise en place des soins palliatifs ne se veut pas une fuite en avant par rapport au problème de l'euthanasie. Tous ceux qui se sont engagés dans cette voie avec professionnalisme et compassion ont dit combien cette démarche humanise l'approche de la mort, tend drastiquement à diminuer jusqu'à 2% ou 5% la demande d'euthanasie, à la «prévenir» en quelque sorte. Mais elle n'éluide pas la question et le conflit de valeurs qui entoure l'euthanasie, qui est d'ordre moral et qui devra toujours nous interpeller. L'intervenante souhaite que cela soit bien clair: autant elle admire les premiers pas des démarches palliatives et le résultat auquel on est déjà arrivé, autant elle est persuadée qu'elles ne résolvent pas tout.

Ceci étant dit, il faut rappeler que les premières «démarches» palliatives, ce que Patrice Van Eersel dans son livre «*Réapprivoiser la mort*» appelle la redécouverte de l'art d'«accompagner les mourants», prennent leur source pendant la Seconde Guerre mondiale.

À ce niveau, l'intervenante voudrait souligner le rôle des femmes dans la problématique qui occupe les

houdt, en wenst een parenthese te maken in haar betoog over de palliatieve zorg.

Het levenseinde betreft in de eerste plaats de vrouwen vermits hun levensverwachtingen hoger zijn. Het zijn ook de vrouwen, meestal als verpleegsters, die het dichtst bij de zieken staan. Het zijn vrouwen die hun naaste familieleden bijstaan in de dood en het waren de vrouwen die inzake palliatieve zorg de eerste initiatieve namen. Daarom heeft spreekster het er bijzonder moeilijk mee een debat over dat onderwerp bij te wonen waarin de mening van de vrouw niet aan bod komt. Gelukkig zijn de vrouwen in de commissie wel goed vertegenwoordigd.

De vrouwen werkten aanvankelijk niet in de universiteiten of in de laboratoria, maar op het terrein, waar de dood een reëel feit is. Zij handelden niet op een intellectuele of speculatieve manier, maar uit medelijden, gedreven door een vitale noodzaak. Deze vrouwen, waaronder Elisabeth Kübler-Ross in Amerika, Cicely Saunders in Engeland, Michèle Salamaigne of Marie de Hennezel in Frankrijk, hebben heel wijselijk het grote oude theater van de doodstrijd opnieuw geopend en hierin alles wat de humane wetenschappen en de moderne klinische praktijk ons over onszelf hebben geleerd ingebracht.

Cicely Saunders begon in de jaren 40 als vrijwilligster — zij studeerde toen voor sociaal assistente — met het afleggen van bezoeken in tehuizen in Londen. In het tehuis Saint Luke, gespecialiseerd in de opvang van kanker- en tuberculosepatiënten, deed het jonge meisje een verbazingwekkende vaststelling: de toegewijde zorg die men er verleende, leek het lijden meer dan elders te verlichten. Waarom? In de eerste plaats vooral dankzij de morfine, die op regelmatige tijdstippen langs de mond werd toegediend, nog vóór de zieke klachten had over pijn. De zorgverstrekkers en de zieken van Saint Luke toonden haar dat deze behandeling, in tegenstelling tot wat ze zou kunnen denken, de scherpzinnigheid van de patiënt geenszins aantastte.

Tijdens de oorlog was ze actief als leerling-verpleegster. Na de bevrijding had ze een ontmoeting die voor haar van doorslaggevend belang is geweest: ze ontmoette David Tasma, overlevende van het getto van Warschau en terminaal kankerpatiënt. De stervende en de leerling-verpleegster beleefden gedurende acht weken een hartstochtelijke liefde. David was een Joods agnosticus en Cicely had zich pas tot het protestantse geloof bekeerd. Tijdens hun gepassioneerde gesprekken fantaseerden ze over een plaats waar zieken zoals David een betere opvang zouden krijgen dan in een ziekenhuis. Vooraleer te sterven, liet David haar al zijn bezittingen na, de basis van een fonds bestemd voor het latere Saint Christopher's Hospice.

Als verpleegster en later als sociaal werkster, besliste Cicely Saunders haar leven te wijden aan de zieken voor wie er, medisch gezien, niets meer kon

commissions réunies, et faire une parenthèse dans son développement qui concerne les soins palliatifs.

La «fin de la vie» concerne au premier chef les femmes puisque leur longévité est beaucoup plus grande. Ce sont elles aussi, comme infirmières le plus souvent, qui sont les plus proches des malades. Ce sont elles qui aident à mourir leurs proches, et ce sont elles encore qui ont été les initiatrices des soins palliatifs. À ce titre, l'intervenante a beaucoup de problèmes à assister à un débat sur le sujet lorsqu'il n'y a pas de femme sur la scène ou le plateau. En commission, heureusement, les femmes sont bien représentées.

Les femmes, au départ, n'ont pas agi dans des universités ni dans des laboratoires, mais sur le terrain, là où l'on meurt vraiment. Elles n'ont pas agi de manière intellectuelle ou spéculative, mais par compassion, mues par une sorte de nécessité vitale. Ces femmes, dont Elisabeth Kübler-Ross en Amérique, Cicely Saunders en Angleterre, Michèle Salamaigne ou Marie de Hennezel en France, ont rouvert avec sagesse l'ancien grand théâtre de l'agonie, en y intégrant ce que les sciences humaines et la pratique clinique moderne nous ont appris sur nous-mêmes.

Cicely Saunders a commencé à fréquenter les hospices londoniens dans les années 40, en tant qu'assistante sociale encore étudiante et bénévole. À l'hôpital Saint Luke, spécialisé dans l'accueil des cancéreux et des tuberculeux, la jeune fille a fini par remarquer une chose étonnante: les soins infirmiers qu'on y prodigue semblent soulager les souffrances des malades nettement mieux qu'ailleurs. Comment? Grâce, en particulier, à l'utilisation, par voie orale et à intervalles réguliers, de morphine, administrée avant même que le malade ne se plaigne. Contrairement à ce qu'elle aurait pu penser, soignants et malades de Saint Luke lui démontrent que ce traitement n'entame nullement la lucidité du patient.

Élève-infirmière active pendant toute la guerre, elle fit après la Libération une rencontre qui allait se révéler décisive: celle de David Tasma, rescapé du ghetto de Varsovie, mourant d'un cancer. Pendant huit semaines, le mourant et l'élève-infirmière furent follement amoureux. David était juif agnostique, et Cicely venait de se convertir à la foi protestante. Leurs discussions passionnées les amenèrent à imaginer un lieu où les malades tels que David trouveraient meilleur accueil que dans un hôpital. Avant de mourir, il lui légua tout son bien, qui sera la première mise de fond destinée au futur Saint Christopher's Hospice.

Devenue infirmière, puis travailleuse sociale, Cicely Saunders décide de consacrer sa vie à ceux pour qui il n'y a, médicalement, «plus rien à faire».

worden gedaan. Ze ontdekte dat er zelfs voor die gevallen, zelfs als er geen enkele hoop op genezing meer was, voor de zorgverstrekkers nog een belangrijke taak was weggelegd: de pijnen verzachten, de symptomen behandelen, luisteren naar de angsten, de vragen en de morele, intellectuele en spirituele frustraties van de stervenden ... Al deze handelingen zouden door professor Balfour Mount spoedig onder de term palliatieve zorg (*palliative care*) worden gegroepeerd.

In 1952 besloot Cicely Saunders geneeskunde te gaan studeren.

Tijdens haar werk voor de stervenden, dat ze bleef doen, stelde Cicely Saunders herhaaldelijk vast dat het toch nog mogelijk is intens te leven wanneer de dagen geteld zijn. Wanneer de patiënt van pijn verlost is en dus opnieuw zichzelf kan zijn, kunnen de laatste dagen op humaan vlak nog erg rijk zijn. Het kan een periode van verzoening zijn die de dood sereen maakt voor de stervende en de rouw draaglijk voor de overlevenden.

Al wat Elisabeth Kübler-Ross twintig jaar later, in de jaren 60, door de psychiatrie ontdekte, bracht Cicely Saunders op het einde van de jaren 40 en later door pijnbestrijding aan het licht. Ze kwamen beiden tot dezelfde fantastische paradox: wanneer de begeleiding gebeurt met een waarachtig medelijden, dat wil zeggen op een eerlijke wijze en gericht op de persoon en door iemand die zich goed bewust is van zijn eigen sterfelijkheid, kan de stervende zich omvormen tot een specialist in het leven.

Een andere vrouw, Elisabeth Kübler-Ross, van Zwitserse afkomst, stond in het Billings Hospital van Chicago mee aan de wieg van de palliatieve zorg. In haar boek «*On death and dying*» beschrijft ze haar visie op de palliatieve zorg. Ze kreeg haar «initiatie» in Polen van 1945 tot 1947, aan de poorten van het uitroeiingskamp Maïdanek, als hulpverlener in een noodhospitaal dat de Amerikanen hadden opgericht om de overlevenden van het kamp te verzorgen.

Vermeldenswaard is dat zowel Cicely Saunders als Elisabeth Kübler-Ross hun loopbaan begonnen als hulpverpleegsters, dus op de onderste ladder van de ziekenhuishiërarchie.

Als we de reflectie over de voorgeschiedenis van zorg omtrent het levenseinde voortzetten, komen we bij een heel ophefmakend boek gepubliceerd in Parijs in 1977, dat het diepe onderbewustzijn van heel Frankrijk door elkaar zou schudden. Onder de titel «*Changer la mort*» hebben twee briljante auteurs zich verenigd om een soort van manifest op te stellen dat tegelijkertijd:

— een kreet van verzet is tegen de wet van de stilte die heerst rond het lijden van de zwaar zieken, die men met buisjes en sondes in het lichaam wil laten

Elle a découvert que, même dans ces cas, même quand l'espoir de guérison a disparu, il y a toujours beaucoup à faire pour les soignants: soulager les douleurs, traiter les symptômes, tendre l'oreille aux peurs, aux questions, aux frustrations morale, intellectuelles, spirituelles de ceux qui partent ... Tout un ensemble d'interventions qui seront bientôt regroupées par le professeur Balfour Mount sous le terme de soins palliatifs (*palliative care*).

Finalement, en 1952, Cicely Saunders décide de se lancer dans des études de médecine.

En continuant à travailler auprès de mourants, Cicely Saunders fit le constat, à plusieurs reprises, qu'il était possible de vivre intensément lorsque les jours sont comptés. Lorsque le patient est soulagé, donc libre d'être lui-même, il arrive que les derniers jours soient humainement très riches. Ils peuvent être un temps de réconciliation qui rend la mort paisible pour celui qui s'en va, et le deuil supportable pour les survivants.

Tout ce qu'Elisabeth Kübler-Ross va découvrir vingt ans plus tard, dans les années 60, par le biais de la psychiatrie, Cicely Saunders le met au jour dès la fin des années 40, et ensuite, par le biais de la lutte contre la douleur. L'une comme l'autre aboutissent à ce même formidable paradoxe: quand l'accompagnement est mené avec une réelle compassion, c'est-à-dire de manière sincère et centrée sur le sujet, par quelqu'un qui a travaillé sur sa propre mortalité, le mourant peut se transformer en professeur de vie.

Une autre femme, Elisabeth Kübler-Ross, celle-là d'origine Suisse, est aussi à l'origine des soins palliatifs au Billings Hospital de Chicago. Son livre «*On death and dying*», définit sa manière de voir les soins palliatifs. Elle reçut son «initiation», de 1945 à 1947, en Pologne, aux portes du camp d'extermination de Maïdanek, comme secouriste dans l'infirmerie de fortune installée par les Américains pour tenter de soigner les rescapés du camp.

Remarquons que Cicely Saunders et Elisabeth Kübler-Ross ont toutes deux démarré leur itinéraire comme aides-soignantes, au plus «bas» de la hiérarchie hospitalière.

Si l'on poursuit une réflexion sur l'historique de la prise en compte de la fin de la vie, il faut rappeler qu'en France, en 1977, paraît à Paris un livre provocateur, bien que fort sérieux, qui va ébranler l'inconscient profond de tout le pays: *Changer la mort*. Sous ce titre, deux auteurs brillants se sont ligüés pour rédiger une sorte de manifeste, à la fois:

— cri de révolte contre la loi du silence qui entoure la souffrance des grands malades, ceux que l'on s'acharne à faire survivre, biologiquement du moins,

voortleven, biologisch tenminste, tegen alles en iedereen in, en

— een oproep is tot een radicaal nieuwe houding, of tot een nieuwe wetgeving, die euthanasie toelaat.

Twee mannen, Léon Schwarzenberg en Pierre Viansson-Ponté, zijn verantwoordelijk voor het ontstaan van wat door velen destijds als een schande werd beschouwd. De eerste was een al beroemde kankerspecialist, de tweede maakte deel uit van het bestuur van de krant «*Le Monde*». Hun betrokkenheden waren complementair. De arts bestreed dagelijks, gedurende jaren, hardnekkig de aandoeningen waardoor mensen worden getroffen. Zijn afschuw was zo groot als zijn lange ervaring. De politieke commentator koos ervoor in de meer emotionele, maar ook meer filosofische en eigenlijk politieke arena te treden.

In «*Changer la mort*» geeft Léon Schwarzenberg ondubbelzinnig toe dat hij zelf, telkens wanneer hij het gewettigd vond, de zwaar zieken die aan het einde van hun krachten waren, «geholpen» heeft er een einde aan te maken.

Bij de doodstrijd rezen voor hen vragen over verdraagzaamheid en waardigheid: wanneer enerzijds het fysisch en moreel lijden een ondraaglijk niveau heeft bereikt en wanneer anderzijds de waardigheid van de persoon, die men gedurende heel zijn leven heeft willen zijn, op het punt staat in te storten, zou het verlangen kunnen rijzen er een einde aan te maken en zou men een derde persoon kunnen vragen om daarbij te helpen. In het laatste hoofdstuk van «*Changer la mort*» noemen ze dat «Doden uit liefde».

Kort na het verschijnen van «*Changer la mort*», stichtten mannen en vrouwen in Parijs de «Vereniging voor het recht op waardig sterven», die nauw aanleunde bij de ideeën van Pierre Viansson-Ponté en Léon Schwarzenberg. Het boek veroorzaakte in Frankrijk een brede discussie en een grote polemiek.

Later, onder Georges Pompidou, wordt er een groep van experts opgericht en gelijktijdig, in 1984, worden de werken van Saunders en Kübler-Ross in het Frans gepubliceerd. In 1986 verschijnt er een Manifest van artsen met de bevestiging dat zij sommige patiënten geholpen hebben om te sterven en de Vereniging voor het recht op waardig sterven vraagt dat geassisteerde zelfmoord wordt toegelaten. Hetzelfde jaar verschijnt het verslag Laroque, genoemd naar een hoge ambtenaar, die van François Mitterrand en van Edmond Hervé, op dat ogenblik minister van Gezondheid, de opdracht gekregen had om samen met een hele reeks experts, voor- en tegenstanders van euthanasie, een grondige studie te maken van de problematiek van de stervensbegeleiding. De titel van het verslag luidde: *Verzorgen en begeleiden tot op het einde*.

envers et contre tout, avec force tuyaux et sondes à travers le corps;

— appel à une attitude, sinon à une législation, radicalement nouvelle qui autoriserait l'euthanasie.

À l'origine de ce qui est alors vécu par beaucoup comme un scandale, deux hommes: Léon Schwarzenberg et Pierre Viansson-Ponté. Le premier est un oncologue déjà fameux, le second fait partie de la direction du journal *Le Monde*. Leurs implications sont complémentaires. Le médecin lutte tous les jours, depuis des années, avec obstination, contre la maladie qui frappe les autres; son horreur est à la mesure de sa longue expérience. L'éditorialiste politique, quant à lui, a choisi d'entrer dans une arène plus émotionnelle mais aussi plus philosophique, et au fond, véritablement politique.

Dans *Changer la mort*, Léon Schwarzenberg l'avoue sans ambiguïté: il a lui-même, chaque fois que cela lui a semblé légitime, accepté d'«aider» les grands malades à bout de forces à en finir.

Quant à l'agonie, ils la voient comme soulevant une double question de tolérance et de dignité: quand la souffrance, physique et morale, aura atteint un point insupportable, d'une part; quand la dignité de la personne qu'ils ont tenté d'être pendant toute leur vie sera menacée de s'effondrer, d'autre part; alors, oui, il se pourrait bien qu'ils aient le désir d'en finir et fassent éventuellement appel à autrui pour cela. C'est ce qu'ils nomment, dans l'ultime chapitre de *Changer la mort*: «Tuer par amour».

Peu de temps après la parution de *Changer la mort*, des hommes et des femmes fondent à Paris «l'Association pour le droit de mourir dans la dignité», en résonance étroite avec les idées présentées par Pierre Viansson-Ponté et Léon Schwarzenberg. Ce livre soulève en France une vaste discussion et une grande polémique.

Plus tard, sous Georges Pompidou, un groupe d'experts est constitué. Parallèlement, on publie des oeuvres de Saunders et Kübler-Ross en français, en 1984. En 1986, s'exprime aussi fortement un Manifeste des médecins affirmant qu'ils ont aidé certains patients à mourir. On retrouve également la revendication de l'ADMD du suicide assisté. La même année paraît le rapport Laroque, du nom d'une haute fonctionnaire chargée par François Mitterrand et Edmond Hervé, alors ministre de la Santé, de s'attaquer à la problématique de l'accompagnement des mourants avec toute une série d'experts partisans ou non de l'euthanasie. Le rapport s'intitule *Soigner et accompagner jusqu'au bout*.

Ook de naam «François Mitterrand» moet met het ontstaan van de palliatieve zorg worden geassocieerd. In haar boek *De intieme dood*, met een voorwoord van de hand van François Mitterrand, schrijft Marie de Hennezel, wanneer ze het heeft over de palliatieve zorg: «Wanneer ik deze keuze maakte, was ik er me niet van bewust hoezeer de nabijheid van het lijden en de dood van anderen me zouden leren anders, bewuster en intenser te leven. Ik wist niet dat een plaats die is ingericht om stervenden op te vangen het omgekeerde van een «crepeerhok» kan zijn, namelijk een plaats waar het leven zich in al zijn kracht manifesteert. Ik wist niet dat ik mijn eigen menszijn zou ontdekken, dat ik als het ware in het hart van de mens zou kunnen kijken.»

Om kort te gaan, in 1999 nam de *Assemblée nationale* eenparig de wet aan die door minister Bernard Kouchner ten gunste van de pijnbestrijding en de palliatieve zorg werd verdedigd. Er werd een bedrag van tweehonderd miljoen Franse frank goedgekeurd om de inrichting van eenheden voor palliatieve zorg te ondersteunen — de 50 in 1997 bestaande eenheden moesten in 2000 op 99 worden gebracht, met voorrang voor kleinere instellingen op mensmaat — en om speciaal de mobiele begeleidingsequipes te promoten. Hier moest het aantal van 55 worden opgetrokken tot 170, vooral omdat een toenemende minderheid van personen die aan het einde van hun leven gekomen waren, het recht opeisten om thuis te sterven, omringd door hun dierbaren.

Na deze korte en zeker onvolledige schets van de voorgeschiedenis van de eerste stappen in de palliatieve zorg in het buitenland, moet ik erop wijzen dat de eerste experimenten inzake palliatieve zorg in België sedert 1991 op een forfaitaire wijze worden gefinancierd.

Het behoort tot onze politieke verantwoordelijkheid te zorgen voor een structurele financiering die rekening houdt met het noodzakelijke complementaire karakter van de verschillende soorten palliatieve zorg: mobiele ziekenhuissequipes, residentiële eenheden en eenheden voor palliatieve zorg aan huis.

Bij het installeren van deze structuren moeten we er ook voor zorgen dat de begeleiding van de stervende patiënten zo georganiseerd wordt dat er geen onderbreking ontstaat tussen de curatieve en de palliatieve zorg enerzijds en tussen de palliatieve zorg in het hospitaal en de thuiszorg anderzijds, en dit om te voorkomen dat de patiënt zich in de steek gelaten voelt.

Het medische korps moet dringend voor deze nieuwe cultuur, de palliatieve zorg, worden opgeleid. In de opleiding geneeskunde aan de universiteiten moeten cursussen en praktische stages in een palliatieve dienst worden opgenomen. Deze vorming zou ook een psychologische en sociale benadering van de terminaal zieke moeten bevatten. Er is nood aan een

Il faut associer aussi à la cause des soins palliatifs le nom de François Mitterrand. Dans son livre *La mort intime*, préfacé par François Mitterrand, Marie de Hennezel affirme, en parlant des soins palliatifs: «Je ne savais pas, en faisant ce choix, combien la proximité de la souffrance et de la mort des autres allait m'apprendre à vivre autrement, plus consciemment, plus intensément. Je ne savais pas qu'un lieu fait pour accueillir des mourants peut être tout l'inverse d'un mouroir, un lieu où la vie se manifeste dans toute sa force. Je ne savais pas que j'allais découvrir ma propre humanité, que j'allais en quelque sorte plonger au coeur de l'humain.»

Pour abrégé, en 1999, l'Assemblée nationale votera à l'unanimité la loi défendue par le ministre Bernard Kouchner en faveur du soulagement de la douleur et des soins palliatifs. Deux cents millions de francs français sont votés pour soutenir le développement des Unités de soins palliatifs — dont le nombre devrait passer de 50, en 1997, à 99, en 2000, avec priorité aux petites structures à taille humaine — et assurer une puissante promotion aux équipes d'accompagnement mobile — leur chiffre passerait, lui, de 55 à 170, une minorité croissante de personnes en fin de vie revendiquant en effet le droit de mourir chez elles, entourées des leurs.

Après avoir brossé très rapidement et de manière sûrement très lacunaire, un rapide historique des soins palliatifs, du moins en leur début, en dehors de chez nous, il faut rappeler que, dans notre pays, les premières expériences de soins palliatifs ont été financées de manière forfaitaire depuis 1991.

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

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

La formation du corps médical à cette nouvelle culture qu'est la médecine palliative est d'une urgente nécessité. Il y aurait lieu d'introduire dans le cursus universitaire du médecin des cours et des stages pratiques réalisés en milieu palliatif. Cette formation devrait comprendre une approche à la dimension psychologique et sociale du malade en fin de vie. Il

gespecialiseerde opleiding voor pijnbeheersing zoals door verschillende artsen die in palliatieve eenheden werken, wordt opgemerkt. De artsen moeten een kritische reflex kunnen ontwikkelen; ze moeten afstand kunnen nemen wanneer ze niet meer kunnen genezen.

Studenten algemene geneeskunde hebben thans de vrije keuze de opleiding in palliatieve geneeskunde al dan niet te volgen. Het risico bestaat bijgevolg dat zij die de opleiding niet gevolgd hebben, op dat vlak onervaren zijn, wat dan weer aanleiding kan geven tot het opgeven van enige therapie of tot therapeutische hardnekkigheid.

Tijdens het colloquium «Palliatieve zorg en euthanasie», verklaarde de Franse staatssecretaris voor Gezondheid, Bernard Kouchner: «Het verbaast me te moeten vaststellen hoeveel artsen machteloos zijn in situaties waarvoor ze niet zijn opgeleid (...). Op vragen inzake pijn antwoorden drie artsen: «Ik ben hiervoor niet opgeleid.» Waartoe dienen dan zoveel jaren studie? (...) Pijnbestrijding vereist van een arts nochtans geen grondige metafysische reflectie en de uitrusting die ervoor nodig is blijft elementair. Mijn antwoord is duidelijk: wij moeten in die opleiding voorzien en wij zullen die voorzien. Om dat te bereiken moet men mij echter helpen om de studies in de geneeskunde van onder tot boven te hervormen. Ik verzeker u dat u met geduchte tegenstanders te doen zult hebben. Ik probeer al twee jaar.»

We moeten duidelijk zijn. Zowel voor de financiering van de palliatieve opleidingen als van de palliatieve zorgverstrekking zelf, in het ziekenhuis of thuis, zullen heuse budgettaire keuzen inzake gezondheidszorg moeten worden gemaakt waarvoor de mening van de bevolking helaas slechts zelden wordt gevraagd. Hebben wij voldoende middelen voor de uitbouw van de palliatieve zorg?

Dat is een essentiële vraag. Moeten wij, zoals de heer Edouard Delruelle, lid van de Commissie voor de bio-ethiek, zich tijdens een debat onlangs afvroeg, niet kiezen tussen kinderen met leukemie, palliatieve zorg, aidspatiënten en chronisch zieken? De bevolking vraagt niet alleen technische evaluaties van deze of gene therapie, maar ook duidelijke maatschappijkeuzen.

Is de hamvraag niet de volgende: krijgen afhankelijke personen nog wel een plaatsje in onze maatschappij? Die afhankelijkheid kan soms jaren duren, of men nu jong of oud is. Kanker of aids kunnen een patiënt van veertig er trouwens doen uitzien als iemand van zeventig, hem grijze haren geven en hem dement maken.

Hebben afhankelijke personen nog een plaats in onze samenleving? Is er nog plaats voor een trisomie-kind, voor de zwakzinnige, de demente of semi-demente of voor de persoon met een genetische aan-

faut une formation spécialisée au contrôle de la douleur — plusieurs médecins pratiquant dans les services de soins palliatifs ont fait cette remarque. Les médecins doivent pouvoir développer une réflexion critique, une sorte de mise à distance lorsqu'ils ont perdu leur pouvoir de guérir.

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

Lors du colloque «Soins palliatifs et euthanasie», le secrétaire d'État à la Santé, Bernard Kouchner, déclarait: «Je suis surpris de voir combien les médecins sont désarmés devant des situations pour lesquelles ils n'ont pas été formés (...). Sur la question de la douleur, trois médecins répondent: «Je n'ai pas été formé». À quoi servent alors tant d'années d'étude? (...) Quand même, pour un médecin, traiter la douleur, cela n'exige pas une réflexion métaphysique extravagante et l'attirail des soins reste assez élémentaire. Eh bien non! Il faut former. Nous formerons. Pour cela, il faut m'aider à changer de fond en comble l'organisation des études médicales. Croyez-moi, vous aurez affaire à forte partie. Moi, cela fait deux ans que j'essaye.»

Soyons clairs: tant en matière de financement de formations aux soins palliatifs qu'en termes de financement de soins palliatifs eux-mêmes, qu'ils soient hospitaliers ou à domicile, on va se trouver devant de véritables choix budgétaires de santé publique pour lesquels, malheureusement, l'avis du public n'est que rarement sollicité. Avons-nous les moyens des soins palliatifs?

C'est là une question essentielle. Comme le disait l'autre jour, lors d'un débat, Edouard Delruelle, membre de la Commission bioéthique, ne devons-nous pas faire des choix entre les enfants leucémiques, les soins palliatifs, les malades du sida, les maladies chroniques? La société ne veut pas seulement des évaluations techniques de telles ou telles thérapeutiques, mais aussi des choix clairs de société.

La vraie question n'est-elle pas: y a-t-il une place pour les dépendants dans notre société? La dépendance, elle, peut durer des années, que l'on soit jeune ou vieux. D'ailleurs, à quarante ans, le cancer, le sida, peut en faire paraître septante, donner des cheveux blancs, et rendre dément.

Y a-t-il une place pour les dépendants dans notre société? Y a-t-il une place pour l'enfant trisomique, pour l'innocent, pour le débile ou le semi-débile, mais aussi pour le malade génétique dont le mal se révèle

doening die zich slechts langzaam manifesteert en een steeds grotere afhankelijkheid veroorzaakt, zoals myopathie, mucoviscidose ... ?

Spreekster vreest spijtig genoeg dat het antwoord hierop negatief is, misschien door de dictatuur van de schoonheid.

Hoe sterven in een spektakelmaatschappij ?

Een zwaar zieke uit zijn lijden verlossen zou wel eens een routine kunnen worden. Een evidentie. Een gewone en normale handeling.

Na deze filosofische beschouwingen en het onderstrepen van het belang van de vrouw in deze problematiek, na lang gesproken te hebben over de palliatieve zorg, wil spreekster besluiten met een beschouwing over het feit dat het begrip « terminale fase » niet voorkomt in de drie voorstellen die door zes parlementsleden van de meerderheid zijn ingediend. Misschien wil dat zeggen dat die voorstellen vooral betrekking hebben op het probleem van de hulp bij zelfdoding.

Een ander lid heeft hierover uitgebreid gesproken en gespecificeerd in welke gevallen artikel 2 van het voorstel zou kunnen worden toegepast.

Spreekster doet een beroep op de verantwoordelijkheidszin van de collega's, als parlementsleden maar ook gewoon in hun hoedanigheid van man of vrouw.

Sinds het begin van deze eeuw en de ontdekkingen van Freud weet men dat in ieder individu een levens- en een doodsinstant schuilen die naar boven komen al naargelang de gebeurtenissen in het leven, de opvoeding en het eigen temperament.

Om het een beetje filosofisch te houden, keert spreekster terug naar Albert Camus die, onder meer in « *La mythe de Sisyphe* », preciseert dat dit de enige vraag is voor de mens die de schijnbare absurditeit van het bestaan heeft ontdekt.

Zal hij zich door deze absurditeit laten verpletteren, of ze, zoals Sisyphus, weigeren in naam van zijn vrijheid, zijn passie en zijn verzet ?

Het antwoord is uiterst individueel maar laat niemand onverschillig.

Spreekster vestigt er de aandacht op dat de zelfdoding, na de ongevallen op de weg, bij jongeren tussen 15 en 25 jaar in België op dit ogenblik de tweede doodsoorzaak vormt.

Onder meer omdat deze tragische daad in 1997 bij de studenten aan de KUL de voornaamste doodsoorzaak was, maakte mevrouw Maesschalck, dokter in psychologie in het Psychotherapeutisch Centrum van de studenten van de Katholieke Universiteit van Leuven een studie met als titel *Project ter preventie van*

peu à peu et entraîne une dépendance de plus en plus grande — myopathie, mucoviscidose ... ?

L'intervenante croit malheureusement que la réponse est qu'il y a moins de place pour ces gens-là dans notre monde, à cause peut-être de la dictature du beau.

Comment mourir dans une société du spectacle ?

Le fait d'achever les grands malades pourrait probablement bien devenir une routine. Une évidence. Un geste normal et ordinaire.

Après ces quelques réflexions philosophiques, après avoir souligné l'importance des femmes dans la problématique, après avoir longtemps parlé des soins palliatifs, l'intervenante voudrait conclure par une réflexion sur le fait que, dans les trois propositions déposées par six parlementaires de la majorité, la notion de phase terminale ne figure pas, ce qui a pour conséquence que ces propositions peuvent concerner la problématique de l'aide au suicide.

Un intervenant vient de s'exprimer longuement à ce sujet, en précisant les cas où l'article 2 de la proposition pouvait s'appliquer.

L'intervenante voudrait faire appel à la responsabilité des collègues, en tant que parlementaires, mais aussi en tant qu'hommes et femmes.

Tous les individus ont en eux, on le sait depuis le début du siècle et les découvertes de Freud, un instinct de vie et un instinct de mort, qui apparaissent plus ou moins selon les événements de la vie, l'éducation et le tempérament propre.

Pour en revenir à Albert Camus, et de manière un peu plus philosophique, il précise, notamment dans le *Mythe de Sisyphe*, que c'est la seule question qui se pose à l'homme, qui a découvert l'apparente absurdité de l'existence.

Va-t-il se laisser écraser par cette absurdité, ou, comme Sisyphus, la refuser au nom de sa liberté, de sa passion et de sa révolte ?

La réponse est profondément individuelle et interpellante.

L'intervenante souhaite rappeler que le suicide est actuellement, après les accidents de la route, la seconde cause de mort des jeunes (de 15 à 25 ans) en Belgique.

C'est, entre autres, parce qu'en 1997, cet acte dramatique est devenu la première cause de décès des étudiants à la KUL que Mme Maesschalck, docteur en psychologie au Centre psychothérapeutique des étudiants de la *Katholieke Universiteit van Leuven*, a mené une étude, présentée le 13 janvier 2001 à la

zelfmoordgedrag die op 13 januari 2001 aan de pers werd voorgesteld.

Spreekster onderstreept dat haar woorden niet verkeerd mogen worden opgevat.

Sommige personen stralen levenslust uit en andere weerspiegelen hoe moeilijk ze het hebben met het leven en dat heeft soms niets te maken met de sociale moeilijkheden of sociale welvaart van het individu. Een bezoek aan India is daarvoor erg overtuigend.

We moeten er nauwlettend op toezien dat de werkzaamheden van de verenigde commissies en de tekst die ze zullen aanvaarden, de zelfmoordcultuur die in onze maatschappij al ingang gevonden heeft, zeker niet in de hand werken.

Spreekster verwijst nog naar Marie de Hennezel die schreef: «Het is mijn persoonlijke ervaring dat het aantal vragen om hulp bij zelfdoding spectaculair gedaald is vanaf het ogenblik dat ik aanvaard heb om met mijn patiënten over de dood te spreken. Ik heb, gedurende zeven jaar, meer dan duizend seropositieven gevolgd. Er waren er onder hen die, zelfs wanneer hun lichaam hen in de steek liet, zeer intense spirituele ervaringen beleefden. Ik zag mensen sterven, volledig in harmonie met zichzelf, met wat van hen geworden was. Ik kon zien wat er in hen veranderd was.

Voor mij maakt de spiritualiteit deel uit van het leven. Ik gebruik dat woord niet op een religieuze manier, ik wil daarmee zeggen dat wij menselijke wezens zijn die nadenken, die emoties en gevoelens hebben.»

Spreekster eindigt met deze persoonlijke beschouwing, benadrukkend dat het geenszins haar bedoeling is om om het even wie een intentieproces aan te doen. Deze beschouwing gaat haar ter harte, omdat zij van oordeel is dat de zelfmoord in onze samenleving een belangrijk probleem vormt.

Een lid merkt op dat momenteel alvast iedereen het erover eens is dat er een degelijke wettelijke regeling moet komen, zowel voor palliatieve zorgverlening als voor euthanasie. Wat haar betreft zijn de beide materies even belangrijk. Het wetsvoorstel inzake palliatieve zorgverlening heeft dan ook tot doel aan iedereen de toegang tot deze vorm van hulpverlening te garanderen en onder meer alle financiële drempels op dit vlak weg te nemen. Soms wordt de indruk gewekt dat diegenen die zich voorstander tonen van een depenalisering van euthanasie, geen of slechts in secundaire orde belang zouden hechten aan palliatieve zorgverlening. Niets is minder waar.

Tegelijk moet men echter erkennen dat palliatieve zorgverlening nooit alle leed zal kunnen lenigen waarmee sommige ongeneeslijk zieke patiënten worden geconfronteerd. In die gevallen moet er een mogelijkheid open blijven voor euthanasie. Wanneer de medische wereld volkomen machteloos staat om

presse, étude intitulée *Projet de prévention de comportements suicidaires*.

L'intervenante souligne qu'il ne faut pas se méprendre sur ses propos.

Certaines personnes respirent le goût de vivre et d'autres la difficulté de vivre, et cela n'a quelquefois rien à voir avec les difficultés sociales ou l'aisance sociale des uns et des autres. Il suffit, pour s'en convaincre, de se promener en Inde.

Les travaux des commissions réunies, le texte qu'elles vont adopter, doivent être particulièrement attentifs à ne pas développer, ni de loin ni de près, et même avec la meilleure volonté du monde, une sorte de culture du suicide qui existe déjà dans notre société.

L'intervenante renvoie encore à Marie de Hennezel, qui écrivait: «En ce qui me concerne, les demandes de suicide assisté ont carrément chuté à partir du moment où j'ai accepté de parler de la mort avec mes patients. En sept ans, j'ai suivi plus d'un millier de séropositifs. Parmi eux, j'en ai connu certains qui, même quand leur corps les abandonnait, ont vécu des cheminements spirituels très intenses. J'ai vu des gens mourir très en harmonie avec eux-mêmes, avec ce qu'ils étaient devenus. J'ai pu me rendre compte de ce qui avait changé en eux.

Pour moi, la spiritualité fait partie de la vie, je n'utilise pas ce mot de façon religieuse, mais dans le sens où nous sommes des êtres qui pensons, qui avons des émotions, des sentiments.»

L'intervenante conclut sur cette réflexion personnelle, en soulignant qu'elle ne voudrait en aucun cas faire le moindre procès d'intention à qui que ce soit. Cette réflexion lui tient à coeur, car elle estime que la problématique du suicide est importante dans notre société.

Un membre remarque que, pour l'instant, tout le monde est déjà d'accord pour affirmer qu'une législation sérieuse doit voir le jour, aussi bien pour les soins palliatifs que pour l'euthanasie. Selon l'intervenante, les deux matières ont une importance équivalente. La proposition de loi relative aux soins palliatifs a aussi pour but de garantir à chacun l'accès à cette forme d'aide et, entre autres, de supprimer tous les seuils financiers dans ce domaine. On a parfois l'impression que ceux qui se déclarent partisans de la dépénalisation de l'euthanasie, n'accordent guère, voire pas du tout d'intérêt aux soins palliatifs. Rien n'est moins vrai.

En même temps, on doit toutefois reconnaître que les soins palliatifs ne pourront jamais apaiser toute la douleur à laquelle certains patients incurables sont confrontés. Dans ces cas, on doit laisser la possibilité d'une euthanasie. Lorsque le monde médical est complètement impuissant pour offrir une réponse à la

een antwoord te bieden op het ondraaglijke lijden van de patiënt, en deze vraagt dat zijn leven wordt beëindigd, dan moet de wet de mogelijkheid bieden dat hierop kan worden ingegaan.

Volgens haar zijn in dit debat drie zaken van essentieel belang:

Ten eerste moet bij alle beslissingen rond het levenseinde de patiënt centraal staan. Hij is het die in de eerste plaats beslist welke behandeling op hem wordt toegepast. Het meest schokkende besluit dat uit het reeds vermelde interuniversitaire onderzoek naar het medisch handelen in de laatste levensfase kan worden getrokken, is wel dat in ons land een groot aantal levens op actieve wijze wordt beëindigd zonder dat de patiënt hier inspraak in had, laat staan hierom gevraagd heeft.

Even goed echter moet het een recht zijn voor de patiënt om, wanneer hij zich in een uitzichtloze situatie bevindt en een onmenselijk lijden ondergaat, te vragen dat zijn leven wordt beëindigd zodat hij op een waardige wijze afscheid kan nemen.

Ten tweede moet iedereen het recht hebben om in een wilsverklaring vast te leggen dat zijn leven dient te worden beëindigd indien men in een toestand van onmenselijk lijden terecht is gekomen, maar niet meer in staat is om euthanasie te vragen.

Ten derde moet een regeling inzake euthanasie deze handeling volkomen uit de grijze zone halen via het uitwerken van een duidelijk wettelijk kader dat aan alle betrokkenen volledige rechtszekerheid biedt. Precies hierom is de juridische techniek van de noodtoestand volkomen inadequaat. De vraag *a posteriori* of er sprake kan zijn geweest van een noodtoestand zal altijd aanleiding geven tot subjectieve interpretatie door een arts of door een rechter, met alle juridische gevolgen vandien voor de behandelende arts.

Vandaar dat het uitgangspunt van een euthanasie-regeling niets anders kan zijn dan het recht van de patiënt om te vragen dat zijn leven wordt beëindigd nadat hij volledig over zijn toestand is ingelicht.

Spreekster is van oordeel dat deze beginselen zeer precies vertaald zijn in de wetsvoorstellen nrs. 2-244/1, 2-245/1 en 2-246/1. Indien echter zou blijken dat de tekst hiervan voor sommigen op bepaalde punten onduidelijk is, dat kan dit via amendementen worden rechtgezet. De hoorzittingen zullen op dit vlak in belangrijke mate uitsluitsel brengen. Er kan echter geen twijfel over bestaan dat dergelijke amendementen alleen aanvaardbaar zijn indien ze de patiënt ten goede komen.

Het interuniversitaire onderzoek, waarvan nog maar zeer gedeeltelijke resultaten bekend zijn, maar dat in deze discussie al vaak is aangehaald, leidt alvast

douleur insupportable du patient et que celui-ci demande que l'on mette fin à ses jours, la loi doit offrir la possibilité de satisfaire cette demande.

Selon elle, trois points sont essentiels dans ce débat.

En premier lieu, le patient doit constituer la préoccupation centrale de toutes les décisions concernant la fin de vie. Le patient est celui qui décide le premier du traitement qui lui est administré. La conclusion la plus choquante qui peut être tirée de l'étude interuniversitaire déjà mentionnée et portant sur le traitement médical dans la phase ultime de la vie, est qu'on met fin dans notre pays de façon active à un grand nombre de vies sans que le patient ait eu son mot à dire, voire sans qu'il l'ait demandé.

Lorsqu'il se trouve dans une situation sans issue et qu'il souffre d'une douleur inhumaine, le patient doit donc avoir le droit de demander qu'il soit mis un terme à sa vie de façon à ce qu'il puisse partir dignement.

En deuxième lieu, chacun doit avoir le droit de déterminer dans une déclaration anticipée qu'un terme doit être mis à sa vie s'il se retrouve dans une situation de souffrance inhumaine tout en n'étant plus en état de demander une euthanasie.

En troisième lieu, une réglementation de l'euthanasie doit sortir ce débat de la zone grise grâce à l'élaboration d'un cadre législatif clair qui offre une sécurité juridique totale à toutes les personnes concernées. C'est précisément pour cela que la technique juridique de l'état de nécessité est totalement inadéquate. Se demander *a posteriori* s'il y a eu état de nécessité donnera toujours lieu à des interprétations subjectives par un médecin ou par un juge, avec toutes les conséquences juridiques qui s'ensuivent pour le médecin traitant.

D'où le principe qu'une réglementation de l'euthanasie ne peut être que le droit du patient à demander que l'on mette fin à ses jours, après avoir été totalement informé de sa situation.

L'intervenante pense que ces principes ont été traduits de façon très précise dans les propositions de loi n^{os} 2-244/1, 2-245/1 et 2-246/1. S'il devait cependant s'avérer que, pour certaines personnes, ces textes manquent de clarté sur certains points, on peut y remédier grâce à des amendements. Les auditions nous renseigneront en grande partie à cet égard. Il doit toutefois être bien clair que de tels amendements ne sont acceptables que s'ils sont dans l'intérêt du patient.

L'étude interuniversitaire, dont les résultats ne sont encore que partiellement connus mais qui a déjà été souvent citée au cours de cette discussion, débouche

tot één conclusie: er moet een duidelijke en transparante wettelijke regeling komen die de patiënten rechten verzekert. Dit is een zorg die bij iedereen in deze commissies vooropstaat. In de huidige situatie kan een arts die uit betrokkenheid met zijn patiënt tot euthanasie overgaat, strafrechtelijk worden vervolgd. Omgekeerd echter kunnen artsen ongevraagd het leven van patiënten beëindigen zonder dat hierop enige controle is.

Een dergelijke absurde situatie is voor niemand aanvaardbaar en misschien is het van hieruit mogelijk om tot een brede consensus over een wettelijke regeling te komen. Leden van zes partijen hebben hun nek uitgestoken en een gemeenschappelijk wetsvoorstel uitgewerkt op basis van hetgeen hen bindt. Zij hopen vanzelfsprekend dat het draagvlak van dit wetsvoorstel nog kan worden versterkt. Het zou evenwel bijzonder jammer zijn indien zij voor deze poging het deksel op de neus zouden krijgen en de Senaat het debat zou gaan voeren op basis van een ander wetsvoorstel.

Voorgaande sprekers suggereerden om in de commissies een volledig nieuwe tekst uit te werken. Het is in de huidige stand van zaken inderdaad nog te vroeg om hierover uitspraak te doen. Ook wanneer voor deze techniek wordt gekozen zal men er echter niet naast kunnen, dat binnen zes fracties een fundament is gelegd waarop zal moeten worden voortgebouwd.

Een ander lid verwijst naar de boodschap van dokter Englert. De tekst ervan werd aan de leden van de verenigde commissies uitgedeeld.

Deze boodschap bevat enkele zeer interessante en helder geformuleerde beschouwingen over de medische ethiek, de wetgeving en het levenseinde.

Die boodschap begint met een citaat van professor Ladrière die stelt dat «niemand een bevoorrechte bevoegdheid heeft inzake ethiek. Daarom kan de ethische reflectie niet meer zijn dan een gemeenschappelijke oefening, waarbij de verschillende standpunten met elkaar moeten worden geconfronteerd.»

Omdat hij daarin diep gelooft, sluit spreker zich aan bij de leden die uitvoerige hoorzittingen en een breed debat wensen. Hij dringt dus aan op een openbaar debat en hoopt dat de verschillende standpunten dichter bij elkaar kunnen worden gebracht. Hij hoopt dat er een tekst kan worden opgesteld waarover een breed debat wordt gevoerd. Het is hem daarbij om het even of dat nu gebeurt in de vorm van amendementen of op basis van nieuwe gemeenschappelijke teksten; het belangrijkste is de grote openheid van geest.

Is het die richting die we thans uitgaan?

Hier is het beeld van de halfvolle of halflege fles wel van toepassing.

toujours sur la même conclusion: une législation claire et transparente doit voir le jour de manière à garantir les droits des patients. C'est un souci qui prévaut chez chacun des membres de ces commissions. Dans la situation actuelle, un médecin qui, s'étant engagé envers son patient, procède à une euthanasie, peut être poursuivi pénalement. À l'inverse, des médecins peuvent mettre fin spontanément à la vie de certains de leurs patients sans que cela ne soit contrôlé d'aucune manière.

Personne ne peut accepter une situation à ce point absurde. Peut-être est-il donc possible d'aboutir à un large consensus sur une législation. Des membres de six partis sont sortis du rang et ont élaboré une proposition de loi commune sur la base de ce qui les lie. Ils espèrent bien entendu que l'assise de cette proposition pourra encore être renforcée. Il serait particulièrement dommage qu'ils échouent dans leur tentative et que le Sénat mène le débat sur la base d'une autre proposition.

Les orateurs précédents ont suggéré que les commissions élaborent un texte entièrement neuf. Dans l'état actuel des choses, il est en effet trop tôt pour s'exprimer à ce sujet. Même si cette technique était choisie, on ne pourrait pas davantage ignorer qu'il existe une base commune à six groupes sur laquelle il faudra construire.

Un autre membre se réfère au message rédigé par le Dr Englert, et qui vient d'être communiqué aux membres des commissions réunies.

Ce message comporte quelques réflexions, fort intéressantes, et clairement exprimées, sur l'éthique médicale, la législation et la fin de la vie.

Il s'ouvre par une citation du professeur Ladrière, selon laquelle: «personne n'a une compétence privilégiée en matière d'éthique. C'est pourquoi la réflexion éthique ne peut être qu'une entreprise collective, où les différents points de vue doivent pouvoir se confronter, dans l'espérance que justifie la croyance fondamentale en l'universalité de la raison.»

C'est cette croyance, qui est profondément acquise à l'intervenant, qui l'a amené à se ranger à ceux qui souhaitent de larges auditions et un large débat, à solliciter un débat public, et enfin à souhaiter que l'on puisse rapprocher les points de vue des uns et des autres, de manière à aboutir à des textes qui feraient l'objet d'un large débat, que l'on travaille par amendements ou par la rédaction de nouveaux textes communs, mais en tout cas avec une très grande ouverture d'esprit.

Avance-t-on ou non dans ce sens?

On pourrait évoquer à cet égard l'image de la bouteille à moitié pleine ou à moitié vide.

Sommigen ontwaren nog diepe kloven tussen de verschillende voorstellen. Spreker deelt die mening niet helemaal.

De uiteenzettingen van sommige collega's van de oppositie, waar hij aandachtig naar geluisterd heeft, hebben spreker het nodige vertrouwen gegeven om in een akkoord te blijven geloven.

Hij werd onlangs trouwens nog getroffen door de commentaar van een Antwerps jezuiet die in *De Standaard* is verschenen. De auteur maakte daarin, met een grote openheid van geest een vergelijkende, weliswaar synthetische, studie tussen de verschillende ingediende wetsvoorstellen. Hij deed daarbij een inspanning om er de punten uit te halen waarover een toenadering zou kunnen worden gevonden en degene die hij minder snel zag vooruitgaan.

In diezelfde geest wenst spreker een voor hem fundamentele vraag te stellen, die bij hem opkwam tijdens de uiteenzetting van een vorige spreker.

Spreker begrijpt de dubbele bezorgheid die tijdens het debat tot uiting kwam, namelijk de vraag van het medische korps om enerzijds, in het belang van de patiënten, geen enkele grijze zone toe te laten en om anderzijds de voorwaarden waarin euthanasie zou kunnen worden toegepast, duidelijk te definiëren. De unanimiteit die er in de verenigde commissies bestaat over de noodzaak om wetgevend op te treden, berust derhalve, vóór alles, op de nood aan duidelijkheid en rechtszekerheid, in het belang van zowel de patiënten als het medische korps.

Spreker begrijpt ook dat sommigen absoluut willen voorkomen dat het verbod op doden zou worden geschonden. Hij is er echter van overtuigd dat het bestaan van euthanasie dit verbod niet de in weg staat.

Hij begrijpt, onder voorbehoud van een juridische studie van het probleem, dat men dit probleem wenst te benaderen vanuit het oogpunt van de noodtoestand. De voorwaarden waaronder er geen juridische discussie mogelijk is over het bestaan van de noodtoestand, moeten dan wel duidelijk geformuleerd worden.

Spreker ziet nochtans niet goed in dat de voorwaarden die zouden worden geformuleerd, andere situaties uitsluiten die een noodtoestand kunnen uitmaken. De voorwaarden voor een noodtoestand moeten zo gedefinieerd worden dat een strafrechtbank die zich moet uitspreken over een ander geval van euthanasie uitgevoerd in andere omstandigheden, kan aanvaarden dat er ook in dat geval vanwege de specifieke omstandigheden, een noodtoestand was.

Indien men het probleem langs deze omweg wil aansnijden, wenst spreker te voorkomen dat de rechter zijn huidige appreciatiemogelijkheid wordt ontnomen, wat zich trouwens kan keren tegen degenen

Certains ont dit apercevoir encore de profonds fossés entre les propositions des uns et des autres. Le sentiment de l'intervenant est quelque peu différent, même s'il s'agit peut-être d'une question de nuances.

Ayant écouté avec attention l'intervention de certains collègues de l'opposition, l'intervenant croit trouver les encouragements nécessaires pour continuer à espérer qu'un accord soit possible.

Il a d'ailleurs été frappé, voici peu, par le commentaire d'un jésuite anversois, paru dans le *Standaard*, et qui, avec une grande liberté d'esprit, faisait une étude comparative, quoique synthétique, des propositions de loi déposées, et s'efforçait de voir les points susceptibles de faire l'objet d'un rapprochement, et ceux qu'il lui paraissait plus difficile de voir avancer rapidement.

Dans cet esprit, l'intervenant souhaite poser une question qui lui paraît fondamentale, et qui est suscitée par l'intervention d'un précédent orateur.

L'intervenant comprend le double souci exprimé au cours du débat: d'une part, la volonté du corps médical, dans l'intérêt des patients, d'éviter toute zone grise et de définir très clairement des conditions dans lesquelles l'euthanasie pourrait être pratiquée. Dès lors qu'il y a pratiquement, dans les commissions réunies, une unanimité de vues sur la nécessité de légiférer, cette unanimité repose avant tout sur le besoin de clarté et de sécurité juridique, tant dans l'intérêt des patients que dans celui du corps médical.

L'intervenant comprend aussi le souci de ceux qui veulent éviter de porter atteinte à l'interdit de tuer. Il croit d'ailleurs que la pratique de l'euthanasie n'est pas opposée au maintien de cet interdit.

Il comprend, sous réserve de l'examen juridique de la question, que l'on veuille approcher la question sous l'angle de l'état de nécessité, en définissant des conditions dans lesquelles il ne serait pas discutable juridiquement qu'il y ait état de nécessité.

L'intervenant n'aperçoit cependant pas clairement si ces conditions qui seraient énoncées, seraient exclusives d'autres situations susceptibles d'être jugées constituer un état de nécessité, ou si ce seraient des conditions dans lesquelles il serait déterminé qu'il y a état de nécessité, sans préjudice à ce qu'un tribunal répressif saisi de la question d'une euthanasie pratiquée dans d'autres conditions accepte que, dans ce cas aussi, et compte tenu des circonstances de l'espèce, il y a état de nécessité.

Le souci de l'intervenant est, si l'on aborde la question par ce biais, de ne pas priver le juge de la large faculté d'appréciation qu'il a actuellement, et qui pourrait d'ailleurs se retourner contre ceux qui,

die vandaag bepaalde handelingen stellen in omstandigheden die door iedereen als een noodzaak worden erkend.

Spreker verwijst naar de strijd tegen de therapeutische hardnekkigheid waarover in de pers onlangs commentaar is verschenen, naar aanleiding van een geval van stopzetting van sondevoeding die — onder voorbehoud van een diepgaander onderzoek — volgens spreker geen geval was van euthanasie, maar wel van het stopzetten van medische hardnekkigheid.

De definitie van de noodtoestand mag geen reactie *a contrario* veroorzaken waarbij praktijken die vandaag worden aanvaard, of die door een strafrechter in bepaalde specifieke omstandigheden zouden kunnen worden aanvaard, morgen worden veroordeeld.

Er moet dus duidelijkheid komen over bepaalde voorwaarden waarmee de wetgever zou kunnen instemmen, zonder evenwel afbreuk te doen aan de mogelijkheid die de strafrechters thans hebben om te oordelen dat er in bepaalde andere omstandigheden ook een noodtoestand is.

Moet de uiteenzetting van de vorige spreker in die zin worden geïnterpreteerd of wil hij komen, binnen de voorwaarden die hij voor het bestaan van een noodtoestand heeft bepleit, tot omstandigheden die elke andere appreciatie van het bestaan van een noodtoestand uitsluiten?

Een lid is verheugd over de wending die deze algemene bespreking heeft genomen. Iedereen kan vrij zijn mening uiten en er wordt naar elkaar geluisterd, waardoor men elkaars meningen en opvattingen leert kennen. Na dit algemene debat zullen nog een aantal hoorzittingen met deskundigen worden georganiseerd. Hopelijk kan daarna de artikelsgewijze bespreking van het meerderheidsvoorstel worden aangevat. De inleidende bespreking zal hiertoe alleszins een degelijk referentiekader bieden.

Zij waardeert de open geest waarin het debat tot nog toe is verlopen, ook daar waar het betrekking heeft op fundamentele ethische beginselen. Dit is belangrijk aangezien in zowat alle wetsvoorstellen die ter bespreking voorliggen, duidelijk wordt verwezen naar de ethische basis waarop zij steunen. Dit aspect moet dan ook noodzakelijk deel uitmaken van het algemene debat dat de bespreking van een concrete regeling voorafgaat.

Spreker stelt vast dat ook dit debat over een ethische aangelegenheid te herleiden is tot een verschil tussen twee fundamentele zienswijzen, die *grosso modo* hierop neerkomen:

— ofwel is men de overtuiging toegedaan dat ethische voorschriften, zoals de mensenrechten, tot stand komen onafhankelijk zijn van het menselijke ingrijpen;

aujourd'hui, posent certains actes dont chacun s'accorde à reconnaître la nécessité.

L'intervenant se réfère à la lutte contre l'acharnement thérapeutique, qui a donné lieu récemment à des commentaires dans la presse, à propos d'un cas d'interruption de gavage, qui — sous réserve d'un examen plus approfondi — ne semble pas à l'intervenant constituer un cas d'euthanasie, mais un cas d'interruption d'un acharnement thérapeutique.

Il ne faudra pas que la définition de l'état de nécessité provoque une réaction *a contrario* telle que des pratiques aujourd'hui admises, ou qui pourraient l'être dans des circonstances particulières aux yeux d'un juge répressif, soient demain condamnées.

Il faudrait donc qu'il y ait clarification sur certaines conditions, sur lesquelles le législateur pourrait s'accorder, sans préjudice, pour les tribunaux répressifs, de la faculté qu'ils ont aujourd'hui, de juger, dans d'autres circonstances, qu'il y a aussi état de nécessité.

Est-ce ainsi qu'il faut interpréter l'intervention d'un précédent orateur, ou celui-ci veut-il voir, dans les conditions pour lesquelles il a plaidé dans le cadre de l'état de nécessité, des circonstances équivoques de toute autre appréciation de l'existence d'un état de nécessité?

Une membre se réjouit de la tournure qu'a prise la discussion générale. Chacun peut exprimer librement son avis et écoute celui des autres. On apprend ainsi à connaître les opinions et conceptions d'autrui. Au terme de ce débat général, un certain nombre d'auditions d'experts seront organisées. Elle espère qu'ensuite, la discussion des articles de la proposition de la majorité pourra être entamée. La discussion préliminaire offrira en tout cas un cadre de référence valable.

Elle apprécie l'ouverture d'esprit dans laquelle le débat s'est déroulé jusqu'alors, y compris lorsqu'il était question de principes éthiques fondamentaux. C'est important puisque presque toutes les propositions qui sont soumises à la discussion, renvoient clairement à la base éthique sur laquelle elles s'appuient. Cet aspect doit nécessairement faire partie du débat général qui précède la discussion d'un règlement concret.

L'oratrice constate que ce débat relatif à une question éthique se réduit à une différence entre deux conceptions fondamentales qui se résument *grosso modo* comme suit:

— ou bien on est partisan de la conception selon laquelle des règles éthiques, telles que les droits de l'homme, sont indépendantes de l'intervention humaine;

— ofwel is men van oordeel dat de rechten van de mens als het ware menselijke «uitvindingen» zijn.

Zij is van oordeel dat de keuze voor één van de beide benaderingen een verschil uitmaakt voor de wijze waarop ethische aangelegenheden worden benaderd. Men maakt een keuze tussen twee fundamentele opvattingen waarvan de eerste kan worden geïllustreerd door het volgende persbericht dat onder de titel «Bisschoppen wijzen euthanasie af» op 10 december 1999 werd verspreid: «Een wettelijke regeling vervangt nooit de ethische norm. De bisschoppen stellen dat zij allen dankbaar zijn die, ook als er een wettelijke regeling komt, zich inzetten om zo dicht mogelijk de oude basisnorm «gij zult niet doden» te benaderen ... Dat de zieke zelf vraagt om zijn leven te beëindigen, lijkt ... geen afdoende verontschuldiging. «Een mens beschikt niet zo totaal over zichzelf dat hij/zij mag beslissen over zijn/haar leven te verkorten en zo de geneeskunde in dienst te stellen van zijn/haar verlangen naar de dood.»

Dat het onderscheid tussen de beide opvattingen niet zonder meer langs religieuze scheidslijnen loopt bewijst het volgende opiniestuk van een arts waarin deze eerste visie op een andere wijze wordt verwoord:

«Indien de hedendaagse maatschappij, die regelgevend is voor de moraal en de ethiek, zich stap voor stap verwijderd van het essentiële recht op leven, en dus afstand neemt van de mensenrechten, dan wordt het hoog tijd om het recht van de Staat op morele regelgeving te betwisten. Waar houdt de afbraak van de mensenrechten op? Zullen zij het recht ondergaan van Hippocrates: opeenvolgende amenderingen tot er niet meer overblijft?»

Het lid verklaart dat zij zelf aanleunt bij de tweede opvatting, waarbij de visie centraal staat dat ethische normen door de mensen zelf worden gemaakt, en die als volgt kan worden omschreven.

«Bij het uitstippelen van een politieke gedragslijn inzake euthanasie dient de grote optiek te zijn: het totstandkomen van de persoonlijke gewetensvrijheid. Het politieke beleid mag niet zozeer een waardeoordeel, dan wel de keuzevrijheid inhouden. Als er wetgeving komt, moeten er waarborgen bestaan voor een ethisch pluralisme, zodat niemand in zijn persoonlijke aangelegenheid de ethische waarden van anderen opgedrongen krijgt, of op basis ervan wordt veroordeeld.

Uit de wisselwerking van meerdere ethische opvattingen in een ethisch pluralisme ontstaan feitelijke zeden. Deze dienen zoveel mogelijk in hun ontwikkeling vrijgelaten te worden. In de ontwikkelingsgang zelf dient de wet slechts tussen te komen waar het nodig is de vrijheid van derden te beveiligen.»

Zij onderstreept dat het hier niet gaat om de vraag welke van deze opvattingen de juiste is. De beide

— ou bien on est d'avis que les droits de l'homme sont des «inventions» humaines.

Elle pense que le choix d'une des deux conceptions engendre une différence dans la manière de traiter les questions éthiques. On fait un choix entre deux conceptions fondamentales dont la première peut être illustrée par le communiqué de presse qui fut diffusé le 10 décembre 1999 sous le titre «les évêques refusent l'euthanasie»: «Une législation ne remplacera jamais la norme éthique. Les évêques affirment qu'ils sont reconnaissant à ceux qui s'engagent à respecter autant que possible la vieille norme de base «Tu ne tueras point», même si une réglementation légale voit le jour ... Le fait que le malade demande lui-même que l'on mette fin à ses jours ne semble pas ... constituer une justification suffisante. Une personne ne dispose pas totalement d'elle-même et ne peut donc pas décider d'écourter sa vie et mettre ainsi la médecine au service de son souhait de mort».

La distinction entre les deux conceptions ne suit plus les clivages religieux. Ceci prouve l'opinion suivante d'un médecin. Cette première vision y est exprimée par d'autres mots:

«Si la société actuelle qui régleme la morale et l'éthique, s'éloigne pas à pas du droit essentiel à la vie, et prend donc ses distances avec les droits de l'homme, il est alors grand temps de contester le droit de l'État à réglementer la morale. Où la suppression des droits de l'homme s'arrêtera-t-elle? Subiront-ils le droit d'Hippocrate: des amendements successifs jusqu'à ce qu'il n'en reste rien?»

La membre déclare qu'elle se rallie à la deuxième conception dans laquelle il est primordial que les normes éthiques soient établies par les personnes elles-mêmes, ce qui peut se décrire comme suit:

«Lorsque l'on trace une ligne de conduite politique au sujet de l'euthanasie, l'accent doit être mis sur la réalisation de la liberté de conscience personnelle. La politique ne doit pas tant contenir un jugement de valeur que la liberté de choix. Si une législation voit le jour, un pluralisme éthique doit être garanti, de façon à ce que personne, dans ses affaires personnelles, ne se voie imposer les valeurs éthiques d'un autre, ou ne soit condamné sur la base de celle-ci.

Par l'interaction de plusieurs conceptions éthiques dans un pluralisme éthique, des comportements s'imposent dans les faits. Leur développement doit autant que possible être laissé libre. Dans l'évolution elle-même, la loi ne doit intervenir que lorsqu'il est nécessaire de défendre la liberté d'un tiers.»

Elle souligne qu'il ne s'agit pas ici de savoir laquelle de ces conceptions est la bonne. Elles sont équivalents

benaderingen zijn in die zin gelijkwaardig, dat ze beiden het bestaan van regels en waarden erkennen, evenals de noodzaak om deze te respecteren. Door sommigen wordt wel eens de verkeerde indruk gegeven dat zij, die er van uitgaan dat morele normen ontstaan in de samenleving, helemaal geen ethische normen erkennen.

Het verschil is dat men bij de ene benadering overtuigd is dat de regels van een goddelijke of van een natuurlijke orde komen (individuen hebben rechten en er zijn dingen die geen persoon of groep ze kan aandoen).

Bij de anderen worden de regels door culturele evoluties ingegeven. Ze zijn gebaseerd op keuzes die gemaakt worden in het algemeen belang. De morele geboden worden aanvaard om minder gunstige menselijke driften aan banden te leggen.

Hoewel zij zelf niet gelooft in een hogere orde van waaruit normen worden opgelegd, beseft spreekster ten volle dat anderen, overal ter wereld en doorheen heel de geschiedenis, dit wel doen. In onze moderne samenleving lijkt het draagvlak van de opvatting dat ethische normen tot stand komen via een consensus binnen die samenleving wel sterk te groeien.

Hoe dan ook heeft geen zin hier trachten te gaan bewijzen wie gelijk en wie ongelijk heeft, want dit is onmogelijk. Het is daarentegen wel belangrijk een open dialoog tussen deze opvattingen te handhaven en dit in volle intellectuele openheid en in een sfeer van wederzijds respect.

Euthanasie is wellicht een van de gevoeligste ethische onderwerpen die in onze samenleving momenteel ter discussie staan. Het debat raakt de overgang tussen leven en dood. Iedereen aanvaardt het bestaan en de noodzaak van regels die de rechten van de patiënt en de menselijke waardigheid in deze fase garanderen.

Vaak beroept men zich in dit verband op het standpunt dat mensenrechten, in het bijzonder het recht op leven, onvervreemdbaar zijn, zo niet zou de universaliteit ervan in vraag worden gesteld. Deze visie komt ook tot uiting in een recente aanbeveling van de Raad van Europa die al door voorgaande sprekers is aangehaald.

Men vergeet hierbij echter dat het niet-sterven geen recht is. Iedereen moet immers vroeg of laat sterven. Het recht op leven is eerder een recht dat anderen belet «mij tegen mijn zin te doden». Het recht op leven is geen plicht tot leven. De keuze om zelf te bepalen wanneer het onvermijdelijke gebeuren van de dood zal plaatsvinden is een uiting van de autonomie van het individu en dus van de menselijke waardigheid.

Een ander vaak gehoord argument is dat in het geval van euthanasie artsen, verzorgers en apothekers

car elles reconnaissent l'existence de règles et de valeurs, ainsi que la nécessité de les respecter. Certains donnent la fausse impression que ceux qui partent du point de vue que des normes morales voient le jour dans la société, ne reconnaissent absolument aucune norme éthique.

La différence est que, dans la première conception, on est convaincu que les règles sont d'un ordre divin ou naturel (les individus ont des droits et il y a des choses qu'aucune personne et qu'aucun groupe ne peut leur imposer).

Dans l'autre, les règles sont insufflées par les évolutions culturelles. Elles sont basées sur des choix qui sont faits dans l'intérêt général. Les préceptes moraux sont acceptés afin de réprimer les passions humaines les moins nobles.

Bien qu'elle ne croie pas elle-même à un ordre supérieur qui imposerait des normes, l'oratrice se rend tout à fait compte que d'autres, partout dans le monde et à travers toute l'histoire, y croient effectivement. Dans notre société moderne, la conception selon laquelle des normes éthiques voient le jour grâce à un consensus au sein de cette même société, semble bénéficier d'une assise sociale de plus en plus grande.

Quoi qu'il en soit, il ne sert à rien d'essayer de démontrer qui a raison et qui a tort car c'est impossible. Par contre, il est important de maintenir un dialogue entre ces deux conceptions, dans une ouverture intellectuelle totale et dans une atmosphère de respect réciproque.

L'euthanasie est peut-être un des sujets éthiques les plus sensibles qui font pour l'instant l'objet d'une discussion dans notre société. Le débat porte sur le passage entre la vie et la mort. Chacun accepte l'existence et la nécessité de règles qui garantissent les droits du patient et la dignité humaine durant cette phase.

À ce sujet, on se réfère souvent au point de vue selon lequel les droits de l'homme, et en particulier le droit à la vie, sont inaliénables. Sinon, leur universalité serait mise en question. Ce point de vue s'exprime aussi dans une recommandation récente du Conseil de l'Europe qui a déjà été citée par des orateurs précédents.

On oublie cependant que le «non-mourir» ne constitue pas un droit. En effet, chacun doit mourir, tôt ou tard. Le droit à la vie constitue plutôt un droit qui empêche les autres de «me tuer contre mon gré». Le droit à la vie n'est pas une obligation de vivre. Le choix de déterminer soi-même le moment où l'événement inéluctable de la mort aura lieu est une expression de l'autonomie de l'individu et donc de la dignité humaine.

Un autre argument, souvent entendu, est que, dans le cas d'une euthanasie, les médecins, le personnel

worden betrokken bij handelingen die de dood tot doel hebben, daar waar alleen de maatschappij het recht heeft om te doden. Dat het recht om te doden alleen de maatschappij toekomt is correct. Wat echter binnen een maatschappij als waarde of norm geldt, wordt door consensus of door een meerderheid bepaald en die meerderheid of consensus groeit uit de algemene evolutie van de beschaving en uit de discussie over wat voor de maatschappij het best zou zijn. In verband met euthanasie moet de vraag worden gesteld welk belang de maatschappij heeft bij het ontzeggen van euthanasie.

Dezelfde redenering geldt voor artsen die geacht worden het leven in stand te houden. Ook zij leven niet in een vacuüm. Zij moeten zich aanpassen aan de heersende mentaliteit die paternalisme afwijst en patiëntenrechten en mondigheid vooropstelt. Is het overigens niet de taak van de arts om de optimale levenskwaliteit van de patiënt na te streven? Als die kwaliteit naar het inzicht van de patiënt alleen verzekerd wordt door het leven zelf te beëindigen, dient de arts hiermee rekening te houden. Uiteraard mag de arts zich het recht toe-eigenen zijn geweten te volgen en weigeren op de vraag van de patiënt in te gaan.

Een ander argument dat naar voor wordt gebracht, bestaat erin dat een depenalisering van euthanasie een onverantwoorde druk zou kunnen leggen op terminaal zieken en stervenden, die vanzelfsprekend zeer zwak staan. Erger nog, euthanasie zou kunnen leiden tot uitwassen en misbruiken om economische redenen, waarbij het leven van de patiënt tegen diens wil of zonder dat die er om gevraagd heeft, zou worden beëindigd.

Deze bekommernis is reëel, maar het zou precies een reden kunnen zijn om tot een duidelijke wettelijke regeling te komen, met een evaluatiecommissie die de praktijk opvolgt. In de huidige situatie heeft de patiënt terzake overigens geen enkel verweer en dit wordt bevestigd door het recente interuniversitaire onderzoek dat hier reeds enkele keren vermeld is.

Spreekster verklaart dat hier overigens ook de reden ligt, waarom het noodzakelijk is het recht op palliatieve zorgverlening wettelijk te verankeren en structuren uit te bouwen die de toegang voor alle patiënten tot deze vorm van hulpverlening garanderen.

Zij wenst ten slotte in te gaan op een van de belangrijkste verschilpunten tussen het wetsvoorstel nr. 2-244/1 en de voorstellen die door leden van de christen-democratische fracties werden ingediend, namelijk de vraag of moet worden gekozen voor een depenalisering van euthanasie, dan wel of er een beroep dient te worden gedaan op de juridische constructie van de noodtoestand.

Zelf is zij voorstander van een depenalisering. Dit is juridisch de meest duidelijke en ook meest eerlijke optie. Tegelijk echter biedt alleen deze techniek

soignant et les pharmaciens sont impliqués dans le traitement qui a pour but de donner la mort, là où seule la société a le droit de tuer. Il est exact que ce droit appartient uniquement à la société. Ce qui vaut cependant, au sein d'une société, en tant que valeur ou norme, est déterminé par consensus ou à la majorité. Et cette majorité ou ce consensus se développe à partir de l'évolution générale de la civilisation et de la discussion visant à déterminer ce qui serait le meilleur pour la société. Au sujet de l'euthanasie, on doit se demander quel intérêt la société trouve dans l'interdiction de l'euthanasie.

Le même raisonnement vaut pour les médecins qui sont censés maintenir la vie. Eux non plus ne vivent pas coupés de la société. Ils doivent s'adapter à la mentalité dominante qui rejette le paternalisme et qui pose comme principe les droits du patient et l'autonomie. N'est-ce pas d'ailleurs la tâche du médecin de tenter d'offrir au patient une qualité de vie optimale? Si, pour le patient, cette qualité n'est assurée que par le fait de mettre fin à ses jours, le médecin doit en tenir compte. Bien entendu, le médecin peut s'attribuer le droit de suivre sa conscience et de refuser de satisfaire la demande du patient.

Un autre argument consiste à dire qu'une dépénalisation de l'euthanasie pourrait exercer une pression insoutenable sur les malades en phase terminale et les mourants, qui sont évidemment très faibles. Plus grave encore, l'euthanasie peut mener à des excès et à des abus pour des raisons économiques: on mettrait fin à la vie du patient contre sa volonté ou sans qu'il l'ait demandé.

Cette préoccupation est réelle. Mais elle pourrait précisément constituer une raison pour aboutir à une législation claire, avec une commission d'évaluation pour ce qui concerne sa mise en œuvre. Dans la situation actuelle, le patient est d'ailleurs sans défense, ce qui est confirmé par l'étude interuniversitaire récente qui a déjà été mentionnée à quelques reprises.

L'oratrice déclare que c'est aussi la raison pour laquelle il est nécessaire d'inscrire dans la loi le droit aux soins palliatifs et de développer des structures qui garantissent à tous les patients l'accès à cette forme de soins.

Enfin, elle souhaite aborder une des différences les plus importantes entre la proposition de loi n° 2-244 et les propositions déposées par des membres des groupes sociaux-chrétiens, à savoir le choix entre une dépénalisation de l'euthanasie et la construction juridique de l'état de nécessité.

Quant à elle, elle est partisane d'une dépénalisation. C'est juridiquement plus clair et cela constitue aussi l'option la plus honnête. En même temps, cette

voldoende rechtszekerheid. Een regeling gesteund op de noodtoestand houdt altijd in dat de rechter zal moeten toetsen of de voorwaarden voor deze noodtoestand inderdaad aanwezig waren.

Een lid wenst een aantal opmerkingen te formuleren, zowel wat het verloop van het debat betreft als inzake de inhoud ervan.

1. Het verloop van het debat

Het lid is tevreden dat er ruimte is ontstaan voor een open, kritisch maar constructief debat, zeker nu ook de christen-democraten hun standpunten duidelijk gemaakt hebben. Bepaalde uitspraken die bijna dagelijks in de pers verschijnen, doen volgens haar niet ter zake. De echte bespreking heeft plaats binnen de commissie en niet in de krant of op TV, al lijkt de werkelijkheid soms anders.

Zij wenst alleszins te onderstrepen dat, in tegenstelling tot wat in de pers is gesuggereerd, zij volledig achter het wetsvoorstel blijft staan dat door de leden van zes meerderheidsfracties is ondertekend. Dit neemt niet weg dat zij open staat voor alle voorstellen ter verbetering van de tekst.

Een discussie op basis van één tekst zal alleszins een stuk gemakkelijker zijn dan de zes wetsvoorstellen, die eerder werden ingediend, elk afzonderlijk te gaan bespreken. Sommigen zijn van oordeel dat het wetsvoorstel dat door leden van zes fracties is ingediend, onnauwkeurigheden bevat en overhaast is gemaakt. Dit is een reden te meer om via een constructief gesprek te komen tot degelijke amendementen die de tekst verduidelijken en vervolledigen.

Bij dit alles mag overigens niet uit het oog worden verloren dat naast het eigenlijke wetsvoorstel over euthanasie, door dezelfde indieners ook een wetsvoorstel tot oprichting van een evaluatiecommissie en, vooral, een wetsvoorstel dat het recht op palliatieve zorgverlening wettelijk verankert, werd opgesteld.

Spreekster verwacht veel van de hoorzittingen die in het vooruitzicht worden gesteld. Zij zouden een antwoord moeten bieden op een aantal pertinente vragen die het debat over de inhoud van de voorstellen verruimen. De hoorzittingen zijn een gedroomde kans om aan specialisten met jarenlange ervaring in deze materie een forum te bieden en om hen te laten getuigen van wat leeft in het veld.

De hoorzittingen zullen alleszins stof tot discussie aanreiken, een aantal begrippen verduidelijken en, hopelijk, bruggen bouwen tussen de verschillende zienswijzen die werden uiteengezet.

technique est la seule à offrir une sécurité juridique suffisante. Une réglementation s'appuyant sur l'état de nécessité implique toujours que le juge devra estimer si les conditions de cet état de nécessité étaient effectivement présentes.

Une intervenante souhaite émettre un certain nombre de remarques qui concernent tant le déroulement du débat que son contenu.

1. Le déroulement du débat

L'intervenante se réjouit qu'un débat ouvert, critique mais constructif soit désormais possible, d'autant que les sociaux-chrétiens ont maintenant clairement fait connaître leurs points de vue. Selon elle, certains propos qui paraissent quasi quotidiennement dans la presse n'y changent rien. En dépit des apparences, le vrai débat a lieu au sein de la commission et pas dans les journaux ou à la télévision.

Quoi qu'il en soit, elle tient à souligner que, contrairement à ce qui est suggéré dans la presse, elle soutient complètement la proposition de loi signée par des membres des six partis de la majorité. Cela n'empêche pas qu'elle soit ouverte à toute proposition d'amélioration du texte.

En tout état de cause, il sera bien plus facile de mener un débat sur la base d'un seul texte que de discuter séparément chacune des six propositions de loi qui ont été déposées précédemment. Certains estiment que la proposition de loi déposée par des membres des six partis contient des imprécisions et a été rédigée dans la précipitation. C'est une raison de plus pour mener un débat constructif qui pourrait déboucher sur des amendements de qualité permettant de clarifier et de compléter le texte.

Cela ne doit pas faire perdre de vue qu'à côté de la proposition de loi relative à l'euthanasie proprement dite, les mêmes auteurs ont également rédigé une proposition de loi visant à créer une commission d'évaluation et, surtout, une proposition de loi fixant légalement le droit aux soins palliatifs.

L'intervenante attend beaucoup des séances d'audition qui sont prévues. Celles-ci devraient apporter une réponse à un certain nombre de questions pertinentes qui élargissent le débat sur le contenu des propositions. Les séances d'audition constituent l'occasion ou jamais d'offrir aux spécialistes ayant acquis des années durant une expérience en la matière un forum où ils pourront témoigner de ce qui se passe sur le terrain.

Quoi qu'il en soit, les séances d'audition fourniront matière à discussion, permettront de clarifier un certain nombre de concepts et contribueront, espérons-le, à créer des passerelles entre les différents points de vue qui ont été exposés.

2. Palliatieve zorgverlening

Het lid gaat vervolgens in op een aantal bedenkingen die door voorgaande sprekers werden geformuleerd met betrekking tot de palliatieve zorgverlening.

Iedereen in deze vergadering is het er wel over eens dat de palliatieve zorgverlening verder moet worden uitgebouwd zodat zij toegankelijk is voor alle patiënten, in de door hun gekozen omgeving, ongeacht hun financiële toestand.

Terecht werd door een andere spreker opgemerkt dat palliatieve zorg geen afzonderlijk pakketje hulpverlening is. Ze past in een voortgezette medische benadering waarin de bekommernis voor de patiënt centraal staat. Dit komt zeer goed tot uiting in de Franstalige benaming van deze vorm van hulpverlening, waar men spreekt over « *soins palliatifs et continués* ».

Een degelijke palliatieve zorgverlening vergt evenwel de inzet van personeel: goed opgeleide artsen, verpleegkundigen en verzorgers die kennis hebben van de medische mogelijkheden (bijvoorbeeld pijnbestrijding) maar die ook een goede psychische en sociale ondersteuning kunnen geven aan de patiënt, zijn familie en zijn omgeving.

Wie ervaring heeft met de praktijk weet dat dit geen evidente zaak is. Het kan toch niet dat in een rustoord met zestig bedden, slechts vier verzorgers ter beschikking staan van al de bewoners. Deze vier verzorgers staan, naast hun gewone taken, tegelijk in voor de stervensbegeleiding van twee mensen. Dit houdt onder meer in dat zij de familie moeten opvangen die een erg moeilijke periode doormaakt.

Men mag zich dan ook gelukkig prijzen dat in deze sector vrijwilligers actief zijn. Moet hiermee overigens geen rekening worden gehouden wanneer op het vlak van de gemeenschappen maatregelen worden uitgewerkt?

Uit de ervaring op het terrein blijkt dat er erg veel vraag is naar euthanasie bij de aanvang van het palliatieve zorgenprogramma. Veel van deze vragen ebben echter weg indien de patiënt met goede zorg omringd wordt, indien de familie goed begeleid wordt.

Er zijn echter vragen naar euthanasie die blijven en ook op die vragen moet de samenleving een antwoord kunnen bieden. In eerste instantie moeten deze patiënten gehoord, geïnformeerd en begeleid worden. Daarnaast moet echter met hun terechte vragen in alle ernst en respect rekening worden gehouden.

2. Soins palliatifs

L'intervenante réagit ensuite à un certain nombre de considérations formulées par les orateurs précédents à propos des soins palliatifs.

Au sein de cette assemblée, chacun s'accorde à dire qu'il faut continuer à développer les soins palliatifs de manière à les rendre accessibles à tous les patients, dans l'environnement qu'ils choisissent, indépendamment de leur situation financière.

Un autre intervenant a fait remarquer à juste titre que les soins palliatifs ne constituent pas un ensemble de soins séparé mais qu'ils s'inscrivent dans la ligne d'une approche médicale continuée, où le patient est au centre des préoccupations. La dénomination de cette forme de soins en langue française — soins palliatifs et continués — l'exprime d'ailleurs très bien.

De tels soins palliatifs exigent cependant l'implication du personnel: des médecins bien formés, des infirmiers et du personnel soignant parfaitement au courant des possibilités médicales (par exemple la lutte contre la douleur) mais capables également de bien soutenir le patient, sa famille et son entourage au niveau psychologique et social.

Ceux qui ont acquis une expérience en la matière savent que ce n'est pas facile. Il est inacceptable que, dans une maison de repos comptant soixante lits, seulement quatre soignants soient à la disposition de tous les occupants. Ces quatre personnes doivent non seulement accomplir leurs tâches habituelles mais aussi assurer simultanément, pour deux pensionnaires, l'accompagnement aux mourants. Cela comporte, entre autres, l'accueil de la famille qui vit des moments très difficiles.

On peut donc s'estimer heureux que des bénévoles soient actifs dans ce secteur. Ne devrait-on pas en tenir compte lors de l'élaboration de mesures au niveau des communautés?

L'expérience sur le terrain montre qu'il y a de très nombreuses demandes d'euthanasie au début d'un programme de soins palliatifs. Beaucoup de ces demandes disparaissent cependant lorsque le patient est bien pris en charge et la famille bien accompagnée.

Certaines demandes d'euthanasie sont toutefois maintenues et la société doit également être en mesure de répondre à ces demandes-là. En premier lieu, ces patients doivent être écoutés, informés et accompagnés. De plus, il doit être tenu compte avec sérieux et respect de leurs demandes justifiées.

3. Euthanasie

3.1. De patiënt centraal

Het is duidelijk dat in het euthanasiedebat de patiënt centraal moet staan. Hij, en hij alleen, kan om euthanasie vragen. De arts moet trachten de echte vraag naar euthanasie te herkennen. Hij moet daarvoor meerdere gesprekken voeren met de patiënt die overigens volledig op de hoogte moet zijn van zijn toestand.

De patiënt moet die informatie individueel en in een begrijpelijke taal krijgen. De arts moet tijd maken om met de patiënt tot een open relatie te komen en vooral bereid zijn te luisteren. In de opleiding van de artsen zal in de toekomst meer rekening moeten worden gehouden met dit soort opdrachten.

Spreekster onderstreept dat vooral wanneer een beroep wordt gedaan op de «nood» waarin de patiënt verkeert, uiterste oplettendheid vanwege de arts vereist is. Hopelijk zullen de hoorzittingen meer duidelijkheid brengen over de precieze invulling van dit soort begrippen.

Wanneer zij stelt dat het uiteindelijk de patiënt is die beslist, mag dit niet worden geïnterpreteerd als een pleidooi voor een «egoïstische» opstelling van de patiënt. Hij is immers niet alleen een individu, maar leeft binnen een relationeel veld. Indien hij dit wenst, moet hij volop de mogelijkheid krijgen zijn situatie te bespreken met zijn omgeving en zijn wil tegenover zijn naasten te verduidelijken, eventueel met begeleiding van de arts.

Indien echter de patiënt zijn beslissing alleen wenst te nemen, zonder overleg met de familie of met het medisch team, dan is dit zijn volste recht en dient zijn wil gerespecteerd te worden.

3.2. De arts

Het lid acht het belangrijk dat een wettelijke regeling inzake euthanasie niet alleen oog heeft voor de situatie van de patiënt, maar ook de nodige steun biedt aan de arts. De zorgvuldigheidseisen zijn vanzelfsprekend een waarborg voor de zieke, maar tegelijk moeten ze zodanig geformuleerd zijn, dat de arts die ze naleeft, de nodige waarborgen heeft dat hij niet zal worden vervolgd.

De aandacht voor de arts moet echter verder gaan dan het strikt juridisch terrein. De geneesheer moet geholpen worden met duidelijke richtlijnen die betrekking hebben zowel op de periode die de euthanasie vooraf gaat als die erna. Zoals reeds eerder gezegd is het van fundamenteel belang dat in de opleiding meer aandacht wordt geschonken aan de opdrachten die de arts heeft buiten het strikte medische domein.

3. Euthanasie

3.1. Le patient au centre des préoccupations

De toute évidence, le patient doit être au centre du débat sur l'euthanasie. C'est le patient, et lui seul, qui peut demander l'euthanasie. Le médecin doit s'efforcer de reconnaître la vraie demande d'euthanasie. Pour cela, il doit avoir plusieurs entretiens avec le patient qui, par ailleurs, doit être parfaitement informé de son état.

Le patient doit être informé individuellement et dans un langage compréhensible. Le médecin doit prendre le temps d'établir une relation franche avec le patient et, surtout, être disposé à écouter. À l'avenir, dans le cadre de la formation des médecins, il faudra davantage tenir compte de ce type de tâches.

L'intervenante souligne que c'est surtout lorsqu'il est fait référence à «l'état de détresse» du patient que l'on doit exiger la plus grande attention du médecin. Espérons que les séances d'audition permettront de faire toute la clarté concernant l'interprétation précise de ce type de concept.

Lorsqu'elle affirme qu'en définitive, c'est le patient qui décide, cela ne peut être interprété comme un plaidoyer pour une attitude «égoïste» du patient. En effet, celui-ci n'est pas seulement un individu, il vit aussi dans un champ relationnel. S'il le souhaite, il doit avoir pleinement la possibilité de discuter de sa situation avec son entourage et d'expliquer sa volonté à ses proches, en étant éventuellement assisté par le médecin.

Cependant, si le patient souhaite prendre seul sa décision, sans concertation avec la famille ou avec l'équipe médicale, c'est son droit le plus strict et sa volonté doit alors être respectée.

3.2. Le médecin

Selon l'intervenante, il importe qu'une réglementation légale concernant l'euthanasie ne se préoccupe pas seulement de la situation du patient mais veille aussi à fournir au médecin l'appui nécessaire. Les critères de prudence constituent évidemment une garantie pour le malade mais, simultanément, ils doivent être formulés de manière à garantir au médecin qui les respecte qu'il ne sera pas poursuivi.

L'attention pour le médecin doit toutefois dépasser les limites d'ordre strictement juridique. Le médecin doit être aidé par des directives claires qui concernent aussi bien la période précédant l'euthanasie que celle qui la suit. Comme cela a déjà été dit, il est d'une importance fondamentale que, dans le cadre de la formation des médecins, davantage d'attention soit accordée aux tâches qui leur incombent en dehors du domaine strictement médical.

3.3. Het gedoogbeleid

Spreekster merkt op dat door verschillende andere leden al is verwezen naar de interuniversitaire studie over het medisch handelen bij het levenseinde. Hoewel van dit onderzoek nog maar zeer gedeeltelijke resultaten bekend zijn, geven zij toch een duidelijke aanwijzing van de problemen waartoe het huidige gedoogbeleid aanleiding geeft. Ondanks de principiële verbodsbepalingen van het Strafwetboek, worden in ons land een groot aantal levens beëindigd via actief medisch ingrijpen, zonder dat er terzake overleg met of een vraag van de patiënt geweest is. Dit is een situatie waar de beleidsverantwoordelijken niet blind voor kunnen blijven. De patiënt heeft in alle situaties recht op informatie en overleg.

Belangrijk in dit verband is dat een aantal zaken niet door elkaar worden gehaald, zoals het tegengaan van medische hardnekkigheid, het toedienen van pijnstillers die levensverkorting tot gevolg kunnen hebben, euthanasie op verzoek van de patiënt, levensbeëindiging zonder dat de patiënt op de hoogte is, etc. Het is in de huidige omstandigheden zeer moeilijk de medische praktijk op al deze vlakken in kaart te brengen. Een wettelijke regeling moet hier wel duidelijke scheidingslijnen trekken en mede hierom is het zo belangrijk dat die wettelijke regeling er ook komt.

4. Conclusie

Het lid resumeert tot slot wat voor haar belangrijk is in een euthanasieregeling:

- de patiënt dient centraal te staan;
- een wettelijke regeling moet zowel de rechtszekerheid van de patiënt als die van de arts garanderen.

Hierover is iedereen in deze vergadering het wel eens. De standpunten liggen evenwel nog zeer ver uit elkaar over een aantal andere thema's:

- moet een wetgeving voorzien in de mogelijkheid voor het opstellen van een wilsverklaring, waarbij men kan bepalen welke medische handelingen, in het bijzonder euthanasie, kunnen worden uitgevoerd op een ogenblik dat men niet meer in staat is zijn wil te kennen te geven?

- is euthanasie alleen mogelijk wanneer de zieke in een terminale fase is, of kan ze ook worden toegepast bij patiënten die nog lange tijd te leven hebben maar die zich in een toestand van uitzichtloos lijden bevinden?

- is euthanasie alleen mogelijk indien de patiënt ondraaglijke pijn heeft waaruit hij niet kan worden

3.3. La politique de tolérance

L'intervenante fait remarquer que plusieurs autres membres ont déjà fait référence à l'étude interuniversitaire au sujet des pratiques médicales en fin de vie. Bien que très partiels, les résultats connus à ce jour mettent en évidence les problèmes qui résultent de l'actuelle politique de tolérance. En dépit du principe d'interdiction précisé dans les dispositions du Code pénal, il est mis fin dans notre pays à un grand nombre de vies au moyen d'une intervention médicale active, sans qu'il y ait eu concertation avec le patient et sans que celui-ci ait émis une demande. Les responsables politiques ne peuvent continuer à l'ignorer. Dans toutes les situations, le patient a droit à l'information et à la concertation.

Dans ce contexte, il importe de ne pas mélanger un certain nombre de questions, comme la lutte contre l'acharnement thérapeutique, l'administration d'analgésiques qui peuvent avoir pour effet d'abrèger la vie, l'euthanasie à la demande du patient, le fait de mettre fin à la vie sans que le patient soit informé, etc. Pour toutes ces questions, il est très difficile, dans les circonstances actuelles, de faire un tour d'horizon des pratiques médicales. À cet égard, les limites doivent être clairement définies par une réglementation légale. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est tellement important d'aboutir à une telle réglementation.

4. Conclusion

En conclusion, la membre résume les points qui lui paraissent importants dans le cadre d'une réglementation concernant l'euthanasie:

- le patient doit être la personne centrale;
- une réglementation légale doit garantir aussi bien la sécurité juridique du patient que celle du médecin.

À cet égard, dans cette assemblée, tout le monde est d'accord. Cependant, les points de vue sont très divergents concernant un certain nombre d'autres thèmes:

- une législation doit-elle prévoir la possibilité de rédiger une déclaration de volonté, dans laquelle on peut préciser quels actes médicaux, en particulier l'euthanasie, pourront être pratiqués à un moment où l'on ne sera plus en état d'exprimer sa volonté?

- l'euthanasie n'est-elle possible que quand le malade est en phase terminale ou peut-elle aussi être pratiquée sur des patients qui peuvent vivre encore longtemps mais qui se trouvent dans une situation de souffrance sans solution?

- l'euthanasie n'est-elle possible que quand le patient endure des souffrances insupportables qu'on

verlost of kan ook een algemene psychologische nood in aanmerking worden genomen?

Spreekster besluit dat zij het eens kan zijn met de opmerkingen van een ander lid in verband met de zelfmoord bij jongeren en het zou ongetwijfeld de moeite lonen dat de Senaat hier een debat aan wijdt. Het lijkt echter niet wenselijk dat die thematiek bij deze besprekingen wordt betrokken. De twee zaken moeten los van elkaar worden gezien.

Een lid verklaart dat ze in haar uiteenzetting achtereenvolgens drie aspecten zal behandelen: het filosofische en ethische, het juridische en strafrechtelijke en het medische aspect.

De rode draad daarin zijn haar fenomenologische benadering evenals de vragen van de patiënten.

Eenieder is het ermee eens dat aan deze vragen moet worden tegemoetgekomen. De kwestie is dan echter hoe dat best gebeurt.

Op filosofisch en ethisch vlak is er, enerzijds, het fundamentele principe dat het verboden is iemand te doden en, anderzijds, de vrijheid van het individu om zijn lot te bepalen en om over zichzelf te beschikken.

Een vorige spreker citeerde een filosoof die van oordeel is dat de democratie een lege doos is, waarin het er dan op aan komt een plaats te vinden voor alle vertolkte filosofische keuzen.

Spreekster is zelf van oordeel dat de democratie een «overvolle» doos is door de veelheid en de rijkdom van de opinies die erin worden vertolkt.

In plaats van het ene principe de overhand te geven op het andere, moet men proberen ze aan elkaar te koppelen.

Het verbod om iemand te doden, moet ingeschreven blijven in het Strafwetboek dat dezelfde essentiële functie heeft als de Staat, namelijk bakens uitzetten om het geweld te verhinderen, vooral ten opzichte van de zwaksten en de armsten.

Het optreden van de arts ten opzichte van de patiënt mag niet worden opgevat als een ontmoeting van twee individuele vrijheden.

Het gaat hier niet om privé-relaties. Het gaat om een relatie waarin de arts een sociale functie vervult.

Hij staat daarin overigens niet alleen: hij oefent een beroep uit en wordt daarbij omkaderd door een deontologie.

Spreekster onderstreept dat het concept van vrijheid en autonomie op het einde van het leven vrij abstract wordt.

ne peut soulager ou une détresse psychologique générale peut-elle aussi être prise en considération?

L'intervenante conclut en disant qu'elle approuve les remarques émises par un collègue concernant le suicide des jeunes et déclare que ce problème mérite que le Sénat y consacre un débat. Il ne semble toutefois pas souhaitable d'inclure ce thème dans les présentes discussions. Les deux problèmes doivent être examinés séparément.

Un membre déclare que son intervention abordera successivement trois plans différents: le plan philosophique et éthique, le plan juridique et pénal, et le niveau médical.

Le «fil rouge» de ses propos sera constitué par le point de vue phénoménologique, et par les demandes des patients.

Chacun s'accorde en effet à dire que ces demandes doivent être rencontrées, mais la question est de savoir comment il convient de le faire.

En ce qui concerne tout d'abord le plan philosophique et éthique, on trouve, d'un côté, le principe fondamental de l'interdiction de tuer et, de l'autre, la liberté de l'individu de choisir son destin et de disposer de lui-même.

Un précédent intervenant a cité les propos d'un philosophe, selon lequel la démocratie serait un espace vide, où il conviendrait de trouver une place pour chacune des options philosophiques exprimées.

L'intervenante estime pour sa part que la démocratie serait plutôt un espace «trop plein», en raison de la multiplicité et de la richesse des opinions qui s'y expriment.

Plutôt que de faire prévaloir un principe sur l'autre, il faut tenter de trouver entre eux des articulations.

En ce qui concerne l'interdit de tuer, il doit rester inscrit dans le Code pénal, dont la fonction essentielle correspond au rôle de l'État de fixer quelques balises pour empêcher la violence, spécialement à l'égard des plus faibles et des plus démunis.

L'intervention du médecin à l'égard du patient ne peut être conçue comme une liberté individuelle qui en rencontre une autre.

Il ne s'agit pas de relations privées, mais d'une relation où le médecin remplit une fonction sociale.

Dans ce rôle, il n'est pas seul: il appartient à une profession, est encadré par une déontologie.

En ce qui concerne le concept de liberté et d'autonomie, l'intervenante souligne qu'en fin de vie, il devient assez abstrait.

Over dat concept kan maar worden gedebatteerd in correlatie met de anderen; het moet globaal worden opgevat en niet alleen vanuit het standpunt van het individu.

Over welke autonomie beschikken sommige bejaarde personen trouwens nog wanneer ze seniel of dement geworden zijn in een wereld waarin steeds meer mensen vereenzamen?

Volgens spreekster mag het Strafwetboek niet louter een catalogus van normen zijn. Het moet bakens bevatten en het moet door een sociaal project worden ondersteund.

In dat opzicht, en in tegenstelling tot een aantal hedendaagse auteurs die zich willen beperken tot het vastleggen van regels voor formele procedures — waarbij de inhoud van die normen door elkeen kan worden ingevuld — wil spreekster de weddenschap aangaan dat het in onze maatschappij nog mogelijk is om tot een gemeenschappelijke moraal te komen.

Zij hoopt dat er in het huidige debat een formule kan worden gevonden die de enkele essentiële waarden die er nog overblijven en die we aan de toekomstige generaties moeten kunnen doorgeven, niet te grabbel gooit.

Vanuit juridisch en strafrechtelijk oogpunt behoort het behoud in het Strafwetboek van het verbod om iemand te doden tot een elementair voorzorgsprincipe.

Volgens de algemene filosofie van het strafrecht kan men geen wet maken door een algemene maatregel uit te vaardigen over iets wat een uitzondering blijft. De zogenaamde herhaalde en bewuste vragen zijn immers erg zeldzaam. Het gaat hier om de coherentie in de maatschappijvisie.

In tegenstelling tot de opvatting van vorige sprekers, is spreekster van oordeel dat de symbolische waarde van de dingen in dit debat een bijzondere plaats inneemt. Het recht is trouwens de plaats bij uitstek waar symbolen gedefinieerd worden en vorm krijgen.

Een vorige spreker stelde voor om inzake euthanasie buitengewone rechtvaardigingsgronden te creëren.

De noodtoestand is wel een objectieve maar geen buitengewone rechtvaardigingsgrond.

Het voordeel van deze bepaling is dat klaar en duidelijk wordt gezegd dat we hier bij de uitzonderingen terecht komen, bij de beoordeling geval per geval.

De arts kan optreden, op voorwaarde dat er een noodtoestand aanwezig is.

Het parket moet vervolgen en de arts zal voor de rechtbank moeten aantonen waarom hij oordeelde dat er een noodtoestand was die zijn handeling rechtvaardigde en de rechter zal die noodtoestand vrij kunnen beoordelen.

Ce concept ne peut être raisonné qu'en dépendance par rapport aux autres; il doit être conçu de façon globale, et non du seul point de vue de l'individu.

Par ailleurs, quel est le degré d'autonomie de certaines personnes âgées, atteintes de sénilité ou de démence, dans une société où l'isolement affecte un nombre de plus en plus grand de personnes?

L'intervenante estime que le Code pénal ne peut être seulement un catalogue de normes, mais qu'il doit contenir quelques balises, et être sous-tendu par un projet social.

À cet égard, et contrairement à un certain nombre d'auteurs actuels, qui veulent se limiter à fixer des règles de procédure formelles, le contenu des normes étant à remplir par chacun, l'intervenante veut faire le pari qu'il est encore possible, dans notre société, de dégager une morale commune.

Elle souhaite que, dans le présent débat, on puisse trouver une formule qui ne galvaude pas les quelques valeurs essentielles — peu nombreuses — qui subsistent, et doivent demeurer pour les générations futures.

Sur le plan juridique et pénal, maintenir l'interdit de tuer dans le Code pénal relève d'un principe élémentaire de précaution.

Du point de vue de la philosophie du droit pénal, on ne légifère pas par voie de disposition générale pour ce qui reste une matière d'exception, puisque les demandes répétées et conscientes sont rares. Il s'agit d'une question de cohérence dans la vision de la société.

Contrairement à l'opinion exprimée par de précédents orateurs, l'intervenante considère que la valeur symbolique des choses tient une place importante dans le débat. Le droit est d'ailleurs le lieu où les symboles se définissent et s'incarnent.

Un précédent intervenant propose de créer en matière d'euthanasie une cause de justification spéciale.

L'état de nécessité est aussi une cause de justification objective, mais non spéciale.

L'avantage de cette notion est qu'elle indique clairement que l'on se trouve dans le domaine de l'exception, du cas par cas.

Le médecin est justifié à agir, pour autant qu'il y ait état de nécessité.

C'est au parquet de poursuivre et, devant le tribunal, ce sera au médecin à justifier pourquoi il s'estimait en état de nécessité; le juge appréciera librement l'existence de ce dernier.

In het systeem dat de zes leden van de meerderheid voorstellen, wordt de euthanasie behandeld als gelijk welke andere medische handeling en zal de persoon die een onregelmatigheid meldt, hiervoor de nodige bewijzen moeten leveren.

Men weet echter hoe moeilijk het is om bewijzen aan te voeren als het gaat om medische handelingen.

Spreekster vraag zich overigens af wie er in de huidige stand van zaken vragende partij is voor de invoering van buitengewone rechtvaardigheidsgronden in het Strafwetboek.

Vele artsen, verplegers en verenigingen zijn dat niet. De Orde van geneesheren evenmin. De wetgever moet toch wetten maken in het belang van de personen die ze nodig hebben.

Er zou een ernstig sociaal probleem kunnen ontstaan wanneer een tekst zou worden aangenomen die indruist tegen het standpunt van de Orde van geneesheren en waarvoor op het terrein geen enkele consensus kan worden gevonden. Bepaalde krachtsverhoudingen zullen moeten worden geregeld.

Deze materie valt eerder onder de algemene regelgeving dan onder het strafwet. Het zou interessant zijn na te gaan welke procedures andere landen terzake hebben uitgewerkt.

Om al die redenen lijken hoorzittingen noodzakelijk. Een vraag daartoe werd ingediend.

Vanuit medisch oogpunt moet worden onderstreept dat de geneeskunde evolueert; ook de pijnverlichting gaat er jaarlijks aanzienlijk op vooruit.

We kunnen ons dan ook afvragen of de juristen werkelijk goed geïnformeerd zijn over alle aspecten van deze evolutie en of de definitie die aan euthanasie wordt gegeven nog overeenstemt met de huidige medische praktijken?

In dat opzicht zouden hoorzittingen met artsen die in palliatieve en intensieve diensten werken, bijzonder verhelderend zijn.

Er moet een medische toelichting komen over het onderscheid tussen bewuste en niet bewuste patiënten. Volgens de geneesheren is dat onderscheid niet zo gemakkelijk te maken als op het eerste gezicht lijkt.

Met betrekking tot de palliatieve zorg verklaart de spreekster dat, ook al wordt er geen direct verband gelegd met euthanasie, het in deze materie essentieel is dat aan de vraag wordt tegemoetgekomen.

De sector van de palliatieve zorg heeft al laten weten dat zij vrezen dat de toekomstige wet een rem zal zetten op de ontwikkeling van de palliatieve zorg; ze zal ten minste zo worden opgevat.

Dit aspect verdient alle aandacht, vooral omdat de palliatieve zorg van het grootste belang is voor zowel de patiënt als de familie.

Au contraire, dans le système proposé par les six auteurs de la majorité, l'euthanasie deviendrait un acte médical comme un autre, et ce serait à celui qui invoque l'irrégularité à la prouver.

Or, on sait les difficultés qu'une telle preuve peut comporter, en matière d'actes médicaux.

L'intervenante se demande qui, en l'état actuel des choses, est réellement demandeur de l'introduction d'une cause de justification spéciale dans le Code pénal.

Beaucoup de médecins, d'infirmiers, et d'associations ne le sont pas, l'Ordre des médecins non plus. Or, le but du législateur doit être de légiférer dans l'intérêt de ceux qui en ont besoin.

On peut redouter un réel problème social si un texte était voté qui soit contraire à la position de l'Ordre des médecins, et qui ne rencontre pas un minimum de consensus sur le terrain. Il s'agit d'un rapport de forces à régler.

La matière relève davantage de la régulation que du droit pénal. Il serait intéressant de savoir comment d'autres pays ont procédé en la matière.

C'est pour toutes ces raisons que des auditions paraissent nécessaires et ont été demandées.

Du point de vue médical, il faut souligner que la médecine évolue; les progrès dans le soulagement de la douleur sont considérables d'année en année.

On peut se demander si les juristes sont réellement informés de tous les aspects de cette évolution et, en outre, si la définition que l'on donne de l'euthanasie correspond aux pratiques médicales actuelles.

À cet égard, des auditions de médecins travaillant dans des unités de soins palliatifs, mais aussi de soins intensifs, pourraient s'avérer particulièrement éclairantes.

Un éclairage médical serait également nécessaire à propos de la distinction entre patients conscients et inconscients, distinction qui, selon les médecins, n'est pas toujours aussi simple à faire qu'il y paraît.

À propos des soins palliatifs, l'intervenante déclare que, s'il n'y a pas nécessairement de lien immédiat entre ceux-ci et l'euthanasie, c'est la rencontre de la demande qui, en cette matière, est essentielle.

Le secteur des soins palliatifs a également exprimé son inquiétude que la loi à venir ne mette un frein à son développement, ou qu'à tout le moins, elle ne soit comprise comme telle.

Il faudra être attentif à cet aspect des choses, d'autant plus que les soins palliatifs revêtent une grande importance, non seulement pour le patient, mais aussi pour la famille.

Spreekster vraagt zich voorts af of het systeem van het beroep op een gevolmachtigde het normale rouwproces niet zal belemmeren.

Tot besluit drukt spreekster de wens uit dat er een reguleringsprocedure voor het uitoefenen van de geneeskunde kan worden gevonden waardoor zowel de willekeurige euthanasie kan worden verhinderd als tegemoet kan worden gekomen aan de vraag naar euthanasie in uitzonderlijke gevallen.

Ze vraagt zich in dat opzicht af of het voorstel nummer 3 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek niet een goede, misschien zelfs de beste, oplossing zou zijn om een consensus te vinden tussen alle filosofische strekkingen.

Een ander lid wenst, vertrekkend vanuit een aantal concrete ervaringen, enkele algemene bedenkingen te geven bij deze aangelegenheid.

Onlangs woonde zij de begrafenis bij van een man van 37 die een hersentumor had en al een tijdlang steun vond in het palliatief dagcentrum waarvan zij de meter is. Hij had twee kleine kinderen en is tot de laatste dag, met nog een laatste reeks bestralingen in het ziekenhuis, blijven vechten voor zijn leven, hoewel hij enkele weken voordien in het dagcentrum met een toneelstuk zijn testament had neergezet. Hij wou het zo.

Enkele maanden geleden heeft zij het sterven begeleid van een vrouw van 85 die darmkanker had, en voor wie elke dag dat ze leefde er een te veel was. Zij kon niet meer naar huis en lag in het ziekenhuis. Om complicaties te vermijden die men in de palliatie met de beschikbare pijnbestrijding niet onder controle zou kunnen houden, heeft zij nog een zware operatie ondergaan (met plaatsen van een stoma) een week (maar het had maanden kunnen zijn) voor haar dood. Zij wou het niet zo, maar werd onder druk gezet en zag zelf geen uitweg. Deze fiere vrouw is op de voor haar meest onwaardige manier gegaan, terwijl ze alsmat bleef vragen: heb ik nu nog niet genoeg geleefd?

Zij getuigt vervolgens van het afscheid van een jongen van 13 in een terminale fase, die wekenlang met zijn ouders gepraat heeft om hen ervan te overtuigen dat hij echt niet meer kon, dat de pijn ondraaglijk was en alleen nog zou verergeren, en dat hij van hen in schoonheid afscheid wou nemen. Zij hebben hem daarin gevolgd en hij is gelukkig gestorven.

Zij vermeldt deze situaties omdat ze aangeven hoe persoonlijk de naderende dood is, en hoe een ander noch in de ene, noch in de andere richting, radicaal voor de stervenden kan spreken.

En ce qui concerne le point particulier du système du recours au mandataire, l'intervenante se demande si ce système permet au processus de deuil de s'accomplir normalement.

En conclusion, l'intervenante souhaite que l'on puisse trouver un processus de régulation des pratiques médicales qui permette à la fois d'empêcher les euthanasies sauvages, et de rencontrer les demandes d'euthanasie dans les cas extrêmes.

À cet égard, elle se demande si la proposition 3 dégagée par le comité consultatif de bioéthique n'était pas une bonne voie, peut-être même la meilleure, pour rencontrer toutes les tendances philosophiques existant en la matière.

Une autre intervenante souhaite émettre quelques réflexions générales en la matière, basées sur un certain nombre d'expériences concrètes.

Récemment, elle a assisté aux funérailles d'un homme de 37 ans qui avait une tumeur au cerveau et qui, depuis un certain temps, était soutenu par le centre de jour palliatif dont elle est la marraine. Cet homme avait deux jeunes enfants. Jusqu'au dernier jour, il a continué à se battre pour sa vie, subissant encore une dernière série de rayons à l'hôpital. Quelques semaines auparavant, au centre de jour, il avait toutefois mis en scène son testament sous forme de pièce de théâtre. C'était sa volonté.

Il y a quelques mois, elle a accompagné jusqu'au décès une femme de 85 ans atteinte d'un cancer de l'intestin, pour laquelle chaque jour à vivre était un jour de trop. Elle ne pouvait plus rentrer à la maison et séjournait donc à l'hôpital. Afin d'éviter des complications que les soins palliatifs n'auraient pu maîtriser, compte tenu des analgésiques disponibles, elle a encore subi une lourde intervention chirurgicale (placement d'un anus artificiel) une semaine (mais cela aurait pu être des mois) avant sa mort. Ce n'était pas sa volonté mais, soumise à des pressions, elle ne voyait pas d'échappatoire. Cette dame au caractère fier est décédée dans les circonstances les plus indignes pour elle, posant continuellement la même question: n'ai-je donc pas déjà assez vécu?

Elle témoigne ensuite de l'adieu d'un garçon de 13 ans, en phase terminale, qui a discuté pendant des semaines avec ses parents pour les convaincre qu'il n'en pouvait plus, que la douleur était insupportable, qu'elle allait encore empirer, et qu'il voulait leur faire ses adieux en beauté. Les parents se sont ralliés à ce souhait et le garçon est décédé heureux.

Si elle a mentionné ces situations, c'est parce qu'elles montrent combien l'approche de la mort est une chose personnelle, et qu'un tiers ne peut donc, dans un sens ou dans l'autre, s'exprimer radicalement au nom du mourant.

Euthanasie (de zachte dood) is een daad van barmhartigheid. Het is niet, zoals sommigen beweren in een karikaturaal verband, de vijand die achter de deur van zwakke zieken loert. Het is een hulpmiddel voor wie te zeer lijdt, voor wie er geen uitweg is, en voor wie verlost wil worden in schoonheid. Voor wie het anders wil en kan, is euthanasie niet relevant.

Zij gelooft in een sterk uitgebouwde palliatieve zorg, en heeft met «Kom op tegen Kanker» vanaf 1991 de eerste uitbouw ervan in Vlaanderen van dichtbij kunnen volgen — dit gebeurde, naast de inspanningen van de overheid, met gelden die waren ingezameld en een sensibiliseringscampagne. Palliatieve zorg is zeer belangrijk en kan veel. Niet alleen op fysiek en psychisch vlak, maar ook op spiritueel vlak. Het verleggen van grenzen, het waarmaken van de laatste dromen. Denk maar aan wat zich deze week heeft afgespeeld in de splinternieuwe hospice in het Middelheimziekenhuis in Antwerpen, waar kunstenaar Albert Szukalski met de hulp van vrienden kunstenaars zijn laatste beeld heeft kunnen maken, zijn testament.

Spreekster vertelt dat zij al 8 jaar goed vertrouwd is met de palliatieve centra en weet dat er zo vele voorbeelden zijn van kleine en grote wensen, die met de hulp van vrijwilligers en grote inzet van het personeel worden verwezenlijkt.

Pijnbestrijding moet beter. Die evolutie komt er, maar het is niet omdat alles kan dat het ook in elk geval wenselijk is.

Palliatieve zorg lost evenwel niet alles op, en dat heeft te maken met de persoonlijkheid, de draagkracht en het ziektebeeld van de patiënt. Waar binnen de palliatieve zorg alles wordt gedaan om de mens in de patiënt centraal te stellen en om die laatste maanden, weken, dagen te organiseren zoals hij dat wil, met zijn persoonlijkheid en zijn draagkracht, zo moet ook voldoende respect worden opgebracht als de persoonlijkheid en de draagkracht van de patiënt gebieden dat het anders moet, dat het einde bereikt is. Men moet daar begrip en bewondering voor opbrengen. De samenleving moet zich bekommeren om diegenen die ons om de mogelijkheid van euthanasie vragen, uit barmhartigheid en respect.

Natuurlijk mag men niet blind zijn voor mogelijke gevaren, en precies daarom (daarover is iedereen het wellicht eens) zijn de punten die een collega aanbracht om de zorgvuldigheid te vergroten, zo belangrijk.

Maar men moet ook niet blind zijn voor de realiteit van vandaag. Uit het recente onderzoek van de Belgische en Nederlandse professoren blijkt dat aan 20 000 van de jaarlijks 56 000 sterfgevallen in Vlaanderen een medische handeling voorafgaat die levensverkor-

L'euthanasie (la mort douce) est un acte de compassion. Elle n'est pas, comme le prétendent certains dans un contexte caricatural, l'ennemi qui guette derrière la porte des malades affaiblis. Elle est une aide pour ceux qui souffrent trop, pour lesquels il n'y a plus de solution et qui veulent être délivrés en beauté. La question de l'euthanasie n'a aucune pertinence pour ceux qui peuvent et veulent la refuser.

Elle croit à un système de soins palliatifs largement développé et, depuis 1991, avec *Kom op tegen Kanker*, elle a pu suivre de près les premiers progrès qui ont été réalisés en Flandre, non seulement avec l'aide des pouvoirs publics mais aussi grâce aux moyens financiers collectés lors d'une campagne de sensibilisation. Les soins palliatifs sont importants et leurs effets sont significatifs, non seulement sur le plan physique et psychologique, mais aussi sur le plan spirituel. Ils permettent de repousser les limites et de réaliser les derniers rêves. Je pense à ce qui s'est passé cette semaine dans le tout nouveau département du *Middelheimziekenhuis* à Anvers, où l'artiste Albert Szukalski a pu réaliser, avec l'aide d'amis artistes, sa dernière œuvre, son testament.

L'intervenante explique que cela fait déjà huit ans qu'elle est familiarisée avec les centres de soins palliatifs et qu'elle connaît quantités d'exemples de petits ou grands souhaits qui ont pu être réalisés grâce à l'aide des bénévoles et au dévouement du personnel.

La lutte contre la douleur doit être améliorée. On observe une évolution mais il n'est pas souhaitable de tout tenter dans tous les cas, sous prétexte que tout est possible.

Les soins palliatifs ne permettent pas de résoudre tous les problèmes car il y a lieu de tenir compte de la personnalité, des possibilités et de la maladie du patient. S'il convient de tout faire dans le cadre de soins palliatifs pour que la personne du patient soit centrale et pour organiser ses derniers mois, semaines ou jours comme il le désire, compte tenu de sa personnalité et de sa capacité de résistance, il faut également faire preuve de suffisamment de respect quand la personnalité et l'état de faiblesse du patient indiquent qu'il est temps de changer d'attitude, que l'issue est atteinte. Cela doit inspirer la compréhension et l'admiration. La société doit se préoccuper de ceux qui demandent que l'euthanasie soit possible, par compassion et par respect.

Naturellement, on ne peut ignorer les éventuels dangers, et c'est précisément pour cela (tout le monde est sans doute d'accord sur ce point) que les arguments avancés par un collègue pour renforcer les critères de prudence sont si importants.

On ne peut davantage ignorer les réalités actuelles. Il ressort de la récente enquête effectuée par des professeurs belges et néerlandais que, sur un total annuel de 56 000 décès en Flandre, 20 000 sont précédés d'un acte médical qui abrège la vie, et que dans

tend is. En dat in minstens 2 000 gevallen dodende middelen worden gebruikt. In zeker 1 000 gevallen zou dit zonder medeweten van de patiënt gebeuren. Sommige collega's hebben dit gisteren verontrustend genoemd, maar haar verbaast dit eerlijk gezegd niet.

Spreekster vraagt of dit nu moet betekenen dat op tal van plaatsen berekenende artsen en ongeduldige erfgenamen de handen in elkaar hebben geslagen? In uitzonderlijke gevallen misschien wel. Maar zelf heeft zij — niet als arts maar als medemens — naast te veel terminale zieken (heel jonge en oudere) gestaan om niet te weten dat ook hier een — vaak stilzwijgende, vaak smekende — daad van barmhartigheid is vervuld. Mensen gaan door de hel bij het overlijden van hun dierbaren — of het nu gaat om een partner, ouder of kind, of een goede vriend. Het einde van een geliefde versnellen gebeurt nooit lichtzinnig. Net zomin als euthanasie in hoofde van de patiënt, gaan de naasten of de behandelende arts lichtzinnig te werk. Amerikaans onderzoek in Nederland heeft uitgewezen dat het plegen van euthanasie voor een arts nooit een gewoonte wordt, het is altijd weer de eerste keer en het emotionele proces is ook voor de arts een moeilijke zaak, ondanks het serene karakter, of de dankbaarheid en het geluk van de patiënt voor hij slaapt.

Een van de grote problemen in het geheel van de stervensbegeleiding, is de communicatie. De palliatieve zorgcultuur heeft al veel veranderd op dit vlak. Terecht heeft een ander lid opgemerkt dat de scholing van artsen veel te wensen over laat en dat dit in opleidingen en bijscholingen prioritair zou moeten worden ingehaald. Een goede en correcte communicatie, de wil en de vaardigheden om te luisteren en correct te antwoorden, dit moet zelfs veel vroeger dan bij de stervensbegeleiding een normale houding worden binnen de geneeskundige wereld. Want het is vanaf het ogenblik dat men voor het eerst hoort dat men aan een ongeneeslijke ziekte lijdt, dat deze wederzijdse communicatie optimaal zou moeten zijn.

Maar ook in onze cultuur in het algemeen is spreken over de dood, over afscheid nemen van elkaar, iets waar wij het zeer moeilijk mee hebben. Patiënten verbergen hun lijden en hun verdriet voor hun familieleden, en omgekeerd willen diegenen die het dichtst bij de patiënt staan niet laten zien dat de dood zich toont, dat zij bang zijn. Vaak willen ze het zelf ook niet zien. Er wordt dus meestal niet echt afscheid genomen, ook niet als mensen dit echt zouden willen, omdat wij dit in onze cultuur niet geleerd hebben. Hierdoor wordt het rouwproces achteraf bemoeilijkt.

Spreekster acht ook daarom, omwille van die communicatie over het sterven, dit euthanasiedebat zo belangrijk. In tegenstelling tot een vorige spreker, is zij van oordeel dat het debat hierbuiten terecht en goed gevoerd wordt. Men leest en hoort meer en meer

2 000 de ces cas, des substances mortelles ont été utilisées. Dans 1 000 cas au moins, on aurait agi à l'insu du patient. Hier, certains collègues ont déclaré que c'est inquiétant mais franchement, cela ne m'étonne pas.

L'intervenante s'interroge sur le fait de savoir si cela signifie qu'en de nombreux endroits, des médecins intéressés et des héritiers impatients se sont mis d'accord. C'est possible, dans des cas tout à fait exceptionnels. Mais personnellement, pour avoir été proche — non en tant que médecin mais en tant qu'être humain — de tellement de malades en phase terminale (très jeunes et âgés) elle sait que, là également, un acte de compassion est souvent accompli tacitement, par miséricorde. Le décès d'un être cher est une épreuve terrible pour les proches, qu'il s'agisse d'un compagnon, d'un parent, d'un enfant ou d'un ami. La décision d'accélérer la fin d'un être cher ne se prend jamais à la légère. Quand il est question d'euthanasie, le patient, ses proches ou le médecin traitant n'agissent pas à la légère. Une étude américaine effectuée aux Pays-Bas a montré que le fait de procéder à l'euthanasie ne devient jamais un acte habituel pour un médecin. À chaque fois, c'est comme si c'était la première fois, et le processus émotionnel est difficile également pour le médecin, en dépit de la sérénité, de la reconnaissance ou du bonheur du patient avant de s'éteindre.

La communication est l'un des grands problèmes en matière d'accompagnement des mourants. À cet égard, la culture des soins palliatifs a déjà changé bien des choses. Un autre membre a souligné, à juste titre, que la formation des médecins laisse beaucoup à désirer et que les cours de base et de formation continuée devraient pallier ces manques. Une bonne communication, la volonté et la capacité d'écouter et de répondre correctement, telle doit être l'attitude normale du monde médical, et ce bien avant la phase d'accompagnement des mourants. En effet, cette communication réciproque devrait être optimale dès le moment où l'on apprend qu'on est atteint d'une maladie incurable.

Dans notre culture, nous éprouvons des difficultés à parler de la mort et des adieux. Les patients dissimulent leurs souffrances et leur chagrin à leur famille et inversement, les proches du patient ne veulent pas révéler que la fin est imminente et qu'ils ont peur. Souvent ils refusent d'admettre la réalité. De ce fait, la plupart du temps, on ne fait pas vraiment ses adieux, même quand on le souhaite réellement, parce que dans notre culture, c'est une chose que l'on n'apprend pas à faire. Par la suite, il en résulte un processus de deuil plus difficile.

L'intervenante estime que ces problèmes de communication au sujet de la mort soulignent combien ce débat sur l'euthanasie est important. Contrairement à un intervenant précédent, elle estime que le débat extérieur est pertinent et positif. De plus

getuigenissen van betrokken mensen die over de essentie van het sterven gaan, en niet over de punten en komma's waar de commissies zich hier over buigen. Vandaar dat de commissies ook meer de patiënten zelf moeten horen.

Zij was verbaasd omdat niemand dit heeft aangebracht wanneer er sprake was van hoorzittingen. Niet alleen artsen en verpleegkundigen, maar ook de patiënten moeten worden gehoord.

Hier wordt gepraat over het sterven van mensen, en dat zou met meer deemoed moeten gebeuren, met minder lawaai dan soms het geval is geweest. In alle sereniteit. En het valt toch op dat de gesprekken hier binnenskamers daar meer aan voldoen dan wat er soms van naar buiten gaat eens de deuren openzwaaien. Hoe dan ook, de leden van deze commissies moeten er wel uit geraken, en de standpunten liggen ver uiteen. Niet alleen wat betreft de punctuele zaken, maar vooral ook wat betreft het uitgangspunt.

Spreekster vindt dat andere leden dit zeer goed hebben verwoord. Het gaat hier om de vraag of we ja dan nee de patiënt zelfbeschikkingsrecht willen geven. Mag de patiënt over zijn draagkracht, zijn lijden en waardigheid oordelen samen met zijn arts en zijn meest dierbaren (want dit gebeurt in de regel samen), of moet hij hierbij door een aantal wijze — of minder wijze — mensen die hij niet kent, die hem niet kennen, worden beoordeeld? Dat is de vraag waaruit zal moeten blijken of de kloof te diep is of overbrugbaar.

Zij heeft goed geluisterd naar een lid, dat gezegd heeft dat dit een symbooldiscussie is, en dat daarachter een samenlevingsproject zit (daaronder verstaat zij dat dit project niet mag worden veranderd).

Wat dit betreft was de uiteenzetting van een ander lid verhelderend.

Symbolen veranderen. Zij begrijpt dat mensen zich aan bepaalde symbolen vastklampen terwijl de symbolen in de gemeenschap langzaam een andere invulling krijgen.

Zij begrijpt dit, maar het is slechts één invalshoek, niet dé invalshoek.

Persoonlijk denkt zij dat zij met bepaalde collega's tot een goede uitgebalanceerde tekst zou kunnen komen, maar betwijfelt stilaan of dit met anderen ook zo is. Toch moet het gesprek voortgaan. Niet tot in het oneindige. Want elke dag worden mensen ongemakkelijk ziek en elke dag sterven er mensen, van wie velen verwachten dat hier eindelijk werk van wordt gemaakt.

Een lid stelt vast dat een aantal leden telkens opnieuw beweren het debat sereen te willen voeren maar

en plus, on peut lire et entendre des témoignages de personnes intéressées qui traitent de l'essence même de la question de la mort plutôt que des points de détail dont nous discutons ici. Aussi, les commissions devraient davantage entendre les patients eux-mêmes.

Elle s'est étonnée du fait que personne n'ait mentionné cela quand il a été question d'auditions. Non seulement les médecins et les infirmiers doivent être entendus, mais aussi les patients.

Dans ce débat sur la mort, on devrait montrer plus d'humilité et veiller à faire moins de bruit que ce n'a parfois été le cas. Il faudrait débattre en toute sérénité. Force est de constater que les discussions qui se déroulent dans cette salle répondent bien plus à cette exigence que ne le donnent à penser les échos extérieurs. Quoi qu'il en soit, les travaux des membres de ces commissions doivent aboutir malgré les points de vue très divergents, non seulement en ce qui concerne les problèmes ponctuels mais surtout en ce qui concerne les principes de base.

L'intervenante estime que d'autres membres ont très bien exprimé cela. La question est de savoir si oui ou non, nous voulons accorder au patient le droit à l'autodétermination. Le patient peut-il juger de sa capacité d'endurance et de souffrance, de sa dignité, conjointement avec son médecin et les siens (car généralement, cela se fait de concert) ou bien un certain nombre de personnes sages — ou moins sages — qu'il ne connaît pas, qui ne le connaissent pas, doivent-elles en juger? La réponse à cette question devrait indiquer s'il est possible de rapprocher les points de vue.

Elle a écouté attentivement un membre qui a déclaré que cette discussion est symbolique et qu'elle sous-tend un projet de société (ce qui signifie que ce projet ne peut être changé).

À ce propos, l'exposé fait hier par un autre membre était de nature à clarifier les choses.

Les symboles changent. Elle comprend que les gens s'accrochent à certains symboles tandis qu'au sein de la société, lentement, la signification de ces symboles évolue.

Elle le comprend mais cela ne constitue qu'un point de vue parmi d'autres et non le seul.

Personnellement, elle pense qu'en collaboration avec certains collègues, elle pourrait arriver à un texte bien équilibré mais, peu à peu, elle en arrive à douter que ce soit possible avec d'autres. Il faut néanmoins poursuivre la discussion mais pas indéfiniment. Chaque jour, des personnes sont atteintes d'une maladie incurable. Chaque jour, des gens meurent, parmi lesquels beaucoup espèrent que nous nous attelions à la tâche.

Un membre constate qu'un certain nombre d'intervenants affirment sans cesse vouloir mener le

tegelijk van de gelegenheid gebruik maken om de polemiek aan te wakkeren. Hij herinnert eraan dat hijzelf en de fractie waarvan hij voorzitter is, zich de voorbije legislatuur sterk hebben ingespannen om een aantal ethische thema's, waaronder euthanasie, aan de agenda te plaatsen en het gesprek op gang te brengen.

Hij heeft overigens ook nogal wat bedenkingen bij de wijze waarop een ander lid onlangs de grondslagen van deze bespreking heeft geschetst. Hier werd zonder meer een karikatuur gegeven van een bepaalde visie die binnen deze commissie naar voor werd gebracht.

Een ander lid stelt vast dat een debat haast op een natuurlijke wijze leidt naar een meer nauwkeurige identificatie van de verschillen die er blijven bestaan tussen de diverse standpunten.

Anderzijds mag men niemand een intentieproces aandoen voor zijn persoonlijke strijd in zijn eigen milieu.

Spreker heeft bovendien bepaalde karikaturale uitspraken en zelfs totaal onoorbare beledigingen gehoord waarop hij echter niet wenst te antwoorden.

Het komt hem alleszins voor dat sommige reacties die bepaalde uitspraken teweeg hebben gebracht niet als argumenten mogen worden gebruikt.

Een lid stelt vast dat er al heel wat uiteenzettingen met uiteenlopende strekkingen werden gehouden.

Sommigen verklaarden absoluut gekant te zijn tegen een gedeeltelijke legalisering van euthanasie of, maar dat was soms dubbelzinnig, tegen een regeling van de uitoefening van euthanasie in de Strafwet. Er werden daarvoor meerdere argumenten naar voor gebracht. Spreker wil het niet hebben over de argumenten die voortspruiten uit de fundamentele overtuiging van personen die gehecht zijn aan filosofische of religieuze dogma's. Hij kan er naar luisteren maar het komt hem niet toe ze in twijfel te trekken. Hij voelt er zich alleszins niet door gebonden.

Hij voelt zich meer aangesproken door de sprekers die, vanuit sociologische of juridische overwegingen, twijfelen aan de opportuniteit om wetgevend op te treden. Hij benadrukt dat hij er met belangstelling naar luistert.

Hij heeft met dezelfde belangstelling geluisterd naar de juridische commentaren bij de tekst van het wetsvoorstel dat door zes leden van de meerderheidspartijen werd ingediend. Sommige constructieve opmerkingen zullen deze tekst ongetwijfeld verbeteren, zonder de essentiële oriëntaties ervan in het gedrang te brengen.

Met betrekking tot zijn eigen benadering van het basisprobleem wenst spreker te beklemtonen dat hij naar dit debat gekomen is zonder *a priori* en, zoals

débat sereinement mais, en même temps, profitent de l'occasion pour entretenir la polémique. Il rappelle que lui-même et le groupe qu'il préside ont fait de grands efforts, au cours de la législature précédente, pour inscrire à l'ordre du jour un certain nombre de thèmes éthiques, parmi lesquels l'euthanasie, et pour lancer le débat.

Il émet des réserves quant à la manière dont un autre membre a esquissé les principes de base de cette discussion. Cela revient à caricaturer une certaine vision qui a été exposée dans le cadre de cette commission.

Un autre membre constate que la tenue d'un débat amène très naturellement à une plus grande identification des différences existant entre les thèses en présence.

D'autre part, on ne peut faire de procès d'intention à personne sur son combat personnel dans sa propre sphère.

Pour le surplus, l'intervenant a entendu des caricatures, et même des injures tout à fait inadmissibles, auxquelles il préfère ne pas répondre.

Il lui paraît en tout cas que l'on ne peut tirer argument de certaines réactions que l'on a soi-même suscitées par ses propos.

Un membre constate que de nombreuses interventions ont déjà eu lieu, qui avaient des portées très variables.

Certains ont voulu affirmer, de manière absolue, leur refus d'une légalisation partielle de l'euthanasie, ou du moins, mais ce fut parfois ambigu, leurs refus de régler la pratique de celle-ci dans le Code pénal. Les raisons évoquées sont multiples. L'intervenant ne veut pas discuter celles qui relèvent des convictions fondamentales des personnes et de l'attachement à des dogmes philosophiques ou religieux. Il peut les entendre, mais estime qu'il ne lui appartient pas de les mettre en question, sinon à dire qu'il ne se sent pas tenu par ces arguments.

Il se déclare plus interpellé par les intervenants qui fondent leurs doutes sur l'opportunité de légiférer en la matière sur des considérations sociologiques, ou juridiques. Il tient à dire qu'il les écoute avec intérêt.

Il a de même écouté très attentivement les commentaires juridiques portant sur le texte de la proposition de loi déposée par les six membres des partis de la majorité. Sans doute certaines remarques constructives pourront-elles mener à améliorer ce texte, sans que soient remises en cause les orientations essentielles qu'il porte.

Sur son approche de la question sur le fond, l'intervenant voudrait dire qu'il est arrivé dans ce débat sans *a priori*, et, comme plusieurs « nouveaux sénateurs »

ook andere «nieuwe senatoren» verklaarden, met een minder grondige kennis van het dossier dan sommige collega's. In dit stadium van het debat, na geluisterd, gelezen, gediscussieerd en nagedacht te hebben, voelt hij zich gesterkt in zijn overtuiging dat er een wetgeving voor euthanasie moet worden uitgewerkt.

Hij stelt vast dat euthanasie in de praktijk vrij veel wordt uitgevoerd. De weinige studies over de situatie in België kunnen worden vergeleken met de twee grote Nederlandse studies van 1990, het rapport Van Remelink, en 1995. Deze vergelijkingen bevestigen de beschikbare cijfers, al blijken er enkele verhelderende verschillen te zijn.

Volgens de interuniversitaire studie waarover men sinds kort beschikt, zou er in Vlaanderen bij 1% van de 56 000 jaarlijkse sterfgevallen van een echte euthanasie sprake zijn. In 3% van de gevallen zouden er echter dodelijke substanties zijn ingespoten zonder de patiënt te raadplegen. Zoals de auteurs onderstrepen, moeten deze twee cijfers worden vergeleken met de Nederlandse, namelijk 2,4% voor de echte euthanasie tegen slechts 0,7% voor de ongevraagde levensbeëindigingen!

Deze gegevens bevestigen wat voorstanders van een wettelijke omkadering van euthanasie al lang verklaren: het absolute strafrechtelijke verbod dat op de medische handeling weegt, moet worden geheven om met meer vrijheid te kunnen spreken en om de dialoog tussen de patiënt en zijn arts te herstellen. Het verbod beperkt de communicatie en het clandestiene karakter veroorzaakt haastige, niet overlegde beslissingen.

Het veroorzaakt zelfs ontsporingen. Spreker wil het geval waarmee het gerecht in Luik vandaag geconfronteerd wordt niet uitbuiten. Hij bevestigt wel de talrijke getuigenissen. Hij verwijst ook naar de talrijke lezersbrieven die dagelijks in de kranten verschijnen en naar de verhalen die zuster Léontine in haar werk over euthanasie vertelt.

Met de cijfers voor ogen is het niet langer mogelijk dit argument zomaar weg te wuiven omdat het zou gaan om een «zeer uitzonderlijke» toestand: 3% is enorm veel. De wetgever moet hier optreden.

Men kan niet langer zeggen «wij weten dat dit gebeurt, wij tolereren het, maar wij willen de wetgeving niet veranderen». Het gaat hier natuurlijk om de strafwetgeving. Op dit debat weegt immers het strafrechtelijk taboe.

Alleen een wijziging van het strafrecht kan juridische zekerheid brengen. De invoering van het begrip «euthanasie» via een wet of een wijziging van een koninklijk besluit, zonder het strafrecht te wijzigen, zal de onzekerheid niet wegnemen. Euthanasie blijft formeel immers gebonden aan het begrip «moord». De artsen zullen bij hun handelingen, welke die ook zijn, nog altijd de dreiging voelen van

ont eu l'occasion de le dire, avec une moins bonne connaissance du dossier que certains collègues. Aujourd'hui, ayant écouté, lu, discuté et réfléchi, il se sent conforté, à ce stade des débats, dans son sentiment qu'il est nécessaire de légiférer en matière d'euthanasie.

Il constate que des euthanasies sont pratiquées, en nombre assez important. Quelques études, peu nombreuses certes, portent sur la situation belge. On peut les comparer aux deux grandes études hollandaises de 1990 (le rapport Van Remelink) et 1995. Ces comparaisons sont de nature à valider les chiffres obtenus, même si on note quelques différences éclairantes.

D'après l'étude inter-universitaire dont on vient de prendre connaissance, l'euthanasie à proprement parler interviendrait dans 1% des 56 000 décès annuels en Flandre. Mais des injections de substances létales sans consultation du patient représenteraient par contre 3% des cas! Comme le soulignent les auteurs, il faut comparer ces deux chiffres aux données hollandaises, respectivement de 2,4% d'euthanasies mais de seulement 0,7% d'interruptions de vie non demandées!

Ces données viennent confirmer avec poids ce que disent depuis longtemps les partisans d'un encadrement légal de l'euthanasie: il faut lever l'interdit pénal absolu qui pèse sur l'intervention médicale pour libérer la parole et restaurer le dialogue entre le patient et son médecin. L'interdit réduit la communication, la clandestinité entraîne des décisions à la sauvette, non concertées.

Il entraîne même des dérapages. L'intervenant ne veut pas exploiter le cas que la justice connaît pour le moment à Liège, mais il ne fait que confirmer de multiples témoignages. Il renvoie notamment aux nombreux courriers que publient nos journaux pour le moment, ou aux récits que rapporte Sœur Léontine dans son ouvrage sur l'euthanasie.

Il n'est plus possible, face à des données chiffrées, d'écarter cet argument d'un revers de main, au motif qu'il serait «très exceptionnel». 3%, c'est énorme. Le législateur doit se préoccuper de cette situation.

Il ne paraît pas possible de dire encore «nous savons que cela se fait, nous le tolérons, mais nous ne voulons rien changer à la loi.» Il s'agit ici, bien entendu, de la loi pénale. Car c'est le tabou pénal qui pèse sur ce débat.

Seule la modification de la loi pénale apportera la sécurité juridique. Introduire la notion d'euthanasie par une loi sans changer le droit pénal, modifier un arrêté royal ne peut mettre fin à l'incertitude. Car l'euthanasie restera formellement assimilée au meurtre. Les médecins continueront de voir peser sur leurs actes, quels qu'ils soient, la menace d'une condamnation pour assassinat. Or, c'est précisément ce que l'on

een veroordeling wegens moord. Dat wil men nu juist veranderen omdat de waardeveranderingen in de samenleving dit vereisen: als bepaalde objectieve voorwaarden en strikte procedures in acht worden genomen zou euthanasie geen moord meer zijn.

Met de andere voorgestelde maatregelen kan dat doel niet worden bereikt. In Nederland, waar de sociale consensus, op basis van de instemming van de grote meerderheid van de artsen en de magistraten, het mogelijk heeft gemaakt een controle op de praktijk te organiseren zonder wijziging van het Strafwetboek, denkt men vandaag aan de depenalisering als het middel om uit de nog bestaande problemen te geraken.

We stellen vast dat in België de hele regeling inzake medische deontologie niet voldoet. De raad van de Orde van geneesheren wordt geconfronteerd met de dubbelzinnigheden van een deontologische Code waarin ongenueanceerd staat dat de arts zijn patiënt niet opzettelijk mag doden. Tegelijkertijd echter roept diezelfde code de vrijwaring van de waardigheid van de patiënt in als een middel om aan het eerste absolute verbod te ontsnappen.

Het gaat ook hier om een vorm van collectieve hypocrisie: uit angst om de dingen duidelijk bij naam te noemen, wordt een strikte tekst opgesteld en gaat men er van bij de redactie al van uit dat overschrijdingen zullen worden getolereerd.

Hetzelfde probleem bestaat op het niveau van de corporatieve regels. Ze bevatten dezelfde dubbelzinnigheid als de wettelijke regels.

Spreker heeft de indruk dat het gezag van een tekst op die manier evenveel, of zelfs nog meer, wordt ondermijnd dan door hem een andere beperkte wending te geven waarover een openbaar debat heeft plaatsgevonden en die wordt aanvaard.

De zogenaamde «symbolische waarde» van het strafrecht, die zo vaak wordt ingeroepen, wordt dagelijks ondermijnd door de contradictie tussen courante sociaal aanvaarde praktijken en de tekst zelf van het strafrecht.

Er wordt beweerd dat deze tekst het gebod «gij zult niet doden» in absolute termen moet afkondigen teneinde te worden nageleefd, waarbij de uitzonderingen die sedert lang werden opgelegd, en die spreker persoonlijk veel meer storen, over het hoofd worden gezien: de doodstraf en het recht op oorlog.

Spreker besluit, na alle uiteenzettingen te hebben beluisterd, dat hij veeleer voorstander is van een tekst die klaar en duidelijk omschrijft welke beperkingen de samenleving wil opleggen aan een praktijk die ze wettelijk acht, dan van een integere tekst die dagelijks wordt overtreden, soms in alle openheid, soms in het duister.

Over deze beperkingen moet er op een serene wijze worden gedebatteerd. Het is van essentieel belang dat

veut modifier, répondant à une évolution de la société: dans certaines conditions objectives et de procédures strictes, l'euthanasie ne serait plus un meurtre.

Les autres mesures proposées ne remplissent pas ce but. Aux Pays-Bas, où le consensus social a permis, sur base d'un accord de la très grande majorité des médecins et des magistrats, d'organiser un contrôle des pratiques sans modification du Code, on envisage aujourd'hui la dépénalisation comme le moyen de dépasser les problèmes qui subsistent.

En Belgique, on voit que la régulation déontologique ne peut suffire, le conseil de l'Ordre des médecins étant soumis aux ambiguïtés d'un Code de déontologie qui affirme sans nuance que le médecin ne peut pas provoquer délibérément la mort de son patient, mais évoque la préservation de la dignité du patient comme échappatoire au premier commandement absolu.

On se trouve là aussi devant une forme d'hypocrisie collective: parce qu'on n'ose pas dire les choses clairement, on édicte un texte ferme dont on sait, dès la rédaction, que l'on tolèrera sa transgression.

On retrouve ainsi, au niveau des règles corporatives, le même problème, les mêmes ambiguïtés qu'au niveau des règles législatives.

Il semble à l'intervenant que, ce faisant, on entame autant, sinon plus, l'autorité d'un texte qu'en l'infléchissant de manière limitée, publiquement débattue et assumée.

Le «symbolisme» du droit pénal, dont on a beaucoup entendu parler, semble plus ébranlé par les contradictions, publiques, entre les pratiques sociales acceptées et le texte.

Ce texte, on prétend qu'il doit proclamer le respect du commandement «tu ne tueras point» en des termes absolus pour être respecté, en négligeant les restrictions qu'on lui a imposées longtemps, et qui gênent l'intervenant beaucoup plus, personnellement: la peine de mort et le droit de la guerre.

Après avoir écouté chacun, l'intervenant déclare qu'il préfère un texte qui fixe clairement les limites que la société veut mettre à une pratique qu'elle estime légitime, qui permettra un vrai contrôle légal et social, à un texte intègre mais violé quotidiennement, parfois dans la lumière, souvent dans l'ombre.

De ces limites, il faut précisément débattre, calmement. On le fera à la lumière des auditions qui auront

dit debat plaatsvindt na de komende hoorzittingen en ter gelegenheid van de artikelsgewijze bespreking.

Een ander lid verwijst naar het citaat van professor Ladrière, dat ook al door een vorige spreker werd aangehaald: «Niemand beschikt over een geprivilegieerde bevoegdheid inzake ethiek. Daarom mag de ethische reflex slechts een collectieve onderneming zijn, waarbij de verschillende standpunten nader tot mekaar moeten kunnen komen, hopen op een gelijkgerichtheid die gerechtvaardigd wordt door een fundamenteel geloof in de universele rede.»

Het lid heeft de debatten van vorige week erg geapprecieerd en dankt de sprekers voor de kwaliteit van het fundamenteel debat dat eruit voortvloeide.

Hij stelt voor, met het oog op de helderheid in de relaties tussen de commissie en de buitenwereld, om tot een akkoord te komen over de namen die de verschillende voorstellen in de discussies krijgen. Zo kunnen verwarringen en verkeerde interpretaties worden voorkomen.

Hij is voorstander van de naam die een spreker gegeven heeft aan de voorstellen van de meerderheidspartijen, namelijk «de voorstellen van de zes indieners». De andere voorstellen zouden de naam kunnen krijgen van de eerste van de ondertekenaars.

Aldus kan worden vermeden dat de benaming van de voorstellen al onmiddellijk naar een partijstandpunt verwijst. Het betreft hier immers een bio-ethisch debat, waarin iedereen volgens zijn eigen geweten een standpunt moet innemen en waarin partijtucht en regeringsaanwijzingen geen rol mogen spelen. Bovendien heeft de algemene bespreking onder meer tot doel een zo breed mogelijke consensus of alleszins een maximum aan klaarheid en begrijpelijkheid te bereiken.

Tijdens een vorige vergadering sprak iemand opnieuw over een verborgen agenda. Spreker zegt daar geen kennis van te hebben. Hij baseert zich op de woorden van de voorzitter van de commissie zelf: «geen haast, geen rampzalig getalm.»

Spreker herinnert eraan dat hij geen jurist is en dat hij een bijkomende juridische toelichting nodig vindt. De teksten die in de Senaat zullen worden aangenomen, zullen immers door juristen, rechtsgeleerden en experts uit de hele wereld worden gelezen en commentariseerd.

De teksten over palliatieve zorg en euthanasie moeten daarom alle nodige juridische waarborgen bieden om te kunnen beantwoorden aan de doelstellingen inzake het recht van de patiënt op een humane en technisch passende algemene verzorging, aan de doelstellingen van een gepersonaliseerde en diep-

eu lieu, à l'occasion de l'examen des articles. C'est là l'essentiel.

Un autre membre rappelle la citation du professeur Ladrière, déjà évoquée par un précédent intervenant: «Personne n'a une compétence privilégiée en matière d'éthique. C'est pourquoi la réflexion éthique ne peut être qu'une entreprise collective, où les différents points de vue doivent pouvoir se confronter dans l'espérance d'une convergence que justifie la croyance fondamentale en l'universalité de la raison.»

L'intervenant a beaucoup apprécié les débats tenus la semaine dernière, et souhaite remercier les intervenants pour la qualité du débat de fond auquel ils ont conduit.

Il suggère, dans un but de clarification, de s'entendre sur la façon de nommer, entre commissaires et à l'extérieur, les différentes propositions évoquées dans les discussions, pour éviter confusions et mauvaises compréhensions.

Il propose que l'on retienne la façon dont un intervenant a nommé les propositions émanant de membres de la majorité, à savoir «les propositions des six auteurs». Les autres propositions pourraient être nommées par le nom de leur primo-signataire.

Cela éviterait d'attribuer dans la dénomination un statut de position de parti aux propositions alors que l'on se trouve dans un débat bioéthique, où chacun est appelé à se situer en conscience sans discipline de parti ou mot d'ordre gouvernemental, et alors qu'un des buts de la discussion générale est de dégager, autant que faire se peut, le plus de consensus possible ou tout au moins d'atteindre le maximum de clarification et de compréhension.

Un membre a reparlé d'un agenda caché. L'intervenant n'en a pas connaissance, sauf celui qui découle de la phrase citée par le président de la commission lui-même, à savoir: «pas de précipitation, pas d'attermoiement funeste.»

L'intervenant rappelle également qu'il n'est pas juriste, et qu'un éclairage complémentaire sur ce plan lui paraît nécessaire. Les textes qui émaneront du Sénat seront lus et commentés par des juristes, des légistes et des experts du monde entier.

Il faut donc prendre les garanties juridiques nécessaires pour bien répondre, à travers les textes sur les soins palliatifs et l'euthanasie, aux objectifs de droit du patient aux soins globaux, humainement et techniquement adéquats, aux objectifs du respect personnalisé et approfondi de son autonomie comme être

gaande eerbied voor de autonomie waarover hij als menselijk wezen moet kunnen beschikken en aan de doelstellingen inzake hulp voor de verwanten en steun aan de zorgverstrekkers en de begeleiders.

In welke mate volgen en hernemen de voorstellen de vooruitgang en de verworvenheden van de meerderheid van de leden van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek? Volgens spreker situeren deze voorstellen zich, wat de grond van de zaak betreft, tussen de voorstellen 2 en 3 van het Comité.

Ter attentie van een vorige spreker wenst het lid een verduidelijking te geven inzake het citaat dat hij heeft voorgelezen over de democratie.

Hij preciseert niet verklaard te hebben dat de democratie een lege doos is, maar dat het lijkt alsof de macht in die democratie een lege doos is. Hij citeerde namelijk Hugues Poltier die in zijn boek «Claude Lefort — De ontdekking van de politiek» het volgende schrijft: «Een formule kruipt voortdurend in de pen van Lefort, als een *Leitmotiv*: een specifiek karakter van de democratie is dat de macht voor de eerste keer in de geschiedenis een lege doos blijkt te zijn.» (...)

«De zin van deze formule wordt maar duidelijk als aan een dubbele voorwaarde wordt voldaan. Men moet zich in de eerste plaats goed bewust zijn van het verschil tussen de symboliek en de werkelijkheid en inzien dat de formule van toepassing is op het gezag dat eerder als symbolisch wordt aangezien. Voorts moet de nieuwe formule met vorige regimes worden vergeleken en moet er rekening worden gehouden met de achteruitgang van het geloof in de transcendente principes van de sociale orde.»

Doorheen deze evolutie «hebben onze democratieën de neiging zich te identificeren met een ruimte die geregeld wordt door regels voor sociale verhoudingen en coëxistentie». De symbolische en sociale band wordt vooral gevormd door de deelname aan het democratisch proces en door de impliciete erkenning van de legitimiteit van de vaak procedurele regels die haar ontwikkeling sturen.

Voor meer verduidelijking verwijst spreker naar het geciteerde boek en naar Claude Lefort zelf.

Het zou er in de democratie niet meer op aankomen te bepalen welke filosofische optie of «zekerheid» de voorrang moet krijgen. Er moet wel worden gestreefd naar de coëxistentie van een veelheid aan fundamentele opties, zonder ze aan de andere te willen opleggen, in alle eerbied voor de democratische regels en het menselijk recht op vrijheid en solidariteit die onlosmakelijk met de democratie zijn verbonden.

De sociale band wordt gevormd door de naleving van de procedures voor een vreedzame samenleving en voor pluralistische, vrije debatten.

In dit democratische proces wordt de ontwikkeling van levenskeuzen voor en door iedereen aangemoedigd.

humain reconnu, aux objectifs d'assistance aux proches, et d'appui aux soignants et accompagnants.

De plus, comment les diverses propositions font-elles suite et reprennent-elles plus ou moins les avancées et acquis dégagés par la majorité des membres du Comité consultatif de bioéthique, et qui, selon l'intervenant, se situent, sur le fond, entre les positions 2 et 3 du Comité?

À l'attention d'une précédente oratrice, l'intervenant souhaite préciser la citation qu'il a faite à propos de la démocratie.

Il a déclaré, non pas que la démocratie était un lieu vide, mais que le pouvoir s'y présentait comme un lieu vide, citant Hugues Poltier, qui écrit dans un livre intitulé «Claude Lefort — La découverte du politique»: «Une formule revient sans cesse sous la plume de Lefort, tel un leitmotiv: la spécificité de la démocratie, est que, pour la première fois dans l'histoire, le lieu du pouvoir s'y présente comme un lieu vide.» (...).

«Le sens de cette formule ne devient intelligible qu'à une double condition. Il convient d'abord de se rappeler la distinction du symbolique et du réel et de comprendre qu'elle s'applique au pouvoir pris en tant que symbolique, et ensuite que cette proposition a un statut comparatif avec les régimes précédents et qu'il faut considérer le recul de la croyance en un fondement transcendant de l'ordre social.»

À travers cette évolution, «nos démocraties tendent à s'identifier à un espace régi par des règles de rapports» et de coexistence et le lien symbolique et social se refait plus à travers la participation au processus démocratique et la reconnaissance implicite de la légitimité des règles souvent procédurales qui président à son déroulement.

L'intervenant renvoie, pour plus de développements, au livre cité, et à Claude Lefort lui-même.

En démocratie, il ne s'agirait plus de déterminer quelle option philosophique ou quelle «certitude» doit l'emporter, mais de faire en sorte qu'une pluralité d'options fondamentales puissent coexister, donc sans vouloir les imposer les uns aux autres, dans le respect des règles démocratiques et des Droits Humains de liberté et de solidarité qui sont indissociablement liées à la démocratie.

Le lien social se fait par le respect des procédures de coexistence pacifique et de débats pluralistes et libres.

Dans ce processus démocratique, il y a un encouragement à l'élaboration des options de vie de chacun et

digd en wordt in de nodige middelen voorzien om solidair die ontwikkeling te stimuleren.

Bestaat er in dat vooruitzicht van extreme situaties, die wij op het einde van het leven moeten ondergaan, geen bijna heilige ruimte waarin de collectieve wet, geconfronteerd met de ultieme keuze van een mens, ophoudt te evolueren en gedoemd is te zwijgen? Er moet dan wel voor gezorgd worden dat alle mogelijke materiële en humane middelen worden aangewend om die mens een eigen stem te geven en niet slechts een echo van de sociaal-economische, psychologische of om het even welke druk die met het menselijk respect niets te maken heeft.

Vanuit die optiek vindt spreker de dialoog van fundamenteel belang, en dat in tegenstelling tot het onherstelbare, de non-dialoog of de schijn-dialoog.

Als personen die daartoe opgeleid zijn niet de nodige tijd hebben uitgetrokken om naar de patiënt te luisteren of als er geen dialoog is geweest tussen personen, tussen generaties, kan er misschien sprake zijn van een psychologische, culturele of spirituele moord gepleegd. Een medische handeling daarentegen, uitgevoerd in extreme omstandigheden, bij een ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, zelfs indien de dood er het gevolg van is, in het raam van een echte dialoog en wederzijds menselijk respect, kan dan nog moeilijk een moord worden genoemd.

Door dit debat treedt de kwestie van onze sterfelijkheid, van ons bestaan als sterfelijk wezen, opnieuw op de voorgrond. Nu de dood weer bespreekbaar wordt, zou één van de grootste gevaren erin bestaan dit debat te omzeilen door er in een confrontatie à la Don Camillo een karikatuur van te maken.

Men spreekt niet over de dood omdat sterfelijkheid niet past in een tijd waarin de mens tot mateloze consumptie wordt aanzet.

Sommigen willen het debat een andere richting uitsturen omdat, nu de mensen almaar ouder worden, dit niet meer als «levensverwachting» maar als een sociale last wordt gepercipieerd.

Gelukkig heeft onze maatschappij in het recente verleden enige weliswaar nog broze ervaring opgedaan inzake het omgaan met en de begeleiding van mensen aan het einde van hun leven.

De grootste nood doet zich niet voor naar aanleiding van euthanasieverzoeken, maar bij lijden, angst en menselijk eenzaamheid.

Als men weet hoe vaak deze problemen voorkomen en welke ervaringen zijn opgedaan en men vindt dat deze problemen verholpen moeten worden, dan is het belangrijk, zoals de verschillende wetsvoorstellen

par chacun et une mobilisation de moyens publics pour aider solidairement en ce sens.

Dans cette perspective, à la fin de la vie, dans une situation extrême que nous sommes amenés à vivre, n'y a-t-il pas un espace quasi-sacré où la loi collective s'arrête d'avancer et se tait, face à l'ultime choix d'une personne humaine, tout en veillant à avoir proposé tous les moyens matériels et humains possibles pour pouvoir élaborer une parole qui lui soit propre, et non l'écho de pressions d'ordre socio-économique, psychologique ou autres, étrangères au respect d'elle-même.

Dans cette perspective, ce qui paraît fondamental à l'intervenant, c'est le dialogue et donc, a contrario, l'irréductible, c'est le non-dialogue ou un simulacre de dialogue.

Si la personne n'a pas été écoutée, que le temps n'y a pas été consacré par d'autres personnes préparées et disponibles pour cette écoute, qu'il n'y a pas de transmission interpersonnelle, intergénérationnelle, alors peut-être qu'un homicide psychologique, culturel, spirituel est en fait exécuté alors que, dans le cadre d'un réel dialogue, d'une vraie reconnaissance inter-humaine, une action médicale qui viserait à soulager d'une souffrance irréductible en entraînant même la mort pourrait, à ce niveau et à l'extrême, ne pas être un homicide.

Ce débat remet en lumière et à l'actualité la question de notre mortalité, de notre condition humaine d'être vivant mortel. Un des plus grands dangers serait le détournement de ce débat au sortir d'une période d'occultation de la mort, en le caricaturant dans un affrontement à la Don Camillo.

Occultation, car mortalité inconvenante dans une période de promotion de l'être humain comme consommateur sans fin.

Risque de détournement, au moment où se réalisent des promesses d'allongement de la durée de vie, mais où le grand âge ne serait plus perçu comme une espérance de vie, mais comme une charge sociale.

Heureusement, nos sociétés ont acquis une expérience assez récente, faut-il le dire, et donc encore fragile, au sujet du dialogue et de l'accompagnement des personnes en fin de vie.

Et les besoins les plus fréquents ne sont pas liés à des demandes autour de la question de l'euthanasie, mais autour de la souffrance, de l'angoisse et de la solitude humaine.

Donc, si l'on reprend les problèmes à partir de leur fréquence, de l'expérience acquise et de la nécessité de pouvoir y répondre, c'est bien, comme le prévoient les diverses propositions en discussion, la possibilité

aantonen, dat voortdurende en zo nodig ook palliatieve zorg voor iedereen toegankelijk zijn.

De palliatieve zorg ligt in het verlengde van een kwaliteitsverzorging en -behandeling die toegankelijk moeten zijn voor iedere burger die er nood aan heeft.

In die continuïteit moet de palliatieve zorg afstralen op de gehele zorgverlening, of het nu gaat om luisteren, dialogeren, begeleiding of zoeken naar doeltreffende pijnstillende behandelingen of het comfort van de patiënt. Die verworvenheden moeten de zorgverlening menselijker maken. Men moet niet in een ongeneselijke fase zijn aanbeland om een menselijke benadering in de zorgverlening te kunnen genieten.

Een wetgeving die de voortdurende en palliatieve zorg een volwaardige plaats bezorgt binnen de gezondheidszorg en de ziekte- en invaliditeitsverzekering, zorgt ervoor dat ze opgenomen worden in het kader van de algemene toegang tot een passende en kwaliteitsvolle gezondheidszorg. Op die manier krijgen ze een plaats in de algemene solidariteit die de sociale zekerheid op een zo ruim mogelijke basis organiseert.

De norm moet dus federaal zijn en de ervaringen, die van plaats tot plaats kunnen verschillen, moeten kunnen worden gedeeld, geëvalueerd en gevaloriseerd in het kader van de samenwerking tussen gewesten en gemeenschappen.

De voortdurende en palliatieve zorg is geen alternatief voor euthanasie maar leidt ertoe — zonder dat dit haar hoofddoel is — dat de vraag en de herhaalde vraag afneemt, zodat alleen nog zeldzame, vaak extreme gevallen overblijven.

De kunst van het luisteren en van de dialoog die in de palliatieve zorgverlening werd herontdekt en die de geneeskunde nooit verloren had mogen laten gaan, kan en moet volgens spreker licht werpen op de betekenis van luisteren naar een verzoek om euthanasie, op de menselijke en psychische belasting ervan voor de zorgverlener en op de onontbeerlijke intermenselijke dialoog op die ogenblikken.

Spreker onderstreept dat ook met betrekking tot de raadplegingen, die naar aanleiding van een verzoek nodig zijn, op de ervaring moet worden gesteund. Dat zal de leidraad zijn bij de voorstellen van hoorzittingen die zullen worden geformuleerd. Spreker citeert professor Guy Haarscher over dit thema. Hij wil ook nog kort het psychologische aspect behandelen, omdat de verschillende voorstellen die nu besproken worden, onvoldoende bakens uitzetten voor het luisteren naar het verzoek.

pour tous d'accéder à des soins continus et palliatifs lorsque ceux-ci sont indiqués, qui vient en tête des besoins. Il faut pouvoir en bénéficier au même titre que d'autres soins.

Donc, les soins palliatifs doivent être inscrits dans un continuum de soins et de traitements de qualité et accessibles à tout citoyen suivant ses besoins et leur nécessité.

C'est à travers ce continuum que les acquis des soins palliatifs doivent rejaillir aussi sur l'ensemble des soins, que ce soit l'écoute, le dialogue, l'accompagnement, la recherche de traitements adéquats contre les douleurs et pour le confort du patient. Ces acquis doivent humaniser l'ensemble de la chaîne de soins. Il ne faudrait pas être arrivé à un stade incurable pour bénéficier enfin d'une humanisation globale des soins.

Légiférer en ce sens au sujet des soins continus et palliatifs, en assurer leur pleine place au sein des soins de santé et de l'assurance maladie-invalidité, c'est garantir, donc, leur accessibilité dans le cadre de l'accessibilité générale à des soins adéquats et de qualité. C'est les inscrire dans la logique de solidarité publique de la sécurité sociale sur une base la plus large possible.

La norme doit donc être fédérale et les expériences, diversifiées en fonction des réalités de terrain, doivent pouvoir être partagées, évaluées et valorisées, dans le cadre de la coopération avec les régions et communautés.

Les soins continus et palliatifs ne se présentent pas comme une alternative à la problématique de la demande d'euthanasie mais, sans que ce soit leur première visée, ils en réduisent la fréquence et la persistance à des cas plus rares et souvent plus extrêmes.

Mais le savoir sur l'écoute et le dialogue retrouvé au travers des soins palliatifs, mais ce savoir qui n'aurait jamais dû quitter les autres niveaux de la médecine, ce savoir acquis peut utilement, et selon l'intervenant, doit même éclairer sur ce qu'est l'écoute aussi d'une demande « d'euthanasie », sur la charge humaine et psychique qu'elle peut représenter pour un soignant, et sur le nécessaire dialogue interhumain à ces moments.

L'intervenant souligne aussi que les questions autour de la demande des types de consultation à réaliser appellent un approfondissement et des éclairages venant de l'expérience acquise. Cela guidera les propositions d'auditions qui seront faites. L'intervenant a cité le professeur Guy Haarscher à ce sujet. Il voudrait encore brièvement évoquer l'aspect plus psychologique, car il croit que dans l'ensemble des propositions en discussion, le balisage de l'écoute de la demande n'est pas assez élaboré.

Hij verwijst naar de psychiatrie en bijvoorbeeld naar problemen als melancholie, erfelijke afwijkingen, en euthanogene familiale interacties.

Dergelijke problemen vergen een deskundigheid, ervaring en kennis waarover een groot aantal artsen op dit ogenblik niet beschikt, zodat een beroep op specialisten noodzakelijk is.

De hoorzittingen moeten een licht werpen op de begeleiding, het luisteren naar en de behandeling van deze patiënten en hun vragen.

Spreeker onderstreept ook het onderscheid tussen multi- en interdisciplinariteit. Multidisciplinariteit leidt tot een opeenstapeling van adviezen en de kritiek over een «rechtbank» is dan ook terecht. Bij interdisciplinariteit gaat het om een uitwisseling tussen competente personen zodat men op een menselijke manier afstand kan nemen en echt kan luisteren en begrijpen wat er gebeurt. De interdisciplinariteit is één van de belangrijkste doorbraken in de geneeskunde van de jongste jaren.

Ook hier zouden hoorzittingen meer klaarheid kunnen scheppen.

Spreeker besluit dat zijn houding er een is van kritische, beredeneerde en antidogmatische twijfel, die hem in staat stelt alle meningen zo aandachtig mogelijk te beluisteren.

Een ander lid verwijst naar de definitie van euthanasie die in dit debat gehanteerd wordt: «het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene op diens verzoek». In deze omschrijving wordt euthanasie als basisprincipe door bijna iedereen aanvaard, zij het dat de uitvoering ervan slechts mogelijk is onder strikte voorwaarden.

Spreeker vervolgt dat in de optiek van het wetsvoorstel dat door leden van zes fracties is ingediend, een wilsbekwame patiënt in een uitzichtloze situatie en met irreversibele ziekte om euthanasie kan verzoeken.

Dit roept de vraag op naar de autonomie van de mens. Welke plaats heeft ieders recht op zelfbeschikking in de gezondheidszorg? Wie beslist hoe en wat iemand dagelijks eet, hoeveel hij drinkt, of hij rookt, hoeveel stress hij op zich neemt? In hoeverre kan men de mensen de vrijheid geven tot een medisch onverantwoorde en ongezonde levenswijze die een vroegtijdige dood bewerkstelligt, wetende dat de consumptie van één glas whisky het afsterven van 1 miljard hersencellen tot gevolg heeft, dat elke sigaret het leven met 6 minuten verkort?

Heeft de patiënt niet de vrije keuze om zijn medicijnen te nemen of te laten: antihypertensiva, insuline

Il fait référence à la clinique psychiatrique, et cite par exemple les problèmes tels que de mélancolie, de troubles de la lignée perverse, des interactions familiales euthanogènes.

Ces problématiques demandent une compétence, une expérience et un savoir qui n'est actuellement pas le fait d'un grand nombre de médecins et qui nécessite l'appel à des spécialistes.

Il faudrait que, lors des auditions, on puisse clarifier la façon d'accompagner, d'entendre et de traiter les patients de ce type et leurs demandes.

L'intervenant voudrait aussi insister sur la distinction entre pluridisciplinarité et interdisciplinarité. La première peut, à juste titre, prêter le flan à la critique de tribunalisation. Elle est une juxtaposition d'avis, alors que la seconde est le travail et l'échange entre personnes compétentes, afin de prendre le recul humain nécessaire pour réellement entendre et comprendre ce qui se passe. L'interdisciplinarité est l'une des avancées les plus importantes de la médecine de ces dernières années.

Là encore, des clarifications seraient utiles dans le cadre des auditions.

L'intervenant conclut en assurant qu'il cultive un espace de doute critique, raisonné et antidogmatique, pour pouvoir écouter le plus attentivement possible les uns et les autres.

Un autre membre se réfère à la définition de l'euthanasie utilisée dans ce débat: acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. Telle que définie, l'euthanasie est acceptée comme principe de base par quasiment tous, étant entendu qu'elle ne peut être pratiquée que moyennant le respect de conditions strictes.

Dans l'optique de la proposition de loi déposée par des membres de six groupes, l'orateur estime qu'un patient capable de manifester sa volonté, se trouvant dans une situation sans issue et atteint d'une maladie incurable, peut demander l'euthanasie.

Ceci soulève la question de l'autonomie de la personne. Quelle place occupe le droit à l'autodétermination dans le domaine des soins de santé? Qui décide de notre mode d'alimentation, de ce que nous buvons chaque jour et en quelles quantités, de la question de savoir si nous fumons, du niveau de stress que nous supportons? Dans quelle mesure peut-on laisser les gens libres d'adopter un mode de vie médicalement critiquable, qui nuit à leur santé et les condamne à une mort prématurée, sachant que la consommation d'un seul verre de whisky entraîne la destruction d'un milliard de cellules et que chaque cigarette fumée raccourcit la vie de 6 minutes.

Un patient ne peut-il pas choisir librement de prendre ou non ses médicaments (hypotenseurs, insuline

voor diabetes, geneesmiddelen om het cholesterolgehalte te verlagen, om hart en bloedvaten te beschermen? Heeft de patiënt niet het recht en de vrijheid om onderzoeken, medicatie en operaties te weigeren? In charters voor patiëntenrechten wordt aan dit zelfbeschikkingsrecht gewerkt.

Men kan nog een stap verder gaan en de vraag stellen of bijvoorbeeld getuigen van Jehova al dan niet mogen weigeren om bloed te krijgen? Zijn dit niet vaak jonge gezonde mensen, moeders in de verloskamer, die zelfstandig kiezen voor hun geloof en zo een jong gezin verward en ontredderd achterlaten? Moet men deze mensen verplichten hun functie in de gemeenschap op te nemen?

Deze vragen zullen zich nog scherper gaan stellen wanneer in de toekomst, en vroeg of laat zal dit het geval zijn, de anti-verouderingspil op de markt komt. Deze heeft tot doel telomerasen-inhibitoren aan te brengen die verhinderen dat bij elke splitsing van de cellen de celvernieuwing trager en moeilijker verloopt. Zal, eenmaal dergelijke middelen beschikbaar zijn, iedereen verplicht worden om die te nemen en niet 100, maar 300 jaar te worden? Wat kan, buiten het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, de limiet zijn wanneer de natuurlijke grenzen van het leven wegvallen?

Het lid verwijst in dit verband naar de brief van 21 januari jongstleden die door dokter Roland Lemye, voorzitter van de Franstalige artsenkamer, aan de leden is gezonden. In deze brief wordt de vraag gesteld of dit euthanasiedebat per toeval nu plaats vindt, op een ogenblik dat infectieziekten zijn overwonnen, cardiovasculaire aandoeningen kunnen worden teruggedreven en straks ook kanker zal kunnen worden genezen. In een dergelijke situatie gaat men naar een sterke toename van oude en zeer oude mensen en wordt de ziekte van Alzheimer de ziekte van de nieuwe eeuw. Dokter Lemye verwijst naar landen zoals Denemarken, Zweden, Groot-Brittannië, waar behandelingen zoals niertransplantaties en nierdialyse geweigerd worden op basis van de leeftijd (70 jaar) en om economische redenen. Deze weigering om een behandeling toe te staan impliceert de veroordeling tot de dood.

Hier tegenover worden wij geconfronteerd met de verleiding om behandelingen of palliatieve verzorging hardnekkig voort te zetten. Euthanasie mag niet moeten, maar euthanasie moet wel mogen. Een samenleving die niet van euthanasie wil weten, had nooit mogen beginnen aan de gezondheidszorg zoals die nu is uitgebouwd.

Spreeker is van oordeel dat het verkeerd is oogluikend te blijven toestaan dat het ingaan op een vraag tot euthanasie moet worden overgelaten aan het individuele oordeel van de arts. Dit gedoogbeleid heeft het probleem in mist en onzekerheid gehouden voor de patiënt, voor de arts, voor de hele gemeenschap.

pour les diabétiques, médicaments qui diminuent le taux de cholestérol ou qui protègent le cœur et les artères)? N'a-t-il pas le droit ou la liberté de refuser des examens, des médicaments ou des opérations? Les chartes relatives aux droits des patients plaident en faveur du droit à l'autodétermination.

En allant encore un peu plus loin, on peut se demander, par exemple, si les témoins de Jéhova ont le droit de refuser une transfusion? Ne s'agit-il pas le plus souvent de jeunes en bonne santé, de mères en salle d'accouchement qui, en choisissant délibérément de privilégier leurs convictions, laissent leur famille désemparée dans l'embarras? Doit-on contraindre ces gens à assumer leurs responsabilités dans la société?

Ces questions deviendront encore plus brûlantes lorsque, dans un avenir — proche ou lointain —, nous aurons à notre disposition la pilule anti-vieillesse, qui produira des inhibiteurs de télomérase destinés à empêcher qu'à chaque division, le renouvellement des cellules ne se ralentisse et se complique. Une fois que de ces médicaments seront sur le marché, nous obligerait-on à les prendre et à devenir tous, non pas centenaires, mais tricentenaires? Outre le droit du patient à l'autodétermination, où se situent les limites si les frontières naturelles de la vie viennent à disparaître?

Le membre se réfère à cet égard à la lettre du 21 janvier dernier que le docteur Roland Lemye, président de la Chambre francophone des médecins, a transmise aux membres. Dans sa lettre, ce médecin se demande si le fait que le débat sur l'euthanasie ait lieu au moment où les maladies infectieuses sont vaincues, les affectations cardiovasculaires en recul et où bientôt, on pourra guérir les cancers, est le simple fruit du hasard. On se dirige à présent vers une augmentation sensible du nombre de personnes âgées et très âgées et la maladie d'Alzheimer sera la prochaine maladie du siècle. Le docteur Lemye cite des pays comme le Danemark, la Suède, la Grande-Bretagne, où des patients trop âgés (70 ans) se voient refuser des greffes de reins et des dialyses pour des raisons économiques. Leur refuser ce traitement équivaut à les condamner à mort.

À l'opposé, nous sommes confrontés à la tentation de l'acharnement thérapeutique ou de l'acharnement palliatif. Si l'euthanasie ne peut être imposée, elle doit être permise. Une société qui ne veut pas entendre parler d'euthanasie n'aurait jamais dû laisser les soins de santé atteindre un tel niveau de développement.

L'orateur estime que l'on fait fausse route en continuant à faire comme si la réponse à une demande d'euthanasie devait être laissée à la libre appréciation du médecin. Cette politique de tolérance a maintenu ce problème dans le flou et l'incertitude pour le patient, le médecin et la communauté en général.

Dit gedoogbeleid, ook gevoerd door de Orde der geneesheren, mag niet langer aanvaard worden. De deontologische code van de Orde der geneesheren is een operationele code die de regels van de plichtenleer bevat voor de beoefenaars van de geneeskunde maar de wetgever behoudt het recht om zelf de deontologische normen op te leggen.

De PSC- en de CVP-fractie interpreteren de Universele Verklaring van de rechten van de mens blijkbaar op een andere wijze dan bijvoorbeeld professor Van den Ende en met hem vele anderen van christelijken huize, die het zelfbeschikkingsrecht als een centrale waarde in dit verdrag interpreteren. De Universele Verklaring verzet zich immers tegen de bevoogding, de betutteling en het onmondig houden van de mens.

Zo bepaalt artikel 1 van deze verklaring dat alle menselijke wezens vrij en gelijk in waardigheid en in rechten geboren worden. Zij zijn begaafd met rede en geweten en moeten elkaar bejegenen in een geest van broederlijkheid.

Artikel 3 bepaalt dat elk individu recht heeft op het leven, de vrijheid en de veiligheid van zijn persoon.

Spreker onderstreept dat het verzoek tot euthanasie van de patiënt, die goed geïnformeerd is, bewust en in alle vrijheid, nadrukkelijk, herhaaldelijk en weloverwogen moet gebeuren. Natuurlijk verwacht de patiënt van zijn arts alle informatie over zijn toestand, de behandeling, de prognose en de risico's. Er is een grotere mondigheid en bewustwording.

De patiënt heeft evenwel geen absoluut recht op de uitvoering van de euthanasie, evenmin als de arts een absolute verplichting heeft hiertoe over te gaan. Het overleg tussen de patiënt en de arts moet een dialoog zijn, een vrije discussie over de dood zonder verbod en dogma in welke zin ook.

Onder meer hierom moet de procedure in de wet duidelijk worden vastgesteld. Bij ieder verzoek is de behandelende arts verplicht een collega in consult te roepen. De wijze waarop dit consult verloopt moet, zoals reeds door een ander lid werd onderstreept, nader omschreven worden. Deze onafhankelijke derde persoon moet eveneens een arts zijn, die als medicus de technische problemen kan beoordelen en die als ethicus de ethisch-medische problemen kan inschatten. De arts heeft zowel een medische als een ethische opleiding en ervaring. Dit is niet het geval voor een ethicus, die geen of een beperkte kennis heeft van pathologieproblemen.

Hij vindt een ethische commissie die van bovenaf opgelegd wordt een pure ontkenning van het feit dat mensen zelfstandig humaan kunnen denken. Deze ethische commissie was trouwens geen voorstel van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, onder meer

Nous ne pouvons accepter plus longtemps cette politique de tolérance, également pratiquée par l'Ordre des médecins. Alors que le code de déontologie de cet Ordre est un code opérationnel qui énonce les règles déontologiques des praticiens de l'art de guérir, le législateur conserve le droit d'imposer lui-même des règles déontologiques.

La manière dont les groupes PSC et CVP interprètent la Déclaration universelle des droits de l'homme diffère, par exemple, de celle du professeur Van den Ende et avec lui, de nombreux autres d'obédience chrétienne, qui considèrent le droit à l'autodétermination comme un élément moteur de ce traité. La Déclaration universelle s'oppose, en effet, à l'infantilisation des gens, à leur mise sous tutelle et à leur maintien dans un état d'incapacité.

C'est ainsi que l'article 1^{er} de cette déclaration stipule que «tous les êtres humains naissent égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.»

L'article 3 dispose que «tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne».

L'orateur souligne que la demande d'euthanasie formulée par le patient, lequel a reçu toutes les informations nécessaires, doit se faire librement, de manière explicite, réitérée et mûrement réfléchie. Il est évident que le patient attend de son médecin qu'il l'informe complètement de son état, du traitement, du pronostic et des risques. Cela entraîne une responsabilisation et une prise de conscience accrues.

Cependant, le patient ne dispose pas du droit absolu à l'euthanasie, de la même manière que le médecin n'a pas l'obligation absolue d'y procéder. La concertation entre le patient et le médecin doit prendre la forme d'un dialogue, une discussion ouverte à propos de la mort sans interdit ni dogme, quels qu'ils soient.

C'est notamment pour cette raison que la procédure doit être fixée par une loi. Confronté à toute demande, le médecin traitant a l'obligation de consulter un de ses confrères. Comme l'a déjà signalé un autre commissaire, les modalités de cette consultation doivent être explicitées. Cette tierce personne indépendante doit également être un médecin. Par sa formation et son expérience, ce praticien est capable d'évaluer les problèmes à la fois sur le plan technique et de l'éthique médicale, ce qui n'est pas le cas du spécialiste de l'éthique, lequel n'a pas ou peu de connaissances des problèmes liés aux pathologies.

Il estime qu'une commission éthique imposée d'en haut constitue une pure négociation au fait que les hommes sont capables de penser eux-mêmes. Cette commission éthique n'était d'ailleurs pas une proposition du Comité consultatif de bioéthique car elle

omdat op deze wijze de privacy van de patiënt «te grabbel» wordt gegooid. In tegenstelling tot wat hier al vaak is beweerd, is het evenmin waar dat binnen het Raadgevend Comité een consensus of een meerderheid zou bestaan voor één van de vier voorstellen, in het bijzonder de derde optie, die in het advies nr. 1 worden gedaan.

Het lid besluit dat de miskenning van het zelfbeschikkingsrecht in verband met euthanasie alleen kan berusten op een religieuze of relationele basis. Wat dit laatste betreft zijn de plichten in onze relatie tot de andere echter niet onbepaald, ook op dit vlak zijn er grenzen. Wij doen niet met ons leven wat wij willen omdat wij gemeenschapswezens zijn. De gemeenschap heeft rechten op ons als individu omdat ze in ons geïnvesteerd heeft, maar deze rechten zijn niet oneindig. Niemand kan worden verplicht tot het uiterste te gaan om het leven te behouden. Het leven is zeer waardevol, maar het is geen absolute waarde. Dit geldt ten aanzien van anderen, bijvoorbeeld in geval van wettige zelfverdediging, oorlog of doodstraf, maar ook ten aanzien van het eigen leven.

Mensen die door omstandigheden het belang dat moet worden gehecht aan een menswaardig leven verschillend invullen, zullen toch nog altijd een minimale consensus hebben over wat een goed leven is. Er is wel altijd een menselijk verlangen om kwaliteitsvol te overleven. Niet de dood, maar het uitzichtloos lijden is onze grootste vijand.

Het is dan ook maar normaal dat de mens beschikt over een wilsautonomie en een zelfbeschikkingsrecht, bepaald door de menselijke vrijheid, voor zover die niet in strijd is met de persoonlijke vrijheid van de medemens.

Dit neemt niet weg dat iedereen bereid is om bij de bespreking van de concrete wetsartikelen de veiligheid van de patiënt centraal te stellen en de zorgvuldigheidseisen aan een grondig onderzoek te onderwerpen, zodat stervende mensen beter beschermd worden en hun waardigheid als mens gewaarborgd blijft.

Een ander lid stelt vast dat de verschillende tot nu toe gehouden uiteenzettingen de standpunten hebben verduidelijkt en het mogelijk hebben gemaakt bepaalde punten preciseren.

Een eerste punt betreft de standpunten ten aanzien van de noodzaak of de wil om voor mensen te zorgen en het wegnemen van de dubbelzinnigheid die ertoe kan leiden dat sommigen denken dat diegenen die euthanasie uit de strafwet willen, niet weten hoe moeilijk het is te luisteren en de vraag te decoderen, dat ze onbewust, onbekwaam, incompetent zijn of geen aandacht hebben voor de moeilijke verhouding tussen de mensen en voor de ernst van het probleem.

De bespreking heeft aangetoond dat luisterbereidheid, decoderen, zorgverlening en toegankelijkheid

livre en quelque sorte en pâture la vie privée du patient. Contrairement à ce que d'aucuns ont prétendu, il n'y a pas non plus de consensus ou de majorité, au sein du Comité consultatif, en faveur des quatre propositions qui font l'objet de l'avis n° 1, en particulier la troisième option.

Le membre conclut que la négation du droit à l'autodétermination dans le domaine de l'euthanasie ne peut reposer que sur une base religieuse ou relationnelle. En ce qui concerne cette dernière, les devoirs auxquels nous sommes astreints dans nos relations aux autres ne sont toutefois pas infinis: il ont, eux aussi, leurs limites. Si nous ne disposons pas de notre vie comme nous l'entendons, c'est parce que nous sommes des êtres sociaux. Parce qu'elle a investi en nous, la société a sur nous certains droits mais ils sont limités. Nul ne peut être contraint à demeurer en vie jusqu'à l'extrême limite. La vie est précieuse sans être toutefois une valeur absolue. Cette philosophie peut s'appliquer plus largement, par exemple à la légitimité de l'autodéfense, aux guerres ou à la peine de mort, mais également à notre propre vie.

Même si la notion de «vie digne» peut varier en fonction des circonstances, il existera cependant toujours un consensus minimum quant à la question de savoir ce qu'est une vie acceptable. Tous les hommes aspirent à conserver jusqu'au bout une certaine qualité de vie, notre pire ennemi n'étant pas la mort mais les souffrances inutiles.

Il est dès lors normal que l'homme dispose d'une autonomie de décision et du droit à l'autodétermination, qui sont fonction de sa propre liberté, pour autant que celle-ci n'aille pas à l'encontre de la liberté individuelle des autres.

Il n'empêche que nous sommes tous prêts, au moment où l'on en viendra à la discussion concrète des articles, à mettre la sécurité du patient au centre des préoccupations et à examiner attentivement les critères de prudence afin que les personnes en fin de vie bénéficient d'une meilleure protection et conservent leur dignité.

Un autre membre constate que les diverses interventions qui ont eu lieu jusqu'à présent ont permis de clarifier les positions, de les identifier, et de préciser certains points

Le premier de ces points concerne la position des uns et des autres sur la nécessité ou la volonté de prise en charge, et la levée de l'ambiguïté qui laisserait à penser que ceux qui sont partisans d'une dépenalisation de l'euthanasie seraient ignorants de la difficulté de l'écoute et du décodage de la demande, qu'ils seraient inconscients, incapables, incompetents, inattentifs par rapport à la difficulté des rapports entre les êtres, et à la gravité du problème.

La discussion a permis de mettre en évidence que cette nécessité d'écoute, de décodage, de prise en

absoluut noodzakelijk zijn en dat velen daar ook voor opkomen.

Als we met professionele palliatieve zorgverleners, zowel in verticale (namelijk in palliatieve zorgeenheden), als in horizontale diensten, of met anderen die zieken palliatief begeleiden spreken, is het bijzonder belangrijk dat ze weten dat we op de hoogte zijn van wat op het terrein gebeurt en dat we kunnen aantonen dat we met dergelijke wetsvoorstellen niet over één nacht ijs gaan.

Er zal ongetwijfeld een consensus bestaan, zo niet over de verticale of transversale methode, dan toch over de nood aan een groter aanbod en een grotere beschikbaarheid van palliatieve zorgverlening.

Nochtans moet men zo eerlijk zijn toe te geven dat, naast sommige punten waarover een consensus kan bestaan, de standpunten over sommige andere uiteenlopend en onverzoenbaar blijven.

Wat de problematiek van de euthanasie op zich betreft, bestaat een fundamentele hinderpaal die voortvloeit uit het al dan niet verdedigen van het principe van de individuele vrijheid van de patiënt, of, integendeel, van een principe dat deze vrijheid overstijgt.

De spreker heeft de lange debatten in de Senaat opnieuw nagelezen, met de standpunten die hierbij naar voren zijn gebracht over de mogelijke grondslag voor een rechtvaardiging om euthanasie uit het strafrecht te halen of, integendeel, over een volledige verwerping van het principe van euthanasie.

In het huidige debat zijn de vrijheid en de autonomie van het individu ter sprake gekomen. Er werd gezegd dat de mens maar betekenis heeft in zijn relatie tot de anderen en dat hij daarin niet over een totale vrijheid beschikt.

Als de persoonlijkheid wordt bepaald door de wederzijdse relaties die men opbouwt met de anderen, bestaat de menselijke vrijheid erin dat men, op een wijze die doorheen de tijd kan veranderen, het domein definieert dat de eigen persoonlijkheid bepaalt tot en met de overweging dat dit domein, op een bepaald moment van zijn bestaan, zich beperkt tot de eigen persoon.

Dit fundamentele principe staat duidelijk haaks op sommige stellingen die hier werden verwoord.

Het gaat om het principe van de vrijheid van elke mens om te beslissen een einde te maken aan zijn bestaan, wanneer hij vindt dat zijn leven geen zin meer heeft, zelfs rekening houdend met de personen die hem omringen.

Sommigen hebben verklaard dat het verzoek om euthanasie gerechtvaardigd is. De spreker hoopt dat hierover geen discussie bestaat.

charge, d'accessibilité était absolue, et que nombreux sont ceux qui la défendent.

Lorsqu'on discute avec des personnes qui font exclusivement des soins palliatifs leur pratique professionnelle, soit de manière verticalisée (c'est-à-dire dans les unités de soins palliatifs), soit de manière transversale, ou avec d'autres, qui sont amenés à prendre en charge des malades sur un plan palliatif, il est extrêmement important de savoir, quand il est question d'écoute, de décodage, si l'on est bien au courant des situations qui existent, et de montrer à certains que ce n'est pas à la légère que l'on établit des propositions de loi de cette nature.

Sans doute y aura-t-il consensus, sinon sur la méthode verticale ou transversale, au moins sur la nécessité d'une plus grande offre de soins palliatifs, et pour une plus grande accessibilité.

Cependant, il faut avoir l'honnêteté de reconnaître qu'au-delà de certains points sur lesquels il peut y avoir consensus, les positions exprimées demeurent, sur certains autres, divergentes et inconciliables.

En effet, en ce qui concerne la problématique de l'euthanasie comme telle, il existe un obstacle fondamental qui relève de l'adhésion ou de la non-adhésion au principe de la liberté individuelle du patient ou, au contraire, à un principe qui dépasse cette liberté.

L'intervenant a pu réexaminer les longs débats qui ont eu lieu au Sénat, en ce compris les positions exprimées à l'intérieur de celui-ci, sur ce qui pourrait constituer les fondements d'une justification de la dépénalisation ou, au contraire, d'une opposition totale au principe de l'euthanasie.

Il a été question, dans le cadre du présent débat, de liberté, d'autonomie, de l'individu. Il a été dit que l'homme n'était constitué que par relation avec les autres, et n'avait pas une liberté totale à cet égard.

Or, si l'on constitue sa personnalité en fonction des relations réciproques que l'on tisse avec les autres, la liberté de l'homme est de définir, y compris de manière variable dans le temps, le champ qui détermine ce qu'il est, jusques et y compris, de considérer, à un moment ou l'autre de son existence, que ce champ se résume à sa propre personne.

C'est là un principe fondamental, qui s'oppose clairement à certaines thèses qui se sont exprimées.

Il s'agit du fondement de la liberté que l'on donne à tout homme, s'il décide que sa vie n'a plus de valeur, et même en tenant compte de son entourage, d'en finir avec l'existence.

Certains ont déclaré que la demande d'euthanasie était légitime. L'intervenant espère qu'il n'existe aucune discussion à cet égard.

Er rijst echter een probleem over het antwoord op dat verzoek. De spreker en zij die zijn standpunt delen, zijn van oordeel dat dit antwoord evenzeer gerechtvaardigd is. Hier ligt het essentiële verschil tussen de verschillende stellingen. Zelfs als de algemene bespreking breedvoerig wordt voortgezet, is het weinig waarschijnlijk dat de verschillende standpunten nog meer worden uitgeklaard.

De spreker heeft respect voor de standpunten die verschillen van het zijne en aanvaardt zelfs dat sommigen de rechtmatigheid of de noodzaak van euthanasie op eender welk moment aanvechten.

In een pluralistische samenleving moeten de rechten van elk individu evenwel worden gerespecteerd. De spreker legt over het voorstel van de zes auteurs de volgende vraag voor: zijn er, gelet op de vrijheid van het individu en op de tolerante maatschappij waarin wij leven, elementen in de tekst van het voorstel die kunnen worden beschouwd als een aanslag op de vrijheid en op de verschillende opvattingen?

Wat de patiënt betreft, zou men kunnen zeggen dat hem in de huidige situatie soms geweld wordt aangedaan. Volgens het voorstel daarentegen heeft de patiënt het recht een verzoek te uiten in de hoop een antwoord te krijgen in een juridisch kader dat hem een vrij antwoord garandeert.

De arts tot wie hij zich richt beschikt immers over een totale gewetensvrijheid: hij is vrij om al dan niet in te gaan op het verzoek en om het al dan niet te horen, al is het wenselijk dat hij het inderdaad volledig hoort en dat hij tracht alle signalen te begrijpen.

Ook kan de arts beslissen op het verzoek in te gaan, indien bepaalde voorwaarden zijn vervuld.

De spreker heeft geen enkel argument gehoord dat erop wijst dat een bepaald element van het voorstel in tegenspraak zou zijn met de eis tot eerbiediging van eenieders opvattingen in een pluralistische en tolerante maatschappij, waar een menselijke houding tegenover zijn gelijke voorrang moet krijgen en het beantwoorden van een verzoek om euthanasie bijgevolg mogelijk moet zijn.

De spreker bevordert de rechtszekerheid op twee manieren.

Er is uiteraard geen absolute zekerheid dat elke handeling zonder gevolg zal blijven.

Men kan er evenmin van uitgaan dat een wettekst in elke situatie uitkomst zal bieden.

De spreker omschrijft het toepassingsgebied van het voorstel, dat door sommigen als ruim wordt beschouwd, als volgt: een ongeneeslijke ziekte, die een ondraaglijk fysiek of moreel lijden of nood tot

Mais c'est le problème de la réponse à cette demande qui est posé. L'intervenant et ceux qui partagent son point de vue estiment que cette réponse est, elle aussi, légitime. C'est là la différence essentielle qui sépare les thèses en présence. Même si la discussion générale se poursuivait longuement, il est peu probable que les positions des uns et des autres sur ce point pourraient être davantage clarifiées.

L'intervenant respecte les points de vue différents du sien, y compris l'opinion de ceux qui contestent la légitimité ou la nécessité d'une euthanasie, à un moment ou à un autre.

Cependant, dans une société qui se veut pluraliste, c'est le droit de chacun qui doit pouvoir être respecté. La question que pose l'intervenant par rapport à la proposition des six auteurs est la suivante: par rapport à la liberté de l'individu, et à une société de tolérance, quel est l'élément qui, dans ce texte, fait violence à la liberté et aux convictions des uns et des autres?

En ce qui concerne le patient, c'est dans la situation actuelle qu'on lui fait parfois violence, et non dans le système proposé par la proposition, puisque, selon celle-ci, le patient a le droit d'exprimer une demande, avec l'espoir d'obtenir une réponse, dans un cadre juridique tel que cette réponse est, elle aussi, une réponse libre.

En effet, le médecin auquel il s'adresse dispose d'une totale liberté de conscience: il est libre de répondre positivement ou négativement à la demande, d'entendre ou de ne pas entendre celle-ci, même si l'on peut souhaiter qu'il l'entende jusqu'au bout et de manière complète, y compris en la décodant.

Le médecin peut aussi accepter la demande, moyennant le respect de certaines conditions.

L'intervenant n'a entendu aucun argument indiquant tel ou tel élément qui, dans la proposition, serait contraire au respect des convictions de chacun, dans une société pluraliste et tolérante, où l'attitude d'humanité à l'égard du semblable doit primer, et où, par conséquent, la réponse à une demande d'euthanasie, doit être possible.

Quant à la sécurité juridique, l'intervenant l'envisage de deux manières.

Ce n'est évidemment pas la garantie absolue que quels que soient les actes posés, ils seront sans conséquences.

Il ne faut pas non plus espérer qu'un texte juridique résoudra toutes les situations.

En ce qui concerne le champ d'application de la proposition, que certains ont qualifié de large, l'intervenant rappelle que le champ est le suivant: une maladie incurable, entraînant des souffrances physiques

gevolg heeft, die niet kunnen worden gelenigd; een uitdrukkelijk en herhaald verzoek vanwege de patiënt; de verplichte raadpleging van een andere arts inzake het ongeneeslijk karakter van de ziekte en inzake het lijden en de nood zoals hiervoor beschreven; de controle door de arts dat de patiënt advies heeft kunnen inwinnen bij iedereen bij wie hij dit wenste; de verplichting voor de arts om advies te vragen aan alle personen die de patiënt hem heeft aangewezen.

Binnen dit welomschreven kader strekt het voorstel tot een depenalisering omdat de handeling in dat geval niet meer als moord kan worden omschreven.

Deze handeling is een antwoord op een wanhopig verzoek, het enige dat mogelijk is als wij tegelijkertijd onze humanitaire plicht willen vervullen en het verzoek van patiënt willen inwilligen.

Door de depenalisering wordt niet iedereen aan de gerechtelijke controle onttrokken.

Wat de aangifte aan de procureur des Konings betreft, heeft de spreker de reacties van bepaalde rechtbanken genoteerd.

Terloops merkt hij op dat de rechtbanken sedert ongeveer dertig jaar zelden originele of zeer open standpunten hebben ingenomen ten opzichte van dergelijke problemen. Het standpunt van de Orde der geneesheren komt neer op de vraag hen zich te laten bezighouden met wat ze kunnen.

De spreker onderstreept dat de zieke moet worden beschermd en dat er grenzen moeten worden gesteld aan de medische vrijheid.

Er wordt verwezen naar de deontologische code. Deze is van toepassing op de artsen zelf, maar is niet tegen iedereen tegenstelbaar. Die tekst biedt dus geen enkele waarborg of juridische bescherming voor de betrokken derden.

Men mag niet vergeten dat het gezondheidsbeleid en het medisch beleid in de eerste plaats ten dienste staan van de patiënt.

Sommigen stellen veeleer een wijziging van het koninklijk besluit op de geneeskunst voor.

De spreker is van oordeel dat de impact van de tekst van het voorstel krachtiger is dan die van een koninklijk besluit.

Wat is het belang van een wijziging van dat koninklijk besluit wanneer een rechtbank zich moet uitspreken over strafbare feiten die onder het Strafwetboek vallen?

De spreker acht een dergelijke wijziging ontoereikend om het doel te bereiken dat door de depenalisering wordt beoogd.

ou morales ou un état de détresse tel qu'il ne peut être soulagé; une demande expresse et réitérée de la part du patient; la consultation obligatoire d'un autre médecin sur le caractère incurable de la maladie et sur le fait qu'elle entraîne des souffrances et un état de détresse tels que décrits ci-avant; le contrôle par le médecin de ce que le patient a pu s'entretenir avec tous ceux avec lesquels il souhaitait le faire; l'obligation pour le médecin de consulter toutes les personnes que le malade souhaite voir consulter.

C'est dans ce cadre précis que la proposition réalise une dépenalisation, l'acte posé ne pouvant, dans ce cas, être qualifié de meurtre.

Cet acte est une réponse à une demande de détresse, la seule que l'on puisse donner si l'on prend pleinement en charge à la fois notre devoir d'humanité, et ce que le malade a pu demander.

La dépenalisation ne soustrait pas tout le monde au contrôle de la structure judiciaire.

En ce qui concerne la déclaration au procureur du Roi, l'intervenant a enregistré les réactions de certaines juridictions ordinales.

Il observe, de façon incidente que, depuis une trentaine d'années, et par rapport à des problèmes de cette nature, ces juridictions ont rarement pris des positions originales ou particulièrement ouvertes. La position de l'Ordre des médecins revient à demander de laisser à ceux-ci le soin de s'occuper de ce qu'ils connaissent.

L'intervenant souligne que le malade doit aussi être protégé, et des limites doivent être mises à la liberté médicale.

On fait référence au Code de déontologie. Or, celui-ci est applicable aux médecins eux-mêmes, mais il n'est pas opposable à quiconque, de sorte que la référence à ce texte est largement insuffisante, parce qu'elle n'offre aucune garantie, ni aucune protection juridique aux tiers concernés.

Il ne faut pas perdre de vue que les politiques de santé et la médecine sont, avant tout, faites pour le patient.

Certains proposent de travailler plutôt par la voie d'une modification de l'arrêté royal sur l'art de guérir.

L'intervenant concède que la force de ce texte est plus importante que celle qui s'attache habituellement à un arrêté royal.

Mais quel pourrait être le poids de la modification d'un tel arrêté royal devant un tribunal, par rapport à un fait relevant du Code pénal?

L'intervenant estime qu'il est insuffisant, par rapport à l'objectif poursuivi par la dépenalisation.

De spreker acht de aangifte aan de procureur des Konings noodzakelijk omdat de medische praktijk controlebaar moet zijn, zelfs indien die soms tot overdreven reacties leidt. Deze voorstellen zouden immers een aanslag kunnen betekenen op de macht van de medische wereld, die door sommigen als on-aantastbaar wordt beschouwd.

Het moet duidelijk zijn dat de vertrouwensrelatie tussen de arts en zijn patiënt van fundamenteel belang is en dat men hieraan in geen geval wil raken. Integendeel, de voorgestelde controle kan deze relatie nog versterken omdat ze leidt tot een grotere transparantie van de medische praktijk.

A contrario, tegenover hen die zeggen dat de euthanaserende handeling uiteindelijk een zaak is van de arts, die daardoor een enorme macht krijgt, merkt de spreker op dat dit, binnen de voorwaarden die in de tekst staan, een deel is van de medische verantwoordelijkheid die ondeelbaar is.

Als men ziet wat er anderhalf jaar geleden in Frankrijk is gebeurd, is het duidelijk dat de verantwoordelijkheid van medische aard is. Dit blijkt in het bijzonder uit het antwoord dat werd geformuleerd en de uitwerking hiervan.

Rekening houdend met de definitie die het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft gegeven, verbaast de spreker zich over de verklaringen volgens dewelke sommige handelingen niet als euthanaserende handelingen zouden worden beschouwd.

Hij vindt dat hierover grote meningsverschillen bestaan.

Volgens sommigen is er enkel sprake van euthanasie wanneer er een dodelijke cocktail wordt toegediend die binnen enkele minuten na de toediening ervan tot de dood van de zieke leidt.

Volgens de spreker omvat euthanasie meer dan alleen deze hypothese.

De omschrijving van euthanasie kan niet worden beperkt tot handelingen die binnen enkele minuten tot het overlijden leiden. Dit is bespottelijk en strookt niet met de realiteit op het terrein.

Misschien is deze beperking van het toepassingsveld van euthanasie voor sommigen een manier om handelingen, die al dan niet worden uitgevoerd, te rechtvaardigen.

Persoonlijk beschouwt de spreker euthanasie veel eerder als een methode, ongeacht het middel, op voorwaarde dat men de zieke, zijn wil en de omstandigheden waarin hij sterft, respecteert. Deze methode kan zeer veel verschillende vormen aannemen, maar het uiteindelijke resultaat is hoe dan ook hetzelfde.

De spreker beschouwt euthanasie als een nobele, menselijke en moedige daad en hij vindt dan ook niet

Quant à la déclaration au procureur du Roi, il la juge nécessaire, parce que la pratique médicale doit pouvoir être contrôlée, même si cela entraîne parfois des réactions exacerbées, en raison même de l'atteinte que les propositions pourraient faire au pouvoir médical considéré par certains comme intangible.

Il doit être clair que la relation de confiance entre le médecin et son malade est fondamentale, et il n'est pas question de la remettre en cause ici. Au contraire, le contrôle proposé pourrait contribuer à la renforcer, par la plus grande transparence qu'il apporterait dans les pratiques.

A contrario, lorsqu'on dit que c'est le médecin qui est, in fine, concerné par l'acte d'euthanasie, et qu'on lui confère par là un pouvoir exorbitant, l'intervenant fait observer que, tenant compte des conditions inscrites dans le texte, c'est une partie de la responsabilité médicale qui n'est pas partageable.

Lorsqu'on considère ce qui s'est passé en France voici un an et demi, il est clair que la responsabilité est d'ordre médical, particulièrement dans la réponse qui est donnée, et dans la concrétisation de celle-ci.

Quant à la définition de l'euthanasie, et tenant compte de celle qui est donnée par le Comité consultatif de bioéthique, l'intervenant entend avec quelque étonnement les déclarations selon lesquelles certains actes posés ne seraient pas des actes d'euthanasie.

Il estime qu'il existe à cet égard une large discussion.

Selon certains, il y avait l'euthanasie exclusivement dans les cas où l'on administre un cocktail lithique aboutissant à la mort du malade quelques minutes après son administration.

Or, l'euthanasie dépasse, selon l'intervenant, cette seule hypothèse.

Réduire celle-ci aux pratiques aboutissant au décès dans les quelques minutes est tout à fait réducteur, voire caricatural, et non conforme à la réalité du terrain.

Peut-être cette réduction du champ de l'acte d'euthanasie permet-elle à certains de justifier davantage les actes qui sont ou ne sont pas commis.

À titre personnel, l'intervenant considère davantage l'euthanasie comme une démarche, quels que soient les moyens, pour peu qu'ils respectent le malade, sa volonté, et les conditions dans lesquelles il meurt. Les formes de cette démarche peuvent être très variables et multiples, mais aboutissant en tout état de cause aux mêmes conséquences.

C'est parce qu'il a la conviction qu'il s'agit d'un acte noble, d'un acte d'humanité et de courage que

dat men de aandacht enkel mag richten op het mogelijk spectaculaire aspect ervan.

Ten slotte verklaart de spreker dat hij gelooft in de toekomst van de mensheid, ondanks alle beperkingen en gevaren die er op dat vlak bestaan.

Hij gelooft in de positieve bijdrage van de wetenschap, zonder daarom blind in de wetenschap te geloven, en hij gelooft in de grote vooruitgang die op dit vlak nog zal worden geboekt.

Ons bestaan op aarde is toevallig en het ogenblik van onze geboorte is onder meer bepalend voor onze levensverwachting, voor de kans op genezing van een bepaalde ziekte en voor de mogelijkheid om degeneratieve processen af te remmen.

De wetgever moet rekening houden met de toestand van de personen die hier en nu met dit probleem worden geconfronteerd. Er moet dus vooruitgang worden geboekt in het debat en nadat alle mogelijkheden zijn overwogen, moet er een beslissing worden genomen door zich in alle vrijheid uit te spreken over een wettekst die de overtuiging van alle partijen respecteert.

De spreker vindt dat het tijd is om de algemene bespreking te sluiten en de hoorzittingen waartoe werd beslist, aan te vatten.

In dat verband stelt hij voor de hoorzittingen te organiseren op een manier die het mogelijk maakt zoveel mogelijk zaken op te helderen. Bovendien moet er een akkoord worden bereikt over de elementen die het meest bijdragen tot het verfijnen van de persoonlijke standpunten en moeten nodeloze herhalingen worden vermeden (te volgen procedure, redelijke periode voor de algemene hoorzittingen enz.).

Een lid verheugt zich over de sereniteit van de debatten. Toch betreurt hij dat de hoorzittingen niet bij het begin van het debat zijn gehouden. Dit heeft de kwaliteit van de algemene bespreking beïnvloed.

Iedereen heeft zijn persoonlijke contacten met dokters, verplegend personeel en juristen vermeld, maar dit impliceert uiteraard een zekere selectiviteit.

Het feit dat er vooraf geen hoorzittingen zijn gehouden vormt ongetwijfeld één van de redenen dat de standpunten van de indieners van de voorstellen, van beide zijden, weinig zijn geëvolueerd.

De voorzitter herinnert eraan dat de commissie gestemd heeft over het houden van hoorzittingen. De algemene bespreking is dus nog niet gesloten, maar zal worden hervat na de hoorzittingen.

De vorige spreker verklaart dat het hem belangrijk lijkt dat men het eens is over bepaalde definities en dat men daarbij de definities van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in gedachten houdt.

l'intervenant ne voit pas d'inconvénient à ce qu'on ne le réduise pas à ce qu'il pourrait avoir de plus spectaculaire.

L'intervenant déclare, pour conclure, qu'il croit en l'avenir de l'humanité, avec toutes les réserves et tous les dangers qui peuvent exister à cet égard.

Il croit en l'apport positif de la science, sans être pour autant un scientifique obtus, et pense dès lors que des progrès très importants se feront encore.

Cependant, nous sommes tous contingents, et le moment de notre naissance conditionne notre espérance de vie, l'espoir d'être guéri ou non de telle ou telle maladie, la possibilité ou non de remédier aux processus dégénératifs, etc.

Le législateur doit dès lors tenir compte de la situation de ceux qui sont confrontés à ce type de problème, ici et maintenant. Il importe donc de pouvoir avancer dans le débat et, à un moment donné, après avoir fait le tour des choses, de conclure, c'est-à-dire de se déterminer en toute liberté par rapport à un texte de loi qui, en aucune manière, ne porte atteinte aux convictions des uns et des autres.

L'intervenant estime qu'il est temps de conclure la discussion générale, et de procéder aux auditions qui ont été décidées.

À cet égard, il suggère que celles-ci soient conçues de façon à apporter le maximum d'éclairages encore nécessaires, et que l'on se mette d'accord sur ce qui contribuera le plus à affiner les positions personnelles, en évitant les redondances (procédure à suivre, durée raisonnable de la période d'auditions considérée de manière globale, etc.).

Un membre se félicite de la sérénité des débats. Il lui semble néanmoins que le fait ne pas avoir procédé aux auditions au début du débat a causé un manque qui a affecté la qualité de la discussion générale.

Chacun n'a pu que faire état des contacts qu'il avait eus à titre individuel avec les médecins, le personnel soignant, des juristes, etc., avec toute la sélectivité que cela peut supposer.

L'absence de ces auditions constitue sans doute aussi l'une des raisons pour lesquelles ceux qui ont déposé des propositions, d'un côté ou de l'autre, ont relativement peu évolué par rapport à leur position du départ.

Le président rappelle que la commission a décidé par un vote de tenir des auditions, et que la discussion générale n'est dès lors pas close, mais reprendra après celles-ci.

Le précédent intervenant poursuit en déclarant qu'il lui paraît important que l'on s'entende sur certaines définitions, et que l'on ait à l'esprit les définitions du Comité consultatif de bio-éthique.

De euthanaserende handeling verschilt fundamenteel van andere handelingen van het medisch korps bij het levenseinde doordat zij de bedoeling heeft het leven te beëindigen of een handeling te stellen die het leven verkort.

Er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen euthanasie en het verwerpen van het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen omdat een brede definitie van euthanasie zou impliceren dat de weigering om een therapie onnodig lang voort te zetten, wordt onderworpen aan de procedures die zijn vastgelegd voor de uitvoering van de euthanaserende handeling in de strikte zin van het woord, wat uiteraard niet de bedoeling is.

Een ander lid merkt op dat hij nooit heeft gezegd dat het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen binnen dat soort definitie zou vallen. Wanneer na een lange evolutie is gebleken dat het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen bekritiseerd moest worden, is de afwijzing ervan buiten het toepassingsveld van deze definitie geraakt.

De spreker bedoelde veeleer de periode binnen dewelke het overlijden van de patiënt plaatsvindt en het feit dat men opzettelijk het leven van iemand op diens verzoek beëindigt.

De vorige spreker antwoordt dat hij het verschil tussen de twee soorten handelingen wil benadrukken, niet alleen om verwarring op het vlak van de procedure te vermijden, maar ook omdat er een fundamenteel verschil is tussen een stervensproces van een zieke waarbij men het lijden zoveel mogelijk tracht te verzachten en de waardigheid zo veel als mogelijk steunt, enerzijds, en het doelbewust verkorten van het leven, anderzijds.

In contacten en discussies valt het op dat de mensen vooral bang zijn voor het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen, waardoor pijn en ongemak veeleer worden verhoogd dan verminderd en waardoor de waardigheid van de zieke in het gedrang komt.

De vrees voor het onnodig voortzetten van bepaalde onderzoeken is nog veel groter: de mensen vrezen bijkomende klinische onderzoeken, radiografieën, scanners. De verantwoordelijke van een dienst intensieve zorg te Luik verklaarde ruwweg dat ziekenhuispatiënten door sommigen als geldmachines worden beschouwd. In het huidige financieringssysteem van de ziekenhuizen is men verplicht voor een voldoende bezettingsgraad te zorgen en een bepaald aantal onderzoeken uit te voeren.

Hoewel dit fenomeen gekend is, wordt het niet als één van de kernproblemen beschouwd van de manier waarop de zorg vandaag, al dan niet bij het levenseinde, wordt georganiseerd.

L'intention de donner la mort, ou de poser un acte qui va abrégier la vie est ce qui distingue fondamentalement l'acte d'euthanasie d'autres actes posés par le corps médical en fin de vie.

Il faut notamment pouvoir distinguer clairement l'euthanasie du refus de l'acharnement thérapeutique, car une définition extensive de l'euthanasie aurait notamment pour conséquence de soumettre, par exemple, le refus d'acharnement thérapeutique aux procédures prévues pour l'acte euthanasique proprement dit, ce qui n'est de l'intention de personne.

Un autre membre précise qu'il n'a jamais dit que l'acharnement thérapeutique rentrait dans ce type de définition. Historiquement, quand il s'est avéré, après une longue évolution, que l'acharnement thérapeutique devait être critiqué, le refus de celui-ci est sorti du champ d'application de cette définition.

L'intervenant visait plutôt le délai dans lequel le décès du patient survenait, et du fait qu'il s'agissait de donner intentionnellement la mort à quelqu'un qui la demande.

Le précédent intervenant répond qu'il souhaitait souligner la différence entre les deux types d'acte, non seulement en raison des conséquences qu'une confusion pourrait avoir en termes de procédure, mais aussi en raison de la différence fondamentale qu'il y a entre le fait de laisser un malade s'en aller avec le moins de souffrances et le plus de dignité possible, et le fait d'abrégier sa vie intentionnellement.

Il est frappant de constater, dans les contacts et les débats que l'on peut avoir, que les gens redoutent avant tout l'acharnement thérapeutique, qui risque d'augmenter la douleur et l'inconfort au lieu de les réduire, et par conséquent, de porter atteinte à la dignité du malade.

Bien plus fréquente encore est la crainte de l'acharnement diagnostique: les gens craignent des examens complémentaires en matière de biologie clinique, de radiographie, de scanners, ..., qui pourraient être pratiqués. En effet, comme le disait trivialement le responsable d'un service de soins intensifs à Liège, lorsque les malades rentrent dans nos hôpitaux, ils sont, pour certains, considérés comme des «machines à sous». Le financement de nos hôpitaux est actuellement organisé de manière telle que, pour pouvoir organiser leur budget, il faut qu'ils bénéficient d'un taux d'occupation suffisant, qu'un certain nombre d'examen soit pratiqué, etc.

Bien que ce phénomène soit connu, il n'est sans doute pas considéré comme l'un des problèmes centraux de la manière dont sont pratiqués les soins aujourd'hui, que ce soit en fin de vie ou non.

Dit alles heeft te maken met het economische aspect van de volksgezondheid en met het financieel evenwicht dat men voor de ziekenhuizen wil bereiken.

Bij de discussies moeten deze aspecten centraal staan.

De vrees voor nutteloze onderzoeken en voor het onnodig lang voortzetten van de therapie, is gedeeltelijk irrationeel, maar voor een deel ook gegrond. Patiënten wensen geen reeks manipulaties, ingrepen en technische handelingen te ondergaan die meestal geen deel uitmaken van een echte therapie. Waarschijnlijk dekt de term «therapeutische hardnekkigheid» slechts een deel van de problematiek.

De spreker vraagt zich af of het niet raadzaam zou zijn over dit onderwerp een amendement in te dienen, ook op het voorstel dat hij zelf mede heeft ondertekend.

Artsen verrichten handelingen die volledig in tegenspraak zijn met de deontologie en met een gezonde medische praktijk, omdat ze zich te veel bezighouden met de economische belangen die op het spel staan omwille van het feit dat er druk op hen wordt uitgeoefend door de ziekenhuizen, die op hun beurt door de openbare instanties onder economische druk worden gezet.

Sommige artsen, in het bijzonder de vertegenwoordigers van de wetenschappelijke vereniging voor algemene geneeskunde, hebben erop gewezen dat het verzoek om euthanasie in grote mate uitgaat van gezonde mensen aan het einde van hun leven, die de omstandigheden waarin zij zouden kunnen sterven, vooral de therapeutische en diagnostische hardnekkigheid, vol onrust tegemoet zien.

Een tweede punt heeft betrekking op de vrijheid en de autonomie als principes en fundamentele waarden, die door sommigen worden geplaatst tegenover de principes van de bescherming van het leven en het leven als hoogste waarde.

De spreker begrijpt dat men deze elementen tegenover elkaar plaatst, maar hij vindt dit een idealistische voorstelling van de zaken.

Zelfs in het voorstel van de zes indieners van de meerderheid wordt het principe van vrijheid en autonomie terecht beperkt tot de gevallen waarin er sprake is van belangrijk lijden en ongeneeslijke ziekte.

In feite is de bescherming van het leven het belangrijkste onderliggende principe, waarvan in bepaalde gevallen kan worden afgeweken op basis van bepaalde waarden, die weliswaar belangrijk zijn, maar toch niet op de eerste plaats komen.

Het vrijheidsprincipe kan overigens maar worden toegepast wanneer het is verbonden met de even belangrijke principes van gelijkheid en billijkheid.

C'est tout l'aspect économique de la santé publique, et l'équilibre économique que l'on cherche à donner à nos hôpitaux, qui sont en cause.

Il s'agit là d'un enjeu majeur, à prendre en compte de manière centrale dans les discussions.

La crainte de l'acharnement diagnostique et thérapeutique est pour une part irrationnelle, mais pour une part aussi, fondée. Les patients ne souhaitent pas devoir subir une série de manipulations, d'interventions, d'actes techniques qui, du reste, ne constituent pas, la plupart du temps, une véritable thérapie. Il est d'ailleurs probable que les termes «acharnement thérapeutique» ne recouvrent qu'une faible partie de la problématique.

L'intervenant se demande s'il n'y aurait pas lieu de déposer un amendement à ce sujet, y compris sur la proposition qu'il a lui-même cosignée.

Parce que les médecins sont trop préoccupés par les enjeux économiques, en raison de la pression économique exercée par les hôpitaux, qui la subissent eux-mêmes de la part des autorités publiques, ils posent des actes absolument contraires à la déontologie et à une saine pratique médicale.

Certains médecins, et notamment les représentants de la société scientifique de médecine générale, ont rappelé que la demande d'euthanasie émane, dans une très large mesure, de personnes en fin de vie bien portantes qui craignent les conditions dans lesquelles pourrait se passer leur mort, et notamment l'acharnement thérapeutique et diagnostique.

Un deuxième point est relatif à la question de la liberté et de l'autonomie, comme principe et valeur fondamentale, proposée par certains par opposition au principe de la préservation et de la valeur suprême de la vie.

L'intervenant peut admettre que l'on oppose ces éléments, mais cette présentation des choses lui paraît quelque peu idéalisée.

Même dans les propositions des six auteurs de la majorité, ce principe de liberté et d'autonomie est immédiatement limité — et à juste titre — à des cas de souffrance importante et de maladie incurable.

On voit dès lors qu'il y a, en réalité, un principe premier sous-jacent, qui est celui de la protection de la vie, auquel on dérogerait dans certaines circonstances, en prenant appui sur certaines valeurs, certes importantes, mais considérées implicitement comme subsidiaires.

Par ailleurs, ce principe de liberté ne peut s'appliquer que s'il est lié à des principes, tout aussi importants, d'égalité et d'équité.

Bovendien kent het vrijheidsprincipe al beperkingen, in de houding die men aanneemt tegenover het eigen lichaam.

Zo zijn seksuele verminkingen niet toegelaten en werden er reeds voorstellen ingediend om het bestaande verbod op dit vlak te versterken.

Een gezonde persoon kan dus ook niet zonder meer een artspraktijk binnenstappen en in naam van de vrijheid en het zelfbeschikkingsrecht aan de arts vragen om zijn leven te verkorten.

Deze beperkingen hebben niets te maken met de ideologische tegenstellingen waarover men het soms heeft.

Het geweld in de samenleving speelt in de ogen van de spreker een belangrijke rol. Een maatschappij die, waar ze wordt geconfronteerd met de problemen van mensen die aan het levenseinde zijn gekomen en die zich in een toestand van ontredde bevinden ten gevolge van lijden, eenzaamheid en isolement, de euthanasie uit het strafrecht wil halen, zonder trouwens enige waarborg op permanente verzorging, gelijke rechten op deze verzorging en specifieke opleiding van medische personeel, is een gewelddadige maatschappij.

De spreker denkt dat het interessant zou zijn de mening van de artsen te horen over de problematiek van de rechtzekerheid. De artsen die rechtstreeks bij euthanasie betrokken zijn, zijn het er blijkbaar over eens dat het voorstel van de zes indieners van de meerderheid op het vlak van de rechtzekerheid niet alle waarborgen biedt.

Volgens de spreker kan men voor de patiënt enkel over een virtuele zekerheid spreken in het kader van een *a posteriori*-procedure.

De macht van de artsen is soms enorm groot.

Het is dan ook belangrijk dat men voorrang geeft aan het interdisciplinaire, dat thans op het terrein wordt toegepast. De geneeskunde wordt niet meer op dezelfde manier beoefend als 20 of 30 jaar geleden. De rol van het verplegend personeel is op dit ogenblik bijzonder groot.

Wetteksten mogen niets veranderen aan deze realiteit die inzake euthanasie bijzonder belangrijk is.

Als men euthanasie uit het strafrecht haalt, wordt de verregaande macht van de artsen nog vergroot omdat zij de enige sociale groep zullen vormen die volgens het Strafwetboek deze handeling zal mogen uitvoeren.

We moeten ons bezinnen over dit vergroten van de macht en ook over de extra last die dit voor de arts meebrengt.

En outre, le principe de liberté connaît déjà des limitations, dans l'attitude que l'on peut avoir par rapport à son propre corps.

Ainsi, les mutilations sexuelles ne sont pas autorisées, et des propositions ont déjà été déposées pour renforcer l'interdit existant en la matière.

De même, un bien-portant ne peut entrer dans un cabinet médical pour demander, au nom de la liberté et de l'auto-détermination, à un médecin d'abrégé sa vie.

Ces limites qui se présentent immédiatement n'ont rien à voir avec les clivages idéologiques que l'on évoque parfois.

La question de la violence de la société constitue, aux yeux de l'intervenant, une question fondamentale. Une société qui, par rapport à des personnes en fin de vie et en situation de détresse due à la souffrance, à la solitude et à l'isolement, proposerait la dépénalisation de l'euthanasie, sans garantir par ailleurs l'accès à des soins continus, l'égalité dans cet accès et la formation du personnel médical à cet effet, serait une société violente.

En ce qui concerne la sécurité juridique, l'intervenant estime que là encore, il serait très intéressant d'entendre les médecins. Ceux-ci, qui sont directement impliqués dans la question de l'euthanasie, paraissent être unanimes à considérer que la proposition des six auteurs de la majorité n'offre pas toutes les garanties sur le plan de la sécurité juridique.

Selon l'intervenant, cette sécurité est, en ce qui concerne le patient, tout à fait virtuelle, dans le cadre d'une procédure *a posteriori*.

Le pouvoir médical peut parfois, on l'a dit, être important, voire exorbitant.

C'est pourquoi il est important de faire prévaloir le principe d'interdisciplinarité, qui se pratique aujourd'hui sur le terrain. La médecine ne s'exerce plus comme il y a 20 ou 30 ans. On donne actuellement une grande importance à l'équipe du personnel soignant.

Il faut que les textes de loi ne mettent pas à mal cette réalité, qui revêt une importance particulière en matière d'euthanasie.

En dépénalisant celle-ci, on renforce le pouvoir exorbitant des médecins, puisque ce sera le seul corps social qui sera habilité, à travers le Code pénal, à poser cet acte.

Il faut réfléchir à ce surplus de pouvoir, et également au poids supplémentaire que l'on s'apprête ainsi à faire poser sur le médecin.

Ten slotte is er nog het koninklijk besluit dat de fractie van de spreker via een wet wil wijzigen. Het gaat om een genummerd koninklijk besluit, dat in sancties voorziet. Het gaat dus om een tekst die op juridisch vlak een fundamentele waarde heeft.

Een ander lid wenst, nu de algemene bespreking haar einde nadert, nogmaals te onderstrepen dat de drie wetsvoorstellen, betreffende euthanasie, betreffende de evaluatiecommissie en betreffende de palliatieve zorg, die door leden van zes verschillende fracties werden ingediend, een onverbreekelijk geheel vormen.

Iedereen in deze vergadering heeft de voorbije weken de mogelijkheid gehad om in alle openheid zijn visie op deze materie te geven en dit vanuit juridisch, vanuit ethisch, maar vooral vanuit diepmenselijk oogpunt. De leden hebben niet alleen hun eigen standpunten, maar ook die van de partijen die zij tegenwoordigen uiteen kunnen zetten.

De commissie heeft weliswaar met gesloten deuren vergaderd, maar ze heeft niet in een vacuüm gewerkt. Verschillende leden hebben getuigenis afgelegd van hun eigen ervaringen met deze problematiek, van hun contacten met artsen, met verplegenden, met de mensen uit de palliatieve zorg en met de patiënten. Zij hebben hiertoe volop ruimte gekregen.

Zoals dat voor haar zelf het geval was, zullen ook de andere leden sinds het begin van het debat wel overspoeld geweest zijn met stellingnamen van organisaties en personen die in deze sector actief zijn. Deze waren overigens heel vaak ook terug te vinden in de pers die sinds het begin van het debat zeer uitvoerig over euthanasie heeft bericht.

Zij is dan ook van oordeel dat wie nu nog beweert dat hij onvoldoende geïnformeerd is, de voorbije weken zijn werk niet heeft gedaan. Dit neemt niet weg dat zij akkoord kan gaan met de beslissing van de commissies om nog een aantal hoorzittingen te organiseren. Deze hebben evenwel, mede in het licht van het voorgaande, alleen zin indien de personen die gehoord worden in volledige vrijheid, zonder enige druk van buiten en zonder angst kunnen spreken. Zij moeten in alle oprechtheid en sereniteit hun visie op de situatie kunnen geven. Dit maakt het noodzakelijk dat de hoorzittingen met gesloten deuren verlopen. Alleen zo zullen de commissies een antwoord kunnen krijgen op die specifieke vragen waarop na al deze debatten nog geen antwoord is gekomen.

Het lid vervolgt dat niemand in dit debat, waar leven en dood in het geding zijn, onbewogen gebleven is. Wie om zich heen kijkt, weet dat voor iedereen het leven dierbaar is. Bij dit leven hoort echter onverbreekelijk ook het sterven.

Voor sommigen komt de dood plots en onaangekondigd. Anderen gaan zachtjes heen, zoals een kaars

Enfin, l'arrêté royal que le groupe de l'intervenant propose de modifier a force de loi: il s'agit d'un arrêté royal numéroté, qui prévoit des sanctions. Il s'agit donc d'un texte qui, sur le plan juridique, a une valeur fondamentale.

À présent que la discussion générale touche à sa fin, un autre membre souhaite à nouveau souligner que les trois propositions de loi relatives à l'euthanasie, à la commission d'évaluation et aux soins palliatifs, déposées par des membres de six groupes différents, constituent un ensemble indissociable.

Au cours des dernières semaines, chacun des membres de la commission a eu l'occasion de donner, en toute franchise, son point de vue sur la question, que ce soit sur le plan juridique, éthique, mais surtout sur le plan profondément humain. Outre leur opinion personnelle, les membres ont pu traduire celle de leurs partis respectifs.

Si la commission s'est réunie à huis clos, elle n'a pas travaillé coupée du reste de la société. Les membres ont eu carte blanche pour témoigner, à titre personnel, des contacts qu'ils ont pu avoir avec le corps médical, le personnel soignant, les équipes de soins palliatifs et les patients eux-mêmes.

Depuis le début des débats, l'oratrice, comme les autres membres, a été submergée de prises de position émanant d'organisations et de personnes actives dans ce secteur. Depuis le début, la presse a relayé les débats sur l'euthanasie et exposé, dans le détail, les différentes prises de position.

La membre estime dès lors que ceux qui prétendent encore ne pas être suffisamment informés aujourd'hui n'ont pas fait leur travail au cours des dernières semaines. Ils se rallieront pourtant à la proposition des commissions d'organiser un certain nombre d'auditions supplémentaires. Celles-ci n'auraient de sens que si, à la lumière de ce qui précède, les personnes peuvent témoigner en toute liberté et s'exprimer sans aucune pression extérieure ni angoisse. Pour que les membres aient l'occasion de s'exprimer en toute franchise et sérénité, il importe que les auditions se tiennent à huis clos. On pourra ainsi répondre aux questions spécifiques auxquelles on n'a pas répondu à l'issue de tous ces débats.

La membre explique ensuite qu'aucun intervenant à ce débat, où il a été question de vie et de mort, n'est demeuré impassible. Il suffit de regarder autour de nous pour savoir que nous tenons tous à la vie. Il n'en demeure pas moins que la mort fait partie intégrante de la vie.

Pour certains, la mort arrive brutalement, sans s'annoncer. D'autres s'éteignent lentement, à la

die uitdooft. Voor deze wijze van sterven zijn de meeste mensen niet bevreesd.

In dit debat gaat het echter om heel wat anders. Velen hebben in hun familie of in hun vriendenkring mensen gekend die hun leven zijn geëindigd in de vreselijkste toestand en voor wie de best beschikbare zorg niet kon baten. Men moet respect betonen voor patiënten die een dergelijke verschrikking niet willen doormaken.

Zij merkt op dat wellicht ook de andere leden een dossier hebben ontvangen van de Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen. Zij deelt ten volle de bekommernissen die hierin worden geuit. Het is de maatschappelijke opdracht van de beleidsmakers om toereikende, voor iedereen toegankelijke en betaalbare palliatieve verzorging ter beschikking te stellen. Het is intussen wel duidelijk dat er in dit domein, zowel op het budgettaire als op het organisatorische vlak, nog een hele weg moet worden afgelegd. Zoals reeds eerder gezegd is, moet het duidelijk zijn dat deze aangelegenheid in de optiek van de indieners van de drie wetsvoorstellen onverbreekbaar verbonden is met een regeling inzake euthanasie.

Een humane samenleving die naam waardig, moet echter ook oog hebben voor diegenen die niet kunnen worden geholpen via palliatieve zorgverlening. Dit zijn vooreerst de patiënten die aanhoudend een ondraaglijke en niet te lenigen pijn lijden, maar ook zij die in nood verkeren omdat hun toestand als volkomen uitzichtloos en mensonwaardig wordt ervaren.

Centraal hierbij staat de weloverwogen, herhaalde en duurzame vraag van de patiënt. Door andere leden is opgemerkt dat deze zijn beslissing moet nemen op een ogenblik dat hij erg zwak staat. Dit belet echter geenszins dat een dergelijke patiënt zijn vraag in volle bewustzijn stelt en beter dan enig ander persoon weet wat zijn lijden voor hem betekent. Wie kan zich overigens het recht aanmatigen om het tegenovergestelde te beweren?

Spreekster merkt op dat de wetsvoorstellen tot doel hebben te verzekeren dat met de vragen van de patiënt rekening wordt gehouden. Indien andere leden vinden dat deze doelstelling onvoldoende bereikt wordt, of indien de bescherming van de patiënt dient te worden versterkt, dan kunnen hierover amendementen worden ingediend en besproken.

Zij vervolgt dat iedereen, wat ook de filosofische of religieuze achtergrond is, in zijn benadering tot de terminale patiënt, ernaar streeft dat deze op een zachte en serene wijze kan heengaan. Het beeld dat men van deze patiënt heeft is vaak dat van een ouderling die de tekenen draagt van een lang en zwaar ziekteproces. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat ook jonge mensen volkomen onverwacht in een situatie terecht kunnen komen waarin zij nog wel leven in de fysieke betekenis van het woord, maar niet meer beschikken over een aantal essentiële levens-

manière d'une bougie. La plupart des gens n'ont pas peur de mourir de cette façon.

Dans ce débat, il est pourtant question de tout autre chose. Nombreux sont ceux qui ont connu, parmi leurs amis ou leurs proches, des gens qui ont achevé leur existence dans des conditions atroces et pour qui les meilleurs soins ont été vains. Nous devons avoir du respect pour les patients qui refusent d'en arriver à de telles extrémités.

L'intervenante fait remarquer que les autres membres ont peut-être également reçu un dossier de la «Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen» dont elle partage entièrement les préoccupations. Il est de la responsabilité sociale du politique d'assurer à tous des soins palliatifs abordables. Dans l'intervalle, on s'est rendu compte qu'en ce domaine, comme sur le plan budgétaire et organisationnel, il y avait encore un long chemin à parcourir. Comme nous l'avons déjà signalé, il doit être clair que, dans l'optique des auteurs des trois propositions, ce point est indissociable d'une réglementation en matière d'euthanasie.

Cependant, une société humaine digne de ce nom doit s'intéresser aussi à ceux qui ne peuvent être aidés par le biais de soins palliatifs. Il s'agit principalement des patients qui endurent des souffrances constantes, insupportables et inapaisables, mais également de ceux qui vivent une situation de détresse parce que jugée sans issue et dégradante.

Au centre de cette problématique, il y a la demande bien réfléchie, répétée et persistante du patient. D'autres membres font remarquer que celui-ci doit prendre sa décision au moment où il se trouve dans un état de grande faiblesse. Il n'en demeure pas moins que ce patient formule sa requête en étant pleinement conscient et sait, mieux que quiconque, ce que ses souffrances représentent pour lui. Outre cela, qui peut s'arroger le droit de le contredire?

L'oratrice fait remarquer que les propositions de loi visent à garantir la prise en compte des demandes du patient. Si d'autres membres estiment que cet objectif n'est pas parfaitement atteint ou que le patient doit bénéficier d'une meilleure protection, des amendements pourront être déposés et faire l'objet d'une discussion.

Elle affirme par ailleurs que, quelles que soient nos convictions philosophiques ou religieuses, nous sommes tous enclins à laisser un patient au stade terminal s'en aller doucement et sereinement. Le plus souvent, nous nous imaginons qu'il s'agit d'une personne âgée endurent une longue et pénible maladie. Ne perdons cependant pas de vue qu'il peut s'agir d'individus jeunes, brutalement confrontés à une situation où ils sont physiquement en vie mais incapables d'accomplir une série de fonctions essentielles. À partir du moment où leur situation est sans issue et

functies. Indien deze situatie uitzichtloos en voor de betrokkenen niet langer draaglijk is, wie heeft dan het recht om te weigeren op hun vraag tot levensbeëindiging in te gaan?

Een vorige spreker citeerde Simone de Beauvoir, die schreef dat de mens zijn leven wel in handen heeft, maar dat anderen zijn dood moeten ondergaan. Dit is inderdaad het geval voor de familieleden van een stervende patiënt. Zij moeten getuige zijn van de aftaking van hun dierbare tot in het mensonwaardige, zijn lijden ondergaan en machteloos vaststellen dat geen antwoord kan worden gegeven op diens schreeuw om op een menswaardige manier te kunnen heengaan.

Een ander lid uitte tijdens een vorige vergadering de vrees dat het toestaan van euthanasie de universaliteit van het recht op leven zou kunnen aantasten. Het moet duidelijk zijn dat niemand in dit debat het recht op leven in vraag stelt. Wel is het zo dat een patiënt niet kan worden verplicht in mensonwaardige omstandigheden te leven of, met andere woorden, dat naast het fundamentele recht op leven van eenieder ook een fundamenteel recht staat om in menswaardige omstandigheden te sterven. De mens is weliswaar een gemeenschapswezen, maar dit neemt niet weg dat hij ook een zelfbeschikkingsrecht heeft, waardoor hij niet kan worden verplicht tegen zijn wil in mensonwaardige omstandigheden voort te leven.

Spreekster gaat vervolgens in op de wetsvoorstellen die hier op de agenda staan. Het reeds vermelde interuniversitaire onderzoek en een aantal recente gebeurtenissen, zoals de feiten die zich in Luik hebben voorgedaan, tonen meer dan voldoende aan dat een wettelijke regeling in dit domein absoluut noodzakelijk is, wat een deel van de Orde van geneesheren ook mag beweren. Ook binnen de orde zijn er overigens groepen die pleiten voor een duidelijke wetgeving waarin een aantal beginselen centraal staan.

De mens heeft het recht om in bepaalde omstandigheden over zijn leven te beschikken, maar dit neemt niet weg dat dit recht slechts kan worden uitgeoefend indien een aantal strikte zorgvuldigheidseisen zijn nageleefd. Zowel in de media als in deze commissies werd gesuggereerd dat wat dit betreft, het voorstel dat door leden van de meerderheidsfracties is ingediend, onzorgvuldig en overhaast is geschreven.

Zij is het niet eens met deze kritiek, die het gevolg is van een al te oppervlakkige lezing van de tekst:

— De patiënt wordt niet voor een keuze geplaatst tussen palliatieve zorg en euthanasie.

— De patiënt heeft het recht om niet alleen met de arts, maar met iedereen in zijn omgeving, inclusief de verplegenden, te overleggen vooraleer hij een beslissing neemt. Dit laatste betekent overigens dat er voldoende personeel beschikbaar moet zijn om naar

devient insupportable pour eux, qui a le droit de refuser d'abrèger leur existence?

Un orateur précédent cite Simone de Beauvoir, qui a écrit que l'homme dispose de sa propre vie mais que d'autres doivent supporter sa mort. Il s'agit, par exemple, des membres de la famille d'un patient à l'article de la mort, contraints d'assister à la déchéance d'un être cher qui endure des souffrances jusqu'à l'aviissement pour constater, impuissants, que l'on ne peut répondre à son appel de pouvoir partir dans la dignité.

Au cours d'une réunion antérieure, un membre a exprimé la crainte que l'autorisation de l'euthanasie ne porte atteinte à l'universalité du droit de la vie. Il doit être clair qu'aucun participant à ce débat ne remet ce droit en question. Il n'en demeure pas moins qu'un patient ne peut être contraint à vivre dans des conditions contraires à la dignité humaine. En d'autres termes, si nous disposons tous du droit fondamental à la vie, nous avons aussi droit à une mort digne. Si l'homme est un être social, il est vrai qu'il dispose également du droit à l'autodétermination en vertu duquel il ne peut être contraint à survivre dans des conditions contraires à la dignité humaine.

L'oratrice évoque ensuite les propositions de loi à l'ordre du jour. L'enquête universitaire précitée, ajoutée à un certain nombre d'événements tels que ceux qui ont eu lieu à Liège, font conclure à la nécessité d'une réglementation légale en la matière, quoi que puisse prétendre une partie de l'Ordre des médecins. Au sein même de cet ordre, certains groupes plaident d'ailleurs en faveur d'une législation claire axée sur un certain nombre de principes.

L'homme a le droit de disposer de sa vie en certaines circonstances. Il n'en demeure pas moins que ce droit doit être subordonné à un certain nombre de critères de prudence. À ce propos, tant dans les médias qu'en commission, on a laissé entendre que la proposition déposée par des membres des groupes de la majorité avait été rédigée à la légère et dans la hâte.

L'oratrice réfute cette critique qui résulte d'une lecture trop superficielle du texte:

— Le patient n'est pas mis devant l'obligation de choisir entre les soins palliatifs et l'euthanasie.

— Avant de prendre sa décision, il a le droit de consulter non seulement son médecin, mais tout son entourage, y compris le personnel soignant. C'est d'ailleurs pourquoi le personnel à l'écoute du patient doit être en nombre suffisant, non seulement dans les

de patiënt te luisteren, niet alleen in de diensten voor palliatieve zorgverlening maar ook in de gewone ziekenhuisdiensten.

— De tekst voorziet in duidelijke regels die de patiënt moeten beschermen tegen druk van de omgeving en die garanderen dat hij volledig geïnformeerd is over zijn situatie, vooraleer hij een verzoek formuleert.

— De tekst biedt de arts de nodige rechtszekerheid. Situaties zoals die in Luik, waarbij een arts uit betrokkenheid bij zijn patiënt tot euthanasie overgaat, en nadien hiervoor gerechtelijk wordt vervolgd, dienen ten alle prijze te worden voorkomen.

In het wetsvoorstel wordt een belangrijke plaats toegekend aan de wilsverklaring. Sommige leden hebben het hiermee zeer moeilijk, onder meer omdat zij vinden dat niemand kan voorzien in welke omstandigheden men zijn laatste levensfase zal ervaren. De wilsverklaring is echter meer dan louter de vraag van een persoon om zijn leven te beëindigen wanneer hij niet meer bij bewustzijn is. Men bepaalt, liefst in overleg met zijn arts, welke behandeling men in welke omstandigheden wenst. Zoals reeds tijdens deze bespreking is gebleken, is er hier een brede waaier van mogelijke situaties (afzien van uitzichtloze behandelingen, stopzetten kunstmatige beademing, zware pijnstilling, enz.).

Hoewel zijzelf vindt dat het wetsvoorstel ook op dit vlak voldoende garanties biedt, kan zij begrip opbrengen voor diegenen die wensen dat voor de uitvoering van de wilsverklaring de zorgvuldigheidseisen dienen te worden versterkt en met het oog hierop amendementen indienen.

Zij meent derhalve dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 een heldere, toepasbare regeling inzake euthanasie inhoudt die zowel de arts als de patiënt de nodige zekerheid biedt. Sommigen zijn van oordeel dat het wetsvoorstel nr. 2-105/1, dat zij initieel heeft ingediend, de voorkeur verdient op deze tekst. Zelf is zij het hier niet mee eens. Onder meer prof. Adams van de UFSIA, heeft in het artikel dat aan de commissies werd bezorgd, gewezen op mogelijke problemen in verband met de praktische toepassing van dat wetsvoorstel. De tekst hiervan was in belangrijke mate geïnspireerd op de regeling die momenteel van toepassing is in Nederland. Daar stelt men vast dat nog steeds euthanasie in een grijze zone wordt toegepast omdat de procedure die wordt opgelegd, te complex is.

Zij vervolgt dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 de arts weliswaar de nodige rechtszekerheid biedt, maar dat hij in geen enkele omstandigheid kan worden gedwongen tot euthanasie over te gaan.

Een van de belangrijkste geschilpunten in dit debat is de vraag of euthanasie uit het strafrecht moet

services de soins palliatifs mais également dans les services hospitaliers ordinaires.

— Le texte prévoit des règles précises destinées à protéger le patient des pressions de son entourage et à lui garantir qu'il sera pleinement informé de sa situation avant qu'il ne formule sa demande.

— Le texte offre au médecin la sécurité juridique nécessaire. Nous devons à tout prix éviter des situations telles que l'affaire du médecin liégeois poursuivi en justice pour avoir accepté de pratiquer une euthanasie par empathie envers son patient.

La proposition de loi accorde une place importante à la déclaration de volonté. Certains membres ont du mal à l'accepter, notamment parce qu'ils estiment que personne ne peut imaginer les conditions dans lesquelles il vivra ses derniers moments. La déclaration de volonté est toutefois davantage que la demande formulée par un individu qui souhaite en finir avec la vie au moment où il aura sombré dans l'inconscience. La personne décide, de préférence en concertation avec son médecin, du traitement à mettre en œuvre dans certaines circonstances. Comme nous l'avons déjà évoqué au cours de cette discussion, il existe un large éventail de possibilités (refus de l'acharnement thérapeutique, arrêt du respirateur, antidouleurs puissants, etc.).

Bien qu'elle estime personnellement que la proposition de loi offre suffisamment de garanties sur ce plan, l'oratrice peut comprendre que ceux qui souhaitent renforcer les critères de prudence dans le cadre de l'exécution de la déclaration de volonté déposent des amendements à cet effet.

Elle estime dès lors que la proposition de loi n° 2-244/1 contient des règles claires, applicables en matière d'euthanasie, offrant la sécurité juridique voulue tant pour le médecin que pour le patient. Certains pencheraient plutôt en faveur de la proposition de loi n° 2-105/1, initialement déposée par l'intervenante. L'oratrice n'est cependant pas de cet avis. Dans l'article qui a été transmis aux commissions, le professeur Adams de l'UFSIA a souligné les problèmes pratiques que pouvait poser la mise en œuvre de cette proposition de loi. Le texte de cette proposition s'inspirait largement de la réglementation actuellement en vigueur aux Pays-Bas, où l'euthanasie demeure dans une zone floue en raison de la trop grande complexité de la procédure imposée.

Elle estime en outre que, bien qu'elle offre la sécurité juridique nécessaire au médecin, la proposition de loi n° 2-244/1 ne peut en aucun cas mettre celui-ci dans l'obligation de pratiquer une euthanasie.

L'un des principaux points de dissension apparus au cours de ce débat concerne la question de savoir s'il

worden gehaald, dan wel een beroep dient te worden gedaan op de juridische techniek van de noodtoestand, waarbij actieve levensbeëindiging wordt gereguleerd maar niet gedepenaliseerd. Het wetsvoorstel kiest juridisch voor een depenalisering, zij het dat euthanasie slechts kan worden uitgevoerd indien strenge zorgvuldigheidseisen vervuld zijn. Deze zorgvuldigheidseisen liggen overigens, zoals een ander lid reeds opmerkte, in de praktijk zeer dicht bij de eisen die worden gesteld in bijvoorbeeld het wetsvoorstel van de heer Vandenberghe c.s.

De commissies mogen zich derhalve niet al te zeer laten leiden door persberichten waar soms een te sterke nadruk wordt gelegd op de verschillen in de standpunten en te weinig op de mogelijke overeenkomsten. Dit neemt niet weg dat het debat evenmin gebaat is door tal van zaken in te brengen die niets met deze aangelegenheid te maken hebben, zoals de toestand in Duitsland in het begin van de eeuw, zelfmoord, levenslange gevangenisstraffen, enz.

Zij herinnert eraan dat een lid verwees naar de wijze waarop president Mitterrand zijn laatste levensfase heeft doorgemaakt. Nog los van het feit dat de president, die aan een traag ontwikkelende kanker leed, allicht op de allerbeste zorg heeft kunnen rekenen en naar verluidt in de allerlaatste fase ook euthanaserende middelen gekregen heeft, is het gevaarlijk op basis van een dergelijk individueel geval, algemene regels te gaan vaststellen. Tegenover het voorbeeld van Mitterrand kunnen er immers duizenden andere worden geplaatst waaruit net de tegenovergestelde conclusies kunnen worden getrokken.

Spreekster besluit dat, ondanks de meningsverschillen die er ongetwijfeld zijn, in de commissie een aantal zaken naar voor zijn gekomen die de leden binden en die soms te weinig uit de verf komen. In de eerste plaats is dit de overtuiging dat er een wettelijke regeling moet komen die de patiënt in zijn laatste levensfase een betere bescherming en rechtszekerheid biedt. Daarnaast is er het respect voor de universele waarden waarop onze samenleving gegrondvest is. Dit is natuurlijk het recht op leven dat, hierover mag geen onduidelijkheid bestaan, voor iedereen in deze commissie even belangrijk is. Naast dit recht is er echter ook het recht om in menswaardige omstandigheden te leven en om geen mensonwaardige behandelingen te ondergaan.

Zij hoopt dat de commissies vanuit deze zeer belangrijke uitgangspunten tot een regeling kunnen komen die een zeer breed draagvlak heeft. Dit moet ook een signaal zijn dat de Senaat als reflectiekamer in staat is een dergelijke problematiek op een volwassen en serene wijze te benaderen.

Een ander lid stelt vast dat de democratische leden van de gemeenschappelijke commissies allen een

vaut mieux dépenaliser l'euthanasie ou recourir à la technique juridique de l'état de nécessité qui ne dépenalise pas mais règle l'euthanasie active. Sur le plan juridique, la proposition de loi opte pour la dépenalisation, l'euthanasie étant subordonnée au respect de critères stricts de prudence. Comme l'a fait remarquer un autre membre, ces critères sont d'ailleurs fort proches de ceux figurant, par exemple, dans la proposition de loi de M. Vandenberghe et consorts.

Les commissions ne doivent dès lors pas trop se laisser influencer par des communiqués de presse où l'on souligne trop les dissensions et trop peu les possibilités de compromis. En outre, évoquer certaines choses totalement étrangères à la question, comme la situation en Allemagne au début du siècle, le suicide ou les peines de prisons à vie, n'est pas de nature à favoriser le débat.

L'oratrice rappelle qu'un membre a évoqué la manière dont le président Mitterrand a vécu ses derniers moments. Indépendamment du fait que le président qui, souffrant d'un cancer à évolution lente, a pu naturellement bénéficier des meilleurs soins et recevoir semble-t-il des euthanasians dans la dernière phase de sa maladie, il est dangereux de tirer des conclusions générales à partir d'un cas individuel de ce type. On pourrait en effet opposer à l'exemple de Mitterrand des milliers d'autres cas qui donneraient lieu à des conclusions inverses.

L'oratrice conclut que, malgré les divergences de vue, on a assisté au sein de la commission à un certain nombre de rapprochements qui ne transparaissent pas toujours suffisamment du débat. En premier lieu, il y a la conviction qu'une disposition légale doit voir le jour afin de protéger et d'offrir une sécurité juridique au patient en fin de vie. Outre cela, il y a le respect des valeurs universelles sur lesquelles repose notre société. Il s'agit bien évidemment du droit à la vie qui — et cela doit être clair — a la même importance pour tous les membres de cette commission. À côté de cela, il y a le droit de vivre dans conditions conformes à la dignité humaine et de ne pas subir des traitements dégradants.

L'oratrice espère qu'à partir de ces principes extrêmement importants, les commissions pourront parvenir à une réglementation bénéficiant d'un large consensus. Ce doit être également un signal que le Sénat, en sa qualité de chambre de réflexion, est en mesure d'aborder cette problématique avec toute la sérénité et la maturité voulues.

Un autre membre constate que le point commun des démocrates qui composent les commissions

menselijke benadering van deze uiterst moeilijke problematiek nastreven.

Op het vlak van de gezondheid zijn individuele vrijheid en autonomie inderdaad beperkt. Deze vrijheid en autonomie moeten het soms afleggen tegen de eisen van de volksgezondheid en van de collectieve solidariteit. Enkele voorbeelden hiervan zijn de verplichte inenting tegen polio, het medisch onderzoek op school en op het werk, het verbod tot het besturen van een voertuig voor personen die een bepaalde aandoening hebben. Het vrijwaren van de volksgezondheid primeert in bepaalde gevallen op de individuele vrijheid.

Deze verplichtingen en verboden zijn natuurlijk bij wet vastgelegd.

Wat de vrije keuze van de terminale patiënt betreft, komt het er volgens de spreker op aan uitdrukkingen te vermijden die zouden kunnen doen uitschijnen dat er één bepaalde waardige manier om te sterven bestaat.

Elke persoon heeft een andere opvatting over wat waardevol is. Wellicht rijst dan de vraag of deze opvatting de volksgezondheid of het algemeen welzijn in gevaar brengt.

Als dat niet het geval is, moet men ervoor zorgen dat de persoon die vindt dat zijn waardigheid in het gedrang komt en die zijn lijden wil beëindigen, kan worden geholpen volgens de voorwaarden die in de wet zijn vastgelegd.

E. WETSVOORSTELLEN OVER DE PALLIATIEVE ZORG

a) Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg voor eenieder te garanderen en om het kader voor het verlenen van de palliatieve zorg vast te stellen (van mevrouw Nyssens c.s.); nr. 2-249/1

Inleidende uiteenzetting van de hoofdindienervan het wetsvoorstel

De spreekster verwijst naar de uiteenzetting van een voorgaande spreekster over de oorsprong en de evolutie van de palliatieve zorg.

Ze onderstreept dat deze materie in andere landen, met name in Spanje en Canada, snel evolueert.

Er bestaat reeds verscheidene jaren een Europese vereniging voor palliatieve zorg, die jaarlijks bijeenkomt en waarbij actuele informatie kan worden verkregen over de evolutie van de palliatieve zorg in Europa.

réunies est d'être des chercheurs en humanité, qui s'efforcent de trouver une voie face à des problèmes extrêmement difficiles.

Il est vrai que la liberté et l'autonomie individuelle ont leurs limites en matière de santé. Les exigences de la santé publique et de la solidarité collective peuvent l'emporter sur cette liberté et cette autonomie. L'obligation de la vaccination contre la poliomyélite, les examens de médecine scolaire et de santé au travail, l'interdiction de conduire un véhicule pour les personnes souffrant de certaines affections en sont des exemples. Le but de préserver la santé collective prime, dans certains cas, sur la liberté individuelle.

Ces obligations et interdictions sont, bien sûr, reprises dans des lois.

Quant au choix libre du patient en ce qui concerne sa fin de vie, il faut éviter, selon l'intervenant, les expressions qui pourraient faire croire qu'il y a une façon digne de mourir.

Ce qui est digne relève du choix de la personne. La question est peut-être de savoir si ce choix met, à quelque niveau, en danger la santé collective ou un bien collectif.

Si tel n'est pas le cas, il faut que la personne qui estime que sa dignité est atteinte et qui veut mettre un terme à ses souffrances puisse être aidée, dans les conditions qui sont prévues par la loi.

E. PRÉSENTATION DE PROPOSITIONS DE LOI RELATIVES AUX SOINS PALLIATIFS

a) Proposition de loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs (de Mme Nyssens et consorts); n° 2-249/1

Exposé introductif de l'auteur principal de la proposition de loi

L'intervenante se réfère tout d'abord à l'exposé d'une précédente oratrice, relatif aux origines et à l'histoire des soins palliatifs.

Elle souligne que cette discipline évolue de façon rapide dans d'autres États, notamment l'Espagne et le Canada.

Il existe depuis plusieurs années une association européenne des soins palliatifs, qui se réunit annuellement et où des informations actualisées peuvent être obtenues sur l'évolution des soins palliatifs en Europe.

De doelstelling van het wetsvoorstel op de palliatieve zorg is onze houding terzake in België te bepalen.

Waarom moet er een wet komen als er al zoveel teksten bestaan, met name koninklijke besluiten, en er verschillende machtsniveaus bij zijn betrokken?

De mensen op het terrein verlangen dat men zich baseert op een filosofie voor de palliatieve zorg en dat er wordt gezorgd voor een zo breed mogelijk waaier in het aanbod en de plaatsen waar de zorgen kunnen worden verstrekt. Ze pleiten voor een kaderwet die de algemene beginselen bepaalt van de filosofie waarop de palliatieve zorg is gebaseerd. Het gaat immers om een complexe materie.

Wat de doelstelling van de palliatieve zorg betreft, kan men vaststellen dat die in de praktijk meer en meer met de helende geneeskunde wordt verbonden.

De ontwikkeling van de palliatieve zorg kan wellicht gepaard gaan met het humaner maken van andere domeinen van de geneeskunde, met een herziening van de manier waarop onze instellingen voor gezondheidszorg zijn georganiseerd en met een modernisering van de medische wereld.

Palliatieve zorg betekent de persoonlijke begeleiding van personen aan hun levenseinde, waarbij men hun lijden, dat zowel van fysieke als van psychische aard kan zijn, erkent. De taak van de palliatieve geneeskunde begint waar die van de helende geneeskunde stopt.

De palliatieve zorg wordt gekenmerkt door een interdisciplinair georganiseerde benadering, die tot stand komt via overleg, — men noemt dat de discussie-ethiek — niet alleen tussen de arts en de patiënt, maar ook met het verzorgend personeel, in het bijzonder de verpleegsters, de kinesitherapeuten en de paramedici, die de terminale patiënten, hun familie en hun naasten omringen.

Deze ethiek van overleg en dialoog zal leiden tot de democratisering van de medische macht, waarvoor de jonge generaties artsen en verpleegsters pleiten.

De hiërarchische structuur van de verzorgingsinstellingen is vaak nog zeer klassiek en zeer beklemd voor wie onderaan de ladder staat. De recente reacties van de verpleegsters zijn hiervan een duidelijk bewijs.

De tekst stelt een ruime definitie voor van het begrip palliatieve zorg. Het gaat hierbij om een permanente verzorging, in combinatie met de helende geneeskunde.

Waar de palliatieve zorg al in ruime mate wordt toegepast, wordt erop aangedrongen om een hechtere samenwerking tot stand te brengen met de helende geneeskunde en met de geneeskunde in het algemeen.

L'objectif de la proposition de loi sur les soins palliatifs est de faire le point sur cette matière en Belgique.

Pourquoi une loi, alors que tant de textes, et notamment d'arrêtés royaux, existent, et que différents niveaux de pouvoir sont concernés?

Les gens de terrain souhaitent que l'on fasse état d'une philosophie des soins palliatifs, et que l'on conserve un maximum de diversité dans l'éventail de ce qui est proposé et dans les divers lieux où les soins sont dispensés. Ils souhaitent disposer d'une loi-cadre fixant les principes généraux de la philosophie qui sous-tend les soins palliatifs, car il s'agit d'une matière complexe.

En ce qui concerne tout d'abord l'objectif des soins palliatifs, et au vu du terrain, on constate que ceux-ci sont de plus en plus reliés à la médecine curative en général.

Peut-être leur développement est-il l'occasion d'humaniser d'autres domaines de la médecine, de revoir la manière dont nos établissements de soins sont organisés et de moderniser la culture en matière médicale.

Les soins palliatifs visent à accompagner d'une manière tout à fait personnalisée les personnes en fin de vie, à reconnaître l'existence de leur souffrance, que celle-ci soit physique ou psychique. La médecine palliative intervient là où s'arrête la médecine curative.

L'approche interdisciplinaire et concertée — ce que l'on appelle l'éthique de la discussion — c'est-à-dire non seulement le dialogue du médecin avec le patient, mais aussi le dialogue avec le personnel soignant, et les infirmières en particulier, les kinésithérapeutes et paramédicaux qui entourent les personnes en fin de vie, la famille et les proches, caractérise les soins palliatifs.

C'est par cette éthique de la discussion que l'on arrivera à une démocratisation du pouvoir médical, que les jeunes générations de médecins et d'infirmières souhaitent introduire dans le monde médical.

Trop souvent, la hiérarchie dans les établissements de soins est encore très classique et fort contraignante pour ceux qui se trouvent au bas de l'échelle. Les réactions récentes des infirmières en sont un signe évident.

Le texte propose une définition large des soins palliatifs, dans l'optique de soins continus, voire de médecine intégrée avec la médecine curative.

Sur le terrain, là où existe déjà une culture palliative, il existe une large demande en vue d'opérer le lien avec la médecine curative et la médecine en général.

In het voorstel of bij de discussie zou men ook een verband kunnen leggen met de euthanasie. Dit onderwerp werd reeds besproken.

In verscheidene koninklijke besluiten wordt het begrip «palliatieve zorg» reeds gedefinieerd, maar misschien moet deze definitie worden verruimd. De definitie die in het wetsvoorstel is opgenomen, kan uiteraard worden geamendeerd.

Het voorstel heeft tot doel een reeks principes met betrekking tot de toepassing van de palliatieve zorg in een kaderwet in te schrijven.

Het betreft:

— het recht van eenieder op palliatieve zorg; het gaat wel degelijk om een recht en niet om een verplicht stadium dat de patiënt moet doorlopen. Anderzijds is het medisch team verplicht de palliatieve behandeling voor te stellen;

— het recht van de patiënt op vrije keuze en de eerbiediging van eenieders overtuiging;

— het recht op kwalitatief hoogstaande palliatieve zorg (dit veronderstelt een aangepaste vorming van het personeel, waarbij verschillende gezagsniveaus zijn betrokken);

— het recht op begeleiding voor de medische hulpverleners. De praktijk wijst immers op ontreding bij de hulpverleners die, ongeacht de plaats waar de zorg wordt verleend, vaak geen opleiding hebben gehad, noch over de noodzakelijke begeleiding beschikken om de zorg te verlenen;

— het recht een beroep te kunnen doen op vrijwilligers. De meeste diensten waar palliatieve zorg wordt verleend, functioneren dankzij de belangrijke inzet van vrijwilligers. Ook zij moeten op hun taak worden voorbereid en worden opgeleid.

De indieners van het voorstel dringen erop aan dat de federale Staat zijn politieke en budgettaire verantwoordelijkheid opneemt (door het opstellen van een algemeen plan voor de palliatieve zorg).

Daarom willen ze de tekst met de betrokken ministers bespreken.

De voorgestelde kaderwet is in grote mate gebaseerd op bestaande koninklijke besluiten en legt herhaaldelijk de nadruk op de financiering, die ontoereikend en niet op structurele wijze is georganiseerd.

De spreekster onderstreept de punten waarover een politieke bewustwording tot stand moet komen ten einde bijkomende vooruitgang te kunnen boeken.

Het laatste koninklijk besluit, dat sedert 1 januari van kracht is, toont de op dit vlak afgelegde weg.

On pourrait sans doute aussi, dans la proposition ou dans la discussion, faire le lien avec l'euthanasie. Ce sujet a déjà été traité précédemment.

Il est vrai que des définitions des soins palliatifs existent déjà dans divers arrêtés royaux, mais peut-être est-ce l'occasion de les élargir. La définition contenue dans la proposition de loi peut, bien entendu, être amendée.

La proposition a pour objectif l'inscription dans une loi-cadre d'une série de principes qui doivent gouverner la pratique des soins palliatifs.

Il s'agit:

— du droit pour tous aux soins palliatifs; il s'agit bien d'un droit et non d'un passage obligé pour le patient. Mais c'est un devoir pour le corps médical de proposer l'approche palliative;

— du principe de liberté de choix du patient et du respect des convictions de chacun;

— du droit à des soins palliatifs de qualité (ce qui implique une formation adéquate du personnel, où différents niveaux de pouvoirs sont impliqués);

— du droit pour les soignants à un accompagnement. La pratique révèle en effet la détresse des soignants qui, quel que soit le lieu où les soins sont prodigués, ne disposent ni de la formation ni de l'accompagnement nécessaire pour les administrer;

— du droit à des bénévoles. La plupart des lieux où l'on pratique des soins palliatifs fonctionnent grâce à un apport important des bénévoles. Ceux-ci doivent eux aussi être préparés et formés.

Les auteurs de la proposition souhaitent que l'État fédéral prenne ses responsabilités politiques (par la conception d'un plan général de soins palliatifs) et budgétaires.

C'est pourquoi ils aimeraient discuter le texte avec les ministres concernés.

La loi-cadre proposée reprend en grande partie des arrêtés royaux existants et, en maints endroits, met l'accent sur les financements, qui restent insuffisants, et non structurellement organisés.

L'intervenante met ensuite en évidence les points sur lesquels les auteurs de la proposition souhaiteraient qu'il y ait une prise de conscience politique, pour que des progrès supplémentaires puissent être réalisés.

Le dernier arrêté royal, en vigueur depuis le premier janvier, montre le chemin déjà parcouru en la matière.

Het recht van eenieder op palliatieve zorg veronderstelt een definitie van het begrip «palliatieve patiënt».

De huidige definitie is opgesteld door de geneesheren-directeurs van het RIZIV. De indieners van het voorstel pleiten ervoor dat deze definitie in een wet wordt ingeschreven met een eventuele vermelding van de tijdsduur, ook al lijkt dit zeer moeilijk.

De palliatieve diensten kunnen hierover statistische gemiddelden ter beschikking stellen.

De spreekster wil de minister ondervragen over de mogelijkheid om een gemiddelde te bepalen dat als basis kan dienen voor een budgettaire evaluatie.

Met betrekking tot de plaatsen waar palliatieve zorg wordt verleend en de personen die actief zijn op dat terrein, vestigt de spreekster de aandacht op de platformen, verenigingen en bonden in de verschillende gewesten.

Deze zogenaamde platformen stellen wijzigingen voor. Zij trachten de initiatieven op het terrein te evalueren en te coördineren.

De verenigde commissies zouden de eisen van deze platformen, verenigingen en bonden moeten herlezen om na te gaan of de voorgestelde tekst tegemoetkomt aan de verwachtingen.

In een kaderwet moeten de opdrachten van de platformen precies worden gedefinieerd.

Ze geven adviezen over het aanbod en de noden op het vlak van de palliatieve zorg in het gewest, coördineren de werking van de palliatieve diensten, overleggen met andere verenigingen en voorzien in de opleiding van de personen die de palliatieve zorg verstrekken. Ze zijn dus de meest geschikte onderhandelingspartner van de overheid.

Ze moeten de huidige praktijk evalueren en, in samenwerking met de gewesten, de noodzakelijke verzoeken formuleren ten aanzien van de verschillende overheidsinstanties ten einde hun taak nauwkeuriger te omschrijven en beter te vervullen, en meer subsidies te krijgen.

Thans ontvangt elk platform ongeveer 1 250 000 frank per 300 000 inwoners. Dit bedrag wordt verhoogd met hetzelfde bedrag voor elke bijkomende schijf van 300 000 inwoners. Er rijzen vragen over deze cijfers en over deze financieringswijze.

De patiënten verlangen uiteraard in de eerste plaats dat zij thuis worden verzorgd.

In sommige provincies van ons land, bijvoorbeeld in Luxemburg, overlijden 60 tot 70% van de patiënten thuis.

Le droit de chacun à bénéficier des soins palliatifs suppose que l'on définisse la notion de patient palliatif.

Actuellement, cette notion est définie par le collège des médecins-directeurs de l'INAMI. Les auteurs de la proposition souhaiteraient que cette définition soit inscrite dans une loi, en ce compris, le cas échéant, une indication de la durée que cela implique, même si cela paraît très difficile.

Les unités de soins palliatifs fournissent à cet égard des moyennes statistiques.

L'intervenante souhaite interroger le ministre sur la possibilité de définir une moyenne, susceptible de servir à des évaluations budgétaires.

En ce qui concerne les différents lieux où se pratiquent les soins palliatifs et les divers acteurs qui interviennent en la matière, l'intervenante attire l'attention sur l'existence des plates-formes des soins palliatifs, associations et fédérations existant dans les différentes régions.

Ces plates-formes proposent des modifications. Elles font l'effort d'évaluer et de coordonner tout ce qui existe sur le terrain.

Il serait bon que les commissions réunies relisent les revendications de ces plates-formes, associations et fédérations, pour voir si leurs attentes seront comblées par le texte qui sera voté.

Il convient, dans une loi-cadre, de définir précisément les missions des plates-formes en question.

Elles donnent des avis sur les offres et besoins en matière de soins palliatifs dans la région, coordonnent les activités palliatives, se concertent avec d'autres associations, et surtout forment les acteurs en soins palliatifs. Elles constituent donc l'interlocuteur privilégié des autorités publiques.

Il leur appartient d'évaluer les pratiques actuelles et, en collaboration avec les régions, de faire les demandes nécessaires aux différents pouvoirs publics pour pouvoir améliorer leurs missions, peut-être les préciser, et recevoir des subsides plus importants, comme elles le demandent.

Actuellement, chaque plate-forme reçoit environ 1 250 000 francs par 300 000 habitants, majorés de la même somme si l'on atteint une tranche supplémentaire de 300 000 habitants. On peut s'interroger sur ces chiffres et sur ce financement.

Le premier lieu où les citoyens demandent que la prise en charge des patients ait lieu est, bien sûr, le domicile.

Dans certaines provinces de notre pays, comme la province de Luxembourg, 60 à 70% des personnes meurent à domicile.

In de steden is dit aandeel aanzienlijk lager. Thuis kunnen sterven moet worden aangemoedigd. De meerderheid van de mensen wenst dit.

Er kan een steeds grotere beweging worden geconstateerd tussen de ziekenhuizen, de residentiële diensten voor palliatieve zorg en de woonplaats.

De evolutie van de palliatieve zorg biedt niet alleen de mogelijkheid om de mensen zoveel mogelijk thuis te verzorgen, maar kan het overbrengen van de ene plaats naar de andere misschien ook vergemakkelijken.

De manier waarop de thuisverzorging in de provincie Luxemburg is georganiseerd, onder meer met begeleidingsteams en opleiding in het buitenland, is zeer interessant en moet nader worden bekeken.

Een lid wijst erop dat er in de provincie Luxemburg twee platformen werden opgericht omdat men er niet in slaagde een akkoord te bereiken over de oprichting van een enkel pluralistisch platform. De spreker vindt dat men in de andere provincies misschien ook een dergelijke manier van werken moet overwegen. Een zekere «verzuiling» van de palliatieve zorg kan tot meer efficiëntie leiden.

De spreekster antwoordt dat dit een ander debat is. Ze wou enkel de aandacht vestigen op de organisatie van de palliatieve thuisverzorging in de provincie Luxemburg.

De palliatieve dienstverlening is de jongste jaren sterk geëvolueerd. Het is helemaal geen star concept want de ervaring leidt tot verfijning van de methodes.

Als men de patiënten thuis verzorgt, moet er uiteraard een forfaitair bedrag worden vooropgesteld. De indieners van het voorstel zijn blij met het forfaitair bedrag dat in het *Belgisch Staatsblad* van 30 december 1999 werd gepubliceerd.

Ze wensen een hogere en structurele financiering, vooral voor de begeleidingsteams (tweedelijnssteams, multidisciplinaire teams die steun bieden aan de hulpverleners die instaan voor de eerstelijnszorg bij de patiënt thuis).

Momenteel wordt de forfaitaire vergoeding voor deze begeleidingsteams berekend op een basisaantal van 150 patiënten en wordt dit bedrag verhoogd wanneer het om meer patiënten gaat.

Het aantal patiënten en de geografische zones waarop men zich baseert, roepen eveneens vragen op.

De spreekster vraagt zich af in welk budgettair kader men een verhoging van de financiering moet situeren.

De cijfers die in het wetsvoorstel worden aangehaald, moeten worden gezien als indicatoren, waar-

Cette proportion est beaucoup moins grande dans les villes. Il faut favoriser au maximum le décès à domicile, parce que celui-ci est conforme au vœu de la majorité des personnes.

La culture palliative montre qu'il y a de plus en plus d'allers-retours entre les hôpitaux, les unités résidentielles de soins palliatifs et le domicile.

Dans une culture évolutive des soins palliatifs, il y a un moyen, non seulement, de laisser un maximum de gens à domicile, mais peut-être aussi d'organiser des allers-retours plus fréquents.

Dans la province de Luxembourg, la manière dont les soins à domicile sont organisés, avec des équipes de soutien, les formations suivies à l'étranger, etc., constitue un modèle qu'il serait intéressant d'étudier.

Un membre fait observer que, dans cette province, on a en fait créé deux plates-formes, parce que l'on n'a pas pu trouver un accord pour créer une plate-forme pluraliste. L'intervenant retient de ce qui vient d'être dit que l'on aura peut-être intérêt à pratiquer de la même façon dans les autres provinces, pour atteindre une efficacité réelle, en «pilarisant» en quelque sorte les soins palliatifs.

L'oratrice répond que son raisonnement ne se situait pas dans ce registre, mais qu'elle souhaitait plutôt mettre en évidence le fonctionnement de la culture palliative, notamment à domicile, dans la province de Luxembourg.

En quelques années, la culture palliative a considérablement évolué. Il ne s'agit donc pas du tout d'un concept figé, car les expériences s'affinent.

Si l'on garde les patients à domicile, il faut évidemment prévoir un forfait. À cet égard, les auteurs de la proposition se réjouissent du montant du forfait publié au *Moniteur belge* du 30 décembre 1999.

Ils souhaitent un financement plus important, et de nature structurelle, avant tout pour les équipes de soutien (équipes de deuxième ligne, équipes pluridisciplinaires venant en appui des soignants qui interviennent en première ligne à domicile).

Actuellement, le forfait pour ces équipes de soutien est calculé sur une base de 150 patients, avec un supplément au-delà de cette limite.

On pourrait discuter aussi du nombre de patients, des zones géographiques sur lesquelles on travaille.

L'intervenante aimerait aussi savoir dans quel cadre budgétaire on peut imaginer d'augmenter le financement.

Les chiffres avancés dans le cadre de la proposition de loi constituent des indicateurs, qui devraient être

van de uitvoerbaarheid moeten worden getoetst aan de budgettaire mogelijkheden waarover men beschikt.

De financiering van de begeleidingsteams door het RIZIV op basis van conventies moet worden besproken.

In het begin heeft men ervaring opgedaan in het werken met conventies en nu loopt dit systeem naar wens. Men vraagt om de conventies niet te vaak te herzien en niet zo vaak te verbreken. De verbrekingsgronden moeten minder ruim worden, de conventies moeten van onbepaalde duur zijn en er moet worden gestreefd naar een structurele financiering in plaats van een financiering die afhankelijk is van onderhandelingen met het RIZIV.

De tekst van het voorstel is op sommige punten gebaseerd op de koninklijke besluiten, maar op andere punten gaat hij verder, namelijk met betrekking tot de erkenningsvoorwaarden van de begeleidingsteams.

Het voorstel gaat ook in op de wijze van samenstelling van al deze teams en pleit voor een uitbreiding van het profiel van de personen die er deel van uitmaken.

Het overleg tussen de begeleidingsteams en de eerstelijnszorg verloopt, afhankelijk van het geval, vrij goed. Het moet beter worden georganiseerd en de wet moet de opdrachten van eenieder precies omschrijven, opdat de eerste en de tweede lijn efficiënt kunnen samenwerken in plaats van elkaar als rivalen te zien.

De indieners van het voorstel vragen meer verplegers en administratief personeel voor de teams en ze vinden dat de geneesheer die het team leidt, een hogere vergoeding moet krijgen (betaling van zes arbeidsuren in plaats van vier).

Ook kinesisten, maatschappelijk werkers en geestelijke of andere begeleiders moeten een plaats krijgen in de teams.

Het voorstel bepaalt dat deze teams 24 uur per dag paraat moeten zijn, dat er moet worden voorzien in een permanente opleiding van alle teamleden en dat er wekelijks multidisciplinaire vergaderingen moeten worden georganiseerd.

Er moet aandacht zijn voor het aandeel van de patiënt in de kosten van de thuisverzorging.

Het theoretisch recht van elke patiënt op palliatieve verzorging dreigt dode letter te blijven als er op financieel vlak geen hulp wordt geboden.

Momenteel moet er geen remgeld worden betaald, maar de indieners van het voorstel willen verder gaan wat de tussenkomst van het RIZIV betreft voor de bezoeken en consultaties van de huisartsen of de

testés quant à leur praticabilité, au regard des marges de manœuvre budgétaires dont on dispose.

Il faudrait aussi débattre de la manière dont les équipes de soutien sont financées par l'INAMI sur base de conventions.

Au départ, des expériences-pilotes ont eu lieu. Aujourd'hui, ces conventions sont rodées. On demande qu'elles ne soient pas revues aussi souvent et qu'elles ne puissent être rompues aussi fréquemment. Il faudrait donc que les motifs de rupture soient moins larges, que la durée des conventions soit indéterminée, et que l'on en arrive à un financement structurel, au lieu d'un financement dépendant d'une négociation avec l'INAMI.

La proposition reprend sur certains points le contenu des arrêtés royaux et va plus loin sur d'autres, en ce qui concerne les conditions d'agrément des équipes de soutien.

Elle insiste aussi sur la composition de toutes ces équipes et tend à un élargissement des profils des personnes qui en font partie.

La concertation des équipes de soutien avec la première ligne fonctionne plus ou moins bien selon les cas. Elle devrait être mieux organisée et la loi devrait préciser quelles sont les missions de chacun, afin que première et deuxième ligne agissent en concertation, et non en compétition.

En ce qui concerne la composition des équipes, la proposition demande plus d'infirmiers, plus de personnel administratif et que le médecin généraliste qui gère l'équipe soit mieux rémunéré (prise en compte de six heures de travail, au lieu de quatre).

Elle demande aussi que les équipes soient renforcées en kinésithérapeutes, assistants sociaux et conseillers spirituels ou autres.

La proposition prévoit aussi que ces équipes devraient travailler 24 heures sur 24, qu'une formation continue devrait être prévue pour tous ces acteurs, que des réunions interdisciplinaires hebdomadaires devraient être organisées.

Il faut éventuellement être attentif à ce que représente la charge du patient dans le coût des interventions à domicile.

Le droit théorique de tout patient aux soins palliatifs risque de rester lettre morte s'il ne dispose pas d'une aide financière.

Actuellement, il ne doit pas payer de ticket modérateur, mais les auteurs de la proposition proposent d'aller plus loin en ce qui concerne l'intervention de l'INAMI dans la prise en compte des visites et des

geneesheren-specialisten en voor de huisbezoeken van verplegers en paramedici.

Er wordt voorgesteld dat het RIZIV de kosten voor deze prestaties volledig op zich zou nemen.

Ook op dit vlak zijn een evaluatie van het budget en een dialoog met de minister nodig.

De palliatieve verzorging wordt niet enkel bij de patiënt thuis verleend, maar ook op andere plaatsen, vooral in de palliatieve diensten van de ziekenhuizen.

In ons land wordt de palliatieve zorg door een gespecialiseerde verzorgingseenheid of door mobiele teams verstrekt, afhankelijk van het ziekenhuis. Voor de ziekenhuizen die voor de eerste mogelijkheid hebben gekozen, moeten er eveneens financiële inspanningen worden gedaan. Zo moet de vergoeding van de arts die het team leidt en die tegelijkertijd coördinator en directeur is, worden verhoogd.

De huidige vergoeding is niet toereikend. De normen voor erkend verplegend personeel zijn dat evenmin.

Een andere manier om palliatieve zorg in een ziekenhuis te verstrekken, is dat deze dienst op een algemene wijze wordt uitgeoefend.

Een ziekenhuis moet in principe over een palliatieve dienst beschikken. Voor een ziekenhuis met meer dan 500 bedden wordt hiervoor ongeveer 750 000 frank toegekend.

De directeurs (beheerders) van ziekenhuizen onderstrepen dat deze financiering niet toereikend is. De ziekenhuizen die werkelijk hebben besloten een palliatieve dienst op te richten, dringen aan op bijkomende middelen en opleiding.

Bovendien is er vaak te weinig aandacht voor de sector van de rust- en verzorgingstehuizen. In deze sector wordt er in geen enkele financiering voorzien voor palliatieve zorg, hoewel er een tekst bestaat waarin de rust- en verzorgingstehuizen worden uitgenodigd een palliatieve dienst op te richten. De zeldzame instellingen die dit hebben gedaan, moeten hiervoor putten uit middelen die niet voor palliatieve zorg bestemd zijn.

De directeurs van deze tehuizen hebben een dringende oproep gedaan voor meer middelen.

Een voorstel van kaderwet mag niet de ene of de andere instelling bevoordelen. Het voorstel heeft de verdienste het probleem op te werpen. De financiering moet volgens het voorstel op dezelfde manier worden opgevat als voor de thuisverzorging omdat de twee situaties een zekere gelijkenis vertonen.

Ten slotte verklaart de spreker dat het voorstel zeer technisch en complex is.

consultations des médecins généralistes ou spécialistes, des infirmiers et des paramédicaux qui passent à domicile.

Il est suggéré que toutes ces interventions soient prises en charge à 100 % par l'INAMI.

Là aussi, une évaluation budgétaire et un dialogue avec le ministre seraient nécessaires.

À côté du domicile, les soins palliatifs s'exercent bien évidemment dans une série d'autres lieux, et notamment dans les unités de soins palliatifs des hôpitaux.

Dans notre pays, selon le choix de l'hôpital, les soins palliatifs sont dispensés soit dans le cadre d'une unité spécialisée, soit en équipes mobiles. Pour les hôpitaux qui ont opté pour la première solution, des efforts financiers sont également nécessaires, notamment en augmentant la rémunération du médecin qui dirige l'unité et qui est à la fois un coordinateur et un directeur.

Actuellement, cette rémunération n'est pas suffisante. La norme de personnel infirmier reconnue ne l'est pas davantage.

Comme indiqué, une autre manière de dispenser des soins palliatifs en hôpital est d'exercer cette fonction de manière générale.

En principe, la fonction palliative en hôpital est obligatoire. Elle est rémunérée à raison de \pm 750 000 francs par hôpital de plus de 500 lits.

Les directeurs (gestionnaires) d'hôpitaux soulignent que ce financement n'est pas suffisant. Les hôpitaux qui ont vraiment décidé d'instaurer une fonction palliative insistent sur la nécessité de moyens et de formation supplémentaires.

En outre, un endroit que l'on néglige peut-être est le secteur des maisons de repos et de soins. Aucun financement pour les soins palliatifs n'est prévu dans ce secteur, bien qu'il existe un texte invitant les maisons de repos et de soins à développer une fonction palliative. Les rares établissements qui l'ont fait doivent puiser pour cela dans des budgets non destinés aux soins palliatifs.

Les directeurs de ces maisons lancent un appel pressant à plus de moyens.

Une proposition de loi-cadre ne peut avantager un lieu ou un autre. La proposition a le mérite de poser le problème. Elle suggère que le financement soit conçu de la même manière que pour les personnes soignées à domicile, car il existe une similitude entre ces deux situations.

En conclusion, l'intervenante souligne la technicité et la complexité de la proposition.

Het is voor de federale wetgever inderdaad niet gemakkelijk een wet over deze materie op te stellen omdat er verschillende bevoegdheidsniveaus bij zijn betrokken. Deze zaken worden momenteel bij koninklijk besluit geregeld, de gewesten kennen de subsidies toe, terwijl de opleiding onder de bevoegdheid valt van de gemeenschappen en misschien ook van de geneesheren zelf. Het zijn immers zij die nu naar het buitenland gaan voor een opleiding en die de kennis die zij daar hebben verworven, doorgeven aan wie het wenst.

Het bijeenbrengen van al deze elementen in een voorstel van kaderwet biedt eenieder de mogelijkheid zijn eigen positie te bepalen, draagt bij tot de ontwikkeling van een palliatieve cultuur en geeft ons de kans de achterstand ten opzichte van sommige buurlanden in te halen. Op die manier kan het probleem van de euthanasie — althans gedeeltelijk — worden opgelost.

Een lid merkt op dat in het voorstel een algemeen plan wordt uiteengezet waardoor de kosten voor palliatieve zorg aanzienlijk verhogen. Hij vraagt zich af of de indieners van het voorstel de financiële gevolgen hebben berekend en zo niet, of ze dat niet zouden moeten doen.

De spreekster antwoordt dat ze herhaaldelijk heeft aangedrongen op de aanwezigheid van de bevoegde ministers omdat een precieze berekening van de financiële implicaties van het voorstel een bijzondere expertise vereist.

De kosten die het voorstel, zoals het thans is ingediend, meebrengt, zijn aanzienlijk in vergelijking met het budget dat hiervoor thans ter beschikking staat.

Momenteel zijn er in ons land 360 bedden voor palliatieve zorg, waarvan 140 in Wallonië.

De mensen op het terrein vinden dit aantal ontoereikend. Er wordt dan ook voorgesteld de palliatieve zorg uit te breiden, binnen de grenzen die de indieners van het voorstel redelijk achten.

Wat bijvoorbeeld de palliatieve thuisverzorging betreft, vraag men dat de storting van de onlangs verhoogde forfaitaire toelage meer dan twee keer kan worden herhaald, rekening houdend met het feit dat de gemiddelde levensduur in een instelling voor palliatieve zorg varieert van enkele dagen tot vier maanden.

Een andere techniek bestaat erin om elke plaats te evalueren en na te gaan of de voorgestelde gemiddelden overeenkomen met de huidige behoeften aan palliatieve bedden. Maar het is duidelijk dat 360 bedden voor heel België niet volstaan.

Hoewel zij van oordeel is dat het niet de taak is van een parlementslid om de gevraagde begrotingsevaluatie te maken, stelt spreekster voor om de cijfers mee te delen die zij heeft ontvangen van de coördinaties en federaties die rond het onderwerp werkzaam zijn.

Il est vrai que, pour le législateur fédéral, il n'est pas facile de légiférer, puisque plusieurs niveaux de pouvoirs sont impliqués : des arrêtes royaux régissent la matière, les régions accordent des subsides, tandis que la formation dépend des communautés et peut-être aussi de l'organisation même des médecins, puisque ce sont eux qui, actuellement, vont à l'étranger pour suivre une formation, et la transmettent ensuite à ceux qui le souhaitent.

Le fait de rassembler tous ces éléments dans une proposition de loi-cadre permettrait à chacun de se situer et, surtout, de développer la culture palliative et de rattraper notre retard par rapport à certains pays voisins. On donnerait ainsi une réponse — certes partielle — à la problématique de l'euthanasie.

Un membre constate que la proposition propose un plan global qui augmente considérablement les dépenses consacrées aux soins palliatifs. Il demande si les auteurs du texte ont chiffré les effets de celui-ci et sinon, s'il n'y aurait pas lieu de le faire.

L'oratrice répond que, comme elle l'a dit à plusieurs reprises au cours de son exposé, elle aurait souhaité que les ministres compétents soient présents, car chiffrer de façon précise les propositions formulées suppose une expertise particulière.

Le coût de la proposition de loi, telle qu'elle est actuellement rédigée, est très important, par rapport au budget actuellement consacré à la matière.

Actuellement, notre pays compte 360 lits en soins palliatifs, dont 140 pour la Wallonie.

Les acteurs de terrain estiment ce chiffre insuffisant. Il est dès lors proposé d'augmenter les soins palliatifs, dans des limites qui paraissent raisonnables aux auteurs de la proposition.

Il est par exemple demandé en matière de soins palliatifs à domicile, que le versement de l'allocation forfaitaire récemment augmentée puisse être répété plus de deux fois, compte tenu du fait que la durée moyenne de vie dans les lieux de soins palliatifs varie de quelques jours à quatre mois.

Une autre technique consiste à disposer d'une évaluation de chaque lieu et de voir si les moyennes proposées correspondent aux besoins actuels en lits palliatifs. Mais il est clair que 360 lits ne suffisent pas pour toute la Belgique.

Bien qu'elle estime qu'il n'appartient pas à un parlementaire de faire l'évaluation budgétaire demandée, l'intervenante propose de communiquer les chiffres qui lui ont été transmis par les plateformes et fédérations qui travaillent sur le sujet.

De bevoegde minister zou moeten meewerken aan de evaluatie op grond van de gegevens van de gewesten.

Ook het RIZIV zou aan het debat moeten deelnemen.

Een vorige spreker is van oordeel dat men toch niet tegelijkertijd zeer precieze cijfers kan voorstellen en staande kan houden dat het niet de taak is van de indieners van het voorstel om de budgettaire weerslag ervan te ramen.

De parlementsleden zijn goed genoeg geïntroduceerd bij de gewesten en gemeenschappen opdat die het nodige werk laten zouden uitvoeren.

Een ander lid verheugt er zich over dat de zes leden van de meerderheid drie wetsvoorstellen hebben ingediend, waaronder een apart wetsvoorstel over de palliatieve zorg. Op institutioneel vlak veroorzaakt het zopas toegelichte voorstel een hele reeks problemen omdat verschillende bevoegdheidsniveaus worden vermengd.

Wanneer in een ruim wetsvoorstel aan de bevoegdheden van de gemeenschappen wordt geraakt, bestaat er een reëel risico dat het wordt afgewezen om de eenvoudige reden dat de federale wetgever niet bevoegd is voor sommige onderdelen.

Spreker verheugt er zich tevens over dat zoveel mensen belangstelling hebben voor de ontwikkeling van de palliatieve zorg. Hij is er echter geenszins van overtuigd dat het de rol is van de wetgever om zover te gaan als in het zopas toegelichte wetsvoorstel, want sommige punten behoren veeleer tot de bevoegdheid van de regering.

Spreker merkt verder op hoe moeilijk het is om pluralistische structuren in het leven te roepen.

Zo is in de provincie Luxemburg een poging om een coördinatie voor de palliatieve zorg op te richten gestrand, zodat twee coördinaties moesten worden opgericht.

Tien jaar geleden heeft spreker naar aanleiding van de oprichting van een structuur voor palliatieve zorg voorgesteld om een pluralistische inrichtende macht in het leven te roepen. Hij heeft zijn verzoek herhaald, maar kreeg nooit een antwoord.

Er bestaan vandaag eenheden voor palliatieve zorg, die zich allemaal pluralistisch noemen, maar hun inrichtende macht is niet pluralistisch.

Het probleem is dus niet eenvoudig. Het is trouwens bijzonder moeilijk voor de federale wetgever om het onderscheid te maken tussen zijn eigen bevoegdheden en die van de gewesten en gemeenschappen.

Il faudrait que le ministre compétent collabore à l'évaluation, sur la base des données dont pourraient disposer les régions.

L'INAMI devrait aussi être un interlocuteur dans le débat.

Un précédent intervenant estime que l'on ne peut à la fois présenter des chiffres bien précis et considérer qu'il n'appartient pas aux auteurs de la proposition de chiffrer celle-ci.

En ce qui concerne les régions et communautés, les parlementaires y ont suffisamment de relais pour que le travail nécessaire puisse être initié dans les organes compétents de ces pouvoirs.

Un autre membre se réjouit que trois propositions de loi aient été déposées par les six auteurs de la majorité, en ce compris une proposition de loi particulière sur les soins palliatifs. En effet, sur le plan institutionnel, la proposition qui vient d'être commentée suscite, de par son libellé, une série de problèmes évidents, puisque les divers niveaux de pouvoir sont mélangés.

Le risque est grand, lorsqu'on reprend, dans une large proposition, des éléments qui relèvent des communautés, que le texte soit écarté au seul motif que le législateur fédéral n'est pas compétent sur certains points.

L'intervenant se réjouit également que nombreux soient ceux qui s'intéressent, depuis un certain temps déjà, aux soins palliatifs et à leur développement. Il n'est cependant pas convaincu qu'il soit du rôle du législateur de faire un travail aussi affiné que celui de la proposition qui vient d'être commentée, sur certains points qui relèvent plutôt de la compétence du gouvernement.

Enfin, l'intervenant fait observer à quel point il est difficile de créer des structures que l'on qualifie de pluralistes.

Ainsi, la tentative de créer en province de Luxembourg une plate-forme en matière de soins palliatifs a abouti à un constat d'impossibilité, de sorte que deux plates-formes ont dû être créées.

De même, il y 10 ans, l'intervenant a proposé, à propos d'une structure palliative naissante, la création d'un pouvoir organisateur pluraliste. Il a réitéré sa demande une seconde fois. Jamais il n'a obtenu de réponse.

Il existe actuellement des unités de soins palliatifs, qui se qualifient toutes de pluralistes, mais dont le pouvoir organisateur ne l'est pas.

Le problème n'est donc pas simple. Il est par ailleurs très difficile, pour le législateur fédéral, de faire le tri entre ses propres compétences et celles des régions et des communautés.

Vandaar dat het beter in de regelgeving niet te ver gaan om te vermijden dat het proces wordt afgeremd in plaats van gestimuleerd.

Een lid merkt op dat, zoals uit dit debat is gebleken, iedereen in deze commissies het er wel over eens is dat de deskundigheid inzake pijnbestrijding, de morele verlichting en de menselijke nabijheid voor alle patiënten op gelijkwaardige wijze toegankelijk moet zijn. De Senaat heeft geen bevoegdheid meer op het vlak van de begroting en inzake de politieke controle op de uitvoerende macht. Hij kan vanzelfsprekend niet tussen komen in de bevoegdheden van de gemeenschappen. De Senaat heeft wel als opdracht een aangelegenheid zoals palliatieve zorg te onderzoeken en op basis hiervan een wettelijke regeling voor te stellen.

De Senaat moet in dit domein derhalve meer doen dan als aanhangsel van een euthanasiewet een mooie politieke verklaring afleggen waarin een aantal intenties worden geformuleerd. Niemand kan betwisten dat een euthanasiewet een morele druk op de patiënt legt. De Senaat zou onzorgvuldig te werk gaan indien hij geen regeling uitwerkt die de regering ertoe dwingt op zeer korte termijn de nodige middelen voor palliatieve zorg vrij te maken en een voor iedereen toegankelijk stelsel uit te bouwen. De verdeling van de bevoegdheden op dit vlak mag de Senaat er niet van weerhouden om binnen zijn eigen opdracht een maximale inspanning te doen en een zo hoog mogelijke druk op de uitvoerende macht te leggen.

Een ander lid onderstreept nogmaals dat de wetsvoorstellen over euthanasie en over palliatieve zorg die door leden van zes fracties werden ingediend, volkomen gelijkwaardig en onverbrekkelijk met elkaar verbonden zijn. Men mag de zaken derhalve niet zo voorstellen als zou het ene een « aanhangsel » zijn van het andere. Dit is blijkbaar een misverstand dat ook in kringen buiten de Senaat leeft en dat zeer moeilijk uit de wereld kan worden geholpen.

Het is inderdaad zo dat een stelsel van palliatieve zorgverlening alleen met medewerking van de gemeenschappen kan worden uitgebouwd. Het is aan de leden van deze commissies om ook in deze richting initiatieven te nemen. De noodzaak van een gedegen en algemeen toegankelijk systeem inzake palliatieve zorg wordt derhalve door niemand in vraag gesteld, maar men moet er ook begrip voor hebben dat een dergelijk systeem geen antwoord kan bieden op het lijden van sommige patiënten.

Zij stipt nog aan dat zij eerder een voorstel van resolutie in verband met de palliatieve zorgverlening mede heeft ondertekend (Stuk Senaat, nr. 2-106/1). Dit wordt vanzelfsprekend vervangen door het wetsvoorstel nr. 2-246/1 dat het recht op palliatieve zorg meteen wettelijk verankert.

Mieux vaut ne pas aller trop loin dans la réglementation, à peine d'entraver le processus que l'on veut précisément favoriser.

Comme le fait remarquer un membre, ce débat a mis en évidence le consensus apparu au sein des commissions selon lequel tous les patients doivent pouvoir bénéficier de la même manière du savoir en matière de lutte contre la douleur, du soulagement moral et de l'accompagnement humain. Le Sénat n'est plus compétent en matière de budget ni de contrôle politique du pouvoir exécutif. Il va de soi qu'il ne peut intervenir dans les compétences des communautés. Par contre, il revient au Sénat d'examiner la question des soins palliatifs et de proposer des dispositions légales à ce sujet.

À ce propos, le Sénat doit consacrer aux soins palliatifs davantage qu'une simple annexe à une loi relative à l'euthanasie et faire plus que de belles déclarations politiques reprenant une série d'intentions. Nul ne peut contester le fait qu'une loi en matière d'euthanasie fait peser une pression morale sur le patient. Le Sénat agirait à la légère en n'élaborant pas une réglementation qui obligerait le gouvernement à dégager, à très court terme, les moyens nécessaires au développement des soins palliatifs et à la mise sur pied d'un système accessible à tous. La répartition des compétences sur ce plan ne peut pas être, pour le Sénat, une raison de ne pas faire un effort maximum en ce qui concerne la mission qui lui revient et de ne pas mettre toute la pression sur le pouvoir exécutif.

Un autre membre souligne, une fois de plus, que les propositions de loi relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs, déposées par des membres de six groupes, sont équivalentes et indissociables. Nous ne pourrions d'ailleurs pas présenter les choses de la même manière si l'une des propositions était une « annexe » de l'autre, comme pourraient le faire croire certaines rumeurs, entendues en dehors du Sénat, que l'on aura bien du mal à démentir.

Il est clair qu'un système de soins palliatifs ne peut être développé qu'avec la collaboration des communautés. Il appartient aux membres de cette commission de prendre également des initiatives dans ce sens. Du reste, si nul ne met en doute la nécessité d'un système solide et accessible à tous en matière de soins palliatifs, il faut néanmoins accepter de reconnaître que ce système ne peut offrir de réponse à la souffrance de certains patients.

L'oratrice cite par ailleurs un projet de résolution en matière de soins palliatifs qu'elle a elle-même cosigné (doc. Sénat, n° 2-106/1). Ce projet a naturellement été remplacé par la proposition de loi n° 2-446/1 qui ancre légalement le droit aux soins palliatifs.

De vorige spreker antwoordt dat zij geenszins twijfelt aan de bedoelingen van de indieners van deze wetsvoorstellen. Men kan er echter niet omheen dat er tussen de beide wetsvoorstellen een duidelijk verschil is. Eenmaal het wetsvoorstel met betrekking tot euthanasie gestemd is, kan dit vrijwel meteen in werking treden. Op het ogenblik echter dat het wetsvoorstel inzake palliatieve zorg in het *Belgisch Staatsblad* verschijnt, moet de opbouw van het systeem nog van start gaan. Wie het met dit voorstel ernstig meent zal derhalve zowel ten aanzien van de uitvoerende macht als ten aanzien van de gemeenschappen alles in het werk moeten stellen opdat ook die op korte termijn hun deel van de verantwoordelijkheid opnemen.

b) Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (van mevrouw Ingrid van Kessel c.s.); nr. 2-402/1

De hoofdindienster van het wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (Stuk Senaat, nr. 2-402/1) benadrukt dat niemand het belang van de palliatieve zorg in vraag stelt. Dit is duidelijk gebleken uit de hoorzittingen die de bespreking van het wetsvoorstel betreffende de euthanasie (Stuk Senaat, nr. 2-244/1 en volgende) voorafgingen.

Een cruciaal punt in het wetsvoorstel nr. 2-402 bestaat erin dat het recht op palliatieve zorg als uitgangsprincipe naar voor wordt geschoven. Het lid stelt met genoeg vast dat dit ook het geval is in het wetsvoorstel nr. 2-246. Daarentegen heeft het federaal plan inzake de palliatieve zorg het enkel over de palliatieve zorg op aanvraag van de patiënt in terminale fase. Dit betekent dat, volgens het federaal plan, de palliatieve zorg slechts wordt gegarandeerd voor diegenen die binnen afzienbare tijd zullen overlijden. Het lid is van oordeel dat de palliatieve zorg dient te worden gegarandeerd aan de patiënten die ongeneeslijk ziek zijn. Deze ruimere omschrijving wordt ook gehanteerd in het wetsvoorstel nr. 2-246.

Spreker vindt het essentieel te benadrukken dat elkeen die ongeneeslijk ziek is toegang heeft tot palliatieve zorg, ongeacht of de betrokkene al dan niet binnen afzienbare tijd zal sterven. Uit de hoorzittingen die in het kader van de euthanasieproblematiek werden georganiseerd kan men de conclusie trekken dat palliatieve zorg veel verder gaat dan louter terminale zorg.

Het lid meent voorts dat er een verschil bestaat tussen de hier besproken wetsvoorstellen wat de invulling van de palliatieve zorg betreft. Volgens het federaal plan maakt de palliatieve zorg weliswaar deel uit van de algemene gezondheidszorg, maar blijft ze beperkt tot de hoofdzakelijk materiële aspecten. Hoewel niemand betwist dat de verhoging van de

L'intervenante précédente déclare ne pas douter un seul instant des intentions des auteurs des propositions de loi. Il n'en demeure pas moins qu'il y a une nette différence entre ces deux propositions. Une fois qu'elle sera votée, la proposition de loi relative à l'euthanasie pourra pratiquement aussitôt entrer en vigueur. À l'opposé, dès le moment où la proposition de loi relative aux soins palliatifs paraîtra au *Moniteur belge*, il restera à développer tout un système. Ceux qui prennent cette proposition au sérieux mettront d'ailleurs tout en œuvre pour inciter le pouvoir exécutif et les communautés à assumer, à court terme, leur part de responsabilité.

b) Proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (de Mme Ingrid van Kessel et consorts); n° 2-402/1

L'auteur principal de la proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (doc. Sénat, n° 2-402/1) souligne que personne ne met en doute l'importance des soins palliatifs. Cela ressort clairement des auditions préalables à la discussion de la proposition de loi relative à l'euthanasie (doc. Sénat, n° 2-244/1 et suivants).

Un élément crucial de la proposition de loi n° 2-402 est d'ériger le droit aux soins palliatifs en principe. L'intervenante constate à sa grande joie que c'est également le cas dans la proposition de loi n° 2-246. En revanche, le plan fédéral en matière de soins palliatifs n'envisage que les soins palliatifs à la demande du patient en phase terminale. Cela signifie que selon le plan fédéral, les soins palliatifs ne sont garantis qu'à ceux qui vont bientôt mourir. L'intervenante estime que les soins palliatifs doivent être garantis aux patients incurables. Cette acceptation plus large est aussi retenue dans la proposition de loi n° 2-246.

L'intervenante trouve qu'il est essentiel de souligner que tout patient incurable a accès aux soins palliatifs qu'il soit ou non susceptible de mourir rapidement. On peut conclure des auditions organisées dans le cadre de la problématique de l'euthanasie que les soins palliatifs ne se limitent pas aux soins terminaux et sont bien plus larges.

L'intervenante pense par ailleurs qu'il existe une différence entre les propositions de loi dont on débat ici quant au contenu des soins palliatifs. Selon le plan fédéral, les soins palliatifs font certes partie de l'ensemble des soins de santé, mais ils se limitent aux aspects principalement matériels. Bien que personne ne conteste que l'augmentation du budget consacré

budgetten voor de palliatieve zorg een flinke stap in de goede richting is, moet volgens spreekster worden onderstreept dat palliatieve zorg ook immateriële zorg omvat, zoals psychologische comfortzorgen of spirituele omkadering. Terecht wordt in het voorstel nr. 2-246 de nodige aandacht geschonken aan de familiale omkadering. Het lid verwijst naar de bezorgdheid die tot uiting is gekomen bij de bespreking van de verschillende wetsvoorstellen inzake euthanasie, met name dat een verzoek tot euthanasie niet tot stand mag komen als gevolg van enige druk. De betrokkenheid van de familie bij de palliatie van de patiënt kan deze mogelijke sociale of familiale druk wegnemen.

Het lid verwijst naar de bepaling van het wetsvoorstel nr. 2-246 die de regering een resultaatsverbintenis oplegt. Zij meent dat moet vermeden worden dat er een verschil in financiële kost zou ontstaan tussen enerzijds de patiënten die in een ziekenhuis of een rust- of verzorgingstehuis worden opgenomen en anderzijds de patiënten die thuis wensen verzorgd te worden en aldaar te sterven. Het is een goede zaak dat de concrete uitwerking van deze resultaatsverbintenis aan de regering wordt overgelaten, die hiermee overigens reeds gestart is aan de hand van haar palliatief plan. Niettemin blijven enkele vragen open, waarover meer duidelijkheid gewenst is.

Het is op dit ogenblik mogelijk om, gedurende een periode van 30 dagen, eventueel verlengbaar tot twee maanden, een thuiszorgforfait te ontvangen van 19 500 frank. Deze periode is vrij kort. De minister van Sociale Zaken gaat hiermee principieel akkoord en heeft er tijdens de hoorzittingen in oktober 2000 in de Senaat voor gepleit dat een evaluatie van deze regeling zou plaatsvinden in het begin van het jaar 2001. In de Kamer van volksvertegenwoordigers heeft de minister evenwel gesteld dat de evaluatie slechts zou plaatsvinden aan het einde van het jaar 2001. Dit is bijzonder jammer, vermits een verlenging van deze periode het voor heel wat mensen zou mogelijk maken om er bewust voor te kiezen om thuis te sterven. Thans maakt de termijn van twee maanden het bijzonder moeilijk om deze keuze te maken, vermits men werkelijk op het precieze moment de aanvraag dient in te dienen. Vandaar dat het lid een verlenging van deze periode, waarop men recht heeft op het thuiszorgforfait, te verlengen tot 6 maanden.

Een tweede element dat dient te worden uitgeklaard betreft de uitbreiding van de thuiszorgequipes. De betrokkenheid van de huisarts in de eerste lijnszorg is essentieel. De thuiszorgequipes moeten zich dan ook maximaal kunnen beroepen op de huisarts. Ook het advies van een pijndeskundige zou ervoor kunnen zorgen dat de thuiszorgequipes beter kunnen functioneren.

Wat betreft de palliatieve functie in de RVT's en ROB's, erkent het lid dat reeds heel wat positieve stappen worden gezet. Niettemin wijst zij erop dat,

aux soins palliatifs soit un pas important dans la bonne direction, il faut, selon l'intervenante, souligner que les soins palliatifs recouvrent aussi des soins immatériels comme les soins de confort psychologique ou l'encadrement spirituel. La proposition de loi n° 2-246 se penche à juste titre, sur l'encadrement familial. La sénatrice fait référence à la crainte qui s'est exprimée lors de la discussion des différentes propositions de loi relatives à l'euthanasie, à savoir que des demandes d'euthanasie ne soient formulées sous la pression. Le fait d'impliquer la famille dans la phase palliative du patient peut faire disparaître cette pression sociale ou familiale.

L'intervenante fait référence à la disposition de la proposition de loi n° 2-246 qui impose une obligation de résultat au gouvernement. Elle estime qu'il faut éviter que ne surgisse une différence de coût financier entre, d'une part, les patients admis dans un hôpital ou une maison de repos et de soins et, d'autre part, les patients qui veulent être soignés à domicile et y mourir. Il est positif que la concrétisation de cette obligation de résultat soit laissée au gouvernement qui s'y est d'ailleurs déjà attelé sur la base de son plan palliatif. Certaines questions restent néanmoins ouvertes, pour lesquelles certaines clarifications sont souhaitables.

Actuellement, il est possible d'obtenir un forfait pour soins à domicile de 19 500 francs pendant une période de 30 jours que l'on peut éventuellement prolonger jusqu'à deux mois. Cette période est assez courte. Le ministre des Affaires sociales est en principe d'accord sur ce point et a plaidé, lors des auditions d'octobre 2000 au Sénat, en faveur d'une évaluation de cette réglementation au début de l'année 2001. À la Chambre des représentants, le ministre a cependant déclaré que l'évaluation n'aurait lieu qu'à la fin de 2001. C'est particulièrement regrettable vu qu'une prolongation de cette période permettrait à bien des personnes de choisir délibérément de mourir à la maison. Le délai actuel de deux mois rend ce choix particulièrement difficile puisqu'il faut réellement rentrer la demande au moment précis. Par conséquent, l'intervenante souhaite une prolongation jusqu'à six mois de la période pendant laquelle on a droit au forfait pour soins à domicile.

Le deuxième élément à clarifier est en rapport avec l'extension des équipes de soins à domicile. Il est essentiel d'associer le médecin traitant aux soins du premier échelon. Les équipes de soins à domicile doivent aussi pouvoir s'en remettre le plus possible au médecin traitant. L'avis du spécialiste de la douleur pourrait aussi contribuer à améliorer le fonctionnement des équipes de soins à domicile.

En ce qui concerne la fonction palliative des MRS et des MR, l'intervenante reconnaît que des étapes positives ont déjà été franchies. Néanmoins, elle

waar ook mensen sterven, de mogelijkheden van palliatieve zorg beschikbaar moeten zijn. Bijvoorbeeld in de psychiatrische verzorgingstehuizen laten deze mogelijkheden op vandaag heel wat te wensen over. Nochtans zou ook daar het recht op palliatieve zorg onverkort van toepassing moeten zijn.

Verder wijst spreekster op de problemen die thans bestaan met betrekking tot de honorariumsupplementen voor die personen die worden opgenomen in een palliatieve afdeling van een ziekenhuis. De akkoorden, die in de schoot van het RIZIV zijn gesloten tussen artsen en patiënten, geven geen duidelijk antwoord op de vraag of het al dan niet mogelijk is voor deze personen een honorariumsupplement te vragen. Het is essentieel dat de wetgever een krachtig signaal geeft dat zulks uitgesloten is.

Bovendien meent het lid dat men ook in de palliatieve functie in een ziekenhuis een beroep moet kunnen doen op een pijndeskundige. Pijnbestrijding is immers een essentieel onderdeel in de palliatieve zorg.

Spreekster wijst er ten slotte op dat, wanneer een ziekenhuis wordt geconfronteerd met financiële moeilijkheden, vaak in de eerste plaats wordt gesnoeid in de uitgaven van de geriatrie en de psychiatrische afdelingen, vermits deze afdelingen het minst te maken hebben met medisch-technische handelingen. Voor dergelijke handelingen wordt een ziekenhuis immers zeer goed gefinancierd. Men mag vrezen dat ook de palliatieve afdeling van een ziekenhuis bij de eerste besparingsoperaties wordt betrokken, daar het eveneens gaat om een afdeling die «niets opbrengt». Nochtans is dit wellicht de afdeling waar de patiënt het zwakst staat. Het lid stelt voor om deze problematiek te evalueren in de verenigde commissies, samen met de Federatie Palliatieve Zorg.

F. HOORZITTINGEN

Tijdens de bespreking heeft een aantal leden voorgesteld een reeks hoorzittingen te organiseren.

Na een brede gedachtewisseling hebben de verenigde commissies met dit voorstel ingestemd omdat, gelet op het netelige karakter van het onderwerp, de consultatie van vertegenwoordigers van verschillende sectoren die bij een wetgeving over euthanasie en palliatieve zorgverlening betrokken zijn, de werkzaamheden vooruit kan helpen.

De verenigde commissies hebben bijgevolg een lijst opgesteld van personen uit verschillende disciplines en met uiteenlopende opleidingen, onder wie mensen die werkzaam zijn op het terrein, huisartsen en specialisten, verpleegkundigen, ethici, juristen, apothekers en vertegenwoordigers van verschillende verenigingen.

souligne que des possibilités de soins palliatifs doivent exister quel que soit l'endroit où des personnes souhaitent mourir. Ces possibilités laissent par exemple fort à désirer dans les maisons de soins psychiatriques. Pourtant, il faudrait là aussi que le droit à l'accès aux soins palliatifs s'applique sans délai.

La sénatrice met ensuite en évidence les problèmes actuels relatifs aux suppléments d'honoraires pour les personnes admises dans l'unité de soins palliatifs d'un hôpital. Les accords conclus au sein de l'INAMI entre médecins et patients n'apportent pas de réponse claire à la question de savoir s'il est possible ou non de demander un supplément d'honoraires pour ces personnes. Il est essentiel que le législateur donne un signal fort pour indiquer qu'un tel supplément est exclu.

En outre, l'intervenante pense aussi que l'unité de soins palliatifs d'un hôpital doit également pouvoir avoir recours à un spécialiste de la douleur. La lutte contre la douleur est en effet un élément essentiel des soins palliatifs.

L'intervenante conclut en signalant qu'un hôpital confronté à des difficultés financières procède souvent à des coupes claires dans les dépenses des unités psychiatriques et gériatriques étant donné que ces unités ne pratiquent que peu d'actes médico-techniques. En effet, les hôpitaux bénéficient d'un très bon financement pour de tels actes. On peut aussi craindre que les unités de soins palliatifs des hôpitaux ne soient aussi les premières à faire les frais des opérations d'assainissement étant donné qu'il s'agit également d'unités «qui ne rapportent rien». Pourtant, c'est sans doute dans cette unité que le patient est le plus faible. La sénatrice propose d'évaluer cette question au sein des Commissions réunies, en concertation avec la Fédération des soins palliatifs.

F. AUDITIONS

Au cours de la discussion, certains membres ont formulé la suggestion que l'on procède à une série d'auditions.

Au terme d'un large échange de vues, les commissions réunies se sont ralliées à cette suggestion, estimant que, vu la nature extrêmement délicate de la matière, leurs travaux pourraient être éclairés par la consultation de représentants des divers secteurs concernés par une législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs.

Les commissions réunies ont donc établi une liste de personnes de formations et d'horizons divers, parmi lesquelles des acteurs de terrain, médecins généralistes et spécialistes, infirmières, des éthiciens, des juristes, des pharmaciens et des représentants de diverses associations.

De vraag werd gesteld of de hoorzittingen in openbare of in gesloten vergadering moesten plaatsvinden.

Daarover waren de meningen verdeeld.

Sommige leden toonden zich voorstander van gesloten vergaderingen, omdat de getuigen dan vrijuit kunnen spreken en om te vermijden dat de media het debat beïnvloeden.

Anderen gaven de voorkeur aan openbare hoorzittingen omwille van de belangstelling en de verwachtingen die de commissiewerkzaamheden bij de bevolking hebben gewekt.

De commissies hebben uiteindelijk beslist dat:

— de hoorzittingen van ethici, juristen en vertegenwoordigers van verenigingen openbaar zullen zijn, behalve als deze personen een geheel of gedeeltelijk gesloten vergadering wensen;

— de hoorzittingen van diegenen die op het terrein werkzaam zijn in gesloten vergadering zullen plaatsvinden, behalve als ze het anders wensen.

De verenigde commissies hebben 21 vergaderingen besteed aan de hoorzittingen, die plaatsvonden tussen 15 februari en 9 mei 2000.

Het volledige verslag van de openbare hoorzittingen wordt als bijlage bij dit verslag gepubliceerd(1).

G. HERVATTING VAN DE ALGEMENE BESPREKING (NA DE HOORZITTING)

Een lid verwijst naar het verloop van de werkzaamheden tot nog toe. Eerst werden een aantal wetsvoorstellen ingediend en toegelicht. Vervolgens werden hoorzittingen georganiseerd en nadien werd een rustperiode ingelast. Tot op heden werd er echter nog geen echt debat gevoerd.

De fractie van spreekster is van oordeel dat de openbare hoorzittingen een brede belangstelling hebben gewekt voor de problematiek van de euthanasie, vooral in het Zuiden van het land waar de RTBF telkens een samenvatting heeft uitgezonden. Voor de senatoren van de fractie waarvan spreekster deel uitmaakt, waren de hoorzittingen nuttig maar niet essentieel, zeker niet voor diegenen die zich, zoals spreekster, reeds lang met de problematiek bezighouden. Voor dergelijke personen hebben de hoorzittingen dan ook vaak slechts bevestigd wat ze reeds wisten. Niettemin zullen de hoorzittingen ongetwijfeld essentieel zijn geweest voor diegenen die minder vertrouwd waren met de problematiek.

Het lid wijst op het onafwendbaar gegeven dat eenieder die geboren wordt, ook zal sterven. De dood is

La question s'est posée de savoir si les auditions devraient avoir lieu en séance publique ou à huis clos.

Les avis à ce sujet étaient partagés.

Certains membres étaient partisans du huis clos, en vue de favoriser au maximum la liberté d'expression des témoins, et d'éviter que la médiatisation n'influence le cours du débat.

D'autres étaient favorables à des auditions publiques, compte tenu de l'intérêt et des attentes suscitées dans la population par les travaux des commissions.

Celles-ci ont finalement décidé:

— que les auditions des éthiciens, des juristes et des représentants des associations seraient publiques, sauf si ces personnes demandaient le huis clos, total ou partiel;

— que les auditions des praticiens de terrain auraient lieu à huis clos, sauf demande contraire de leur part.

Les commissions réunies ont consacré 21 réunions aux auditions, qui se sont tenues du 15 février au 9 mai 2000.

Le compte-rendu intégral des auditions publiques est publié en annexe au présent rapport(1).

G. REPRISE DE LA DISCUSSION GÉNÉRALE (APRÈS LES AUDITIONS)

Une membre rappelle quel a été jusqu'ici le déroulement des travaux. Tout d'abord, une série de propositions de loi ont été déposées et commentées. Ensuite, des auditions ont été organisées, après quoi on a ménagé un temps de réflexion. Mais jusqu'à présent, il n'y a pas eu de véritable débat.

Le groupe politique auquel appartient l'intervenante estime que les auditions publiques ont suscité un large intérêt pour la question de l'euthanasie, surtout dans le sud du pays où la RTBF a régulièrement résumé les débats. Pour les sénateurs du groupe politique auquel appartient l'intervenante, les auditions ont été utiles mais pas essentielles surtout pour ceux qui, comme l'intervenante, s'intéressent depuis longtemps déjà à la question. Pour eux, les auditions n'ont dès lors souvent que confirmé ce qu'ils savaient déjà. En revanche, les auditions auront sans nul doute été essentielles pour ceux qui maîtrisaient moins bien le sujet.

La membre part du fait inéluctable que quiconque vient au monde doit nécessairement mourir un jour.

(1) Dit verslag is ook te vinden op de website van de Senaat www.senate.be.

(1) Ce compte-rendu peut également être consulté par la voie informatique sur le site du Sénat www.senate.be.

echter niet identiek voor elk individu. Sommige personen merken niet dat ze sterven, maar anderen ondergaan een verschrikkelijk lijden dat soms jaren duurt. Ook voor deze laatste personen is echter elke dood anders. De draagkracht van personen verschilt, al naargelang van de aard van de ziekte en van de pijnbestrijding. Uit de hoorzittingen is gebleken dat pijnbestrijding voor vele mensen een onbekend gegeven is. Er is dan ook nood aan een snelle inschrijving — dit wil zeggen vanaf het nieuwe academiejaar — van een cursus pijnbestrijding voor studenten in de geneeskunde of in de verpleegkunde. Ook bijscholing van de reeds bestaande pratici is onontbeerlijk. De manier waarop een zieke wordt omringd heeft immers een grote invloed op diens eventuele vraag om sneller te mogen sterven. De kille ziekenhuisomgeving en het gebrek aan tijd van de medici en de familie is soms een determinerende factor. Maar zelfs indien de zieke goed omringd is, is een goede pijnbestrijding vereist. De Senaat dient hier een krachtig signaal te geven.

Vervolgens verwijst spreekster naar de opvatting die wordt gehuldigd door sommige personen die werden gehoord, dat gecontroleerde sedatie geen vorm is van actieve, noch van passieve euthanasie. Wanneer men de literatuur erop naslaat, onder meer het werk van Marie de Hennezelle, leert men dat bij gecontroleerde sedatie de intentie van de zorgverlening anders is, met name de persoon minder te laten lijden en op een humane manier de ziekte te laten ondergaan. Heeft men, bij het ingaan op een vraag naar euthanasie, echter ook niet de intentie de persoon minder te laten lijden? Dit is niet duidelijk, noch voor spreekster, noch voor haar fractie. De gecontroleerde sedatie, waarbij men de patiënt op geregelde tijdstippen terug tot bewustzijn laat komen, is voor spreekster alvast geen humane handelswijze.

Het lid is sceptisch over de bewering van palliatieve zorgverstrekkers dat, wanneer de euthanasieaanvraag wordt «gedecodeerd», ze in feite meestal verdwijnt en wordt omgezet in een vraag naar pijnbestrijding. Uit contacten die spreekster heeft gehad met de verpleegkundigen op het terrein, blijkt het tegendeel. Zij is van oordeel dat de palliatieve zorgverstrekkers de euthanasievraag zélf al te vaak interpreteren en daarom het leven trachten te rekken met alle mogelijke middelen. Dit is geen humane ingreep. Een dergelijke aanpak moet bestreden worden. Men moet vermijden dat er, naast de bestaande «therapeutische hardnekkigheid», ook een «palliatieve hardnekkigheid» ontstaat. Belangrijk is wel dat de palliatieve zorgverstrekking toegankelijk en betaalbaar wordt voor iedereen. Hiervoor dienen de nodige middelen te worden vrijgemaakt. Bovendien moet erop toegezien worden dat de vrijgemaakte middelen daadwerkelijk worden aangewend voor de palliatieve zorgverlening en niet voor andere doeleinden worden gehanteerd.

La mort n'est toutefois pas identique pour chaque individu. Certains ne se voient pas mourir mais d'autres subissent d'atroces souffrances, parfois pendant plusieurs années. Mais même pour ces personnes, chaque mort est également différente. L'endurance des personnes varie en fonction de la nature de la maladie et du traitement de la douleur. Les auditions ont révélé que pour beaucoup le traitement de la douleur restait une inconnue. Il est dès lors nécessaire de prévoir d'urgence — c'est-à-dire dès la nouvelle année académique — un cours d'algologie pour les étudiants en médecine ou en art infirmier. Il sera indispensable aussi de prodiguer une formation complémentaire aux praticiens qui exercent déjà. La manière dont le malade est entouré a en effet une grande influence sur sa demande éventuelle de pouvoir mourir plus rapidement. La froideur de l'environnement hospitalier et le manque de temps des médecins et de la famille sont parfois un facteur déterminant. Mais même si le malade est bien entouré, un bon traitement analgésique est indispensable. Le Sénat doit à cet égard émettre un signal fort.

L'intervenante évoque ensuite la conception, défendue par certaines des personnes entendues, selon laquelle la sédation contrôlée ne relève ni de l'euthanasie active ni de l'euthanasie passive. La littérature existante, notamment l'ouvrage de Marie de Hennezelle, nous apprend que dans la sédation contrôlée, l'intention des soins dispensés est autre, à savoir laisser souffrir moins la personne et lui permettre de subir sa maladie de manière plus humaine. Mais en accédant à une demande d'euthanasie, n'a-t-on pas aussi l'intention de faire en sorte que la personne souffre moins? Ce point n'est pas clair, ni pour l'intervenante ni pour son groupe politique. La sédation contrôlée, dans laquelle on laisse le patient reprendre régulièrement connaissance, n'est nullement pour l'intervenante un acte d'humanité.

L'affirmation de certains dispensateurs de soins palliatifs selon laquelle, si on la «décode», la demande d'euthanasie disparaît en fait la plupart du temps et se transforme en demande de sédation, laisse l'intervenante sceptique. Il ressort de contacts qu'elle a eu avec des infirmiers sur le terrain que ce serait plutôt le contraire. Elle estime que les dispensateurs de soins palliatifs interprètent trop souvent la demande d'euthanasie elle-même et tentent pour cette raison de prolonger la vie par tous les moyens possibles. Cette approche n'est pas humaine, et doit être combattue. Il faut éviter, à côté de l'«acharnement thérapeutique», de créer un «acharnement palliatif». Il importe en revanche que la dispensation des soins palliatifs soit rendue accessible et abordable pour tous et il y a lieu de débloquer les moyens nécessaires à cet effet. Par ailleurs, il faut veiller à ce que les moyens prévus soient réellement affectés aux soins palliatifs et ne servent pas à d'autres fins. La transparence vis-à-vis du patient est essentielle aussi à cet égard: les

Ook de openheid naar de patiënt is daarin essentieel: de patiënten moeten op de hoogte worden gebracht van het feit dat er geen curatieve mogelijkheden meer zijn en dat zij in een instelling worden opgenomen waar slechts palliatieve zorg wordt toegediend.

Verder wenst het lid te onderstrepen dat de keuze niet is: euthanasie of palliatieve zorgverlening. Wanneer curatief niet meer kan worden opgetreden, moeten palliatieve zorgen worden toegediend; eventueel kan later worden ingegaan de vraag naar euthanasie indien:

— de vraag uitgaat van de patiënt en van hem alleen;

— de arts oordeelt dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt, zonder dat hij kan worden verplicht om euthanaserend te handelen;

— wordt beantwoord aan een aantal zorgvuldigheidscriteria, die nauwgezet worden vastgelegd en gecontroleerd.

Er dient eveneens een oplossing te komen voor de herhaalde en voortdurende vraag van de patiënt naar euthanasie, wanneer deze onderhevig is aan ondraaglijke pijnen en zijn situatie medisch onomkeerbaar is.

Met betrekking tot de strafbaarstelling van een levensbeëindigend optreden door de arts, hetzij via gecontroleerde sedatie, hetzij door middel van euthanasie, huldigt spreekster de opvatting dat het uitgesloten is dat zij hiervoor strafrechtelijk veroordeeld worden. Eén van de grote bekommernissen van de verenigde commissies moet zijn dat de voorgestelde wetgeving klaar, duidelijk en niet té omvattend is. Zij moet een deur openlaten naar sommige situaties, zoals het lijden van kinderen of de wilsbeschikking.

Concluderend stelt het lid dat men dient te streven naar een meer humane maatschappij, waarin voldoende aandacht wordt geschonken aan de lijdende mens. Wanneer deze uit zijn lijden wenst verlost te worden, moet dit mogelijk zijn.

Een ander lid herinnert eraan dat de voorstellen zijn ingegeven door wat wij thans in ons land, net zoals in vele andere landen ter wereld, meemaken, namelijk dat niet echt aandacht wordt besteed aan de problemen rond het levenseinde, met inbegrip van het aspect euthanasie ervan, tenzij misschien individueel en op sommige plaatsen.

De problemen rond het levenseinde worden niet ervaren als een maatschappelijk probleem noch als een drama dat zieken meemaken die geen antwoord krijgen op hun vraag naar verzachting van hun pijn en in voorkomend geval hun vraag om een einde te maken aan hun leven.

patients doivent être informés du fait que les possibilités curatives ont été épuisées et qu'ils vont être admis dans une institution où ne sont dispensés que des soins palliatifs.

La membre souhaite en outre souligner qu'il n'est nullement question de choisir entre euthanasie et soins palliatifs. Lorsqu'il n'y a plus rien à faire sur le plan curatif, il faut prodiguer des soins palliatifs; plus tard, on pourra éventuellement accéder à la demande d'euthanasie si:

— la demande émane du patient et de lui seul;

— le médecin juge que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue, sans qu'il puisse être tenu de pratiquer l'euthanasie;

— une série de critères de prudence, soigneusement fixés et contrôlés, sont remplis.

Il convient aussi de trouver une solution à la demande répétée et persistante d'euthanasie formulée par le patient, lorsqu'il subit des souffrances insupportables et se trouve dans une situation médicale irréversible.

En ce qui concerne l'incrimination d'un acte euthanasique accompli par le médecin, soit au moyen de la sédation contrôlée, soit au moyen de l'euthanasie, l'intervenante considère qu'il est exclu de faire condamner pénalement le médecin pour cet acte. L'une des principales préoccupations des commissions réunies doit être de veiller à ce que la législation proposée soit claire, précise, sans être trop exhaustive. Elle doit laisser une porte ouverte à certaines situations, comme par exemple la souffrance d'enfants ou la déclaration de volonté.

En conclusion, la membre déclare qu'il faut tendre vers une société plus humaine, suffisamment attentive à l'homme souffrant. Lorsque celui-ci souhaite être délivré de ses souffrances, on doit pouvoir accéder à sa demande.

Un autre membre rappelle que le fond des propositions s'inspire de la situation que l'on vit actuellement dans notre pays, comme dans beaucoup d'autres pays du monde, et où la fin de vie, y compris dans sa dimension d'euthanasie, n'était pas prise en compte, sauf peut-être individuellement et à certains endroits.

Elle ne l'était en tout cas pas en tant que problème de société, ni en tant que drame vécu par les malades qui ne recevaient pas de réponse à la demande qu'ils formulaient de soulager leur souffrance et, le cas échéant, de mettre fin à leur vie.

Het probleem was niet aan de orde. Alles gebeurde in de grootste onduidelijkheid, waarbij gebrek aan doorzichtigheid troef was.

Spreker heeft reeds gewezen op de vergissingen die begaan zijn omdat er niet werd ingegaan op bepaalde vragen wegens de wetgeving zoals ze er nu uitziet en op de vergissingen die begaan zijn omdat er al te snel werd ingegaan op een verzoek van de patiënt en die wellicht eveneens te wijten zijn aan het ontbreken van wetgeving, en waarbij helemaal geen reactie is gekomen op euthanasie die werd uitgevoerd zonder dat de zieke erom gevraagd had.

De hoorzittingen hebben die twee fenomenen bevestigd alsmede enkele feiten die losstaan van de werkzaamheden van de commissie. In Luik heeft men immers kunnen vaststellen dat euthanasie beschouwd werd als moord daar twee artsen werden aangeklaagd wegens moord terwijl uit de gekende omstandigheden bleek dat voldaan was aan de voorwaarden die in het door spreker medeondertekende wetsvoorstel gesteld worden.

Men is geneigd ervan uit te gaan dat een ideologische aanpak van de maatschappelijke problemen bestreden moet worden.

Spreker verklaart hierover verbaasd te zijn omdat de ethische problemen, met inbegrip van de politieke, met ideologie te maken hebben, dit wil zeggen met verschillende opvattingen die men over de maatschappij kan hebben en die juist het pluralistische karakter van die maatschappij uitmaken.

Stellen dat standpunten waarover iedereen het eens is, de grondslag vormen voor de organisatie van de samenleving, komt erop neer dat vaagheid en willekeur worden bevorderd of dat men weigert verschillen in opvattingen over bepaalde onderwerpen vast te stellen.

Men moet respect opbrengen voor die verschillen in opvatting maar op een gegeven ogenblik — zo bleek uit de hoorzittingen — moeten de politici beslissingen nemen.

Niemand betwist noch de kwaliteit van wat gezegd werd, noch de kwaliteit van de mannen en de vrouwen die verklaringen hebben afgelegd, los van het feit dat in het begin deskundigen zijn gekozen om redenen die niet neutraal zijn.

Een deskundige is nooit onpartijdig, zeker niet wat betreft belangrijke problemen als die rond het levens-einde, recht op waardig sterven, euthanasie en palliatieve zorg.

Hoewel de sprekers ongetwijfeld zeer deskundig zijn en veel ervaring hebben, hebben zij toch toegegeven dat zij een persoonlijke kijk hadden op het probleem — en dat is ook goed zo — en dat de analyse die zij maken, niet losstaat van die persoonlijke kijk.

Le problème n'était pas d'actualité, tout se passait dans la confusion et l'absence de transparence.

L'intervenant a déjà évoqué les erreurs par défaut — c'est-à-dire les non-réponses en raison de la législation telle qu'elle existe — et les erreurs par excès, dues probablement aussi à l'absence de législation, et où, face à des actes d'euthanasie pratiqués sans que le malade l'ait demandé, il y avait absence totale de réaction.

Les auditions ont confirmé ces deux phénomènes, de même que certains événements extérieurs aux travaux des commissions puisqu'on a pu constater, notamment à Liège, que l'euthanasie était considérée comme un assassinat, deux médecins ayant été inculpés de ce chef alors que, des éléments connus, il apparaît que les conditions figurant dans la proposition de loi cosignée par l'intervenant étaient remplies.

On a tendance à considérer qu'une approche idéologique des problèmes de société serait à combattre.

L'intervenant s'en dit étonné, parce que les problèmes éthiques, y compris les problèmes politiques, relèvent d'idéologies, c'est-à-dire de conceptions différentes que l'on peut avoir de la société, et qui font le pluralisme.

Imaginer que c'est l'unanimité des positions qui constitue le socle de base de l'organisation de la société, revient soit à favoriser le non-dit, le vague, l'arbitraire, soit à refuser de dresser un constat de différences d'opinions sur certains sujets.

Ces différences d'opinions sont respectables mais, à un moment donné — les auditions l'ont rappelé — les politiques doivent pouvoir prendre position.

Personne ne conteste ni la qualité de ce qui a été dit, ni la qualité de ceux et celles qui l'ont dit, indépendamment du fait qu'au départ, les experts ont été choisis pour des motifs qui ne sont pas neutres.

Un expert n'est jamais neutre, spécialement en ce qui concerne des problèmes aussi importants que ceux de la fin de vie, du droit de mourir dans la dignité, de l'euthanasie et des soins palliatifs.

Dès lors, indépendamment de l'expertise très grande et de l'expérience des orateurs, aucun n'a pu dire qu'il n'avait pas une approche personnelle du problème — et c'est bien ainsi — et que l'analyse qu'il en faisait était indépendante de cette approche personnelle.

Er werden dus heel wet subjectieve verklaringen afgelegd.

Daarenboven hebben veel sprekers erkend dat hun uiteenzetting niet altijd representatief was.

Er werden tal van uiteenlopende meningen verkondigd. Men kan derhalve geen conclusies trekken over de zin waarin de deskundigen zich zouden hebben uitgesproken en het lijkt niet wenselijk iets dergelijks te doen voor de komende commissiewerkzaamheden.

Spreker merkt op dat het probleem van de vrijheid en de autonomie van de patiënt fundamenteel is gebleken tijdens de hoorzittingen alsook in de aanpak van dit probleem die elke deskundige expliciet of impliciet heeft kunnen toelichten. Sommigen hebben vrij duidelijk verklaard dat de mens bepaalde dingen niet kan vatten. Die transcendentie is niet noodzakelijk van religieuze aard maar zou te maken kunnen hebben met een soort impliciete superstructuur waarbij dit alles ertoe leidt dat de autonomie van de patiënt niet volledig erkend wordt. Die volstrekt eerbiedwaardige mening is niet die van de spreker.

Het is precies de autonomie van de zieke in al de fasen van zijn leven die de grondslag vormt van het voorstel en meer in het bijzonder op de ogenblikken waarop een vraag om euthanasie wordt geformuleerd.

Spreker werd getroffen door alles wat gezegd werd over het ontleden van die vraag.

Is er ook maar iemand die denkt dat de auteurs van het wetsvoorstel over problemen rond het levenseinde waarin de autonomie en de vrijheid van de zieke wordt erkend, geen rekening zouden houden met het feit dat het absoluut noodzakelijk is de vraag te ontleden?

In alle fasen van het leven en in het bijzonder van het leven dat door een arts begeleid wordt, maakt die analyse juist deel uit van de stappen die ondernomen worden, die ook betrekking hebben op de diagnose, en die bepalend zijn voor het antwoord op het geformuleerde verzoek.

Het ontleden van de vraag is dus onontbeerlijk maar het lijkt duidelijk dat indien die ontleding leidt tot de stelling dat het euthanasieverzoek niet bestaat en dat de echte vraag niet die is welke uitdrukkelijk wordt geformuleerd, omdat het verzoek *a priori* onontvankelijk is, men eigenlijk impliciet het beginsel van de vrijheid van de zieke miskent.

Velen hebben aangedrongen op een dergelijke ontleding van de vraag en sommigen zijn aldus tot het besluit gekomen dat er nagenoeg geen echte euthanasieverzoeken zijn.

In dit verband werden tijdens de hoorzittingen zaken gezegd die niet overeenstemden met wat men

Il y a donc une part de subjectivité dans tout ce qui a été dit.

De plus, beaucoup d'intervenants ont reconnu l'absence de représentativité de leur exposé.

Une diversité très large d'opinions s'est exprimée. On ne peut dès lors pas tirer de conclusions quant au sens dans lequel les experts se seraient prononcés et il ne paraît pas souhaitable de le faire pour la suite des travaux des commissions.

L'intervenant considère que le problème de la liberté et de l'autonomie du patient s'est révélé fondamental lors des auditions, y compris dans l'approche que chaque expert a pu formuler de manière explicite ou implicite par rapport à cette question. D'aucuns ont exprimé assez clairement que quelque chose dépassait l'homme, cette transcendance n'étant pas nécessairement de nature religieuse, mais pouvant être liée à une forme de superstructure implicite, et ayant pour conséquence que l'autonomie du patient n'était pas reconnue dans sa totalité. Cette opinion, parfaitement respectable, n'est pas celle de l'intervenant.

C'est précisément l'autonomie du malade dans tous les épisodes de sa vie qui sous-tend la proposition et, plus particulièrement, dans les moments où une demande d'euthanasie est formulée.

L'intervenant a été frappé par tout ce qui a été dit au sujet du décodage.

Peut-on imaginer qu'en rédigeant une proposition de loi relative à la fin de vie, et en reconnaissant l'autonomie et la liberté du malade, les auteurs n'aient pas pris en compte la nécessité d'analyser la demande?

Dans toutes les étapes de la vie, et de la vie médicale en particulier, cette analyse fait précisément partie de la démarche, qui est aussi diagnostique, et qui détermine les réponses que l'on peut donner à la demande formulée.

Le décodage est donc tout à fait indispensable mais il paraît évident que si le décodage aboutit, parce que la demande est *a priori* irrecevable, à considérer que la demande d'euthanasie n'existe pas, et que la véritable demande n'est pas celle qui est explicitement formulée, peut-être en arrive-t-on alors, de manière implicite, à ne pas vouloir reconnaître le principe de la liberté du malade.

Beaucoup ont insisté sur la nécessité du décodage, et certains ont ainsi abouti à la conclusion que, pratiquement, il n'existait pas de demande d'euthanasie.

À cet égard, certaines choses ont été dites lors des auditions, qui ne correspondaient pas à ce que l'on

zou gehoord hebben in andere omstandigheden: sommigen hebben immers het bestaan van euthanasieverzoeken ontkend, terwijl zij in andere omstandigheden hadden erkend dat die verzoeken wel degelijk bestonden.

Wat betreft de palliatieve zorg, is het duidelijk dat verder gestreefd moet worden naar een verbetering van het aanbod en de toegankelijkheid. Er zijn nog situaties waarin die toegankelijkheid te wensen overlaat.

Sommige sprekers hebben echter gepoogd de nood aan aandacht voor het euthanasieverzoek tegenover het streven naar een aangepaste en meer toegankelijke zorgverlening te plaatsen ten einde beter te kunnen inspelen op de situatie waarin de patiënt verkeert.

Doch daar gaat het niet om. Het doel van de wetsvoorstellen sluit in werkelijkheid perfect aan bij het bijkomend verzoek om beter rekening te houden met de toestand van de zieke op elk ogenblik van zijn bestaan, ook wanneer hij ervan uitgaat dat de enige oplossing voor hem het verzoek om euthanasie is.

Het streven naar een beter verankerd recht op waardig sterven beschouwen als een oplossing die in strijd is met de verbetering van de zorgverlening en de toegang tot die zorgverlening, lijkt derhalve onaanvaardbaar en zelfs enigszins ergerlijk.

Spreker is immers de mening toegedaan dat de stap die de zes indieners gezet hebben, juist perfect aansluit bij het uitdrukkelijk en ook politiek streven naar de verbetering van de zorgverlening aan terminale patiënten, waarbij die zorgverlening aangepast moet zijn aan de situatie waarin de patiënt verkeert.

Wat het probleem van de vrijheid van de zieke betreft, stelt spreker vast dat die problemen doet rijzen omdat het om een ideologische kwestie gaat. Hij is van mening dat dit cruciale principe onverkort gehandhaafd moet worden, ongeacht allerlei ideologische of politieke overwegingen.

Spreker wijst vervolgens op het belang van het verplegend team in ruime zin (omgeving, familie, ...) bij de begeleiding van de patiënt.

Spreker heeft in de getuigenissen van het verplegend personeel gezocht naar hun deel van de gedeelde verantwoordelijkheid bij euthanasie.

Hij heeft daarbij de indruk gekregen dat die verantwoordelijkheid eigenlijk niet deelbaar is. Bij het streven naar een betere communicatie met de patiënt die in een stervensfase verkeert, moet men beseffen dat er automatisch een medeverantwoordelijkheid is waarvan de deskundigen juist gezegd hebben dat zij onbestaande is aangezien de verantwoordelijkheid ligt bij degene die antwoordt en die handelt.

avait pu entendre dans d'autres circonstances: certains ont en effet nié l'existence de demandes d'euthanasie alors que, dans d'autres circonstances, ils avaient reconnu que ces demandes existaient.

En ce qui concerne les soins palliatifs, il est clair que le combat doit être poursuivi pour améliorer l'offre et l'accessibilité de ces soins. Il existe encore des situations où cette accessibilité n'est pas parfaite.

Mais certains intervenants ont tenté d'opposer la nécessité de prendre en compte la demande d'euthanasie, à la volonté d'obtenir des soins mieux adaptés et plus accessibles, des réponses mieux adaptées à l'ensemble des situations de santé.

Or, ce n'est pas de cela qu'il s'agit. En réalité, les objectifs poursuivis dans les propositions de loi s'inscrivent parfaitement dans une demande supplémentaire de prise en compte des situations des malades, à quelque moment que ce soit de leur existence, y compris lorsqu'ils considèrent que la seule solution pour eux est de demander l'euthanasie.

Opposer la volonté d'avancer dans le droit de mourir dans la dignité à celle d'améliorer les soins et leur accessibilité paraît dès lors irrecevable et même quelque peu irritant.

L'intervenant pense au contraire que la démarche des six auteurs s'inscrit dans le souci de traduire, dans le cadre de la fin de vie, la volonté affichée et le combat politique visant à améliorer l'accessibilité aux soins et à rendre ceux-ci adéquats par rapport aux situations vécues.

Revenant à la question de la liberté du malade, l'intervenant constate qu'elle fait problème, parce qu'il s'agit d'une question idéologique. Il estime que, quelles que soient les raisons invoquées, même idéologiques ou politiques, on ne peut pas faire de concession sur ce principe vital.

L'intervenant souligne ensuite l'importance, dans l'accompagnement, de l'équipe soignante, conçue dans son sens le plus large (environnement, famille, ...).

Dans les témoignages des personnes entendues qui appartiennent au personnel soignant, l'intervenant a recherché ce que pouvait être leur part de responsabilité partagée dans l'acte d'euthanasie.

L'impression qu'il en a retirée est que, d'une certaine manière, cette responsabilité n'est pas partageable. Tout en s'efforçant d'améliorer la communication en fin de vie, il faut garder à l'esprit que l'obligation codifiée entraîne de manière automatique une coresponsabilité, dont les experts ont précisément dit qu'elle était impossible, puisque la responsabilité est liée à celui qui répond et qui agit.

Er zou zeker belangrijke vooruitgang geboekt worden indien het verplegend team meer betrokken zou worden bij de behandeling zonder daarom de autonomie van de zieke te miskennen.

Er zij aan herinnerd dat de handeling zelf door een arts moet worden verricht en dat elk soort antwoord dat erin bestaat dat de arts een soort volmacht heeft, derhalve onaanvaardbaar is.

Een groot aantal sprekers hebben verklaard dat het uiterst moeilijk is het begrip terminale fase te definiëren. Zo een begripsomschrijving in de wet lijkt dus niet mogelijk.

Zoals blijkt uit een brief die de commissieleden onlangs hebben ontvangen, lijkt het daarenboven ethisch niet aanvaardbaar het recht op een waardige dood te weigeren aan ongeneeslijk zieken die niet in een terminale fase verkeren.

Voor zover de toestand van die laatste zieken in de wet in aanmerking wordt genomen, wordt het misschien toch mogelijk die fase in de wet te definiëren.

Wat betreft de procedure, hebben sommige artsen gevraagd dat ze hun werk zouden mogen doen.

Het is duidelijk dat men de artsen hun beroep moet laten uitoefenen, ook in de bijzondere context van het levenseinde. Doch rechtvaardigt dit het feit dat de samenleving zich afzijdig houdt, wel wetende dat er thans vergissingen worden begaan door overijld op te treden of helemaal niet op te treden?

De *status-quo* kan niet geduld worden omdat hij leidt tot drama's in beide richtingen. Sommigen hebben gevraagd dat de procedure er niet zou toe leiden dat elke medische werkwijze onmogelijk wordt. Dit punt is belangrijk want het is de bedoeling de toestand van de zieken te verbeteren en terzelfder tijd het werk van de verpleegkundigen te vergemakkelijken.

Uit de hoorzittingen blijkt dat er thans plaatsen zijn waar er helemaal geen procedure gevolgd wordt. Op andere plaatsen is er een expliciete of impliciete werkwijze zonder dat men weet of de problemen rond het levenseinde, het waardig sterven, de palliatieve zorg behandeld werden in de bestaande ethische structuren.

Spreker heeft zich vragen gesteld over de eventuele omslachtigheid van de procedures.

Het lijkt hem dat die procedures niet overdreven zijn indien men ervan uitgaat dat zij ook tot doel hebben de zieke te beschermen. Daarom moeten ook verschillende stadia worden doorlopen die heel veel aandacht en luisterbereidheid van de arts en het verplegend personeel vergen.

Dès lors, s'il pouvait exister des pistes qui associeraient davantage les équipes soignantes, tout en respectant la limite de l'autonomie du malade, ce serait là une avancée importante.

Il faut rappeler aussi que l'acte doit être posé par un médecin et que, dès lors, toute forme de réponse consistant pour le médecin à donner procuration est inacceptable.

Beaucoup d'intervenants ont dit qu'il était extrêmement difficile de définir la notion de phase terminale. Dès lors, toute formulation de cette nature dans la loi paraît impossible.

De plus, comme le démontre un courrier récemment adressé aux commissaires, il ne paraît pas acceptable sur le plan éthique de refuser le bénéfice d'une mort digne aux malades incurables, qui ne se trouvent pas dans ce qu'il serait convenu d'appeler une phase terminale.

Pour autant que la situation de ces derniers malades soit prise en compte dans la loi, peut-être une évolution est-elle possible quant à la définition de cette phase.

En ce qui concerne la procédure, certains médecins ont demandé qu'on les laisse travailler.

Il est évident qu'il faut permettre aux médecins d'exercer leur profession, y compris dans le contexte particulier de la fin de vie. Mais cela justifie-t-il le fait que la société ne doive pas intervenir en la matière, sachant par ailleurs les erreurs par excès et par défaut qui se commettent actuellement?

Le *statu quo* est intolérable, parce qu'il engendre des drames dans les deux sens. Certains ont demandé que la procédure ne rende pas tout travail médical impossible. Ce point est important, car l'objectif est d'améliorer la situation des malades et, corollairement, de faciliter le travail des soignants.

Il résulte des auditions qu'actuellement, il est des endroits où il n'y a pas de procédure. À d'autres endroits, elle existe de façon explicite ou implicite, sans que l'on sache si les problèmes de fin de vie, de mort digne, de soins palliatifs avaient été traités dans les structures éthiques existantes.

L'intervenant s'est interrogé sur la lourdeur éventuelle des procédures.

Il lui paraît que ces procédures ne sont pas excessives, si l'on considère par ailleurs qu'elles visent aussi à protéger le malade. C'est pourquoi différentes étapes doivent être franchies, qui impliquent une écoute extrêmement attentive de la part du médecin et du personnel soignant.

Eigenlijk stemmen de stadia die in het voorstel van de zes auteurs zijn vastgelegd, overeen met het bijhouden van een normaal medisch dossier.

Wat betreft de aangifte bij het parket waarin het voorstel voorziet, zijn juristen en anderen van mening dat die in de context van een gedeeltelijke verwijdering van euthanasie uit het strafrecht, niet verplicht moet zijn. Zij hebben gepleit voor de invoering van een bufferstructuur tussen de arts die de aangifte moet doen en het parket.

Die structuur zou tot taak hebben de aangiften te behandelen waarbij de arts anoniem zou blijven. Die anonimiteit zou slechts in een bepaald stadium van de procedure kunnen worden opgeheven wanneer er onregelmatigheden aan het licht zouden komen. Dit is een mogelijk denkspoor.

Sommigen hebben verklaard dat welke formule er ook uit de bus komt, het uit het strafrecht halen van euthanasie niets zal uithalen. Dit komt neer op pleiten voor een *status-quo*.

Het recht is wellicht, net zoals de geneeskunde, een discipline met veel ruimte voor interpretatie.

Thans moet men evenwel vaststellen dat er fouten gemaakt worden en dat er op grond van de huidige wet mensen worden aangeklaagd. Op juridisch vlak is de *status-quo* dus niet aanvaardbaar.

Daarenboven wordt euthanasie, op voorwaarde dat aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, in ruime kring beschouwd als een ethisch positieve handeling.

Men kan moeilijk begrijpen dat een dergelijke handeling strafrechterlijk vervolgbaar moet blijven.

Het voorstel van de zes indieners bepaalt dat er geen misdrijf is wanneer euthanasie wordt uitgevoerd onder de voorwaarden die het bepaalt. Die formule heeft de verdienste duidelijk te zijn in de huidige situatie.

Aanwijzingen of interpretaties in de parlementaire voorbereiding van de wet zijn niet voldoende.

In de pers kon in een heel andere context recentelijk worden vernomen hoeveel belang de onderzoeksrechters en het parket aan de tekst van de wet hechten.

Dit belang werd opgeworpen tegenover de directeur-generaal van het onderwijs van de Franse Gemeenschap in een zaak waarin hij verwees naar een commentaar bij de wettekst.

In de zaak waarover wij ons buigen, is het dan ook uiterst belangrijk dat de wet zelf bepaalt dat er noch misdaad noch wanbedrijf is wanneer euthanasie in bepaalde omstandigheden wordt toegepast.

En réalité, les étapes fixées par la proposition des six auteurs sont conformes à la tenue d'un dossier médical normal.

Quant à la déclaration au parquet prévue par la proposition, des juristes et d'autres ont estimé que, dans le contexte d'une dépenalisation partielle, elle ne devait plus être obligatoire, et ont plaidé pour la création d'une structure-tampon entre le médecin déclarant et le parquet.

Cette structure serait chargée d'analyser les déclarations sous couvert d'un anonymat qui ne pourrait être levé qu'à un certain stade de la procédure, en cas d'anomalie. C'est là une piste de réflexion possible.

En ce qui concerne la dépenalisation, certains ont dit que, quelle que soit la formule retenue, elle serait inadéquate, ce qui revient à plaider pour le *statu quo*.

Sans doute le droit est-il, comme la médecine, un art sujet à interprétation.

Mais, à l'heure actuelle, il faut bien constater que des erreurs se commettent et que des inculpations ont eu lieu sur base de la législation actuelle. Le *statu quo* n'est donc, sur le plan juridique, pas acceptable.

En outre, l'euthanasie, accomplie dans certaines conditions a été assez largement qualifiée d'acte éthiquement positif.

Il est difficile de comprendre que l'on puisse maintenir comme tel dans le Code pénal un acte considéré comme éthiquement positif.

La proposition des six auteurs prévoit qu'il n'y a pas de délit si l'euthanasie est pratiquée dans les conditions qu'elle définit. Cette formule a le mérite d'être claire, par rapport à la situation actuelle.

De simples indications ou interprétations données dans les travaux préparatoires par rapport au texte de loi ne suffisent pas.

La presse s'est fait récemment l'écho, dans un tout autre contexte, de la valeur que les juges d'instruction et le parquet attachent au texte de la loi.

C'est cette valeur qui a été opposée au directeur général de l'enseignement obligatoire de la Communauté française, dans une affaire où il se référait à un commentaire du texte de la loi.

Dans la matière qui nous occupe, il paraît dès lors tout à fait fondamental que ce soit la loi elle-même qui prévoie qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque l'euthanasie est pratiquée dans certaines circonstances.

Anderzijds heeft men — wellicht meer uit de mond van een aantal parlementsleden dan tijdens de hoorzittingen — de vraag horen opwerpen welk respect men nog kan opbrengen voor een wet die het verbod tot doden opheft.

De spreker vraagt zich af wat op het vlak van de eerbied voor de wet het ergste is: in een wet vermelden dat de euthanasiedaad onder beperkte en duidelijk bepaalde voorwaarden niet meer strafbaar is, of tolereren dat de wet dagelijks met voeten wordt getreden? Het is belangrijk over duidelijke teksten te beschikken, zoals een aantal experts hebben onderstreept.

Tijdens de hoorzittingen is veel gesproken over palliatieve zorgverlening en spreker verheugt zich daarover.

Hij verklaart bijzonder geboeid te zijn door de uiteenzettingen over de organisatie van de palliatieve verzorging. Er bestaan verschillende organisatievormen, maar men kan wellicht hoofdzakelijk twee organisatievormen onderscheiden: een verticaal model en een ander veeleer transversaal model.

Volgens het verticale model bestaan in en buiten het ziekenhuismilieu palliatieve bedden die losstaan van de andere verzorgingsstructuren, hetgeen contacten met de buitenwereld niet uitsluit.

Vele sprekers hebben gepleit voor een veeleer transversale organisatie van de palliatieve verzorging. Daar is de wetgever bij betrokken, die de impulsen moet geven, maar wellicht nog meer de uitvoerende macht, die de zaak concreet moet regelen.

De oriëntering naar een geïntegreerde palliatieve verzorging, zowel binnen als buiten het ziekenhuismilieu, en naar een logica van continue palliatieve verzorging, biedt een passende benadering voor de ervaringen en problemen, want zo ontstaat de mogelijkheid de problematiek van het levenseinde niet te isoleren van de rest van de gezondheidszorg, en op een of andere wijze de dood opnieuw in het leven te integreren.

Velen hebben gepleit voor een versterking van het aanbod inzake palliatieve verzorging. De wetgever heeft de plicht wettelijke maatregelen uit te vaardigen en de regering aan te sporen om dat te doen, wat overeenstemt met de vraag van het verzorgend personeel in het algemeen.

Vele sprekers, zoals met name de dames Kempenaers en Henry, hebben tenslotte uiting gegeven aan hun vrees. Sommigen hebben vanuit een kritische houding opgemerkt dat het voorstel van de zes indieners niet alle problemen regelt.

Spreker is zeer verheugd dat de twee voornoemde personen zijn komen getuigen, enerzijds omdat ze daardoor een spreekbuis krijgen tegenover de bevolking, en hij onderstreept hoe moeilijk en complex de

Par ailleurs, on a entendu — sans doute plus dans la bouche de certains parlementaires que lors des auditions — l'argument consistant à demander quel respect on peut avoir par rapport à une loi qui lève l'interdit de tuer.

L'intervenant se demande, quant à lui, ce qui, par rapport au respect de la loi, est le plus grave: inscrire dans une loi une dépenalisation de l'acte d'euthanasie dans des conditions limitées et clairement déterminées ou tolérer que la loi soit bafouée au quotidien? Il paraît important de disposer de textes clairs, comme certains experts l'ont souligné.

Lors des auditions, il a beaucoup été question de soins palliatifs, ce dont l'intervenant se réjouit.

Il se dit particulièrement intéressé par les exposés qui ont été faits sur l'organisation des soins palliatifs. Plusieurs formes d'organisation existent, mais on peut sans doute identifier essentiellement deux modèles d'organisation: un modèle verticalisé et un autre plus transversal.

Le modèle verticalisé consiste, en milieu intra- ou extra-hospitalier, en l'existence de lits palliatifs isolés des autres structures de santé, ce qui n'exclut pas les contacts avec l'extérieur.

Beaucoup d'intervenants ont plaidé pour une organisation transversalisée des soins palliatifs. Cela regarde le législateur, qui doit donner les impulsions, mais sans doute davantage l'exécutif, pour ce qui est du règlement concret.

L'orientation vers un développement de soins palliatifs intégrés, à la fois en intra- et en extra-hospitalier, et vers une logique de soins palliatifs continus, paraît être une approche adéquate par rapport aux problèmes vécus, car elle permet de ne pas isoler la problématique de la fin de vie du reste des soins de santé, et, en quelque sorte, de réintégrer la mort dans la vie.

Beaucoup ont plaidé pour un renforcement de l'offre de soins palliatifs. Le législateur a l'obligation de prendre des dispositions législatives et d'interpeller le gouvernement pour qu'il en soit ainsi, en adéquation aux demandes des soignants en général.

Enfin, beaucoup d'intervenants ont fait part de craintes. Il en va notamment ainsi de Mmes Kempenaers et Henry. Certains ont souligné, de façon critique, que la proposition des six auteurs ne règle pas tous les problèmes.

L'intervenant se dit très heureux que les deux personnes précitées soient venues s'exprimer, d'une part parce que cela leur donne une tribune par rapport à la population et indique l'importance et la

situatie is van geesteszieken, van Alzheimer-patiënten en van hun families.

Anderzijds konden de zes indieners bij die gelegenheid verklaren dat de vrees ten aanzien van hun voorstel niet gegrond was.

Vele angsten kunnen immers worden weggenomen, wanneer men nauwkeurig vermeldt wat de inhoud en de grenzen van de wetsvoorstellen zijn.

Het staat vast — en dat is vaak als een verwijt aangehaald — dat wetten niet alle problemen regelen. Dat moet worden onderstreept. Spreker meent dat men, in een vraagstuk als dat van het levenseinde, te werk moet gaan met een gevoel voor menselijkheid, scherpzinnigheid en omzichtigheid.

De situaties waarvoor een gedeeltelijke depenalisering voorgesteld wordt, zijn duidelijk bepaald: het gaat om zieken die bij bewustzijn zijn, of om zieken die het bewustzijn hebben verloren, maar die vooraf een wilsverklaring hebben afgelegd en een gelastigde hebben aangewezen.

Er blijven zones die het wetsvoorstel niet regelt: minderjarigen, personen met een verminderd onderscheidingsvermogen, ...

Daarom kon men terecht het impliciete verwijt maken dat de wijzigingen in het Strafwetboek die voorgesteld worden, hun rechtvaardigingsgrond vinden in de noodtoestand, want nu lopen personen die niet aan de wettelijk omschreven voorwaarden voldoen, het gevaar uitgesloten te worden van elk mogelijk antwoord op een verzoek van een waardige dood.

Voor die mensen moet evenwel de huidige toestand blijven bestaan, dat wil zeggen dat het mogelijk zal blijven zich op de noodtoestand te beroepen.

Maar in het wetsvoorstel dat euthanasie gedeeltelijk depenaliseert, is het niet mogelijk het gestelde kader te verruimen op het vlak van de voorwaarden.

In het wetgevend optreden moet het beginsel, zoals in de geneeskunde « *primum non nocere* » zijn.

Indien men kijkt naar het gamma van alle situaties die tijdens de hoorzittingen beschreven zijn, is het niet juist te zeggen, zoals sommigen al te vaak herhaald hebben, dat het voorstel van de zes senatoren op geen enkele wijze tegemoetkomt aan de situaties die men dagelijks in het veld ontmoet.

Kortom, men moet vooruit, zelfs al zijn de overtuigingen, de politieke opvattingen, de ideologieën verschillend.

Men moet hierbij trachten alles wat aan de omstandigheden gebonden is buiten beschouwing te laten, in een geest van openheid, maar op basis van een gehechtheid aan bepaalde beginselen en een weige-

complexité de la situation vécue par les malades mentaux, par les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, et par leurs familles.

D'autre part, cela a donné aux six auteurs l'occasion de dire que les craintes exprimées par rapport à leur proposition n'étaient pas justifiées.

Beaucoup de craintes peuvent en effet être levées, lorsque l'on précise bien quel est exactement le contenu et les limites des propositions de loi.

Il est vrai — et cela a parfois été dit comme un reproche — que celles-ci ne règlent pas tous les problèmes. Ce point est important à souligner. L'intervenant estime que, sur un problème comme celui de la fin de vie, il faut avancer à la fois avec une volonté d'humanité, avec clairvoyance et avec prudence.

Les situations pour lesquelles une dépenalisation partielle est proposée sont clairement établies: il s'agit de malades conscients, ou de malades inconscients ayant fait une déclaration anticipée et accompagnés d'un mandataire.

Il reste des zones que la proposition de loi ne règle pas: mineurs, personnes dont le discernement est réduit, ...

C'est pourquoi le reproche implicite qui a été fait de justifier par l'état de nécessité les modifications à apporter au Code pénal paraît justifié, car cela risque d'exclure toutes les personnes ne répondant pas aux indications décrites par la loi de toute possibilité de réponse à une demande de mort digne.

Or, pour ces personnes, la situation actuelle doit subsister, c'est-à-dire que l'état de nécessité pourra continuer à être invoqué.

Mais il ne paraît pas possible d'étendre le cadre fixé en termes de conditions dans la proposition de loi qui dépenalise partiellement l'euthanasie.

En matière législative, comme en matière médicale, le principe doit être *primum non nocere*.

Si l'on considère l'éventail de toutes les situations évoquées lors des auditions, il ne paraît pas exact de dire, comme certains l'ont fait de manière excessive, que la proposition des six auteurs ne concerne en rien les situations rencontrées au quotidien sur le terrain.

En conclusion, il faut avancer, même si les convictions, les conceptions politiques, les idéologies sont divergentes.

Il faut le faire en tentant de s'abstraire de tout ce qui peut être circonstanciel, dans un esprit d'ouverture, mais sur la base d'une adhésion à certains principes et d'un refus du *statu quo* et de textes qui ne constitue-

ring van het *status-quo* en van teksten die menselijk en juridisch gesproken geen vooruitgang opleveren.

Een senator meent dat de hoorzittingen niet altijd accurate antwoorden hebben opgeleverd op de vragen die door de commissieleden werden gesteld. Deze vaststelling geldt met name voor een aantal juridische aspecten van de problematiek van de euthanasie. Twee beroepsgroepen, met name de artsen — en in mindere mate ook verpleegkundigen — en de juristen hebben zich grotendeels afgezet tegen een wettelijke regeling van de euthanasie. Spreker betreurt dit, vooral omdat hun houding enerzijds werd ingegeven door een paternalistische houding, en anderzijds door hun machtspositie. Hoe minder er wordt geregeld, des te groter is immers de eigen beoordelingsmacht van een bepaalde beroepsgroep.

Precies om deze veeleer enge benadering — de positie van de beroepsgroep — hebben beide groepen bepaalde filosofische en ideologische overtuigingen overschreden. Dit is minder nobel dan op het eerste gezicht zou blijken.

Anderzijds verheugt de senator zich over de aandacht, die werd geschonken aan de palliatieve zorg. Het is belangrijk erop te wijzen dat de palliatieve geneeskunde niet mag worden gescheiden van het geheel van het geneeskundig handelen. Concreet betekent dit dat, indien een arts een behandeling van een kankerpatiënt start, dit in de meerderheid van de gevallen een louter palliatieve behandeling zal zijn. Hij dient hiermee rekening te houden in zijn houding ten opzichte van de patiënt. Naar de betrokken beroepsgroep en naar de publieke opinie moet het signaal worden gegeven dat de palliatieve zorg integraal deel uitmaken van het streven naar een betere kwaliteit van het leven, ook in het geneeskundig handelen. Spreker merkt overigens op dat het wetgevend werk met betrekking tot de palliatieve zorg reeds grotendeels is gebeurd. Hoewel het van belang kan zijn enkele principes en uitgangspunten op te nemen in de wetgeving, staat België reeds ver in de reglementering. Het grote probleem is de financiering van de palliatieve zorg, die door de gemeenschappen moet gebeuren. Alle fracties dienen in dit kader hun verantwoordelijkheid op te nemen.

De senator is van oordeel dat de hoorzittingen in de Senaat hebben geleid tot een grotere maatschappelijke belangstelling voor de problematiek van het levenseinde en dat meer tijd en ruimte werd uitgetrokken voor het debat hieromtrent. Vanuit de medische beroepsgroep wordt dit debat echter niet altijd op een faire manier gevoerd. Het echte debat wordt onmogelijk gemaakt door het voor te stellen alsof het enkel gaat om de vraag of euthanasie in de strafwet moet worden opgenomen of niet. De handtekeningactie daaromtrent is dan ook betreurenswaardig.

raient pas une avancée sur le plan humain et juridique.

Un sénateur estime que les auditions n'ont pas toujours apporté des réponses précises aux questions des commissaires. Cette constatation vaut notamment pour une série d'aspects juridiques de l'euthanasie. Deux catégories professionnelles, à savoir les médecins — et dans une moindre mesure les infirmiers aussi — et les juristes sont largement opposés à une réglementation légale de l'euthanasie. L'intervenant le déplore, surtout parce que leur attitude était inspirée par des considérations paternalistes, d'une part, et par leur position de force, d'autre part. En effet, moins on réglemente, plus le pouvoir discrétionnaire d'une catégorie professionnelle déterminée est grand.

C'est précisément au nom de cette approche plutôt étriquée — la position occupée par leur catégorie professionnelle — que ces deux groupes ont transgressé certaines convictions philosophiques et idéologiques. La démarche est moins noble qu'il n'y paraîtrait à première vue.

Par ailleurs, le sénateur se réjouit de l'attention dont ont bénéficié les soins palliatifs. Il importe de souligner que la médecine palliative ne peut pas être dissociée de l'ensemble de la pratique médicale. Concrètement, cela signifie que si un médecin s'engage dans le traitement d'un cancer chez un patient, il s'agira dans la grande majorité des cas d'un traitement purement palliatif. Il doit en tenir compte dans l'attitude qu'il adoptera vis-à-vis du patient. Le signal qu'il faut envoyer à la catégorie professionnelle concernée et à l'opinion publique, c'est que les soins palliatifs font partie intégrante d'un processus de recherche d'une meilleure qualité de vie, y compris dans le domaine médical. L'intervenant fait d'ailleurs remarquer que la majeure partie du travail législatif concernant les soins palliatifs a déjà été réalisée. Bien qu'il puisse être important de consacrer quelques principes et fondements dans la législation, la Belgique dispose déjà d'une réglementation très avancée. Le grand problème est celui du financement des soins palliatifs, qui doit être assumé par les communautés. Tous les groupes politiques doivent prendre leurs responsabilités dans ce cadre.

Le sénateur estime que les auditions du Sénat ont contribué à accroître l'intérêt de la société pour la question de la fin de vie et que l'on a consacré davantage de temps à en discuter. Du côté de la profession médicale, toutefois, la conduite du débat n'est pas toujours loyale. On rend impossible le véritable débat en faisant croire que la seule question en jeu est celle de savoir si l'euthanasie doit être inscrite ou non dans la loi pénale. L'action de signatures menée à ce sujet est donc regrettable.

Vervolgens ontkent spreker dat slechts een kleine groep van mensen wordt betrokken bij deze problematiek. Zo'n 40% van de personen die overlijden worden immers geconfronteerd met een arts die levensverkortende handelingen stelt. Wellicht daarom is er een zekere ongerustheid ontstaan bij de bevolking. Nochtans moet men een duidelijk onderscheid maken tussen enerzijds euthanasie, dat niet tot het normale geneeskundige handelen behoort, en anderzijds de zgn. «HALP», dit zijn de Handelingen van Artsen bij het Levenseinde van hun Patiënten. Dit laatste aspect behoort wél tot het normale geneeskundige handelingen. In de wetgeving dienen beide elementen dan ook van mekaar gescheiden te worden. Men moet een wetgeving omtrent euthanasie uitwerken, maar tegelijk dient het andere aspect in een wet omtrent de patiëntenrechten te worden opgenomen, vermits patiënten doorgaans zeer slecht geïnformeerd zijn over levensverkortende of levensverlengende geneeskundige handelingen.

De senator heeft in dit verband dan ook een wetgevend initiatief genomen en betreurt dat de minister van Volksgezondheid hiermee talmt. Hij is van oordeel dat de verenigde commissies zich ook over dit element moeten uitspreken.

Voorts merkt spreker op dat een aantal wetenschappelijke elementen omtrent de problematiek van de euthanasie niet weerlegd zijn tijdens de hoorzittingen. Vooreerst wordt niet ontkend dat euthanasie bestaat. Door een gebrek aan wetgeving in ons land is de kwaliteit echter minder hoog dan die van de landen waar wél een wetgeving bestaat, zoals bijvoorbeeld in Nederland. Ten tweede is het zo dat er, door het gebrek aan wetgeving, thans handelingen worden verricht die geen euthanasie zijn, maar als moord dienen bestempeld te worden. Ten derde is duidelijk gebleken dat men zich op een gladde helling zou begeven indien niet wetgevend wordt opgetreden. De bewering, dat het de jurisprudentie is die de bakens moet bepalen binnen dewelke men zich dient te begeven, is derhalve tegengesproken, onder meer door de CVP. Het is de wet, die deze grenzen moet aangeven.

De senator onderstreept dat er op dit ogenblik nog steeds een gerechtvaardigde vraag bestaat naar euthanasie, waarop geen antwoord wordt gegeven. Het is de wetgever die nu een antwoord moet bieden.

Spreker wenst een aantal punten aan te geven die, zijns inziens, moeten worden opgenomen in de wetgeving met betrekking tot euthanasie.

Ten eerste moet hulp bij zelfdoding op dezelfde manier worden geïnterpreteerd als euthanasie, zoals professor Adams tijdens zijn hoorzitting terecht heeft aangegeven.

Ten tweede bestaat er, internationaal gesproken, de tendens om de medische meerderjarigheid te definiëren op 16 jaar. Naar analogie hiermee, moet men ook in de euthanasiewetgeving de keuzevrijheid

L'intervenant conteste ensuite que cette problématique ne concernerait qu'un nombre restreint d'individus. Quelque 40% des personnes qui décèdent ont en effet affaire à un médecin qui pose des actes abrégant la vie. De là sans doute qu'une certaine inquiétude est apparue au sein de la population. Pourtant, on doit faire nettement la distinction entre l'euthanasie, qui ne fait pas partie de la pratique médicale normale, et les actes que les médecins accomplissent en fin de vie de leurs patients et qui relèvent quant à eux de la démarche médicale normale. Il conviendra dès lors de distinguer ces deux éléments dans la législation. Il faut élaborer une législation en matière d'euthanasie tout en traitant l'autre aspect dans une loi relative aux droits des patients, étant donné que ceux-ci sont habituellement très mal informés à propos des actes médicaux ayant pour effet d'abrégéer ou de prolonger la vie.

Le sénateur a donc pris une initiative législative dans ce sens et déplore les tergiversations du ministre de la Santé publique à cet égard. Il est d'avis que les commissions réunies doivent se prononcer aussi sur cette question.

Par ailleurs, l'intervenant fait remarquer qu'une série d'éléments scientifiques liés au problème de l'euthanasie n'ont pas été réfutés au cours des auditions. Premièrement, on ne nie pas que l'euthanasie soit une réalité. Le manque de législation dans notre pays nuit toutefois à la qualité, qui est moindre que dans les pays où il en existe une, comme aux Pays-Bas. Deuxièmement, par suite de l'absence de législation, des actes sont posés aujourd'hui qui ne relèvent pas de l'euthanasie mais doivent être qualifiés de meurtre. Troisièmement, il est apparu clairement qu'il serait dangereux de ne pas légiférer en la matière. La thèse selon laquelle c'est à la jurisprudence qu'il appartient de poser les balises se trouve donc réfutée. C'est la loi qui doit indiquer les limites.

Le sénateur souligne qu'il y a toujours aujourd'hui, une demande légitime à pouvoir recourir à l'euthanasie qui reste sans réponse. Il appartient au législateur d'en apporter une aujourd'hui.

L'intervenant souhaite citer une série de points qui doivent figurer, à son avis, dans la législation relative à l'euthanasie.

Premièrement, il faut interpréter l'aide au suicide de la même manière que l'euthanasie, comme l'a indiqué à juste titre le professeur Adams au cours de son audition.

Deuxièmement, l'on a tendance, au niveau international, à fixer la majorité médicale à 16 ans. Par analogie, la législation sur l'euthanasie doit prévoir une liberté de choix à partir de 16 ans, étant entendu

vanaf 16 jaar laten spelen, hetgeen niet wegneemt dat ook maximaal met de mening van jongere patiënten rekening moet worden gehouden.

Vervolgens dienen de commissies zich uit te spreken over het aspect van de «terminale patiënt». Hoe moet men dit definiëren? Is het wel te definiëren? Moet dit gedefinieerd worden? In tegenstelling tot het voorstel dat door een aantal senatoren van de meerderheid werd ingediend, is spreker van oordeel dat deze definitie wel moet worden gegeven omdat twee procedures moeten worden uitgewerkt. Niettemin mag dit begrip niet te sterk worden afgelijnd en mag er zeker geen periode worden bepaald. De senator stelt voor om over een «terminale patiënt» te spreken «indien blijkt dat de patiënt binnen afzienbare tijd zal overlijden». Ook het evolutief karakter van de ziekte, die onafwendbaar tot de dood zal leiden, moet vooropstaan. Hoe dan ook moet het onderscheid duidelijk zijn tussen een ziekte of een letsel met een stabiel karakter en een ziekte die progressief is. Uiteindelijk moet de behandelende arts uitsluitsel geven, waardoor deze de ene of de andere procedure volgt: ofwel een «gewone» procedure voor de terminale ziekten, waar slechts in de beginfase de mening van een andere arts wordt gevraagd, ofwel een procedure voor niet-terminale ziekten, waar de voorafgaande fase zwaarder is. In dit laatste geval is er meer tijd om te handelen, zodat de opvatting van de arts meervuldig kan worden getoetst aan andere opvattingen. Overigens is het de patiënt die de noodtoestand vaststelt en niet, zoals bijvoorbeeld door de CVP-fractie wordt voorgesteld, de behandelende arts.

Als vierde element haalt de senator aan dat het belangrijk is een buffer in te bouwen tussen de behandelende arts, enerzijds, en de rechtbanken die oordelen over de gevolgde procedure, anderzijds. Er dient een toetsingscommissie te worden opgericht, die méér doet dan de loutere registratie, en dit om twee redenen. Vooreerst zal er, bij een gewone mededeling aan de procureur, geen onderzoek naar de zorgvuldigheid komen tenzij er klacht wordt neergelegd. Bovendien zal de drempel om meteen aan de procureur te rapporteren, zo groot zijn dat er minder meldingen zullen zijn. Een toetsingscommissie kan met een vrij grote deskundigheid oordelen over de euthanasie en zal in alle situaties een zorgvuldigheidsonderzoek doen. In bepaalde situaties zal zij wellicht tot de bevinding komen dat de zaak door een rechtbank moet worden beoordeeld.

Wat ten slotte de vraag betreft, of euthanasie al dan niet in de strafwet dient te worden opgenomen, merkt spreker op dat in alle voorliggende wetsvoorstellen wordt gezocht naar een rechtvaardigheidsgrond om euthanasie te plegen. In alle voorstellen blijft euthanasie die op een niet zorgvuldige wijze wordt

qu'il n'en faudrait pas moins tenir compte aussi autant que possible de l'avis des patients plus jeunes.

Troisièmement, les commissions doivent se prononcer sur la notion de «patient en phase terminale». Comment définir cette notion? Peut-on et doit-on la définir. L'intervenant estime que contrairement à ce qu'ont fait les sénateurs de la majorité dans la proposition qu'ils ont déposée, il faut définir cette notion, simplement parce qu'il y a deux procédures à élaborer. Il ne faut toutefois pas la définir avec trop de précision et il ne faut en aucun cas définir une période. Le sénateur propose que pour désigner un patient dont on sait qu'il décèdera dans un laps de temps relativement court, on utilise l'expression «patient en phase terminale». Le caractère évolutif de la maladie qui provoquera inéluctablement la mort doit aussi être considéré comme un élément capital. En tout cas, il faut faire une nette distinction entre une maladie ou une lésion stable et une maladie évolutive. C'est en fin de compte au médecin traitant qu'il appartient de trancher et de décider de suivre soit une procédure «classique» applicable en ce qui concerne les patients atteints d'une maladie incurable et se trouvant en phase terminale, auquel cas on ne demande l'avis d'un autre médecin qu'au début de celle-ci, soit une procédure applicable en ce qui concerne les patients atteints d'une maladie incurable, dont la première étape est plus complexe. Dans le deuxième cas, l'on a plus de temps pour agir et l'on peut confronter l'avis du médecin à plusieurs autres avis. D'ailleurs, c'est au patient qu'il appartient d'indiquer qu'il se trouve dans une situation de détresse et non pas au médecin traitant, comme le propose le groupe CVP.

Quatrièmement, le sénateur déclare qu'il importe de prévoir une sorte de tampon entre le médecin traitant et les tribunaux qui statuent sur la procédure suivie. Il y a lieu de créer une commission de contrôle chargée de plus que du simple enregistrement des choses, et ce, pour deux raisons. D'abord, parce que, dans le cas d'une simple communication au procureur, il n'y aura pas d'enquête sur le respect des critères de prudence, à moins qu'une plainte ne soit déposée. Puis, parce que plus les exigences à remplir pour pouvoir faire d'office rapport au procureur seront strictes, moins il y aura de communications. Une commission de contrôle dispose d'une expertise assez grande pour pouvoir juger du bien-fondé d'un acte euthanasique, et elle examinera en tout cas si les critères de prudence ont été respectés. Dans certaines situations, elle conclura peut-être que l'affaire doit être jugée par un tribunal.

Enfin, en ce qui concerne la question de savoir s'il faut ou non inscrire la notion d'euthanasie dans la loi pénale, l'intervenant fait remarquer que les propositions de loi à l'examen prévoient des causes de justification de la pratique de l'euthanasie. Elles prévoient toutes que l'euthanasie pratiquée hors du respect des

gepleegd, strafbaar. Dit geldt ook voor het voorstel van de CVP-fractie, waarin een rechtvaardigheidsgrond wordt gezocht om euthanasie in bepaalde gevallen toe te laten. De wijze waarop dit debat soms wordt gevoerd, maakt een consensus onmogelijk.

Nochtans heeft de senator de indruk dat het niet onmogelijk is om tot een consensus te komen omtrent de voorwaarden binnen dewelke men euthanasie kan plegen. Het enige verschil is dat, volgens het CVP-voorstel, de arts zich in een noodtoestand moet bevinden, terwijl de andere voorstellen er van uitgaan dat het de patiënt is die zich in een noodtoestand moet bevinden. Spreker is voorstander van de laatste optie en bepleit een voorstel dat, zowel voor de arts als voor de patiënt, zekerheid biedt. Rekening houdend met het terechte argument dat het Strafwetboek méér is dan een voorschriftenbundel en ook een morele standaard is, stelt hij voor uitdrukkelijk in het Strafwetboek op te nemen dat het doden op vraag van de patiënt strafbaar is. Op die manier wordt het duidelijk dat euthanasie — en, in afgeleide vorm, hulp bij zelfdoding — een strafrechtelijk misdrijf uitmaakt, hoewel het onder bepaalde voorwaarden mogelijk is de dader een rechtvaardigheidsgrond te verschaffen.

Een lid wijst erop dat bijna vijf maanden geleden de verenigde commissies hebben beslist, onder meer op voorstel van zijn fractie, tot het organiseren van hoorzittingen. Op deze manier zouden de verschillende inzichten met betrekking tot de mate van en de wijze waarop een wetgevend optreden met betrekking tot «euthanasie» vorm zou kunnen krijgen, kunnen worden getoetst aan de ervaringen van al diegenen die in de dagdagelijkse praktijk betrokken zijn met deze problematiek, en worden aangevuld met commentaren van ethische en juridische deskundigen.

Meer dan 40 getuigen werden gehoord. Spreker bedankt hen voor hun bijdragen, omdat ze een concrete toetsing van een regelgevend initiatief aan de praktijk ook daadwerkelijk mogelijk hebben gemaakt. De tegenstanders van de hoorzittingen hebben ongelijk gekregen in hun vrees: de getuigen werden geenszins onder druk gezet of beïnvloed. Integendeel, de meeste getuigen hebben, welke ook hun ideologische of spirituele achtergrond, de problematiek van de handelingen en verwachtingen omtrent het levenseinde objectief benaderd. Dat deze serene benadering paradoxaal genoeg soms aanleiding gaf tot tendentieuze interpellaties door sommigen die «objectiviteit» enkel aanvaarden zolang deze beantwoordt aan hun eigen inzichten, is alvast niet de verantwoordelijkheid van de gehoorde getuigen.

Spreker is van oordeel dat het horen van de getuigen een uitzonderlijke gebeurtenis is geweest, in het bijzonder omwille van de menselijke rijkdom die

critères de prudence reste punissable. Cela vaut même pour la proposition déposée par le groupe CVP, aux fins de laquelle l'on a aussi essayé de trouver une cause de justification de l'euthanasie. La manière dont ce débat est parfois mené rend un consensus impossible.

Le sénateur a pourtant l'impression qu'il n'est pas impossible de parvenir à un consensus sur les conditions auxquelles on peut pratiquer l'euthanasie. La seule différence entre les deux positions réside dans le fait que, suivant la proposition du CVP, le médecin doit se trouver dans un état de nécessité, alors que, suivant les autres propositions, c'est le patient qui doit se trouver dans un état de nécessité. L'intervenant dit être favorable à la dernière option et il est partisan d'une proposition qui offre la sécurité et au médecin et au patient. Se fondant sur l'argument pertinent suivant lequel le Code pénal est davantage qu'un cahier de prescriptions et représente aussi une norme morale, il propose de prévoir expressément, dans le Code pénal, que tuer le patient à sa demande est une infraction. De la sorte, on indique clairement que l'euthanasie — et, sa forme dérivée, à savoir l'assistance au suicide — est un délit tombant sous l'application du droit pénal, même s'il est possible, sous certaines conditions, de fournir une cause de justification à l'auteur de ce délit.

Un membre souligne qu'il y a près de cinq mois les commissions réunies ont décidé d'organiser des auditions. Ces auditions devaient permettre, d'une part, de confronter les divers points de vue sur la manière de concrétiser une initiative législative relative à l'euthanasie et sur la mesure dans laquelle il y a lieu de le faire, à l'expérience de ceux qui sont confrontés quotidiennement à ce problème et, d'autre part, de recueillir les commentaires sur ce point des experts en éthique et en droit.

Les commissions ont entendu plus de 40 témoins que l'intervenant remercie pour leur contribution qui a permis de confronter effectivement et concrètement une initiative législative à la pratique. Les craintes de ceux qui s'étaient opposés aux auditions ne se sont pas vérifiées: les témoins n'ont subi aucune pression et personne n'a cherché à les influencer. Au contraire, la plupart d'entre eux ont traité objectivement la problématique des actes relatifs à la fin de vie et des attentes qui peuvent être nourries à cet égard, et ce, indépendamment de toute considération idéologique ou spirituelle. Si cette approche sereine a paradoxalement donné lieu, parfois, à des interpellations tendancieuses de la part de certaines personnes qui n'acceptent l'objectivité que lorsqu'elle correspond à leurs propres opinions, cela n'est dû en aucun cas aux témoins qui ont été entendus.

L'intervenant estime que l'audition des témoins a été un événement exceptionnel, en particulier à cause de la richesse humaine qui a ainsi pu être mise à jour,

daarbij werd geëtaleerd, die de complexiteit van het probleem heeft aangeduid en die de kennis van de materie heeft vergroot. Een dergelijke levenservaring komt weinig voor in de parlementaire werkzaamheden, hoewel ze een zware belasting met zich heeft meegebracht. Zeker in vergelijking met het buitenland, werd een ruime wetenschappelijke kennis ter beschikking gesteld van de commissie.

De discussie kan op twee manieren worden gevoerd. Ze kan *a priori* worden gevoerd, zoals dat gebeurt in het voorstel van de meerderheid of van de fractieleiders. Eenieder kan dan zijn argumenten naar voren brengen, om vervolgens de koppen te tellen. De discussie kan ook op een andere manier worden gevoerd, vanuit de standpunten van elkeen, maar tegelijk met de nodige aandacht voor de complexiteit van het probleem en de maatschappelijke en internationale weerslag ervan. De getuigenissen zouden de commissieleden moeten aanzetten tot een grote voorzichtigheid. Zij komen immers over als een «*crie du cœur*» om dit debat niet te laten herleiden tot een partijpolitiek steekspel, dat per definitie over de lijnen van meerderheid en oppositie moet verlopen. Dit onderscheid is immers zeer wisselvallig en hangt af van de datum waarop men debatteert. Het voorstel van de meerderheid gaat er van uit dat er een maatschappelijke consensus zou bestaan om euthanasie te depenaliseren, terwijl zulks helemaal niet blijkt uit de hoorzittingen. Men stelt zich integendeel veelal kritisch op tegen het meerderheidsvoorstel, of tegen bepaalde aspecten ervan. Het meest opvallende daarbij is dat de grote meerderheid van de gehoorde personen de discussie niet voeren voor of tegen het zelfbeschikkingsrecht. Het debat moet integendeel gaan over de wijze waarop een aantal dramatische omstandigheden bij het einde van het leven op een menselijke wijze kunnen worden opgelost. De rol van de patiënt staat daarbij centraal, maar men mag de rijkdom van dat moment niet herleiden tot «*de wil van de patiënt*». Uit de getuigenissen blijkt dat het veel delicateser ligt, en dat die weg niet dient gevolgd te worden wanneer men tot een oplossing wenst te komen.

De fractie waarvan het lid deel uitmaakt heeft het door haar neergelegde voorstel getoetst aan de verschillende getuigenissen. Vooraleer deze eerder punctuele analyse nader toe te lichten, moeten een aantal algemene conclusies worden geformuleerd.

Vooreerst hebben de hoorzittingen benadrukt dat over euthanasie niet kan worden geredeneerd in de absolute termen, zoals die in het wetsvoorstel van 20 december 1999 werden gepostuleerd. Reeds van bij de aanvang van de debatten heeft de fractie van het lid erop gewezen dat de euthanasievraag — en het antwoord erop — dient te worden gekaderd in de algemene problematiek van de medische handelingen die worden gesteld bij het naderend levenseinde.

laquelle a mis en évidence la complexité du problème et a permis d'améliorer les connaissances dans ce domaine. L'expression de ce genre d'expériences de vie, qui n'a pas manqué d'alourdir la tâche de la commission en l'espèce, est rare dans le cadre des travaux parlementaires. Grâce à cela, la commission a pu bénéficier de vastes connaissances scientifiques, surtout par rapport à la manière dont les choses se passent à l'étranger.

On peut mener la discussion de deux manières, c'est-à-dire soit *a priori*, comme dans le cadre de la proposition de la majorité ou des chefs de groupe, chacun pouvant avancer ses arguments, après quoi on procède au décompte des voix, soit en partant des positions de chacun tout en tenant compte de la complexité du problème et des incidences sociales et internationales. Les témoignages devraient inciter les commissaires à une grande prudence. Ils ressemblent en effet à des «*cris de cœur*» lancés pour que l'on ne réduise pas le débat à une joute politique, épousant forcément la fracture entre la majorité et l'opposition. La discussion est en effet très variable en ce sens qu'elle dépend de la date à laquelle on débat. La proposition de la majorité part du principe qu'il existe un consensus au sein de la société pour dépenaliser l'euthanasie, mais cela n'a absolument pas été confirmé au cours des auditions. Au contraire, les témoins ont souvent été critiques vis-à-vis de la proposition de la majorité, du moins de certains aspects de celle-ci. Le plus frappant à cet égard, c'est que la grande majorité des personnes entendues ne se sont pas inscrites dans le débat sur la défense ou non du droit à l'autonomie. Le débat doit porter sur la question de savoir comment on peut faire face humainement à certaines circonstances dramatiques qui surviennent à la fin de la vie. Le rôle du patient est certes primordial, mais on ne peut pas réduire la gravité du moment en question, dont les implications sont multiples, en faisant primer la seule «*volonté du patient*». Il ressort des témoignages que la question est beaucoup plus délicate qu'on le croyait et que ce n'est pas de cette manière que l'on pourra trouver une solution.

Le groupe dont la membre fait partie a confronté la proposition qu'elle a déposée aux divers témoignages émis. Il convient, avant de commenter cette analyse plutôt ponctuelle, de formuler une série de conclusions générales.

Les auditions ont tout d'abord mis en évidence qu'en ce qui concerne l'euthanasie, on ne peut pas raisonner en termes absolus, comme on l'avait fait en élaborant la proposition de loi du 20 décembre 1999. Dès l'ouverture des débats, le groupe de la membre en question a souligné que la demande d'euthanasie — et la réponse à celle-ci — doit être située dans le cadre de la problématique générale des actes médicaux que l'on a accomplis quand la fin de la vie est imminente.

Vele getuigen wezen er inderdaad op dat het euthanasie-vraagstuk eigenlijk slechts «het topje van de ijsberg» is: wie over euthanasie spreekt en er een transparante regeling voor wil uitwerken, dient zich minstens ook te buigen over elke andere medische handeling omtrent het levenseinde, en ook hier de rechten van de patiënt te vrijwaren. Het voorstel dat door spreker is medeondertekend erkent daarom een aantal beschermingsvoorwaarden in het geval van staken of nalaten van een medische behandeling, indien een therapie wordt afgebouwd of bij een pijnbestrijdingstherapie met levensverkortend gevolg wordt opgestart. Het voorstel van 20 december 1999 voorziet op dit vlak geen enkele bepaling!

Anderzijds mag men de balans nu ook niet in de andere richting laten doorwegen! Uit de getuigenissen blijkt dat «euthanasie» niet kan beschouwd worden als een gewone medische handeling «temidden de andere». Euthanasie is een uitzonderlijke medische handeling, die specifieke waarborgen en voorwaarden moet kennen, en geenszins mag worden gebanaliseerd. Een voorstel waarbij euthanasie omfloerst wordt opgenomen als «een handeling die de dood bespoedigt» en als normale medische handeling wordt beschouwd ontkent dit uitzonderlijke karakter. Om die reden ook is een wetgevend initiatief voor euthanasie noodzakelijk, en kan het geenszins louter ressorteren onder een deontologische code.

Meteen wordt zo de link gelegd naar drie andere essentiële punten in het debat. Het uitzonderlijke karakter van euthanasie, als een opzettelijk levensbeëindigend handelen, motiveert precies ook de handhaving van het strafrechtelijk verbod erop. Omgekeerd: wie akkoord gaat dat het strafrechtelijk karakter van het «bespoedigen van de dood» behouden blijft, dient ook te erkennen dat dergelijk handelen onmogelijk kan worden opgenomen temidden een louter algemeen kader van patiëntenrechten met betrekking tot medische handelingen bij het levenseinde.

Ten tweede wordt dit uitzonderlijk karakter duidelijk bevestigd eenmaal men het belang van de palliatieve en intensieve zorgen erkent. Het is incorrect én onverantwoordelijk te stellen dat «euthanasie» het enige antwoord is op de wens om «waardig te kunnen sterven». Alle gehoorde artsen en verplegers bevestigen dat de vraag naar euthanasie slechts in zeer uitzonderlijke gevallen voorkomt indien voorzien wordt in een goede palliatieve zorgverlening.

Ten slotte is een debat over de patiëntenrechten niet alleen noodzakelijk, maar beantwoordt het ook slechts aan zijn doel indien euthanasie als uitzonderlijke handeling hierin betrokken wordt ten opzichte van — of tegenover — alle andere medische handelin-

En effet, beaucoup de témoins ont déclaré que la question de l'euthanasie ne représentait que la pointe de l'iceberg. Quand on parle d'euthanasie et qu'on souhaite élaborer une réglementation transparente à ce sujet, on doit au moins se pencher sur tous les autres actes médicaux qui sont posés à la fin de la vie et garantir les droits du patient également en ce qui concerne ces actes-là. C'est pourquoi la proposition cosignée par l'intervenante définit une série de conditions de protection pour les cas où l'on déciderait d'arrêter ou de s'abstenir d'appliquer un traitement médical, d'arrêter progressivement une thérapie ou encore d'appliquer un traitement analgésique ayant pour effet d'abrégé la vie. La proposition du 20 décembre 1999 ne contient aucune disposition à ce sujet!

Il ne faudrait toutefois pas non plus faire pencher la balance dans l'autre sens! Il ressort des témoignages que l'euthanasie ne peut pas être considérée comme un acte médical ordinaire «parmi d'autres». L'euthanasie est un acte médical exceptionnel qui doit être entouré de garanties et de conditions spécifiques et qui ne peut en aucune manière être banalisé. Une proposition dans laquelle l'euthanasie serait décrite en termes voilés comme «un acte qui accélère la mort» et qui considérerait qu'il s'agit d'un acte médical ordinaire, nierait le caractère exceptionnel de l'euthanasie. Par conséquent, une initiative législative concernant l'euthanasie est nécessaire. Il n'est pas possible de régler les choses en se référant au seul code déontologique.

Cela nous amène à établir trois éléments essentiels du débat. C'est précisément parce que l'euthanasie a un caractère exceptionnel en tant qu'acte servant à interrompre intentionnellement la vie, qu'il faut maintenir l'interdiction pénale. Inversement, celui qui approuve le caractère pénal de tout acte «accélérant la survenue de la mort» doit reconnaître qu'on ne peut pas se contenter d'inscrire un tel acte dans le cadre général des droits du patient pour ce qui est des actes médicaux accomplis en fin de vie.

Deuxièmement, on confirme clairement que l'euthanasie a un caractère exceptionnel, dès lors que l'on reconnaît l'importance des soins palliatifs et des soins intensifs. Il est à la fois inexact et irresponsable d'affirmer que pratiquer «l'euthanasie» est la seule manière possible d'accéder au désir de «mourir dans la dignité». Tous les médecins et les infirmiers qui ont été entendus ont confirmé que les patients qui bénéficient de bons soins palliatifs demandent très rarement l'euthanasie.

Enfin, si un débat sur les droits du patient est nécessaire, il manquera son objectif s'il n'y est pas question de l'euthanasie et tant qu'acte exceptionnel comparé à tous les autres actes médicaux, accomplis en fin de vie. La conclusion éventuelle que l'acharnement

gen bij het levenseinde. De mogelijke conclusie dat therapeutische hardnekkigheid de «onwil tot euthanasie» versluiert, en dat het toekennen van een «recht op euthanasie» de enige manier is om dit te «bestrijden» is foutief. Integendeel werd door de getuigen benadrukt dat voor een goed geïnformeerde patiënt, die in zijn noden en lijden wordt gehoord, de euthanasievraag vrijwel onbestaande is, dan wel strikt uitzonderlijk. Niet enkel de «informed consent», maar ook de «informed request» is daarbij belangrijk. Deze benadering vermijdt zowel de therapeutische, psychologische, palliatieve maar ook de euthanatische hardnekkigheid.

Op deze wijze krijgt het beginsel van de zelfbeschikking zijn ware invulling gegeven: het erkennen dat het individu een eigen, autonome inbreng heeft in de besluitvorming rond zijn persoon die ernstig moet worden genomen, en waar de samenleving een antwoord dient op te formuleren.

Na het belang van een algemene benadering te hebben geschetst, komt het lid tot een tweede algemene conclusie: het centraal stellen van de patiënt. Dit uitgangspunt ligt voor de hand, is niet voor betwisting vatbaar en schraagt reeds van voor de start van het debat het standpunt van zijn fractie. Niettemin maakt het lid enkele kanttekeningen, nu soms wordt gesteld als zou het voorstel van zijn fractie eerder het belang van de arts centraal stellen dan dit van de patiënt. Eens te meer zorgt het begrip «noodtoestand» hier voor de verwarring, ofschoon dit begrip tijdens de hoorzittingen door de juristen voldoende werd geïllustreerd.

Uiteraard staat de situatie van de lijdende en stervende patiënt centraal, en moet men zoveel als mogelijk ingaan op diens vragen. De vraag naar euthanasie brengt voor de behandelende arts echter een eigen verantwoordelijkheid mee, die een eigen toetsing onderstelt. Deze opvatting is niet contradictoer met de vaststelling dat het belang van de patiënt centraal staat. De vraag van de patiënt volstaat evenwel niet om de euthanasie te verantwoorden. Wanneer juridisch-technisch de oplossing van de noodtoestand wordt voorgesteld, in geval van een conflict tussen rechten en plichten in hoofde van de arts, dan is dit geen nieuwe weg. Deze weg wordt overigens verdedigd in verschillende juridische publicaties, die de aandacht vestigen op het conflict tussen enerzijds het recht op leven, zoals bepaald in artikel 2 van het EVRM, en anderzijds artikel 3 van datzelfde verdrag, overeenkomstig hetwelk niemand verplicht is een onmenselijke behandeling te moeten ondergaan. In de oplossing van dat conflict moet de patiënt centraal staan, doch diens eenvoudige vraag om euthanasie volstaat niet als oplossing.

Als derde algemene conclusie stelt spreker dat alle getuigen hebben gewezen op het belang van de rechtszekerheid voor patiënt én arts, en het hiertoe noodza-

therapeutische masque le «refus de pratiquer l'euthanasie» et que le seul moyen de combattre ce refus est d'octroyer un «droit à l'euthanasie» n'est pas fondée. Au contraire, les témoins ont souligné que les patients qui sont bien informés et qui trouvent des gens qui sont à l'écoute de leurs souffrances et de leurs besoins, ne demandent presque jamais l'euthanasie ou ne la demandent qu'exceptionnellement. À cet égard, l'«informed consent» a tout autant d'importance que l'«informed request». Cette conception des choses permet d'éviter tout autant l'acharnement thérapeutique, psychologique et palliatif, que l'acharnement euthanasique.

De cette manière, le principe de l'autodétermination est vraiment appliqué comme il se doit: on reconnaît que l'individu doit apporter une contribution autonome spécifique dans le processus décisionnel relatif à sa personne, que cette contribution doit être prise au sérieux et que la société doit apporter une réponse en la matière.

Après avoir décrit l'importance d'une approche générale, le membre en vient à une deuxième conclusion générale, à savoir que le patient doit être mis au centre du problème. Ce principe, qui est évident, ne souffre pas la contestation et sous-tendait la position du groupe de l'intervenant avant même l'ouverture des débats. Toutefois, comme on affirme parfois que la proposition de son groupe fait primer l'intérêt du médecin plutôt que celui du patient, il voudrait apporter quelques précisions. Une fois de plus, la notion d'état de nécessité sème la confusion, alors qu'elle a été suffisamment commentée par les juristes au cours des auditions.

Il va de soi que c'est la situation du patient souffrant et mourant qui est au cœur du débat et qu'il faut répondre dans toute la mesure du possible à ses demandes. Toutefois, la demande d'euthanasie entraîne pour le médecin traitant une responsabilité spécifique qui suppose un contrôle spécifique. Cette conception n'est pas en contradiction avec le constat que l'intérêt du patient a une place centrale mais la demande du patient ne suffit pas pour justifier l'euthanasie. Proposer l'état de nécessité comme solution juridique en cas de conflit entre les droits et les devoirs dans la personne du médecin, n'est pas une voie nouvelle. Cette piste est du reste défendue dans diverses publications juridiques qui soulignent le conflit existant entre, d'une part, le droit à la vie visé à l'article 2 de la CEDH et, d'autre part, l'article 3 de la même convention, en vertu duquel nul n'est tenu de subir un traitement inhumain. Le patient doit être au centre de la recherche d'une solution à ce conflit, mais sa simple demande d'euthanasie ne suffit pas comme solution.

La troisième conclusion générale de l'intervenant est que tous les témoins ont évoqué l'importance de la sécurité juridique, pour le patient comme pour le

kelijke vertrouwen in de arts. De hoorzittingen toonden aan dat de invulling van dit begrip rechtszekerheid in elk geval verschilt van de oplossing die wordt aangereikt door het voorstel van 20 december 1999. Het vaak gehoorde argument dat rechtszekerheid wordt geboden door euthanasie uit het strafrecht te halen, wordt niet bevestigd door de getuigenissen. De rechtszekerheid voor de patiënt wordt er integendeel door ondermijnd omdat die onvoldoende rechtsbescherming heeft. Uit de hoorzittingen blijkt dat de overgrote meerderheid van de artsen en verpleegkundigen net géén vragende partij is voor een depenalisering.

Het gebrek aan rechtszekerheid situeert zich inderdaad op een ander vlak. Terecht werd gesteld dat het euthanaserend handelen, bevestigd als uitzonderlijke handeling, en zelfs met de nodige waarborgen, ook in dat geval binnen een te uitgesproken strafrechterlijke sfeer wordt erkend, die de arts geen enkel referentiepunt biedt met betrekking tot de «toelaatbaarheid» van dit handelen. Hiermee is het belang van een efficiënte en transparante meldingsprocedure en a posteriori-controle benadrukt. Een procedure zonder buffer zoals in het voorstel van 20 december 1999, of een procedure die uit te werken valt door de Koning, zijn niet in staat deze rechtszekerheid te bieden. Anderzijds kan rechtszekerheid alleen worden gegarandeerd door in concreto voldoende waarborgen in te bouwen, opdat een arts zou weten waaraan zich te houden, maar ook — omgekeerd — omdat de geneesheer anders altijd geremd zal zijn in zijn handelen. Wanneer men tot een regulering van euthanasie wenst over te gaan, kan men aan de artsen enkel voldoende rechtszekerheid bieden door formules met betrekking tot een *a priori*-toetsing uit te werken, zodat door het volgen van welbepaalde parameters de geneesheer er in redelijkheid van verzekerd is dat hij binnen de grenzen van het toelaatbare heeft gehandeld.

De wettelijke waarborgen die een *a priori*- én een *a posteriori*-procedure bieden, bevestigen en versterken tevens het vertrouwen dat een patiënt in zijn behandelende arts dient te hebben. Het is tegen deze achtergrond dat het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek zijn derde advies uitbracht; het is tevens vanuit deze optiek dat de gewone medische handelingen, mits inachtneming van de patiëntenrechten, voldoende kunnen worden gereguleerd door de eigen beroepsdeontologie.

Tot slot van de algemene conclusies, wijst spreker erop dat rechtszekerheid, vertrouwen en waarborgen voor de bescherming van de rechten en de waardigheid van de patiënt in vrijwel alle getuigenissen de sleutelwoorden vormden, die als leidraad moeten gelden bij het medisch handelen in het algemeen, en bij de beslissingen in de fase van het levenseinde in het bijzonder. Deze begrippen lagen en liggen eveneens

médecin, ainsi que l'indispensable confiance qu'il faut avoir pour cela dans le médecin. Les auditions ont démontré que la concrétisation de cette notion de sécurité juridique diffère en tout cas de la solution apportée par la proposition du 20 décembre 1999. L'argument souvent entendu suivant lequel on garantirait la sécurité juridique en retirant l'euthanasie du droit pénal, n'est pas confirmé par les témoignages. La sécurité juridique du patient s'en trouverait au contraire compromise parce que celui-ci n'aurait pas de protection juridique suffisante. Les auditions montrent que la grande majorité des médecins et du personnel infirmier ne sont justement pas favorables à une dépenalisation.

Le manque de sécurité juridique se situe effectivement sur un autre plan. On a dit à juste titre que l'acte euthanasique, même confirmé comme étant un acte exceptionnel et assorti des garanties nécessaires, serait malgré tout reconnu dans un cadre au caractère pénal trop prononcé, qui ne fournirait au médecin aucun point de référence quant à l'admissibilité de l'acte. D'ou l'importance d'une procédure de déclaration efficace et transparente et d'un contrôle *a posteriori*. Une procédure sans bouffeur comme celle de la proposition du 20 décembre 1999 ou une procédure dont l'élaboration est confiée au Roi, ne peuvent pas offrir cette sécurité juridique. En outre, la sécurité juridique ne peut être assumée qu'en incluant suffisamment de garanties concrètes pour que le médecin sache à quoi s'en tenir, mais aussi — inversement — pour éviter qu'il ne soit constamment freiné dans son action. Si l'on souhaite réglementer l'euthanasie, on ne pourra offrir au médecin une sécurité juridique suffisante qu'à la condition d'élaborer des formules de contrôle *a priori* grâce auxquelles ils pourront être raisonnablement certains, dès lors qu'ils auront respecté certains paramètres, d'agir dans les limites de ce qui est admis.

Les garanties légales offertes par une procédure *a priori* et une procédure *a posteriori* confirment et renforcent également la confiance que le patient doit avoir dans son médecin traitant. C'est dans ce contexte que le Comité consultatif de bioéthique a rendu son troisième avis; c'est également dans cette optique que les actes médicaux ordinaires peuvent être réglementés de manière satisfaisante dans la déontologie professionnelle, en tenant compte des droits des patients.

Pour en terminer sur les conclusions générales, l'intervenant souligne que la sécurité juridique, la confiance et les garanties pour la protection des droits et de la dignité du patient ont été les mots-clés de la quasi-totalité des témoignages. Ces concepts doivent être le fil conducteur de la pratique médicale en général et des décisions à prendre dans la phase finale de la vie, en particulier. Ces notions ont été et restent le

ten grondslag aan het standpunt ontwikkeld door de partij van het lid.

De punctuele benadering van de verschillende deelaspecten van het debat, wordt gespreid over een achttal punten.

Vooreerst is er de prioritaire noodzaak van een voldoende palliatief zorgaanbod. Alle getuigen uit de palliatieve zorgsector (artsen en verplegers) benadrukken het belang van een uitgewerkt zorgaanbod, dat prioritair is en voorafgaandelijk dient te zijn aan enige wettelijke regeling omtrent euthanasie. Ook de patiëntenverenigingen (Alzheimerstichting/Vereniging Steun Mentaal Gehandicapten) benadrukten het belang van een uitgewerkt kwantitatief en kwalitatief zorgaanbod voor de gezondheidszorg, de ouderenzorg en in het bijzonder de palliatieve zorg.

De stellingnames van de Federatie Palliatieve Zorgen en de 60 palliatieve zorgartsen tonen bovendien aan dat het concept van palliatieve zorgen ook veel ruimer als «geïntegreerde zorgen», dit wil zeggen als een reële palliatieve cultuur dient te worden beschouwd met oog voor de noodzaak van opleiding, onderzoek en voorlichting; bovenal bevestigden zij dat de uitbouw van een palliatieve zorgverlening in België onvoldoende ontwikkeld is. Deze opmerkingen zijn van cruciaal belang, nu diezelfde artsen en verplegers stellen dat palliatieve zorg de vraag naar euthanasie uiterst uitzonderlijk maakt.

De fractie van het lid heeft op 6 april 2000 twee wetsvoorstellen ingediend tot invoering van een verplichte pijnfunctie in elk ziekenhuis, en tot erkenning van het recht op de palliatieve zorg en de verbetering van de palliatieve zorgverlening. Beide voorstellen integreren de verschillende opmerkingen die werden gemaakt tijdens de hoorzittingen, en zijn daarom een ideale vertrekbasis. In deze voorstellen wordt aandacht besteed aan het recht op palliatieve zorg, een uitbreiding van het thuiszorgforfait, versterking van de eerstelijnszorg door middel van mobiele equipes en samenwerkingsverbanden, en de koppeling van de palliatieve functie aan een uit te bouwen algologische functie in het ziekenhuis.

De fractie van het lid stelt met genoegen vast dat meerdere leden van de commissies erkennen dat palliatieve zorg géén alternatief, maar een preventief voor euthanasie is, géén of-of. Indien men dit erkent, moet men echter ook consequent zijn: als men patiënten deze palliatieve zorg wil aanbieden, moet zij ook reëel aanwezig zijn. Een regeling omtrent euthanasie is van alle grond ontdaan als niet eerst de noodzakelijke voorwaarden voor een goede zorg in de laatste levensfase worden geschapen.

fondement de la position développée par le parti de l'intervenant.

Quant à l'analyse ponctuelle des différents aspects partiels du débat, elle s'articule autour de huit points.

Tout d'abord, il y a la nécessité prioritaire d'une offre suffisante de soins palliatifs. Tous les témoins du secteur des soins palliatifs (médecins et personnel infirmier) ont souligné l'importance de disposer d'une offre étendue qui doit précéder toute réglementation légale de l'euthanasie et avoir priorité sur celle-ci. Les associations de patients (Ligue Alzheimer/Vereniging Steun Mentaal Gehandicapten) ont souligné l'importance d'une offre qualitativement et quantitativement bien développée de soins de santé, de soins aux personnes âgées et, en particulier, de soins palliatifs.

Les prises de position de la *Federatie Palliatieve Zorgen* et de 60 médecins spécialisés en soins palliatifs montrent en outre que le concept de soins palliatifs doit s'envisager, de manière beaucoup plus large, comme des «soins intégrés», dans le cadre d'une réelle culture palliative et qu'une formation, des recherches et de l'information à ce sujet étaient indispensables; surtout, ces prises de position ont confirmé que les soins palliatifs étaient insuffisamment développés en Belgique. Ces observations ont une importance cruciale, quand on constate que ces mêmes médecins et personnels infirmiers affirment que les soins palliatifs rendent les demandes d'euthanasie extrêmement rares.

Le 6 avril 2000, le groupe auquel appartient le membre a déposé deux propositions de loi tendant à imposer la création d'une fonction d'algologie dans chaque hôpital, à reconnaître le droit aux soins palliatifs et à améliorer ces soins. Ces deux propositions intègrent les remarques qui ont été formulées au cours des auditions et constituent pour cette raison une base de départ idéale. Ces propositions prévoient le droit aux soins palliatifs, l'élargissement du forfait pour les soins à domicile, le renforcement des soins de première ligne au moyen d'équipes mobiles et d'accords de collaboration et le rattachement de la fonction palliative à une fonction algologique à mettre en place à l'hôpital.

Le groupe de l'intervenant constate avec satisfaction que plusieurs membres des commissions reconnaissent que les soins palliatifs ne sont pas une solution définitive à l'euthanasie, mais un moyen de prévenir celle-ci. Il ne s'agit pas d'un choix égal. Si l'on admet cela, il faut aussi être conséquent: pour proposer ces soins palliatifs aux patients, il faut qu'ils existent réellement. Une réglementation de l'euthanasie ne repose sur rien, si l'on ne crée pas d'abord les conditions nécessaires pour assurer des soins de qualité en fin de vie.

Professor Adams gaf ook een belangrijk juridisch argument om die palliatieve zorg voorafgaandelijk uit te bouwen. Het niet-uitbouwen van de palliatieve zorg alvorens een euthanasiewet van kracht is, dreigt de toets van artikel 2 EVRM immers niet te doorstaan.

Volgens de logica van artikel 2 kan de Staat de mogelijkheid tot euthanasie immers maar erkennen in zeer uitzonderlijke omstandigheden. Levensbeëindigend handelen mag slechts als ultieme remedie, met andere woorden, wanneer euthanasie werkelijk het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden te verzachten. Indien het lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door het euthanaserend handelen, is het aldus onmogelijk om de beide plichten van artikel 2 en artikel 3 EVRM te verzoenen. Dit betekent echter ook dat minstens alle mogelijkheden om het lijden te verzachten moeten aangeboden worden aan de patiënt: de Staat heeft daarom de verplichting deze middelen uit te werken.

Op basis van deze argumenten, is de partij van het lid van mening dat een euthanasie-regelende wet niet van kracht kan worden vooraleer een palliatief zorgsysteem op een kwalitatief en kwantitatief volwaardige wijze wettelijk is omkaderd en uitgevoerd.

Vervolgens is er de bescherming van de patiënt bij de Medische Beslissingen bij het Levens einde (MBL). Ook palliatieve zorgen kennen hun grenzen, en in de hoorzittingen werd soms gewag gemaakt van «palliatieve hardnekkigheid». Inderdaad, palliatieve zorgen sluiten bepaalde medische beslissingen bij het levens einde niet uit. Patiënten wensen bovendien beschermd te worden tegen therapeutische hardnekkigheid waarbij hun visie wordt veronachtzaamd. Het voorstel ingediend door de fractie van het lid bepaalt de beschermingsvoorwaarden. In de hoorzittingen werd onder meer door professor Schotsmans en dokter Van den Eynden gepleit om bovendien in een regulering van de MBL's te voorzien door richtlijnen en codes te uniformiseren en wettelijk verplicht te maken. Het is inderdaad correct dat een transparante regeling van de MBL's noodzakelijk is om de patiënt te beschermen tegen therapeutische hardnekkigheid en als waarborg tegen «sluikwegen» voor euthanaserend handelen, waarbij niet aan de vereiste voorwaarden wordt voldaan.

Niettemin is het volgens de fractie van het lid niet aangewezen om ook met betrekking tot de MBL's een wettelijk repressief controlesysteem uit te werken, zolang er geen aanwijzingen zijn die een algemeen wantrouwen in de artsenstand rechtvaardigen. Het is essentieel dat het vertrouwen in de arts ook in deze omstandigheden wordt bestendigd: het is dan ook aan de beroepsgroep van de artsen om deze regulering, mits inachtneming van de patiëntenrechten, door de medische deontologie vorm te geven. Deze

Le professeur Adams a par ailleurs avancé un argument juridique important pour justifier le développement préalable des soins palliatifs. En ne développant pas ces soins avant l'entrée en vigueur d'une loi sur l'euthanasie, on risque en effet de se heurter à l'article 2 de la CEDH.

Selon la logique de l'article 2, l'État ne peut en effet reconnaître la possibilité de recourir à l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. L'interruption de vie ne peut être que le remède ultime, c'est-à-dire que l'on y recourt lorsque l'euthanasie est réellement le seul moyen restant pour atténuer une douleur insupportable. Lorsque la douleur est rebelle aux antidouleurs ou aux soins palliatifs, et que le seul moyen de l'atténuer consiste à recourir à l'euthanasie, il est donc impossible de concilier les deux obligations énoncées aux articles 2 et 3 de la CEDH. Cela signifie cependant aussi qu'il faut au moins proposer au patient toutes les possibilités permettant d'atténuer sa douleur: l'État a donc l'obligation de développer ces moyens.

Fort de ces arguments, le groupe politique du membre estime qu'une réglementation de l'euthanasie ne peut pas entrer en vigueur avant qu'une loi n'ait fixé le cadre et réglé la mise en œuvre d'un système de soins palliatifs dignes de ce nom sur les plans qualitatif et quantitatif.

Ensuite, il y a la protection du patient au regard des décisions médicales en fin de vie. Les soins palliatifs ont eux aussi leurs limites et d'aucuns ont parfois fait état, au cours des auditions, d'un «acharnement palliatif». En effet, les soins palliatifs n'excluent pas la prise de certaines décisions médicales en fin de vie. Les patients souhaitent en outre être protégés contre l'acharnement thérapeutique qui ne tient pas compte de leur point de vue. La proposition déposée par le groupe politique du membre définit les conditions de protection. Durant les auditions, le professeur Schotsmans et le docteur Van den Eynden notamment ont prôné d'édicter en outre une réglementation applicable aux décisions médicales en fin de vie, qui uniformiserait les directives et les codes et les rendrait légalement obligatoires. Il est exact qu'un régime transparent applicable aux décisions médicales en fin de vie est nécessaire pour protéger le patient contre l'acharnement thérapeutique et pour servir de garantie contre les formes parallèles d'euthanasie qui ne remplissent pas les conditions fixées.

Néanmoins, le groupe politique du membre estime qu'il n'est pas indiqué de légiférer pour élaborer un système de contrôle répressif s'appliquant aussi aux décisions médicales en fin de vie, tant qu'il n'y a pas d'indications justifiant une méfiance générale vis-à-vis du corps médical. Il est essentiel de préserver le capital confiance du médecin y compris dans ces circonstances. Il appartient dès lors à la profession médicale de donner corps à cette réglementation dans le respect des droits du patient par le biais de la déon-

opdracht dient in de wet te worden ingeschreven, opdat de voorwaarden voor medische beslissingen, die een waardig levenseinde moeten verzekeren, nader zullen worden gepreciseerd.

Ten derde is er de discussie over het al dan niet depenaliseren van euthanasie. De partij van het lid heeft herhaaldelijk benadrukt dat het depenaliseren van euthanasie onaanvaardbaar is. De belangrijkste argumenten hierbij waren zowel van filosofische, maatschappelijke als juridische aard.

Door euthanasie in de strafwet te behouden :

— wordt het uitzonderlijke karakter van het euthanaserend handelen gevrijwaard;

— blijft er een ultieme waarborg tegen misbruiken bestaan;

— blijft het normatief karakter van de strafwet gehandhaafd.

De hoorzittingen stelden de commissies in staat deze argumenten bijkomend te toetsen. Hieruit blijkt dat een overgrote meerderheid van de gehoorde artsen géén vragende partij is voor een depenalisering: de Orde van de geneesheren acht een ongewijzigde strafwet de beste bescherming tegen misbruiken, net zoals dokters Vincent, Clumeck, Cosyns, Van den Eynden en 58 palliatieve zorgverleners. Vandeville wees bovendien terecht op de banalisering die de depenalisering van euthanasie zal betekenen. Menten en Bouckaere, en bij de verplegers Cambron-Diez, Pesleux, Schoonvaere en psycholoog Diricq refereren aan de morele en maatschappelijke druk die op de schouders van zieke en stervende mensen worden gelegd, de maatschappelijke integriteit en sociale perceptie van onze gezondheidszorg.

Het tegenargument van de rechtsonzekerheid die zou worden weggewerkt door een depenalisering wordt aldus door de meest belanghebbenden zelf weerlegd.

Een ander vaak aangehaald tegenargument stelt dat een depenalisering het mogelijk maakt de ideologie van de patiënten te kunnen respecteren in een pluralistische maatschappij. Het is op basis van deze filosofie van de individuele autonomie en uiterste wilsbeschikking dat verenigingen zoals «Recht op Waardig Sterven» en de «Association pour le droit de mourir dans la dignité» een «recht op euthanasie» bepleiten. Dit subjectief recht op de dood, gebaseerd op het individuele zelfbeschikkingsrecht, is juridisch evenwel niet erkenbaar en ressorteert intrinsiek buiten de aflijning van het euthanasiedebat. Bovendien moet bij dit alles de vraag worden gesteld of de vraag tot levensbeëindiging van een patiënt inderdaad de uiting is van zijn wil tot zelfbeschikking, dan wel of er

tologie médicale. Il y a lieu d'inscrire cette mission dans la loi afin que soient précisées les conditions auxquelles doivent répondre les décisions médicales devant assurer une fin de vie dans la dignité.

En troisième lieu, il y a la discussion sur la dépenalisation ou non de l'euthanasie. Le parti du membre a déjà souligné à plusieurs reprises que la dépenalisation de l'euthanasie est inadmissible. Les principaux arguments qui plaident en ce sens sont de nature tant philosophique que juridique ou sociale.

Le fait de maintenir l'euthanasie dans la loi pénale permet :

— de préserver le caractère exceptionnel de l'acte euthanasique;

— d'avoir une garantie ultime contre les abus;

— de maintenir le caractère normatif de la loi pénale.

Les auditions ont permis aux commissions d'examiner plus avant ces arguments. Il en ressort qu'une grande majorité des médecins interrogés ne sont pas demandeurs d'une dépenalisation: l'Ordre des médecins considère que le statu quo dans la loi pénale offre la meilleure protection contre les abus. Cet avis est partagé par les docteurs Vincent, Clumeck, Cosyns, Van den Eynden et par 58 praticiens des soins palliatifs. M. Vandeville a en outre souligné à juste titre la banalisation qu'entraînerait la dépenalisation de l'euthanasie. MM. Menten et Bouckaere et les infirmières Cambron-Diez, Pesleux, Schoonvaere et la psychologue Diricq font référence à la pression morale et sociale qui reposera sur les épaules des personnes malades et mourantes, à l'intégrité de la société et à la perception sociale de nos soins de santé.

Le contre-argument consistant à dire qu'une dépenalisation effacerait l'insécurité juridique est donc réfutée par la plupart des intéressés eux-mêmes.

Un autre contre-argument souvent cité consiste à dire qu'une dépenalisation permet de respecter l'idéologie du patient dans une société pluraliste. C'est sur la base de cette philosophie de l'autonomie individuelle et des dernières volontés que des associations telles que «Recht op Waardig Sterven» et «l'Association pour le droit de mourir dans la dignité» plaident pour un «droit à l'euthanasie». Ce droit subjectif de mourir qui est basé sur le droit individuel à l'autodétermination ne peut toutefois être reconnu sur le plan juridique et sort intrinsèquement du cadre du débat sur l'euthanasie. De plus, il faut se poser la question de savoir si la demande d'euthanasie formulée par un patient constitue effectivement l'expression de sa volonté d'autodétermination ou si cette

onder deze vraag een kreet om hulpverlening, om niet alleen te worden gelaten, ligt.

Een volgend tegenargument ten slotte luidt dat een depenalisering misbruiken tegengaat. Doorheen de hoorzittingen werden hierbij kwistig de cijfers uit het niet-officiële rapport Deliens verspreid, terwijl tijdens dezelfde hoorzittingen bleek dat het rapport geen uitsluitel geeft over de precieze toestand van de patiënt in 3% sterfgevallen ten gevolge van een aangenomen levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt.

Zowel dokter Menten als dokter Vermeulen bevestigden dat de parameters van het onderzoek zeker niet toelieten om elk sterfgeval hieronder als euthanaserend handelen te beschouwen. Dokter Ingels van de Universiteit Nijmegen stelde zelfs dat de 3% levensbeëindiging zonder verzoek eerder te koppelen valt aan de problematiek van de patiëntenrechten dan aan een strafbaarstelling als dusdanig.

Het argument dat een depenalisering misbruiken uitsluit gaat niet op. Wanneer men besluit euthanasie uit het strafrecht te halen, is het noodzakelijk dat wordt uitgegaan van een «worst-case-scenario». Men doet er verkeerd aan om vanuit een grenzeloos optimisme de ogen te sluiten voor dit soort situaties. Onze samenleving wordt gekenmerkt door een sterke regulering in de meeste domeinen. Het zou op zijn minst vreemd zijn dat in een dergelijke context de regeling van de problemen rond het levenseinde wordt overgelaten aan de goede wil van de verschillende betrokkenen. Ook vanuit dit oogpunt moet een regeling die steunt op de vrije wilsbeschikking als volstrekt ontoereikend worden beschouwd.

De hoorzittingen met de juristen tenslotte creëerden de mogelijkheid om het standpunt ontwikkeld door de partij van het lid ook op juridisch vlak te toetsen. Zowel staatsraad Messine als professor Adams maakten duidelijk dat het strafrecht meer is dan een instrumenteel middel alleen: het meet zich ook een moreel oordeel aan en legt de algemene ethische norm vast.

Belangrijk is dat nu ook de juristen opmerkten dat een depenalisering van euthanasie in conflict treedt met de bepalingen van artikel 2 EVRM, dat de Staat de verplichting oplegt het menselijk leven te beschermen. Dat deze argumentatie op grond van artikel 2 EVRM steek houdt, wordt bovendien bevestigd door een recente beslissing van het Europees Patentenkanntoor te München dat een ingeschreven patentaanvraag «euthanatica voor mensen» op 23 mei 2000 heeft geweigerd, precies op grond van het EVRM. In tegenstelling tot wat sommigen beweren, is dit juridisch argument dus welzeker valabel.

De vraag blijft welke dan de beste juridische constructie is om euthanasie in deze meest uitzonderlijke

demande n'est pas plutôt en fait un appel à l'aide déguisé, une demande de ne pas être abandonné.

Selon un autre contre-argument enfin, une dépenalisation permettrait d'éviter les abus. Tout au long des auditions, on a abondamment cité les chiffres du rapport Deliens, qui n'est pas un rapport officiel, alors que ces mêmes auditions ont montré que le rapport ne nous éclaire pas sur la situation précise du patient dans 3% des décès consécutifs à une interruption de vie censée avoir été pratiquée sans demande préalable du patient.

Tant le docteur Menten que le docteur Vermeulen ont confirmé que les paramètres de cette enquête ne permettraient certainement pas de considérer chacun de ces décès comme le résultat d'un acte euthanasique. Le docteur Ingels de l'Université de Nijmegen a même été jusqu'à affirmer que les 3% de cas d'euthanasie non demandée se rattachent plutôt à la problématique des droits du patient qu'à une pénalisation en tant que telle.

L'argument selon lequel la dépenalisation permet d'exclure les abus ne saurait être accueilli. Si l'on décide de dépenaliser l'euthanasie, il faut se baser sur le scénario le plus pessimiste. On a tort de faire preuve d'un optimisme illimité qui conduit à fermer les yeux face à cette sorte de situation. Notre société se caractérise par un degré élevé de réglementation dans la plupart des domaines. Il serait pour le moins étrange que dans un tel contexte, l'adoption de règles relatives aux problèmes de la fin de vie soit laissée au bon vouloir des divers intéressés. De ce point de vue aussi, un régime fondé sur le libre arbitre doit être considéré comme totalement insuffisant.

Enfin, les auditions de juristes ont permis d'examiner aussi sous l'angle juridique le point de vue développé par le parti de l'intervenant. Tant M. Messine, le conseiller d'État, que le professeur Adams ont indiqué clairement que le droit pénal est plus qu'un simple instrument: il participe aussi d'un jugement moral et fixe la norme éthique générale.

L'important, c'est que les juristes ont à présent fait remarquer eux aussi qu'une dépenalisation de l'euthanasie serait en conflit avec les dispositions de l'article 2 CEDH, qui impose à l'État l'obligation de protéger la vie humaine. En outre, la pertinence de cette argumentation qui se fonde sur l'article 2 CEDH est confirmée par une décision récente du Bureau européen des brevets à Munich, qui a rejeté une demande de brevet pour des médicaments euthanasiques pour les humains, le 23 mai 2000, précisément sur la base de la CEDH. Contrairement à ce que certains affirment, cet argument juridique est donc assurément valable.

Reste toutefois, la question de savoir quelle est la meilleure construction juridique pour justifier

gevallen wel te rechtvaardigen. Door de juristen werd bevestigd dat de door de partij van het lid voorgestelde noodtoestand allicht de enige verdedigbare constructie is in het licht van het EVRM. Door het gebruik van de noodtoestand voor de arts, wordt benadrukt dat het toestaan van euthanasie geen normaal medisch handelen betreft, maar wel een maatschappelijk handelen waarvan de arts zich rekenschap dient te geven. Het begrip «noodtoestand» drukt zeer goed uit met welke situatie men wordt geconfronteerd en is iets helemaal anders dan het opsommen van de voorwaarden waaronder de levensbeëindiging mogelijk is. Het werken met de noodtoestand legt de bewijslast van deze noodtoestand bij de arts, zodat de zwakke patiënt steeds de bescherming van de strafwet kan invoeren. Of zoals Staatsraad Messine het uitdrukte: de redenen spelen een belangrijker rol dan het louter vervullen van de voorwaarden. Het gaat derhalve niet om het louter invullen van voorwaarden, maar wel om het inleven in de concrete situatie.

Spreeker erkent dat verschillende juridische formules mogelijk zijn om één en ander concreet in wetteksten om te zetten, maar benadrukt dat zulks, zijns inziens, dient te gebeuren aan de hand van het begrip «noodtoestand».

Een tweede vraag is waar deze invulling van de noodtoestand voor het concrete euthanaserend handelen juridisch kan worden geconcipieerd. Verschillende voorstellen werden hieromtrent gedaan. Men zou kunnen werken met een bijzondere wet over het naderend levenseinde. Een oplossing kan eventueel worden gevonden in het kader van het koninklijk besluit nr. 78 nopens de uitoefening van de geneeskunde, maar deze optie lijkt minder wenselijk omdat euthanasie geen «medisch handelen» vormt wanneer men dit begrip hanteert in de curatieve definiëring. Dit hoeft echter geen struikelblok te zijn. In dat geval moet men wél de relatie tussen de strafwet en het koninklijk besluit nr. 78 uitklaren. Dit zou eventueel kunnen gebeuren door in het Strafwetboek een artikel *71bis* in te voegen, waarin kan worden verwezen naar een wet die de voorwaarden kan omschrijven waarbinnen de noodtoestand kan worden ingeroepen.

De hoorzittingen hebben uitgewezen dat een depenalisering van euthanasie noch feitelijk of maatschappelijk gewenst noch juridisch risicoloos is. Toch blijven sommigen vasthouden aan een depenalisering, aldus België op wereldvlak een unieke plaats gevend, terwijl elk tegenargument werd weerlegd. Het strafbaar houden van euthanasie is helemaal niet terug te brengen tot een louter ideologische discussie, maar gaat over de kern van het probleem: euthanasie is en moet een uitzonderlijke handeling blijven. De strafrechtelijke norm «gij zult niet doden», die het leven van de mens onvoorwaardelijk beschermt, moet onverkort blijven gelden. Aan de bescherming van dit

l'euthanasie dans les cas les plus extrêmes. Les juristes ont confirmé que l'état de nécessité, qui a été proposé par le parti du membre, est sans doute la seule construction défendable à la lumière de la CEDH. En utilisant l'état de nécessité, s'agissant du médecin, on souligne que l'euthanasie ne constitue pas un acte médical normal, mais un acte social dont le médecin doit avoir conscience. La notion d'«état de nécessité» exprime très bien à quelle situation on est confronté et représente tout autre chose que l'énumération des conditions dans lesquelles l'euthanasie est possible. En utilisant cette notion, l'on confie au médecin la charge de la preuve, de sorte que le patient vulnérable peut toujours invoquer la protection de la loi pénale ou, comme l'a dit le conseiller d'État Messine: les raisons jouent un rôle plus important que le simple fait de remplir les conditions. Il ne s'agit donc pas de remplir simplement des conditions, mais bien de se mettre dans la situation concrète.

L'intervenant reconnaît qu'il y a différentes formules juridiques possibles pour transposer concrètement tout cela dans un texte de loi, mais il souligne que selon lui, cela doit se faire sur la base de la notion d'état de nécessité.

Il faut ensuite se demander dans quel instrument juridique l'on pourrait définir cet état de nécessité pour la pratique concrète de l'euthanasie. Diverses propositions ont été formulées à cet égard. On pourrait opter pour une loi particulière sur la fin de vie imminente. On pourrait éventuellement utiliser le cadre de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir, mais pareille option semble moins souhaitable parce que l'euthanasie ne constitue pas un acte médical, au sens curatif du terme. Ce n'est toutefois pas un obstacle absolu. Mais dans ce cas, il faudrait bien clarifier la relation entre la loi pénale et l'arrêté royal n° 78. On pourrait par exemple le faire en insérant dans le Code pénal un article *71bis*, qui ferait référence à une loi qui définirait les conditions dans lesquelles on peut invoquer l'état de nécessité.

Les auditions ont montré qu'une dépenalisation de l'euthanasie n'est souhaitable ni dans les faits ni sur le plan social, et qu'elle n'est pas sans risque au point de vue juridique. Toutefois, certains persistent à vouloir dépenaliser, isolant ainsi la Belgique par rapport au reste du monde, alors que tous leurs arguments ont été réfutés. L'on ne saurait réduire le maintien de la pénalisation de l'euthanasie à une discussion purement idéologique, car il concerne le cœur du problème: l'euthanasie est et doit rester un acte exceptionnel. La norme pénale «tu ne tueras point», qui protège inconditionnellement la vie de l'homme, doit rester pleinement applicable. L'on ne saurait soumettre la protec-

leven kunnen en mogen geen voorwaarden worden gekoppeld, die een inbreuk erop toelaten. Door in de strafwet zelf het verbod om te doden onder bepaalde voorwaarden wel toe te laten, zou worden aangegeven dat bepaalde levens als minder waard worden beschouwd dan andere.

De bestaande strafrechtelijke techniek conform artikel 422*bis*, dat handelt over het schuldig verzuim, kan onverkort worden gehandhaafd in de gevallen van hulp bij zelfdoding.

Een vierde discussiepunt betreft het al dan niet terminale karakter waarin de betrokken persoon zich bevindt. Het voorstel medeondertekend door het lid, zoals het werd ingediend, stelt dat enkel de patiënt die lijdt aan een ondraaglijke en onbehandelbare pijn, en die zich in een medisch uitzichtloze terminale situatie bevindt, een verzoek tot euthanasie kan richten.

Het moet gezegd dat tijdens de hoorzittingen slechts weinig getuigen, met uitzondering van de ethici Vermeersch en Englert en de verenigingen van Favvys en Herremans, uitdrukkelijk in de euthanasiemogelijkheid voor niet-terminale patiënten voorzien.

Professor Vanneste maakte de terechte opmerking dat de «*existentiële nood*» op zich, in de euthanasieproblematiek niet in aanmerking mag komen voor het definiëren van een noodtoestand. De arts bevindt zich in dat geval immers niet in een noodtoestand. Hij bevindt zich maar in een noodtoestand wanneer hij geconfronteerd wordt met een situatie waarin hij met zijn medische deskundigheid wil blijven helpen, maar waarbij de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend zijn om de fysieke nood van de terminale patiënt te lenigen. Dit veroorzaakt precies zijn gewetensnood.

Een uitbreiding van de rechtvaardiging van het euthanasieverzoek dat gebaseerd is op het louter subjectieve oordeel van de patiënt is, opnieuw in het licht van de bepalingen van het EVRM, juridisch niet te verantwoorden. Een euthanasieverzoek vraagt echter vanuit het exceptioneel karakter ervan een objectieve, minimaal intersubjectieve benadering. Om die reden ook wordt de psychische nood uitgesloten.

Uit de hoorzittingen blijkt anderzijds dat het gebruik van de term «*terminaal*» niet altijd even duidelijk is. Het gaat immers om een kwalitatief en niet om een mathematisch begrip. Er dient dan ook gewezen te worden op het gebrek aan logica bij diegenen die stellen dat het begrip «*terminaal*» niet te definiëren valt of niet relevant is, maar die anderzijds verschillende procedures voorstellen voor terminale en niet-terminale patiënten, waarbij voor deze laatste categorie meer procedurele waarborgen worden ingebouwd.

tion de cette vie à des conditions, qui permettraient qu'on l'enfreigne. En levant, dans certaines conditions, dans la loi pénale elle-même, l'interdiction de tuer, l'on montrerait que l'on considère que certaines vies ont moins de valeur que les autres.

L'on peut conserver sans problème la technique pénale actuelle, prévue à l'article 422*bis*, qui traite de l'abstention coupable, en cas d'aide au suicide.

Le quatrième point en discussion concerne le caractère terminal ou non de la phase dans laquelle la personne concernée se trouve. La proposition qui a été cosignée par le membre, telle qu'elle a été déposée, prévoit uniquement que le patient qui subit une douleur insupportable et impossible à traiter, et qui se trouve dans une situation médicale terminale sans espoir, peut formuler une demande d'euthanasie.

Il faut dire qu'au cours des auditions, rares étaient les témoins prévoyant la possibilité de l'euthanasie pour les patients qui ne se trouveraient pas en phase terminale, à l'exception des éthiciens MM. Vermeersch et Englert et des associations de MM. Favvys et Herremans.

Le professeur Vanneste a fait remarquer à juste titre que dans le cadre du problème de l'euthanasie, la «*détresse existentielle*» en tant que telle ne saurait entrer en ligne de compte pour la définition d'un état de nécessité. En effet, dans ce cas, le médecin ne se trouve pas dans un état de nécessité. Il ne se trouve dans un tel état que s'il est confronté à une situation dans laquelle il souhaite continuer à aider le patient grâce à son expertise médicale, alors que les moyens dont il dispose ne sont plus suffisants pour soulager la détresse physique du patient en phase terminale. C'est précisément cet élément qui provoque l'état de nécessité.

Une extension de la possibilité de justifier la demande d'euthanasie, basée uniquement sur l'avis subjectif du patient, n'est pas juridiquement défendable à la lumière, une fois de plus, des dispositions de la CEDH. Toutefois, une demande d'euthanasie doit être examinée de manière objective, ou au minimum intersubjective, en raison de son caractère exceptionnel. C'est également pour cette raison que l'on exclut la détresse psychique.

Par ailleurs, les auditions ont montré que l'emploi du terme «*terminal*» n'est pas toujours aussi clair. En effet, il s'agit d'une notion qualitative et non mathématique. Dès lors, il faut attirer l'attention sur le manque de logique de ceux qui affirment que l'on ne saurait définir la notion de «*terminal*» ou qu'il ne s'agit pas d'une notion pertinente, mais qui proposent par ailleurs des procédures différentes pour les patients en phase terminale et ceux en phase non terminale, ces derniers bénéficiant davantage de garanties de procédure.

Spreker is van oordeel dat moet worden nagedacht over een definitie van het woord «terminaal», die duidelijk aangeeft dat men zich in de eindfase van het leven bevindt. Verschillende geneesheren hebben echter aangegeven dat men eigenlijk wél weet wanneer een patiënt zich in een eindfase bevindt of terminaal is. Het beantwoordt volkomen aan het begrip «noodtoestand» dat men niet exact kan zeggen hoelang de betrokkene nog te leven heeft. Indien er een omschrijving zou komen van het begrip «noodtoestand», dan kan dit slechts een kaderomschrijving zijn, waarbij niet wordt gesproken over termijnen.

Om deze reden zal de fractie van het lid haar voorstel verfijnen: wanneer een behandelende arts zich wil beroepen op de noodtoestand bij opzettelijk levensbeëindigend handelen moet hij er zich derhalve van overtuigen dat:

- het overlijden binnen afzienbare tijd voorzienbaar is;
- de patiënt voorwerp is van ondraaglijk en niet-behandelbaar lijden, naar heersend medisch inzicht.

Deze laatste bepaling, die aan de Nederlandse regelgeving is ontleend, benadrukt precies het intersubjectief aspect, waardoor euthanasie niet louter afhankelijk is van het beweerde absolute zelfbeschikingsrecht van de patiënt.

Als vijfde discussiepunt, verwijst spreker naar het al dan niet bestaan van een «*a priori*»-procedure». Omzeggens alle getuigen bevestigden dat het echt uitgedrukte euthanasieverzoek, zoals bedoeld in de voorstellen die voorliggen, vrij uitzonderlijk is. «Decodering» was een sleutelwoord bij de verschillende getuigen, die bevestigden dat vooral de vrees voor toekomstig lijden, toenemende afhankelijkheid en het verlies van waardigheid, de vrees voor therapeutische hardnekkigheid tot de vraag naar euthanasie aanzetten.

De hoorzittingen toonden aan dat het van het grootste belang is dat het verzoek (la «demande») voorafgaandelijk grondig wordt beoordeeld op zijn waarachtigheid («le désir»).

Mede om deze reden benadrukken alle getuigen het belang van een gestructureerd overleg. Weinigen verzetten zich tegen de voorgestelde obligatoire *a priori*-procedure, waarbij de beslissing het «colloque singulier» overstijgt. Enkel de vereniging «Waardig Sterven», ethisch comité-voorzitster Bron en Pesleux sluiten elk verplicht overleg uit.

Vooraf vanuit de verplegershoek en de palliatieve deskundigen werd gewezen op de noodzaak hen in de besluitvorming te betrekken, nu hun band met de patiënt vaak veel sterker is dan die van de geneesheer.

L'intervenant estime qu'il faut réfléchir à une définition du mot «terminal», qui indique clairement que l'on se trouve en fin de vie. Plusieurs médecins ont toutefois souligné qu'en réalité, on sait si un patient se trouve en fin de vie ou en phase terminale. Le fait de ne pas pouvoir dire exactement combien de temps l'intéressé a encore à vivre cadre tout à fait avec la notion d'état de nécessité. Si l'on devait définir la notion d'état de nécessité, l'on ne pourrait en donner qu'une définition cadre, où il n'est pas question de délais.

C'est pourquoi le groupe politique du membre affirmera ses propositions: si un médecin traitant veut invoquer l'état de nécessité en cas d'euthanasie intentionnelle, il devra donc être convaincu que:

- le décès est prévisible à court terme;
- le patient subit une souffrance insupportable et impossible à traiter, selon les conceptions médicales dominantes.

Cette dernière disposition, empruntée à la législation néerlandaise, souligne précisément l'aspect intersubjectif, qui fait que l'euthanasie ne relève pas seulement du droit, affirmé comme absolu, du patient à l'autodétermination.

Le cinquième point de discussion abordé par l'intervenant est celui de l'existence ou non d'une «procédure *a priori*». Pratiquement, tous les témoins ont confirmé que la véritable demande d'euthanasie, au sens où l'entendent les propositions qui ont été déposées, est assez exceptionnelle. «Decodage» est un mot-clé qu'ont employé les divers témoins, qui ont confirmé que c'est surtout la crainte de souffrances à venir, d'une dépendance croissante et de la perte de la dignité ou encore l'appréhension de l'acharnement thérapeutique qui incitent à demander l'euthanasie.

Les auditions ont montré qu'il était de la plus haute importance que l'on s'interroge très sérieusement au préalable sur la vérité de la demande («le désir»).

C'est notamment pour cette raison que tous les témoins ont souligné l'importance d'une concertation structurée. Ils ont été peu nombreux à se déclarer opposés à la procédure *a priori* obligatoire, dans laquelle la décision dépasse le «colloque singulier». Seules l'association «Waardig Sterven», la présidente d'un comité d'éthique, Mme Bron, et Mme Pesleux ont exclu toute concertation obligatoire.

Ce sont surtout les infirmiers et les spécialistes en soins palliatifs qui ont souligné la nécessité de les associer au processus décisionnel, étant donné qu'ils entretiennent souvent avec le patient des liens beau-

In het voorstel ingediend door de fractie van het lid is reeds voorzien in het verplicht overleg met een palliatief deskundige. Het is wenselijk dat dit overleg ook wordt uitgebreid naar het verplegend personeel van het verzorgend team.

De vrees voor tribunalisering, zoals vaak wordt tegengeworpen, lijkt door de getuigen niet aldus te worden ervaren. Verschillende getuigen bevestigen bovendien het ondersteunend karakter van een *a priori*-procedure. Dokter Ingels verklaarde zelfs openlijk dat de minimale melding van euthanaserende handelingen en het hieruitvolgend gebrek aan controle in Nederland, in eerste orde te wijten is aan het gebrek aan een verplichte zorgvuldigheidsprocedure *a priori*.

Een veel gebruikt argument tegen deze *a priori*-procedure is dat de dringendheid en de tijdsdruk dergelijke procedure niet toelaten (onder andere professor Vermeersch). Hiernaar gevraagd, antwoorden verschillende getuigen in de commissie ontkenkend. De Federatie Palliatieve Zorg wees erop dat juist deskundigen inzake palliatieve zorg er zich bewust van zijn hoe belangrijk tijd voor de ongeneeslijke ziekte is.

Het is daarom onduidelijk wat er nog tegen een *a priori*-procedure kan zijn, nu zij als referentiepunt voor de arts en als bescherming voor de patiënt precies de optimale rechtszekerheid op het oog heeft. De hoorzittingen hebben het «tribunaal»-argument hoe dan ook doorprikt. Een overleg *a priori* dient niet om de patiënt te betuttelen maar is noodzakelijk ter ondersteuning van de besluitvorming en om de rechtszekerheid van de verschillende betrokkenen te waarborgen. De keuze voor de term «overleg» in plaats van «controle» is een welbewuste keuze omdat aan dit laatste begrip een positieve invulling dient te worden gegeven.

Ten slotte dient vermeld te worden dat verschillende getuigen heil zien in een externe belichting van het overleg omdat de geneesheren en verzorgers vaak zodanig betrokken zijn bij de situatie van hun patiënten dat het voor hen moeilijk is om afstand te nemen. Zelfs professor Englert was hier voorstander van. Voor de fractie van het lid kan dergelijke externe belichting plaatsvinden door de ethisch verantwoordelijke van de ziekenhuisinstelling, dan wel door een derde persoon, niet-arts, aangewezen in overleg met de patiënt, voorkomend op een pluralistisch, multidisciplinair samengestelde lijst opgemaakt door de provinciale raad van de Orde van de geneesheren, als de patiënt een thuiszorgbehandeling geniet.

Als zesde discussiepunt verwijst spreker naar de voorafgaande wilsbeschikking als interpretatief element. Uit de hoorzittingen blijkt dat, met uitzondering van de Waardig Sterven-Verenigingen en MS-

coup plus forts que le médecin. La proposition déposée par le groupe politique de l'intervenant prévoit déjà la concertation obligatoire avec un spécialiste des soins palliatifs. Il est souhaitable que cette concertation soit étendue au personnel infirmier et à l'équipe soignante.

La crainte d'une tribunalisation, argument souvent invoqué, ne semble pas être ressentie comme telle par les témoins. Plusieurs témoins confirment de surcroît le rôle de soutien d'une procédure *a priori*. Le docteur Ingels a même déclaré ouvertement que la déclaration minimale des actes euthanasiques et le manque de contrôle qui en découle aux Pays-Bas est dû en tout premier lieu à l'absence d'une procédure de prudence préalable obligatoire.

On invoque souvent à l'encontre de cette procédure *a priori* que l'urgence et le manque de temps ne permettent pas de suivre une telle procédure (notamment le professeur Vermeersch). Interrogés à ce sujet, plusieurs témoins ont contesté cet argument en commission. La *Federatie Palliatieve Zorg* a souligné que les spécialistes en soins palliatifs sont précisément conscients de l'importance du facteur temps dans le cadre d'une maladie incurable.

On ne voit par conséquent pas très bien ce qui peut encore s'opposer à une procédure *a priori* dès lors qu'offrant un point de référence au médecin et une protection au patient, elle vise précisément à garantir la sécurité juridique optimale. Les auditions ont en tout cas battu en brèche l'argument de la «tribunalisation». Une concertation *a priori* ne doit pas servir à faire la leçon au patient, mais est nécessaire pour étayer le processus décisionnel et garantir la sécurité juridique des différents intéressés. Le choix du terme «concertation» en lieu et place de «contrôle» est voulu car il importe de donner à cette notion une connotation positive.

Enfin, il convient de signaler que pour plusieurs témoins, la concertation devrait comporter un éclairage externe, parce que les médecins et le personnel soignant sont souvent à ce point impliqués dans la situation de leurs patients qu'il leur est difficile de prendre du recul. Même le professeur Englert était partisan de cette idée. Pour le groupe auquel le membre appartient, cet éclairage externe peut être apporté par le responsable éthique de l'institution hospitalière ou bien, si le patient bénéficie d'un traitement à domicile, par une tierce personne, non-médecin, désignée d'un commun accord avec le patient et figurant sur une liste pluraliste et multidisciplinaire dressée par le conseil provincial de l'Ordre des médecins.

Le sixième point de discussion retenu par l'intervenant concerne la déclaration anticipée de volonté comme élément interprétatif. Les auditions ont montré qu'à l'exception des associations pour le

patiënt Mario Verstraete en ethisch comité-voorzitster Bron, geen enkele getuige een wettelijk bindende kracht aan het levenstestament wenst te verbinden.

Hierbij worden de door de fractie van het lid reeds eerder vertolkte argumenten aangehaald (niet weten hoe men zich in een bepaalde situatie zal voelen, onzekerheid van de toekomst), of wordt verwezen naar de deshumanisering van de medische relatie, waarbij de geneesheer enkel nog een «marsorder» dient uit te voeren. Het is in dit kader significant dat ook MS-patiënt Mario Verstraete stelde een maand bedenktijd te zullen vragen tussen het ogenblik waarop hij voor het eerst het verzoek om hem te helpen zal formuleren en het voorziene tijdstip van de euthanasiebehandeling, om te vermijden meegesleurd te worden door een tijdelijke depressie.

Evenwel waren bijna alle getuigen het er over eens dat een wilsverklaring wel een belangrijk element kan zijn bij het nemen van medische beslissingen in de dagelijkse palliatieve en intensieve zorgverlening. Voor de patiënten biedt dergelijke wilsbeschikking ook een groter psychologisch comfort, transparantie en beschermingszekerheid tegen bijvoorbeeld therapeutische hardnekkigheid. Deze wilsbeschikking kan echter ook positief begrepen worden: een patiënt kan even goed neerschrijven dat als er zelfs maar één kans op 100 bestaat hem te redden, de artsen die kans moeten grijpen.

Het lid onderstreept dat het door zijn partij ingediende voorstel geen bepaling bevatte met betrekking tot deze wilsbeschikking. De hoorzittingen hebben hem echter overtuigd dat de wilsbeschikking met betrekking tot de medische handelingen bij het levenseinde wettelijke erkenning moet krijgen.

Maar deze wilsbeschikking heeft géén juridisch verbindende kracht, en kan enkel in rekening genomen worden in zoverre:

— deze wilsverklaring van recente datum is dan wel werd opgesteld op een ogenblik waarop de patiënt de draagwijdte en het verloop van zijn ziekte ten volle kan inschatten;

— de inhoudelijke toelaatbaarheidsvoorwaarden die gelden bij het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek werden nageleefd.

De waarde van deze wilsbeschikking kan dan ook niet meer zijn dan louter indicatief.

Met betrekking tot de meldingsprocedure — het zevende punt in het debat — merkt spreker op dat verschillende getuigen zich tijdens de hoorzittingen uitlieten over het irrealistische karakter van de in het voorstel van 20 december voorziene meldingsproce-

droit de mourir dans la dignité de Mario Verstraete, patient souffrant de sclérose en plaques, et de la présidente d'un comité d'éthique, Mme Bron, aucun témoin ne souhaite conférer au testament de vie une quelconque force légale obligatoire.

L'on a invoqué à cet égard les arguments déjà avancés par son groupe politique (ne pas savoir comment on se sentira dans une situation déterminée, incertitude de l'avenir), ou l'on s'est référé à la déshumanisation de la relation médicale, le médecin n'ayant plus qu'à exécuter un «ordre de marche». Dans ce cadre, il est significatif que même Mario Verstraete, un patient atteint de sclérose en plaques, a déclaré qu'il demanderait un mois de réflexion entre le moment de sa première demande d'aide et le moment prévu pour l'euthanasie, afin d'éviter de succomber à une dépression temporaire.

La quasi-totalité des témoins se sont cependant accordés à dire que la déclaration de volonté pouvait être un élément important de la prise de décisions médicales dans le cadre des soins palliatifs et intensifs quotidiens. Pour les patients, une telle déclaration de volonté apporte aussi un plus grand confort psychologique, de la transparence et une garantie de protection, notamment contre l'acharnement thérapeutique. On peut toutefois aussi donner à cette déclaration de volonté une portée positive: un patient peut tout aussi bien consigner par écrit que même s'il n'y a qu'une seule chance sur 100 de le sauver, les médecins doivent la saisir.

Le membre souligne que la proposition déposée par son groupe politique ne contenait aucune disposition relative à cette déclaration de volonté. Les auditions l'ont toutefois convaincu que la déclaration de volonté relative aux actes médicaux liés à la fin de la vie devait faire l'objet d'une reconnaissance légale.

Mais cette déclaration de volonté n'a aucune force juridique obligatoire et ne peut être prise en compte que dans la mesure où:

— cette déclaration de volonté est de date récente et a été rédigée à un moment où le patient était en mesure de saisir pleinement la portée de sa maladie ainsi que son évolution;

— les conditions d'admissibilité de fond applicables à l'acte pratiqué par un médecin qui met fin intentionnellement et activement à la vie, ont été remplies.

Cette déclaration de volonté ne peut dès lors avoir rien de plus qu'une valeur purement indicative.

En ce qui concerne la procédure de déclaration — le septième point du débat —, l'intervenant souligne qu'au cours des auditions, plusieurs témoins ont parlé du caractère irrealiste de la procédure prévue par la proposition du 20 décembre 1999. À ce sujet, il

sure. Het belangrijkste obstakel hierbij lijkt de directe controle door het openbaar ministerie te zijn, een conclusie die los staat van de vraag of euthanasie al dan niet in het strafrecht wordt opgenomen.

Het voorstel ingediend door de fractie van het lid voorziet reeds in een dergelijke «buffer» tussen arts en parket. Deze buffer kan echter, na de ervaringen van de hoorzittingen, worden verfijnd om een efficiënte melding en controle te verzekeren. De toetsingscommissies zoals die in Nederland werden opgericht zijn hierbij bijzonder inspirerend.

Een voorstel kan er daarom als volgt uitzien. Elke behandelende arts dient binnen 24 uur na het euthanasiserend handelen een schriftelijk verslag over te maken aan de wetsarts, die onmiddellijk nagaat of alle zorgvuldigheidsvereisten werden nageleefd.

Bij kennelijke niet-naleving van de zorgvuldigheidsvereisten, maakt de wetsarts onmiddellijk zijn bevindingen over aan de procureur des Konings, die hierop kan besluiten dat niet tot teraardebestelling mag worden overgegaan. Indien de wetsarts geen onregelmatigheden vaststelt, maakt hij het verslag samen met zijn bevindingen over aan een op te richten regionale toetsingscommissie, die op haar beurt de naleving van de voorwaarden onderzoekt en verslag uitbrengt aan de procureur des Konings.

Een wettelijke regeling voor euthanasie staat of valt met de mate waarin controle kan worden uitgeoefend op de naleving van de noodzakelijke voorwaarden. Dergelijke controle moet positief worden ingevuld, moet ervoor zorgen dat er voldoende voorwaarden voor de rechtszekerheid kunnen worden gecreëerd en moet derwijze gebeuren dat een geneesheer die te goeder trouw handelt, erop moet kunnen rekenen dat, wanneer hij in eer en geweten oordeelt dat hij de wettelijke regeling heeft nageleefd, hij ook op een eerlijke en correcte besluitvorming mag rekenen.

Als achtste punt van de bespreking, wijst spreker op het cruciale belang van de patiëntenrechten. Zij zijn onlosmakelijk verbonden met het euthanasievraagstuk in het bijzonder en de gezondheidszorg in het algemeen.

De fractie van het lid heeft terzake een wetsvoorstel ingediend betreffende het «medisch zorgcontract en de rechten van de patiënt» en een tweede voorstel «tot inrichting van een klachtenprocedure». In beide wetsvoorstellen krijgt de patiënt een centrale plaats. Het is echter uit den boze om, naar aanleiding van de bespreking van de voorstellen omtrent het naderend levenseinde, het geheel van de problematiek van de patiëntenrechten te regelen.

Spreekster verwijst concluderend naar uitspraken van senatoren in de pers, die stellen dat haar partij in

semble bien que le contrôle direct que doit exercer le ministère public constitue le principal obstacle, mais cela n'a aucun rapport avec la question de savoir si l'euthanasie doit ou non être inscrite dans le Code pénal.

La proposition qu'a déposée le groupe de l'intervenant prévoit déjà un «tampon» entre le médecin et le parquet. Toutefois, l'expérience recueillie au cours des auditions permettra d'affiner ce tampon de manière à assurer une déclaration et un contrôle efficaces. Les commissions de contrôle qui ont été créées aux Pays-Bas sont une excellente source d'inspiration en l'espèce.

On pourrait dès lors faire une proposition dans le sens suivant. Tout médecin traitant doit, dans les 24 heures d'un acte euthanasique, remettre un rapport écrit au médecin légiste qui doit vérifier immédiatement si tous les critères de prudence ont été respectés.

En cas de non-respect manifeste des critères de prudence, le médecin légiste transmet sur-le-champ ses constatations au procureur du Roi, qui peut alors décider d'empêcher l'inhumation. Si le médecin légiste ne constate pas d'irrégularités, il transmet le rapport ainsi que ses conclusions à une commission régionale de contrôle à créer, laquelle examinera à son tour le respect des conditions et fera rapport au procureur du Roi.

Le succès d'une réglementation de l'euthanasie dépendra de la mesure dans laquelle on pourra exercer un contrôle sur le respect des conditions nécessaires. Ce contrôle doit être positif, conçu de telle manière que l'on puisse créer les conditions suffisantes nécessaires pour pouvoir garantir la sécurité juridique. Il doit en outre être opéré de telle sorte qu'un médecin agissant de bonne foi et estimant, en âme et conscience, avoir respecté la réglementation, puisse compter sur un processus décisionnel à la fois correct et équitable.

Abordant le huitième point de la discussion, l'intervenant souligne l'importance cruciale des droits du patient qui sont liés indissociablement aux soins de santé en général et au problème de l'euthanasie en particulier.

Le groupe du membre a déposé à cet égard une proposition de loi relative au contrat de soins médicaux et droits du patient et une deuxième proposition relative à l'instauration d'une procédure de plainte. Les deux propositions accordent une importance primordiale au patient. Il serait toutefois inadmissible de régler l'ensemble de la problématique des droits du patient à l'occasion de l'examen des propositions relatives à la fin de la vie.

Pour conclure, l'intervenant fait référence aux déclarations que certains sénateurs ont faites dans la

het euthanasiedebat de feiten achterna holt, verward en verouderd is, en achterhaalde denkbeelden koestert. De hoorzittingen hebben niettemin bewezen dat haar voorstel maatschappelijk wordt gedragen en verre van behoudsgezind of in ideologische of confessionele dogma's verankerd is.

De partij waarvan spreekster deel uitmaakt heeft met betrekking tot het waardig levenseinde steeds een proactief beleid gevoerd. Zij was mee met de meest recente stromingen op het gebied van geneeskunde en verzorging. Palliatieve zorgverstrekking en geneeskunde zijn inderdaad nieuwe mogelijkheden; onderwijs in palliatieve geneeskunde komt wereldwijd pas nu van de grond. De partij ijvert er al jaren voor dat deze palliatieve zorg in Vlaanderen zou gerealiseerd worden.

Het standpunt van die partij is dan ook niet achterhaald, maar gaat ervan uit dat wanneer in de politiek over leven en dood wordt gesproken, een andere toon gepast is. Complexe situaties maken een complex antwoord noodzakelijk. Daarbij mogen fundamentele beginselen niet overboord worden gegooid, ook niet in een postmoderne samenleving, maar moet wel rekening worden gehouden met maatschappelijke evoluties.

Opkomen voor de rechtsbescherming van de stervende mens — de zwakke bij uitstek — is geen verstarde houding, maar heeft oog voor de eventuele misbruiken die aanwezig zijn in de samenleving en voor de maatschappelijke druk die kan ontstaan om de levensbeëindiging door andere factoren te laten bepalen dan door het belang van de patiënt. De vraag om euthanasie en het antwoord dat daarop moet worden gegeven, moet niet enkel worden bekeken vanuit het individuele belang van de patiënt, maar moet maatschappelijk overwogen worden. Dit is van in den beginne — reeds vanaf december 1997 — de opstelling geweest van de partij van het lid.

De fractie verheugt zich over het voorstel van senator Zenner e.a. De benadering om euthanasie niet te banaliseren en alleszins in de strafwet te houden, wordt dan ook door haar fractie bijgetreden. Hoewel niet alle aspecten van het voorstel voldoende werden uitgewerkt, staat de partij van het lid er positief tegenover en lijkt het mogelijk dat dit de basis vormt voor een consensus over de partijgrenzen heen.

*
* *

Een lid verklaart dat volgens hem vrijheid het sleutelwoord is in dit debat. Die vrijheid is de ware inzet van het debat over euthanasie.

presse et selon lesquelles son groupe apparaît comme étant en retard sur les faits dans le débat sur l'euthanasie, adopte une attitude rigide et crispée et défend des conceptions dépassées. Les auditions ont pourtant démontré que sa proposition est soutenue par la société et qu'elle est loin d'être conservatrice ou ancrée dans des dogmes idéologiques ou confessionnels.

Le parti de l'intervenante a toujours mené une politique proactive en ce qui concerne la dignité de la fin de la vie. Il a été à la pointe des évolutions les plus récentes dans le domaine de la médecine et des soins. En effet, les soins palliatifs et la médecine palliative sont des possibilités nouvelles; c'est aujourd'hui seulement que l'enseignement de la médecine palliative prend vraiment son essor dans le monde. Son parti œuvre déjà depuis des années à l'organisation concrète des soins palliatifs en Flandre.

Par conséquent, la position de ce parti n'est pas dépassée. Il part toutefois du principe que lorsque la politique traite de la vie et de la mort, il y a lieu d'adopter un autre ton. Les situations complexes appellent une réponse complexe. En outre, on doit tenir compte des évolutions sociales sans jamais abandonner les principes fondamentaux, pas même dans une société post-moderne.

Défendre le principe de la protection juridique de la personne humaine arrivée à la fin de sa vie — c'est-à-dire le faible par excellence — participe non pas d'une attitude sclérosée mais d'une attitude qui anticipe les abus qui pourraient être commis au sein de la société et les pressions sociales éventuelles au moyen desquelles on pourrait tenter d'arriver à ce que l'interruption de la vie soit déterminée par des facteurs autres que l'intérêt du patient. La demande d'euthanasie et la réponse qu'il y a lieu d'apporter à cette demande doivent être considérées non seulement en fonction de l'intérêt individuel du patient, mais aussi en fonction de l'intérêt social. Voilà le point de vue que le parti de l'intervenante défend depuis le mois de décembre 1997.

Son groupe se réjouit de la proposition du sénateur Zenner et consorts. C'est pourquoi elle souscrit à l'approche qui écarte toute banalisation de l'euthanasie et selon laquelle celle-ci reste en tout état de cause inscrite dans le droit pénal. Bien que certains aspects de la proposition de loi n'aient pas été suffisamment développés, le parti de la membre y souscrit et il semble qu'elle pourrait former la base d'un consensus ignorant les clivages entre les partis.

*
* *

Un membre déclare que le mot-clé de ce débat lui paraît être celui de liberté. C'est cet enjeu-là, et aucun autre, que est à la base du débat sur l'euthanasie.

Men kan zoveel diverse informatiebronnen aanboren als men wil, adviezen inwinnen van ethici en juristen, van artsen in intensieve verzorging en spoedopnames, van practici in palliatieve verzorging, van verpleegkundigen en specialisten, toch blijft de vrijheid van de mens de kern van het probleem.

Alvorens te komen tot de conclusies die kunnen worden getrokken uit de hoorzittingen met deskundigen en aan het einde van de werkzaamheden, wenst spreker even stil te staan bij het begrip vrijheid.

Hij geeft toe dat hij niet begrijpt hoe en waarom, in een wereld waarin alle groepen, alle leeftijdscategorieën, alle individuen beweren houder te zijn van rechten en de concrete toepassing ervan eisen, de mens het fundamentele recht wordt ontzegd zelf te kiezen hoe hij wil sterven.

Kinderen en jongeren hebben rechten. Vrouwen eisen terecht gelijke rechten. De grondwetten en zelfs het Europees Handvest pogen naast de traditionele rechten ook economische en sociale rechten (recht op arbeid, recht op een degelijk leven, recht op huisvesting) ingang te doen vinden. Het recht op de eigen dood blijven sommigen echter beschouwen als een bijna satanische eis, die moet worden afgewezen, of waaraan zulke voorwaarden moeten worden verbonden dat dit recht eigenlijk wordt uitgehouden.

Spreker begrijpt die houding niet; het is immers niet de bedoeling de maatschappij, de regels die worden voorgeschreven voor de omgang met de anderen of de openbare orde in het geding te brengen.

Het Burgerlijk Wetboek heeft zelf duidelijk en kernachtig aangegeven waar de grens ligt tussen de wilsvrijheid van de mens en zijn verantwoordelijkheid. Artikel 1382 bepaalt immers: «Elke daad van de mens, waardoor aan een ander schade wordt veroorzaakt, verplicht degene door wiens schuld de schade is ontstaan, deze te vergoeden.»

Welke schade wordt veroorzaakt door een patiënt in terminale fase, die wil dat een einde wordt gemaakt aan zijn leven?

De straffen die het Strafwetboek voorschrijft, hebben hoofdzakelijk betrekking op overtredingen tegen personen, goederen, de openbare orde, maar niet op handelingen van de mens die alleen op zichzelf gericht zijn.

Een misdaad is strafbaar, zelfmoord is het niet, ook al is de poging mislukt, en ook al is er een dode gevallen.

Alcoholgebruik achter het stuur of op straat wordt gestraft, maar niet thuis.

Daartegen zou men kunnen inbrengen dat bepaalde gedragingen gestraft worden, zonder dat iemand anders schade is berokkend.

On a eu beau multiplier et diversifier les sources d'information, recueillir les avis d'éthiciens et de juristes, d'intensivistes et d'urgentistes, de palliativistes, d'infirmiers et d'autres spécialistes, il reste que c'est la liberté de l'être humain qui est au centre de la réflexion.

Avant d'en arriver aux conclusions que l'on peut tirer de l'audition d'experts ainsi qu'à la suite des travaux, l'orateur souhaite s'arrêter à cette notion de liberté.

Il avoue ne pas comprendre comment et pourquoi, dans un monde où tous les groupes, toutes les catégories d'âge, tous les individus se déclarent titulaires de droits et en réclament l'application concrète, on refuse à l'être humain le droit fondamental de choisir les voies de sa propre mort.

Les enfants et les jeunes ont des droits. Les femmes réclament à juste titre le droit à l'égalité. Les Constitutions, et même le projet de Charte européenne, au-delà des droits traditionnels, s'efforcent de développer les droits économiques et sociaux (droit au travail, droit à une vie décente, droit au logement). Mais le droit sur sa propre mort est considéré par d'aucuns comme une revendication quasi-satanique, qu'il importe de repousser ou, à tout le moins, d'entourer de conditions telles qu'en fait, ce droit est vidé de toute substance.

L'intervenant ne comprend pas cette attitude, car il ne s'agit pas de remettre en cause le corps social, les règles édictées par rapport à autrui, l'ordre public qui organise la vie en société.

Le Code civil lui-même a admirablement et synthétiquement indiqué la frontière entre le libre-arbitre de l'être humain et la mise en oeuvre de sa responsabilité, lorsqu'il édicte à l'article 1382: «Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.»

Quel est le dommage causé par un patient en phase terminale, qui veut en terminer?

Quant au Code pénal, les sanctions qu'il édicte ne touchent essentiellement que les agressions commises contre les personnes, les biens, l'ordre public, mais non les actions de l'être humain qui ne concernent que lui-même.

Le crime est punissable, mais le suicide ne l'est pas, même s'il est manqué, et bien qu'il y ait mort d'homme.

L'alcoolisme est réprimé au volant ou dans la rue, mais pas lorsqu'il se limite au domicile de l'intéressé.

On pourrait certes rétorquer que certains comportements sont sanctionnés sans qu'un dommage causé à autrui n'apparaisse.

Dat geldt voor het algemene verbod op het drugsgebruik, ook voor het persoonlijke gebruik van soft-drugs.

Als reactie op deze opmerking kan worden verwezen naar de tendens om een onderscheid te maken tussen gebruiker en dealer of belangrijke producent van drugs, een tendens om de kleine gebruiker niet meer te vervolgen omdat hij niemand anders schade berokkent, maar vervolging en sancties te handhaven ten opzichte van degenen die deelnemen aan de drugs-handel.

De huidige burgerlijke verbodsbepalingen zijn het gevolg van de opvatting van de maatschappij op een bepaald ogenblik, en ze vallen één na één weg, al naargelang men zich bewust wordt van de maatschappelijke veranderingen. Dat is het geval voor het huwelijk tussen homoseksuelen. Het debat, dat tien jaar geleden nog tot mislukken gedoemd was, is volledig veranderd, want in Frankrijk bestaat een «pacte civil de solidarité» (burgerlijk solidariteitspact) en in België een enigszins vergelijkbare regeling.

Er zijn al meer oplossingen in de noordelijke landen. We evolueren ongetwijfeld naar een niet-discriminatie-regeling.

Waarom wordt dan een zo elementair recht als het recht op zijn eigen leven, zonder enig gevolg voor de anderen, ontkend of worden er zodanige voorwaarden aan verbonden dat het niet meer tot de wilsvrijheid van de houder ervan behoort?

Een antwoord daarop schuilt in de angst voor het onbekende, het risico dat men niet waarneemt maar dat men veronderstelt.

Deze angst is weliswaar aanwezig in alle waarschuwingen van de vooruitgang van de wetenschap want elke uitvinding heeft een schaduwzijde.

De zeer recente ontcijfering van het menselijk genoom is daar een voorbeeld van.

Het klonen van embryonale stamcellen voor therapeutische doeleinden kan weliswaar ziekten overwinnen of eventueel het tekort aan organen opvangen, maar het klonen van mensen voor reproductieve doeleinden opent vanzelfsprekend andere perspectieven, waarbij angst de kop opsteekt, omdat een bepaalde opvatting over onze maatschappij in vraag wordt gesteld.

Voor euthanasie liggen de zaken anders. Euthanasie is niet uitgevonden toen het debat is aangevat, en het opent ook geen ondoordringelijke perspectieven.

Er is alleen voorgesteld in te gaan op een bewust geformuleerde vraag van personen die geconfronteerd worden met hun naderende dood, of met een leven dat naar hun mening moet worden verkort, als gevolg van een ieders opvatting over zijn menselijke waardigheid.

Tel est le cas de l'interdiction généralisée de la drogue, y compris de l'usage personnel de drogues douces.

Mais, pour répondre à cette objection, il suffit de faire référence à l'évolution qui distingue consommateur et dealer ou gros producteur de drogue et qui, en fait, tend à ne plus poursuivre le petit consommateur parce qu'il ne cause aucun dommage à autrui, mais à maintenir les poursuites et les sanctions à l'égard de ceux qui participent au commerce de la drogue.

Quant aux interdits civils que l'on connaît actuellement, ils ne sont que le fruit d'une conception de la société à un moment déterminé et ils tombent les uns après les autres, au fur et à mesure de la prise de conscience des changements sociétaux. Ainsi en va-t-il du mariage des homosexuels. Le débat, encore voué à l'échec voici dix ans, s'est modifié complètement puisqu'en France existe le pacte civil de solidarité et en Belgique, un système qui y ressemble quelque peu.

Les solutions sont plus développées dans les pays nordiques. Nul doute que l'évolution va dans le sens de la non-discrimination.

Dès lors, qu'est-ce qui fait qu'un droit finalement assez élémentaire, puisqu'il s'agit d'un droit sur sa propre vie, sans conséquence sur autrui, est nié ou entouré de conditions telles qu'il n'est plus soumis au libre-arbitre de son détenteur?

Une réponse se trouve dans la peur devant l'inconnu, le risque que l'on n'aperçoit pas mais que l'on imagine.

Certes, cette peur est présente dans toutes les reconnaissances des progrès de la science, car il y a toujours une face noire à toute invention.

Le tout récent décodage du génome humain en est un exemple.

Si le clonage thérapeutique des cellules-souches embryonnaires peut vaincre des maladies ou remédier éventuellement à la pénurie d'organes, il est évident que le clonage reproductif humain ouvre des perspectives fondamentalement différentes, où se manifeste la peur, puisque l'on remet en cause une certaine conception de notre société.

Mais, dans le domaine de l'euthanasie, c'est tout autre chose. On n'a pas inventé l'euthanasie au moment où le débat a commencé, ni ouvert des perspectives insondables.

On a simplement proposé de répondre à la demande faite consciemment par des personnes confrontées à leur mort prochaine, ou à une vie dont elles estiment qu'elle doit être abrégée en raison de la conception que chacun a de sa propre dignité.

Dat is trouwens niets nieuws, want tijdens de hoorzittingen heeft niemand ontkend dat euthanasie overall wordt toegepast, in ziekenhuizen, rusthuizen, en zelfs op bepaalde palliatieve diensten, met of zonder instemming van de patiënten.

Sommigen vinden dat dit probleem niet moet worden aangeroerd. Bepaalde artsen, die menen dat zij alleen weten hoe ze moeten handelen, hebben gezegd dat de dood tot het domein van de medische wereld behoort.

In die opvatting zou het wetgevend optreden zich begeven op het terrein van de beoordeling van het medisch handelen, dat in zijn geheel moet worden gezien, en niet mag worden opgesplitst in verschillende beslissingen die door de wet worden gecodificeerd.

We hebben echter niet de bedoeling ons te bemoeien met de medische handeling zelf.

Spreker wil bijvoorbeeld geen definitie opleggen van therapeutische hardnekkigheid, of voorwaarden bepalen waaraan de arts zou moeten voldoen.

Hij wil de keuze van de rechter niet in de plaats stellen van de keuze van de arts.

Hij meent echter dat zodra een patiënt, onder bepaalde voorwaarden, zijn wil heeft geuit, rekening moet worden gehouden met diens vrijheid.

Het voorstel van de zes indieners is trouwens geen medische wet, maar een procedurewet, die de wijze bepaalt waarop het verzoek om te sterven wordt uitgedrukt en opgevangen, alsook de wijze waarop het moet worden beantwoord.

Andere gehoorde personen hebben zich afgevraagd of het wel opportuun is het debat te openen, omdat euthanasie weliswaar verboden is, maar het parket niet vervolgt. Het parket heeft echter wel al vervolgd, en men zou zich kunnen afvragen waarom het dat niet zou blijven doen.

Er bestaat een wet, en euthanasie is een misdrijf dat het gerecht moet vervolgen.

Daarom zijn artsen beschuldigd en zijn sommigen enkele dagen opgesloten. Dat herinnert vreemd genoeg aan andere debatten die we vroeger gekend hebben.

Dat betekent niet dat de zes indieners wetgevend willen optreden omdat personen die euthanasie hebben uitgevoerd in de gevangenis zitten of beschuldigd zijn, maar omdat ze denken dat die personen onder bepaalde voorwaarden niet moeten worden vervolgd en omdat ze, na een grondige reflectie over de vrijheid van de mens, menen dat de wet moet worden gewijzigd.

Als evenwel een meerderheid de wet niet wil wijzigen en het *status quo* wil behouden, dan is euthanasie

Il n'y a là, d'ailleurs, rien de nouveau, car, lors des auditions, personne n'a nié que des euthanasies étaient pratiquées partout, dans les hôpitaux, dans les maisons de repos, et même dans certains services palliatifs, avec ou sans accord des patients.

Certains considèrent qu'il ne faut pas soulever ce problème. «La mort est du domaine du monde médical», ont dit certains médecins, qui considèrent qu'eux seuls savent comment agir.

Légiférer serait, dans cette conception, entrer dans l'appréciation de l'acte médical, qui doit être pris dans sa continuité et non scindé en plusieurs décisions codifiées par la loi.

Or, précisément, l'intention n'est pas de s'immiscer dans l'acte médical lui-même.

L'intervenant n'entend pas s'engager dans une voie visant à définir, par exemple, l'acharnement thérapeutique et à fixer des conditions auxquelles le médecin devrait répondre.

Il ne veut pas substituer le choix du juge au choix du médecin.

Mais il estime qu'à partir du moment où, dans certaines conditions, un patient exprime sa volonté, sa liberté doit être prise en compte.

D'ailleurs, la proposition des six auteurs n'est pas une loi médicale, mais une loi de procédure, fixant la manière dont la demande de mort est exprimée et accueillie, ainsi que la façon d'y répondre.

D'autres personnes entendues se sont demandé s'il était opportun d'ouvrir le débat, l'euthanasie étant certes interdite, mais le parquet ne poursuivant pas. Or, le parquet a poursuivi et l'on peut se demander pourquoi il ne continuerait pas à le faire.

La loi est là et l'euthanasie est un crime que la justice doit poursuivre.

Voilà pourquoi des médecins ont été inculpés et certains emprisonnés pendant quelques jours. Cela rappelle étrangement d'autres débats que l'on a connus antérieurement.

Cela ne veut pas dire que les six auteurs veulent légiférer parce que des auteurs d'euthanasie sont en prison ou inculpés, mais parce qu'ils pensent qu'il ne faut pas poursuivre les auteurs d'acte d'euthanasie dans certaines conditions et qu'ils estiment, au terme d'une réflexion approfondie sur la liberté de l'être humain, qu'il faut changer la loi.

Mais si une majorité refusait de changer la loi et préférerait le *statu quo*, alors, l'acte d'euthanasie

verboden en moeten degenen die de wet overtreden, worden vervolgd.

Deze logica wordt soms bewust genegeerd door degenen die iedereen tevreden willen stellen, door het wettelijk verbod te handhaven maar te hopen dat het nooit wordt toegepast, en soms zelfs kritiek uit te oefenen op magistraten die toevallig de wet toepassen.

Systematisch wordt het internationale argument ingeroepen dat België inzake euthanasie een geavanceerd standpunt zou innemen, en dat argument wordt gebruikt naargelang van de belangen van degenen die het invoeren.

Zij die er thans op wijzen dat Frankrijk veel voorzichter is dan België, hoeden zich ervoor vast te stellen dat Frankrijk inzake bio-ethiek of het burgerlijk solidariteitspact, duidelijk veel verder gaat dan wij.

Bovendien heeft spreker er geen bezwaar tegen dat België een voortrekkersrol speelt met betrekking tot een ethisch onderwerp. In tegenstelling tot wat sommigen leken te vrezen is België overigens niet door andere landen uitgesloten of veroordeeld omdat het dit probleem, dat men trouwens overall begint te bespreken, naar zich heeft toegetrokken.

Wat de beslissing van het Europees Bureau van München betreft, waar de vorige spreker naar verwijst, en volgens wie euthanasie in strijd zou zijn met artikel 2 EVRM, wijst spreker erop dat het Europees Bureau van München alleen uit ambtenaren is samengesteld en daarom thans wordt bekritiseerd, want het is dat bureau dat bepaalt welke octrooien in strijd zijn met de openbare orde en de goede zeden.

In dat verband geeft het bureau blijk van laxisme, en laat het in feite alle octrooien toe, zonder zich af te vragen of ze in strijd zijn met de openbare orde en de goede zeden.

De adviezen van een administratieve — en niet een juridictionele of een politieke — instelling die andersluidend zijn, moeten dus met enige terughoudendheid worden beoordeeld.

Die instantie is overigens niet bevoegd om een politiek of moreel oordeel te vellen, maar om te bepalen of het gaat om een uitvinding met een innoverende activiteit en een industriële toepassing, voorwaarden die vereist zijn voor het indienen van een octrooi.

Volgens sommige verzoekschriften, die inzonderheid ondertekend zijn door parlementsleden die aan de werkzaamheden deelnemen, zou het debat dat pas is aangevat, moeten worden verdiept en uitgebreid.

Spreker acht het nuttig erop te wijzen dat het euthanasieprobleem sedert 1984 wordt gesteld. Volksvertegenwoordiger D'Hose sprak toen voor het eerst over euthanasie, in 1988 gevolgd door Edouard Klein en,

serait interdit et il faudrait poursuivre tous ceux qui transgresseraient la loi.

Cette logique est parfois délibérément ignorée par ceux qui préféreraient s'allier tout le monde, en maintenant l'interdit légal, mais en espérant qu'on ne l'applique jamais, et même parfois en critiquant les magistrats si, d'aventure, ils l'appliquent.

Quant à l'argument international, selon lequel la Belgique adopterait une position de pointe en matière d'euthanasie, il est systématiquement brandi, de manière réversible, selon l'intérêt de ceux qui l'invoquent.

Ainsi, les personnes qui soulignent aujourd'hui que la France est beaucoup plus prudente que la Belgique sont ceux qui se gardent de constater que, dans le domaine bioéthique ou du pacte civil de solidarité, la France est nettement en avance sur nous.

De plus, l'intervenant ne voit pas d'objection à ce que la Belgique occupe une position de pointe sur un sujet éthique. Du reste, contrairement à ce que certains semblaient craindre, la Belgique n'a pas, jusqu'à présent, été placée au ban des nations ni condamnée parce qu'elle se saisissait du problème, qui commence d'ailleurs à être discuté partout.

En ce qui concerne la décision de l'Office européen de Munich, évoquée par le précédent orateur et selon laquelle l'euthanasie serait contraire à l'article 2 CEDH, l'intervenant rappelle que l'Office européen de Munich n'est composé que de fonctionnaires, raison pour laquelle il est actuellement critiqué, car c'est lui qui détermine les brevets qui sont contraires à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

Dans ce cadre, il fait preuve d'un étrange laxisme et autorise en fait tous les brevets sur le vivant, sans s'intéresser au point de savoir s'ils sont contraires à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

Dès lors, les avis d'une instance administrative — et non juridictionnelle ni politique — qui vont en sens divers doivent être appréciés avec un certain recul.

Du reste, cette instance n'est pas là pour donner une appréciation politique ou morale, mais pour déterminer s'il s'agit d'une invention avec activité inventive et application industrielle, conditions requises pour le dépôt d'un brevet.

Selon certaines pétitions, signées notamment par des parlementaires qui participent aux travaux, le débat à peine commencé devrait s'approfondir et s'étendre.

L'intervenant croit utile de rappeler que le problème de l'euthanasie est posé depuis 1984. C'est le député D'Hose qui a commencé à cette époque à parler d'euthanasie, suivi en 1988 par Edouard Klein

in 1995, door de heren Boutmans, Moureaux, Lozie, Bacquelaïne en door spreker zelf.

Die voorstellen zijn zonder gevolg gebleven door het verbod in openbare vergadering. Het debat was echter op gang gebracht en sommigen, onder wie spreker, hebben hun opvattingen al sedert meer dan vijf jaar uiteengezet in diverse kringen.

Op 12 mei 1997 heeft het Comité voor bio-ethiek zijn advies uitgebracht, dat later door de Senaat is besproken.

Zodra het verbod werd opgeheven en de paars-groene meerderheid de parlementsleden de vrijheid heeft gelaten om dit probleem te bespreken, zijn alle voorstellen opnieuw ingediend en eventueel aangepast.

Sedertdien hebben 11 commissievergaderingen plaatsgehad, van 17 november 1999 tot 10 februari 2000, gevolgd door 12 andere vergaderingen van 15 februari tot 9 mei, met 44 hoorzittingen van 2 tot 3 uur per gehoorde persoon, en met meer dan 400 tussenkomsten van de in de commissie aanwezige parlementsleden.

Als we daar de laatste vergaderingen bijtellen, alsook de vergaderingen die tot de maand december 2000 zullen plaatshebben, zullen meer dan 40 vergaderingen met twee parlementaire commissies gewijd zijn aan euthanasie. Nooit heeft een wetsvoorstel voordat het is aangenomen, zo'n groot aantal vergaderingen gevegd.

Toen in de Grondwet de wijzigingen zijn aangebracht waarvan men nu weet dat ze de Senaat gedeeltelijk hebben « vermoord », was minder tijd nodig dan nu voor de bespreking van euthanasie.

Tijdens de vergaderingen en daarbuiten hebben de senatoren zich bij diverse gelegenheden in het openbaar uitgesproken. Gelet op die inspanning is het verwijd dat ze het debat niet zijn aangegaan onaanvaardbaar, temeer daar zij die om een debat vragen verontwaardigd zijn als parlementsleden die een voorstel hebben ingediend, openlijk zeggen wat ze slecht vinden aan een ander voorstel. Ze willen dus wel een debat, maar niet dit debat.

Tenzij men aanneemt dat alleen een debat dat uitmond in een algemene consensus, een goed debat is.

Kan men alleen van een democratie spreken wanneer er een consensus is? Leidt het respect voor de opvattingen van de anderen tot het opgeven van de eigen voorstellen? Ligt de vreedzame confrontatie van standpunten niet aan de basis van de democratie? Hoe dikwijls is de jongste jaren de vervaging van de waarden niet betreurd?

Nu de Senaat het eerste van de ethische debatten die het zal moeten voeren, aanvat, zou men willen dat

et, en 1995, par MM. Boutmans, Moureaux, Lozie, Bacquelaïne, et l'intervenant lui-même.

Bloquées pendant un certain nombre d'années par l'interdiction discutée en séance publique, ces propositions sont restées lettre morte. Cependant, le débat était lancé et certains, dont l'intervenant, ont déjà exposé leurs conceptions voici plus de cinq ans dans divers cénacles.

C'est le 12 mai 1997 que le Comité de bioéthique a rendu son avis, ultérieurement débattu par le Sénat.

Une fois l'interdit levé, et dès que la majorité arc-en-ciel a laissé aux parlementaires carte blanche pour discuter de ce problème, toutes les propositions ont été reprises et éventuellement adaptées.

Depuis lors, 11 réunions de commission ont eu lieu, du 17 novembre 1999 au 10 février 2000, suivies de 12 autres réunions du 15 février au 9 mai, avec 44 auditions, à raison de 2 à 3 heures par personne entendue et avec plus de 400 interventions des parlementaires présents en commission.

Si l'on y ajoute les quelques dernières réunions, et celles qui auront lieu jusqu'au mois de décembre 2000, plus de 40 séances occupant deux commissions parlementaires auront été consacrées à l'euthanasie. Jamais aucune proposition de loi n'a nécessité avant son adoption une telle avalanche de réunions.

Lorsqu'on a apporté à la Constitution les modifications qui, on le sait aujourd'hui, ont abouti à « tuer » partiellement le Sénat, il a fallu moins de temps qu'il ne faudra pour discuter de l'euthanasie.

Durant les réunions et à l'extérieur, en de multiples occasions, les sénateurs se sont exprimés publiquement et, face à cet effort, le reproche de ne pas avoir commencé le débat est irrecevable, d'autant que ceux qui réclament le débat s'indignent lorsque des parlementaires auteurs d'une proposition disent clairement tout le mal qu'ils pensent d'une autre proposition. En d'autres termes, ils veulent bien un débat, mais pas ce débat-là.

À moins que l'on ne considère qu'il n'y a de bon débat que celui qui débouche sur un consensus généralisé.

N'y a-t-il démocratie que lorsqu'il y a consensus? Le nécessaire respect que l'on doit aux conceptions des autres entraîne-t-il l'abandon de ses propres propositions? La confrontation pacifique des points de vue ne régite-elle pas la démocratie? Combien de fois n'a-t-on pas déploré, au cours des dernières années, le déclin des idéologies?

Et aujourd'hui, alors que le Sénat commence le premier des débats éthiques qu'il va devoir affronter,

«de kleinste gemene deler» als regel geldt of erger nog, dat de massa teksten bijna alle parlementsleden achter zich zou moeten scharen en wellicht geruststellen.

Spreeker wenst een dergelijk debat niet. Hij heeft nooit dubbelzinnig taalgebruik gehanteerd en wil er ook niet van weten.

De wetsvoorstellen en de diverse tussenkomsten hebben aangetoond, en tonen nog aan, dat op het gebied van de principes tussen de parlementsleden nog zogenaamde levensbeschouwelijke tegenstellingen bestaan, die steunen op de opvatting over en de plaats van de mens.

Waarom zouden we die tegenstellingen verdoezelen? Zijn die ook niet tot uiting gekomen in het abortusdebat?

Het bestaan van die tegenstellingen belet niet dat men de andere kan tegemoetkomen. Door naar iedereen te luisteren kon de reflectie worden verdiept en konden conclusies worden getrokken voor het opstellen van de voorstellen. Men is echter niet radicaal als men vasthoudt aan zijn eigen opvattingen en ze uiteenzet.

Dat is veeleer streven naar een levendige democratie, die geen genoeg neemt het onuitgesprokene, met uitvluchten, dubbelzinnige teksten of sussende verklaringen.

Na een eerste rondvraag heeft iedereen zijn basisfilosofie ter zake uiteengezet. Al vlug bleek dat de commissies verdeeld waren tussen twee strekkingen en dat daartussen een kloof bestond en nog bestaat:

— enerzijds, de autonomie van de persoon en het gevoel van de eigen waardigheid, die moeten leiden tot het respecteren van de vrije keuze van een patiënt om zijn leven niet te verlengen in het geval van een ongeneeslijke ziekte die een toestand van pijn en lijden veroorzaakt die hij alleen als ondraaglijk kan beoordelen;

— anderzijds de overtuiging dat de autonomie van de persoon niet absoluut is en moet worden opgevat in het kader van een maatschappij die noodzakelijkerwijze het individuele gedrag beïnvloedt en de autonomie van de persoon beperkt, aangezien niemand volledig meester is van zijn bestaan.

Die tegenstelling is tot uiting gekomen in de ingediende voorstellen: depenalisering versus noodtoestand, subsidiair karakter van euthanasie versus het luisteren naar de patiënt, ...

Na 44 hoorzittingen is die kloof gebleven. Hoe kan het ook anders, aangezien het niet gaat om technische gegevens die door een deskundige konden opgehelderd, maar om de opvatting die elkeen heeft over zijn

on voudrait que la règle soit «le plus petit commun dénominateur» ou pire, le vague des textes qui devrait rassembler, et sans doute rassurer, la quasi-totalité des parlementaires.

L'intervenant ne veut pas d'un débat de ce type. Il n'a jamais pratiqué la langue de bois et n'en veut pas davantage.

Les propositions de loi déposées et les diverses interventions ont montré et montrent encore que, sur le plan des principes, des oppositions quasi-philosophiques, fondées sur la conception même et la place de l'être humain existent encore entre les parlementaires.

Pourquoi cacherait-on ces oppositions? Ne sont-elles pas apparues à l'occasion du débat sur l'avortement?

Si ces oppositions existent, elles n'empêchent pas que l'on puisse rencontrer l'autre. L'écoute des uns et des autres a certainement permis d'approfondir la réflexion et d'en tirer des conséquences au niveau de la rédaction des propositions. Mais ce n'est pas être radical que de tenir à ses idées et de les exposer.

C'est au contraire vouloir une démocratie vivifiante qui ne s'accorde ni du non-dit, ni de faux-fuyants, ni de textes à double lecture, ni de déclarations lénifiantes.

Après un premier tour de table, chacun a développé sa philosophie de base en la matière. Il est apparu très vite que les commissions étaient partagées entre deux tendances que sépare et que sépare toujours un certain fossé:

— d'un côté, l'autonomie de la personne et le sentiment de sa propre dignité, qui doivent conduire à respecter le choix fait librement par un patient de ne pas prolonger son existence en cas de maladie incurable causant des souffrances ou des détresses que lui seul est capable de juger comme insupportables;

— de l'autre, l'autonomie de la personne qui n'est pas absolue et doit s'exercer dans le cadre d'un corps social qui influe nécessairement sur le comportement individuel et limite la personne dans son autonomie, nul n'ayant un droit complet sur son existence.

Cette opposition s'est traduite dans les propositions déposées: dépenalisation v. état de nécessité, caractère subsidiaire de l'euthanasie v. écoute du patient, ...

Après 44 auditions, le fossé demeure. Comment pourrait-il en être autrement, puisqu'il ne s'agit pas de données techniques que des experts auraient pu éclairer, mais de la conception que chacun a de sa propre

eigen leven en over de graad van autonomie die hij zich toekent ten opzichte van de maatschappij.

Ook de standpunten binnen het Comité voor bio-ethiek, waar vier voorstellen zijn ingediend, konden niet worden verzoend.

Spreker ziet niet in welk element een arts, een verpleegkundige, een jurist zouden kunnen voorleggen om zijn eigen opvatting over de individuele autonomie ten opzichte van de maatschappij te doen veranderen.

Dit fundamenteel probleem is de kern van het debat.

Kan voor euthanasie een uitzondering worden gemaakt op het verbod om te doden dat is opgenomen in het Strafwetboek?

Die vraag geeft aanleiding tot verschillende antwoorden, die tot uiting komen in de ingediende wetsvoorstellen.

Sommigen hebben gepoogd deze fundamentele tegenstelling te overbruggen door een hypothetische derde weg te bedenken.

Spreker meent dat inzake fundamentele principiële kwesties als ethiek, en meer bepaald euthanasie, geen derde weg mogelijk is.

Wie probeert de voorstanders van de ene en de andere visie over de menselijke autonomie te verzoeven, stelt in feite een algemene consensus voor, en hoopt dat de vage begrippen ertoe leiden dat eenieder de tekst op zijn manier interpreteert en het gevoel heeft iets gewonnen te hebben.

Dat past niet voor een dergelijk debat.

Ook al kan over een aantal punten een overeenkomst worden bereikt, dan nog kan het debat niet uitmonden in een compromis, waarbij fundamenteel niemand iets wint.

De bevolking vraagt teksten die klaar en duidelijk zijn, en de parlementsleden mogen evenmin genoegen nemen met een dubbelzinnigheid die kan leiden tot afwijkingen of tegenstrijdigheden in de rechtspraak.

Spreker zegt dat hij alleen een tekst zal aannemen waarvan hij exact weet wat hij betekent.

De hoorzittingen zijn gestart in de vorm van vragen en korte antwoorden na een uiteenzetting, maar ze zijn vlug uitgemond in een gedachtewisseling tussen deskundigen en commissieleden en zelfs tussen commissieleden onderling.

vie et du degré d'autonomie qu'il s'accorde par rapport à la société.

On n'a pas davantage pu concilier les points de vue au sein du Comité de bioéthique, où quatre propositions ont été déposées.

L'intervenant ne voit pas ce qu'un médecin, une infirmière, un juriste pourrait apporter comme élément, qui le ferait changer d'avis en ce qui concerne sa propre conception de l'autonomie individuelle par rapport à la société.

La question est fondamentale. Elle est au centre du débat.

L'interdit de tuer du Code pénal peut-il subir une exception en matière d'euthanasie?

C'est cette question qui amène des réponses différentes, lesquelles se traduisent dans les propositions de loi déposées.

Certains ont essayé de dépasser ce désaccord fondamental, en créant une hypothétique troisième voie.

L'intervenant est d'avis qu'en matière d'éthique, et spécialement d'euthanasie, sur ces problèmes de principe fondamentaux, il n'y a pas de troisième voie possible.

Essayer de réconcilier les partisans de l'une ou de l'autre vision de l'autonomie humaine, c'est proposer une sorte de consensus généralisé, en espérant que la vague des notions permette une double lecture et que chacun puisse avoir le sentiment d'avoir gagné quelque chose.

Ce n'est pas cela qu'il convient de faire dans un pareil débat.

Si un certain nombre de points de convergence peuvent être trouvés, le débat ne peut pas pour autant tomber dans un compromis, où personne, fondamentalement, ne gagnera rien.

La population attend des textes clairs, dénués d'ambiguïté, et les parlementaires ne peuvent pas non plus se satisfaire d'une telle ambiguïté, qui pourrait amener à des divergences ou des contradictions dans la jurisprudence.

L'intervenant déclare qu'il ne votera un texte que dans la mesure où il saura exactement ce qu'il signifie au minimum et au maximum.

Quant aux auditions, si elles ont démarré sous le signe des questions et réponses télégraphiques après les interventions, elles ont très vite abouti à un échange de vues entre experts et membres des commissions ou même entre membres des commissions.

Het aantal bladzijden verslag van de hoorzittingen en het aantal uren televisie-uitzending bewijzen de lange duur van de besprekingen en het aantal tussenkomsten.

De televisie leek minder belangstelling te hebben voor de tussenkomsten van de parlementsleden dan voor die van de deskundigen. Spreker dankt dan ook de vertegenwoordigers van de schrijvende pers die ook de tussenkomst van de parlementsleden na de hoorzittingen volgden.

De deskundigen hadden niet hetzelfde gezichtspunt. De vertegenwoordigers van het Comité voor bio-ethiek benaderden de problematiek uit filosofisch oogpunt, de apothekers bezonnen zich over de technische elementen met betrekking tot hun praktijk; er was dus een ruim arsenaal van doelstellingen en de draagwijdte van de tussenkomsten was uiteenlopend.

Zoals mocht worden verwacht van een soortgelijk maatschappelijk debat met ruime mediabelangstelling, hebben de hoorzittingen interessante elementen aan het licht gebracht, maar gaven ze ook aanleiding tot discussies die niet echt met euthanasie te maken hebben: uitweidingen over de algemene werking van de ziekenhuizen, kritiek van sommige paramedici op artsen, pleidooien *pro domo* van verantwoordelijken van palliatieve zorgeenheden die hun eisenbundel aan de regering toelichtten, ...

Uit het geheel van informatie en adviezen onthoudt spreker enkele punten die hem belangrijk lijken:

1) Euthanasie bestaat, niet alleen in de vorm van het afwijzen van uitzichtloos medisch handelen, maar ook als wil om een einde te maken aan het leven van de patiënt, al dan niet op zijn verzoek.

Het was immers onmogelijk te weten te komen of uit de uitgevoerde studies bleek of euthanasie wordt uitgevoerd zonder instemming van de patiënt.

2) Er wordt veel gesproken over het gebrek aan internationale voorbeelden van wetgeving ter zake.

Nochtans bestaan zulke voorbeelden, met name in Nederland. De Nederlandse wetgeving is geen mislukking, maar toont aan dat het mogelijk is ter zake wetgevend op te treden.

De artsen aanvaardden steeds meer om samen te werken met het gerecht. Ze willen het experiment helemaal niet beëindigen, integendeel, er wordt geprobeerd euthanasie te legaliseren, rekening houdend met de ervaring.

In dat verband moet worden gewezen op het debat betreffende de vergelijkingen die, vooral op basis van een in Vlaanderen gehouden onderzoek, kunnen worden gemaakt tussen de wijze waarop euthanasie hier en in Nederland wordt toegepast.

Le nombre de pages du rapport des auditions, et des heures de télévision atteste de la longueur des discussions et du nombre des interventions.

Il semblerait que les interventions des parlementaires intéressent moins les médias télévisés que celles des experts. L'intervenant remercie dès lors les représentants de la presse écrite que suivent toujours les interventions des parlementaires après les auditions.

Tous les experts ne se situaient pas dans la même optique. Des représentants du Comité de bioéthique, qui abordaient le problème sous l'angle philosophique, aux pharmaciens, qui s'interrogeaient sur les éléments techniques relatifs à leurs pratiques, la panoplie des objectifs était vaste et la portée des interventions était diversifiée.

Comme il fallait s'y attendre dans un tel débat de société largement médiatisé, les auditions ont mis à jour des éléments intéressants, mais ont aussi été le théâtre de discussions fort éloignées de l'euthanasie: digressions sur la remise en cause du fonctionnement général des hôpitaux, critiques de certains paramédicaux par rapport aux médecins, plaidoyer *pro domo* de responsables d'unités de soins palliatifs présentant le cahier de revendications soumis au gouvernement, ...

De la somme des informations et des avis émis, l'intervenant retient quelques points qui lui paraissent significatifs:

1) Les euthanasies existent, non seulement le refus de l'acharnement thérapeutique, mais aussi la volonté de mettre fin à la vie du patient, avec ou sans demande de sa part.

En effet, il a été impossible de savoir si les études qui avaient été faites aboutissaient à ce que l'euthanasie soit pratiquée sans le consentement du patient.

2) On parle beaucoup de l'absence d'exemples internationaux de législation en la matière.

Cependant, de tels exemples existent, notamment aux Pays-Bas. La législation hollandaise n'est pas un échec et démontre au contraire qu'il est possible de légiférer en la matière.

Les médecins acceptent de plus en plus de collaborer avec la justice et, loin de mettre fin à l'expérience, on s'efforce au contraire d'aboutir à la légaliser, en tenant compte de l'expérience.

Il faut rappeler à cet égard le débat concernant les comparaisons que l'on peut mener, sur base notamment de l'enquête faite en Flandre, entre la façon dont l'euthanasie y est pratiquée, et la façon dont elle l'est aux Pays-Bas.

Er kon ook worden vastgesteld dat, zelfs al zijn bepaalde percentages gelijklopend, euthanasie zonder verzoek van de patiënt in Vlaanderen vaker voorkomt dan in Nederland.

Het Nederlandse voorbeeld werkt dus en heeft niet geleid tot de dramatische resultaten die sommigen voorspellen in het geval in België een wetgeving zou worden aangenomen die euthanasie legaliseert.

3) De artsen lijken minder bang voor een legalisering van euthanasie dan voor de juridische controle *a posteriori* die zou worden georganiseerd.

De terughoudendheid ten opzichte van administratieve formaliteiten is een traditie die reeds lang in de medische wereld bestaat.

De artsen willen niet dat hun gedragingen onder een wetgeving vallen, tenzij dan een wetgeving zonder sancties.

Die redenering heeft sommige artsen — en sommige parlementsleden — ertoe aangezet te zeggen dat de medische praktijk in zekere zin uit de algemene regels van het Strafwetboek zou moeten worden gelicht en dat de wijze waarop elke overtreding van een gedragscode die is opgesteld door artsen zelf, zou moeten voortvloeien uit een verdieping van het corporatistisch recht.

In zekere zin zou de Code van de geneeskundige plichtenleer in de plaats komen van het Strafwetboek.

Deze ontwikkeling lijkt voor spreker niet aanvaardbaar. Talrijke beroepen hebben hun specifiek karakter, waarvoor een beroepsvereniging garant staat, maar het beroep wordt uitgeoefend met in acht-neming van de voorschriften die de maatschappij oplegt, inzonderheid met betrekking tot de elementen van de strafrechtelijke verantwoordelijkheid. Dat gaat zelfs nog verder, want onlangs oordeelden bepaalde rechtbanken, in een zaak over de concurrentie tussen apothekers, dat de beroepsverenigingen niet mogen ingaan tegen de algemene bepalingen inzake concurrentie.

Het verwijt tegen het voorstel van de zes indieners, dat ze een te abrupte procedure voorschrijven tussen het euthanaserend handelen en de overzending naar het parket, zou als gegrond kunnen worden beschouwd.

Om het vertrouwen van de artsen te winnen en om het verwijt te voorkomen dat het probleem naar het gerecht wordt verschoven, zou men bijvoorbeeld kunnen overwegen dat de evaluatiecommissie optreedt als tussenschakel tussen de arts die euthanasie heeft toegepast en het gerecht.

In eerste instantie zou het om een anoniem dossier gaan. Als hiervoor geen probleem rijst, zou de commissie het kunnen seponeren. In het tegenovergestelde geval zou ze de arts kunnen ontbieden. In het geval van een ernstig probleem zou de commissie de anonimiteit kunnen opheffen en het dossier overzenden aan het parket.

On a aussi pu constater, même si certains pourcentages sont analogues, qu'il y avait plus d'euthanasies sans demande du patient en Flandre qu'aux Pays-Bas.

L'expérience hollandaise fonctionne donc et n'a pas abouti aux résultats dramatiques que d'aucuns prophétisent dans l'hypothèse où une législation légalisant l'euthanasie serait adoptée en Belgique.

3) Les médecins semblent moins effrayés par une législation sur l'euthanasie que par le contrôle judiciaire *a posteriori* qui serait organisé.

La réticence à l'égard des formalités administratives est une longue tradition médicale.

Les médecins ne conçoivent pas qu'une législation puisse encadrer leurs comportements, à moins qu'il s'agisse d'une législation sans sanctions.

Le raisonnement a conduit certains médecins — et certains parlementaires — à dire qu'il faudrait, en quelque sorte, sortir la pratique médicale des règles générales du Code pénal et trouver, dans l'approfondissement du droit corporatiste, la manière de réprimer toute violation d'un code de conduite élaboré par les praticiens eux-mêmes.

En quelque sorte, le Code de déontologie médicale se substituerait au Code pénal.

Cette évolution ne paraît pas acceptable à l'intervenant. Si de nombreuses professions ont leur spécificité, garantie par un ordre professionnel, elle s'exerce dans le cadre des dispositions édictées par la société, notamment en ce qui concerne les éléments de responsabilité pénale. Cela va même plus loin, puisque tout récemment encore, on a vu, dans le débat sur la concurrence au niveau des officines pharmaceutiques, certains tribunaux considérer que les ordres professionnels ne peuvent pas s'opposer à des dispositions générales en matière de règles de concurrence.

Néanmoins, le reproche fait à la proposition des six auteurs de prévoir une procédure trop abrupte entre l'acte d'euthanasie et la transmission au parquet, pourrait être considéré comme fondé.

Pour donner confiance aux médecins, et éviter le reproche de judiciarisation, on pourrait prévoir, par exemple, que la commission d'évaluation agisse comme organe intermédiaire entre le médecin ayant pratiqué l'acte d'euthanasie et la justice.

Il s'agirait, en un premier temps, d'un dossier anonyme. Si celui-ci ne pose pas de problèmes, la commission le classerait. Dans le cas contraire, elle pourrait appeler le médecin. En cas de problème grave, la commission lèverait l'anonymat et transmettrait le dossier au parquet.

Wat dat punt betreft, lijkt vooruitgang mogelijk.

4) De grens tussen euthanasie en andere vormen van levensbeëindiging is vaag. Dat is vooral het geval voor de gecontroleerde sedatie, toegepast door centra die niet over euthanasie willen spreken, die leidt tot een geprogrammeerde dood van de patiënt.

Het is overigens vreemd dat de antwoorden op de vragen of gecontroleerde sedatie een vorm van euthanaserend handelen is, zeer uiteenlopend zijn.

De wetgever zou hieromtrent een duidelijk standpunt moeten innemen. Het is immers al te gemakkelijk om te zeggen dat men geen euthanasie toepast, terwijl men de dood van de patiënt op een andere manier veroorzaakt, door progressief de doses toegevoegde producten te verhogen.

5) Het begrip terminale fase is moeilijk te bepalen. Ook hier wil spreker niet dogmatisch optreden. Er is zelfs gezocht naar formules die kunnen bepalen of iemand zich al dan niet in een terminale fase bevindt. In zijn persoonlijke naam is spreker nagegaan of het mogelijk is een ietwat verschillende procedure uit te werken naargelang iemand zich al dan niet in die fase bevindt.

De vraag blijft echter: hoe kan men medisch zeker zijn dat men zich niet vergist?

Spreker besluit dat het moeilijk is te voorzien in gedifferentieerde procedures uitgaande van een begrip dat niet nauwkeurig kan worden afgebakend.

We moeten in ieder geval vermijden dat geen gevolg wordt gegeven aan het verzoek van een persoon die niet noodzakelijk fysiek lijdt, maar die meent dat zijn menselijke waardigheid in het gedrang komt door de gevolgen van zijn aandoening.

Er is veel gesproken over het geval van de heer Lorand, die niet lijdt, maar verlamd is. Spreker is verbaasd dat na de oproep van de heer Lorand tot de parlementsleden, en waarvan hijzelf niet op de hoogte was, op één uitzondering na, niemand is ingegaan op zijn verzoek.

Het is echter nuttig na te gaan wat de situatie is van iemand die zich niet in een terminale fase bevindt, maar wel in een noodtoestand verkeert.

Als men op een humane wijze wil tegemoetkomen aan deze dramatische verzoeken, moet men rekening houden met de morele noodsituatie, ook al is er geen fysiek leed.

Dat is één van de fundamentele punten aan de basis van het voorstel van de zes indieners.

6) Talrijke sprekers wezen op de noodzaak om er zeker van te zijn dat het verzoek om euthanasie gewild en vastberaden is, en dat het geen verdoken vraag om hulp is. De ingediende voorstellen houden rekening met deze noodzaak. Spreker heeft er geen bezwaar tegen dit punt te verduidelijken, als dat sommigen

Sur ce point, une avancée paraît donc possible.

4) La frontière entre l'euthanasie et d'autres formes de fin de vie est floue. C'est notamment le cas de la sédation contrôlée, pratiquée par des centres qui refusent de parler d'euthanasie, et qui aboutit en fait au décès programmé de la personne.

Il est d'ailleurs curieux de constater, après plusieurs questions sur le point de savoir si la sédation contrôlée est un acte d'euthanasie, que les réponses sont divergentes.

Il faudrait que le législateur prenne clairement position sur ce point, car il est trop facile de dire que l'on ne pratique pas d'euthanasie, tout en provoquant la mort du patient de façon différée, en augmentant progressivement les doses de produits administrés.

5) La notion de phase terminale est difficile à cerner. Là encore, l'intervenant n'a pas d'attitude doctrinale en la matière. On a même essayé de trouver des formules permettant de déterminer si l'on se trouve ou non en phase terminale. À titre personnel, l'intervenant a cherché s'il était possible d'établir une procédure quelque peu différente, selon que l'on se trouve ou non dans cette phase.

Mais la question est toujours la même: comment avoir la certitude médicale de ne pas se tromper?

L'intervenant conclut que prévoir des procédures différenciées à partir d'une notion dont on ne peut tracer clairement les contours est un exercice difficile.

Il faut en tout cas éviter de ne pas répondre à la demande d'une personne qui ne souffre pas nécessairement dans sa chair, mais qui estime que sa dignité d'être humain est mise en question par les conséquences de l'affection qu'elle subit.

On a beaucoup parlé du cas de M. Lorand, qui ne souffre pas, mais qui est paralysé. À cet égard, l'intervenant trouve assez étonnant qu'après l'appel que M. Lorand a lancé aux parlementaires et dont lui-même n'avait aucune connaissance, personne n'a répondu à sa demande, à une exception près.

Or, il est utile de voir quelle peut être la situation de quelqu'un qui n'est pas en phase terminale, et qui, pourtant, est en situation de détresse.

Si l'on veut répondre humainement à ces demandes dramatiques, il faut prendre en compte la détresse morale, même en l'absence de souffrances physiques.

C'est là un des points fondamentaux que l'on trouve à la base de la proposition des six auteurs.

6) Beaucoup d'intervenants ont rappelé la nécessité d'avoir l'assurance que la demande d'euthanasie est voulue, déterminée et qu'il ne s'agit pas d'un appel au secours déguisé. Les propositions déposées tiennent compte de cette nécessité. L'intervenant ne voit pas d'objection, si cela peut rassurer certains, à ce que

kan geruuststellen, zolang de beslissing, die de patiënt toekomt, maar niet wordt miskend.

Ook wat de informatie van het verplegend team betreft, lijkt het mogelijk om overeenstemming te bereiken, zolang men maar niet tot een verschuiving naar het gerecht komt. Als we de lijst van personen zien die de patiënt moet raadplegen alvorens op zijn verzoek wordt ingegaan, lijkt het daar echter wel op neer te komen, wat tot gevolg kan hebben dat interne psychologische problemen van het verplegend team voorgaan op de wens van de patiënt — deskundigen hebben daarop gewezen.

De verantwoordelijkheid voor de ultieme beslissing moet bij de arts blijven.

7) De kwestie palliatieve zorg heeft langdurige debatten met zich meegebracht en heeft aanleiding gegeven tot twee soorten opmerkingen: van principiële aard en van financiële aard.

Wat de eerste betreft, meenden sommige deskundigen en parlementsleden dat palliatieve zorg het antwoord is op het verzoek om euthanasie en dat, indien die zorg goed wordt georganiseerd en aan de patiënten voorgesteld — of zelfs opgelegd — zij heel snel zouden afzien van hun verzoek om euthanasie.

In deze optiek zou de palliatieve zorg een soort verplicht parcours zijn.

Spreker deelt dit standpunt niet. Euthanasie mag niet tegenover palliatieve zorg worden geplaatst, maar het belang van deze zorg mag evenmin worden ontkend. Elkeen heeft het recht te bepalen hoe hij zijn eigen dood ziet, zonder verplicht te worden een bepaalde weg te volgen die zou beginnen bij palliatieve zorg. Dat is een weg die aan de patiënt kan worden voorgesteld. De zes indieners menen zelfs dat die zorg moet worden voorgesteld, maar dat ze in geen geval het verzoek van de patiënt mag verdoezelen of in de plaats daarvan komen.

Er dient te worden opgemerkt dat ook over het begrip palliatieve zorg is gediscussieerd: continue zorg of een specifieke dienstverlening. Die categorieën zijn verder ontwikkeld naargelang van de hoedanigheid van de gehoorde personen, bijvoorbeeld personen uit de spoedopnames of verantwoordelijken van een palliatieve zorgeenheid.

Het tweede aspect is van financiële aard. Om te kunnen spreken van het recht van de patiënt, moet de continue zorg voor iedereen toegankelijk zijn. Dat is een politieke keuze. Daarom werd voorgesteld de bevoegde ministers te horen (mevrouw Aelvoet en de heer Vandenbroucke).

8) Er is ook meermaals gewezen op het risico voor uitbreiding van euthanasie. Dat is des te verrassender daar de zes indieners er van bij het begin van de besprekingen op gewezen hebben dat ze de toepassingssfeer wilden beperken tot meerderjarige patiënten, die hun wil kunnen uiten en bewust zijn — onder

ce point soit davantage explicité, pour autant que l'on n'aboutisse pas à nier la décision qui doit rester au patient.

Pour ce qui est de l'information de l'équipe soignante, il semble que, là aussi, on pourrait arriver à un accord, pour autant que l'on n'aboutisse pas à ce qu'on appelle la tribunalisation. Or, quand on voit la liste des personnes à auditionner par le patient avant que l'on réserve une suite à sa demande, c'est bien de cela qu'il s'agit, ce qui — des experts l'ont souligné — peut avoir pour conséquence que des conflits psychologiques internes à l'équipe soignante risquent de prendre le pas sur le désir du patient.

La responsabilité de la décision ultime doit rester au médecin.

7) La question des soins palliatifs a entraîné de longs débats et a suscité des observations de deux ordres: des observations de principe et des considérations financières.

En ce qui concerne les premières, certains experts et parlementaires ont estimé que les soins palliatifs étaient la réponse à la demande d'euthanasie et que s'ils étaient bien organisés et proposés — voire imposés — aux patients, ceux-ci abandonneraient très vite leur demande d'euthanasie.

Dans cette optique, les soins palliatifs seraient considérés comme une sorte de passage obligé.

L'intervenant ne partage pas ce point de vue. Il ne convient pas plus d'opposer euthanasie et soins palliatifs que de nier l'intérêt de ceux-ci. Chacun a le droit de déterminer comme il l'entend les voies de sa propre mort, sans qu'on lui impose de suivre un chemin qui commencerait par les soins palliatifs. Ceux-ci constituent une voie proposée au patient. Les six auteurs estiment même qu'il faut proposer ces soins, mais qu'en aucun cas ils ne peuvent masquer la demande d'euthanasie, ou se substituer à celle-ci.

On notera d'ailleurs que la conception même des soins palliatifs a été discutée: soins continus ou service spécifique. Ces catégories ont évolué selon la qualité des personnes entendues, urgentistes ou dirigeants d'un service de soins palliatifs, par exemple.

Le second aspect de la question est d'ordre financier. Pour que l'on puisse parler de droit du patient, il faut que les soins continus soient accessibles à tous. Il s'agit d'un choix politique. C'est pourquoi il a été proposé d'entendre les ministres compétents (Mme Aelvoet et M. Vandenbroucke).

8) Le risque d'extension de l'euthanasie a été plusieurs fois avancé. C'est d'autant plus surprenant que, dès le début des discussions, les six auteurs ont souligné qu'ils voulaient en circonscrire le champ d'application aux patients majeurs, capables d'exprimer leur volonté et conscients — sous réserve

voorbehoud van een levenstestament — en dat ze weigerden wetgevend op te treden ten opzichte van gehandicapten of wilsonbekwamen, en van minderjarigen.

Volgens deze indieners zou euthanasie dan ook alleen moeten worden gedepenaliseerd als ze wordt toegepast volgens de voorwaarden van de wet en op verzoek van een meerderjarige en handelingsbekwame persoon.

Spreker verklaart, in zijn persoonlijke naam, dat hij nooit een voorstel zal ondertekenen dat verder gaat.

Voor de gevallen die niet aan deze voorwaarden voldoen, zou men opnieuw in de thans toegepaste regeling van de noodtoestand terecht komen.

9) De wilsverklaring lijkt niet te worden verworpen. Er zijn hoogstens verduidelijkingen gevraagd over de datum van het document en de inhoud ervan, die duidelijk de wil van de persoon moet weergeven. Dat is één van de elementen waarop de overtuiging van de arts moet steunen.

Dat document zal nog meer beslissend zijn naarmate het is opgesteld zo kort mogelijk voordat de patiënt niet meer bewustzijn is.

Het is ook mogelijk een vertegenwoordiger aan te stellen. Spreker is er persoonlijk geen voorstander van om een VZW aan te stellen als vertegenwoordiger, hij wil immers niet dat artsen optreden als professionele euthanasieplegers, maar hij wil evenmin dat VZW's optreden als vertegenwoordigers van de dood, met verschillende wilsverklaringen «in portefeuille».

Er moet een persoonlijke band bestaan tussen de patiënt en de vertegenwoordiger, die trouwens kan veranderen. Van dit soort document mag men geen instrument maken.

10) De hoorzittingen hebben een merkwaardige vorm van paternalisme aan het licht gebracht van de wetenden ten opzichte van de niet-wetenden.

Sommigen hebben zich immers vragen gesteld over het ontoreikende niveau van een gedeelte van de bevolking, waardoor die niet in staat zouden zijn een levenstestament op te stellen, of zich een precies oordeel te vellen over hun toestand, wat de waarde van een eventueel verzoek om euthanasie in vraag zou kunnen stellen.

Spreker aanvaardt dit argument niet. Het opstellen van een levenstestament of de formulering van een verzoek om euthanasie is geen kwestie van medische uitdrukkingen. Voor de dood is iedereen gelijk.

Het is trouwens niet bewezen dat de reactie van de academicus bedaarder, bedachtzamer, adequater en intelligenter zou zijn dan die van een patiënt die alleen basisonderwijs heeft gevolgd.

Met dergelijke argumenten zou men het algemeen stemrecht kunnen afschaffen.

du problème du testament de vie — et qu'ils se refusaient à légiférer à l'égard de personnes handicapées ou incapables, ainsi qu'à l'égard des mineurs.

Dès lors, pour ces auteurs, seule devrait être dépenalisée l'euthanasie pratiquée dans les conditions de la loi à la demande d'une personne majeure et capable.

L'intervenant déclare, à titre personnel, qu'il ne signera jamais une proposition qui irait au-delà de ces limites.

Pour les cas ne répondant pas à ces conditions, on retomberait dans le système de l'état de nécessité actuellement appliqué.

9) La déclaration anticipée ne fait pas, semble-t-il, l'objet d'un rejet. Tout au plus des précisions ont-elles été demandées concernant la date du document et son contenu, qui doit être clairement indicatif de la volonté de la personne. C'est l'un des éléments qui doit fonder la conviction du médecin.

Ce document sera d'autant plus décisif qu'il aura été fait à une date rapprochée de l'entrée dans l'inconscience.

La possibilité de désigner un mandataire est prévue. L'intervenant n'est personnellement pas favorable à la désignation d'une ASBL comme mandataire car, tout comme il ne veut pas de médecins euthanasieus professionnels, il ne veut pas non plus d'ASBL mandataires de la mort, qui auraient «en portefeuille» un certain nombre de déclarations anticipées.

Il faut une relation personnelle entre le patient et le mandataire, qui peut d'ailleurs changer. Il ne convient pas d'instrumentaliser ce type de document.

10) Les auditions ont montré un curieux paternalisme de la part de ceux qui savent, par rapport à ceux qui ne savent pas.

Certains se sont en effet interrogés sur le niveau insuffisant d'une partie de la population, niveau qui ne permettrait pas de rédiger efficacement un testament de vie, ou qui empêcherait de porter un jugement précis sur son état et donc remettrait en cause la valeur de la demande éventuelle d'euthanasie.

L'intervenant ne peut admettre cet argument. La rédaction d'un testament de vie, ou la formulation d'une demande d'euthanasie, n'est pas une question de termes médicaux. Tous sont égaux devant la mort.

Il n'est d'ailleurs pas prouvé que la réaction d'un universitaire soit plus posée, réfléchie, adéquate et intelligente que celle d'un patient qui n'aurait suivi que l'enseignement fondamental.

Avec de tels arguments, on pourrait supprimer le suffrage universel.

Dit is des te meer onaanvaardbaar in een tijdperk waarin de burgers vragen overal te worden gehoord, op alle domeinen, en waarin de overheid zich buigt over procedures om de bevolking te betrekken bij de beslissingen die haar aanbelangen (volksraadpleging, referendum, burgerforums, ...).

Tot besluit stelt spreker vast dat dit debat sinds een jaar onbetwistbaar een belangstelling heeft opgewekt die weinig ander wetgevend werk te beurt is gevallen.

Wie heeft immers in zijn omgeving geen voorbeeld van wat wij bespreken ?

Over deze kwestie is des te meer gedebatteerd daar het de eerste maal is sedert jaren dat de Senaat een debat over bio-ethische problemen aangaat. De parlementsleden staan volop in de actualiteit. De hoorzittingen hebben plaats gehad. Het dossier is volledig. Nu moeten de parlementsleden debatteren over de ingediende of in te dienen voorstellen, en de artikelen en eventuele amendementen bespreken.

Men zou het de senatoren nooit vergeven dat ze hun verantwoordelijkheden ontlopen. In de Senaat zal evenmin als onder de bevolking unanimité bestaan over dit onderwerp. Consensus geldt trouwens niet als regel op ethisch gebied. Het belangrijkste is dat men uitkomt voor zijn eigen mening, het standpunt van de anderen respecteert en punten van overeenkomst zoekt, zonder evenwel een mank compromis te aanvaarden.

De Senaat heeft nog enkele weken of maanden om te bewijzen dat hij in staat is wetgevend op te treden in een ethisch debat. Het is het eerste debat van dit soort, maar er zullen er nog vele andere volgen.

In deze zaak moet wetgevend worden opgetreden, niet om te verplichten of te verbieden, maar om toe te laten. Toelaten dat wie volledig autonoom beslist heeft op welke wijze hij wil sterven gehoord wordt wanneer hij zijn verzoek om euthanasie formuleert; toelaten dat wie lijdt, beslist of zijn menselijke waardigheid niet eist dat zijn leven wordt beëindigd omdat het niet meer in overeenstemming is met zijn eigen definitie van waardigheid; toelaten dat een vrijwillige vraag van de patiënt wordt opgevangen en dat er gevolg aan wordt gegeven door een vrijwillige handeling van de arts.

Voor spreker is de inzet van het debat in wezen de menselijke vrijheid, en het is die zorg voor de vrijheid die hem ertoe heeft aangezet het voorstel van de zes indieners te ondertekenen.

In eigen naam wenst hij dat een meerderheid van de senatoren en van de volksvertegenwoordigers ook menen dat in het geval van nood en lijden als gevolg van een ongeneeslijke ziekte, het einde van het leven toekomt aan de patiënt. Hem dit recht ontkennen zou erop neerkomen dat men hem tweemaal laat sterven.

Een lid wenst niet in te gaan op algemene beschouwingen, die hun plaats hebben bij de algemene

C'est d'autant plus inacceptable à une époque où les citoyens demandent à être entendus partout, dans tous les domaines et où les pouvoirs publics réfléchissent à des procédures de participation de la population aux décisions qui la concernent (consultation populaire, référendum, panel de citoyens, ...).

En conclusion, l'intervenant constate que, depuis un an, le débat a incontestablement soulevé un intérêt que bien peu de législations ont suscité.

Qui, en effet, n'a pas, dans son entourage, une illustration de ce dont on discute ?

La question est d'autant plus débattue que c'est la première fois depuis des années que le Sénat se lance dans un débat sur les problèmes bioéthiques. Les parlementaires sont sous les feux de l'actualité. Les auditions ont eu lieu. Le dossier est complet. Il faut maintenant en arriver à débattre entre parlementaires sur les propositions déposées ou à déposer et à discuter des articles et d'éventuels amendements.

On ne pardonnerait pas aux sénateurs de fuir leurs responsabilités. Pas plus au Sénat que dans la population ne régnera l'unanimité sur le sujet. Le consensus n'est d'ailleurs pas la règle dans les domaines éthiques. L'essentiel est l'affirmation de sa propre conviction, le respect de la position des autres et la recherche de points de contact, sans sombrer pour autant dans des compromis boiteux.

Il reste au Sénat quelques semaines ou quelques mois pour faire la démonstration de sa capacité à légiférer dans un débat éthique. C'est le premier débat de ce type, mais il y en aura beaucoup d'autres.

Il s'agit de légiférer, non pas pour obliger ni pour interdire, mais pour permettre; permettre à celui qui, en toute autonomie, a décidé des voies de sa propre mort d'être entendu quand il formule sa demande d'euthanasie, permettre à celui qui souffre de décider si sa dignité d'être humain n'exige pas qu'il soit mis fin à sa vie parce qu'elle ne correspond plus à sa propre définition de la dignité, permettre que soit accueillie une demande volontaire du patient et qu'il y soit répondu par une démarche volontaire du médecin.

Pour l'intervenant, l'enjeu du débat est, fondamentalement, la liberté humaine, et c'est ce souci de liberté qui l'a amené à signer la proposition des six auteurs.

Il souhaite, à titre personnel, qu'une majorité de sénateurs et de députés estiment eux aussi qu'en cas de détresse et de souffrance causées par une maladie incurable, la fin de la vie appartient au patient. Lui refuser ce droit, ce serait le faire mourir deux fois.

Une membre déclare qu'elle ne souhaite pas réagir à des remarques d'ordre général, il convient de réserver

bespreking van de verschillende wetsvoorstellen, maar wenst enkele punctuele opmerkingen te geven bij de hoorzittingen.

Vooreerst onderschrijft haar fractie het belang van de verdere uitbouw van de palliatieve zorgverstrekking. Verschillende partijen hebben hieromtrent reeds goede voorstellen ingediend. Hoe dan ook is het van belang dat een goed resultaat wordt bereikt, zodat eenieder toegang heeft tot de palliatieve zorgen wanneer zulks nodig is. Het is niet nodig de commissieleden hiervan te overtuigen.

Ten tweede heeft spreekster uit de hoorzittingen vooral onthouden hoe belangrijk een goede communicatie met en informatiedoorstroming naar de patiënt is. Verschillende sprekers hebben op het gebrek hieraan gewezen. Niet enkel moet hieraan aandacht worden besteed in de opleiding van de arts — ook tijdens de hoorzittingen hanteerden de artsen een apart taalgebruik —, maar in het algemeen moeten de patiënten mondiger worden gemaakt. Dit element dient deel uit te maken van de op stapel staande wetgeving.

Vervolgens wijst het lid erop dat, in sommige situaties, artsen heel goed weten dat euthanasie de enige oplossing is. Het feit dat dit dan ook vandaag gebeurt, is voor haar fractie een bevestiging van de wil om één en ander wettelijk te regelen. In de procedure die moet worden uitgewerkt, moeten ook de verpleegkundigen hun plaats krijgen, vermits zij zeer dicht bij de betrokken patiënt staan. Hoewel de uiteindelijke beslissing bij de arts dient te liggen, moet het verplegend personeel nauw betrokken worden bij de begeleiding van de patiënt.

Het lid verwijst naar de vraag of gecontroleerde sedatie nu al dan niet een vorm van euthanasie uitmaakt. Hierop kwam geen eenduidig antwoord. De essentie van euthanasie bestaat erin de pijn te verzachten. Dit is ook het geval met gecontroleerde sedatie. Er moet vermeden worden dat bepaalde instellingen zouden weigeren euthanasie uit te voeren, maar anderzijds wél gecontroleerde sedatie toelaten.

Tijdens de hoorzittingen werden de meest uiteenlopende antwoorden gegeven op de vraag wanneer een patiënt zich in een terminale situatie bevindt. Het is dan ook zeer moeilijk om uit te maken of nu al dan niet een verschillende procedure moet worden gevolgd al naargelang het gaat om terminale of niet-terminale patiënten. Indien een wettelijke regeling hieromtrent zou worden ontworpen, moet deze zeer duidelijk zijn. Wanneer zulks onmogelijk zou blijken, dan kiest spreekster er liever voor géén wettelijke regeling uit te werken en de verantwoordelijkheid bij de arts te leggen.

ver l'examen pour la discussion générale des diverses propositions de loi, mais aussi qu'elle tient à faire quelques observations ponctuelles à propos des auditions.

Elle souligne tout d'abord que son groupe reconnaît qu'il importe de poursuivre le développement des soins palliatifs. Plusieurs partis ont déjà déposé de bonnes propositions à ce sujet. En tout cas, il importe d'arriver à un bon résultat de manière que chacun ait accès aux soins palliatifs en cas de besoin. Il n'est pas nécessaire d'en convaincre les commissaires.

Deuxièmement, l'intervenante a surtout retenu des auditions qu'il importe qu'il y ait une bonne communication avec le patient et que celui-ci soit bien informé. Plusieurs orateurs ont souligné qu'il y a actuellement une lacune à cet égard. Il faut non seulement tenir compte de cette nécessité dans le cadre de la formation du médecin — les médecins se sont même exprimés en jargon au cours des auditions —, mais, d'une manière générale, il faut donner davantage la parole aux patients. C'est un élément dont il doit être question dans la législation qui est en cours d'élaboration.

Ensuite, la membre souligne que, dans certaines situations, les médecins savent très bien que l'euthanasie est la seule solution. Le fait qu'il y ait dès lors des cas d'euthanasie aujourd'hui renforce la volonté du groupe auquel elle appartient de régler la question de l'euthanasie par la voie légale. Il convient aussi de donner, dans la procédure à élaborer, une place aux infirmiers, étant donné qu'ils entretiennent des rapports de proximité avec les patients. Même si c'est au médecin qu'il doit appartenir de prendre la décision finale, le personnel infirmier doit être étroitement associé à l'accompagnement du patient.

La membre renvoie à la question de savoir si la sédation contrôlée constitue ou non une forme d'euthanasie. Il n'y a pas eu de réponse univoque à cette question. L'essence même de l'euthanasie consiste à atténuer la douleur. Il en va de même pour ce qui est de la sédation contrôlée. Il faut éviter que certaines institutions refusent de pratiquer l'euthanasie, tout en autorisant la sédation contrôlée.

Au cours des auditions, l'on a donné les réponses les plus contradictoires à la question de savoir quand un patient se trouve en phase terminale. Il est dès lors très difficile de déterminer s'il faut prévoir des procédures différentes pour les patients en phase terminale et les autres. Si l'on décidait d'élaborer un régime légal en la matière, il faudrait qu'il soit particulièrement précis. L'intervenante estime que si l'on n'arrive pas à mettre au point un régime précis, il vaut mieux rester sans régime légal et laisser au médecin la responsabilité en la matière.

Inzake de zogenaamde «wilsverklaring» werden eveneens uiteenlopende opvattingen verdedigd door de gehoorde personen, zodat er geen éénduidig antwoord uit te distilleren valt. De fractie van het lid blijft bij haar standpunt dat een wilsverklaring wel degelijk van groot nut kan blijken, zeker naar de patiënten toe die op die wijze vat kunnen krijgen op hun levenseinde en tenminste de geruststelling kunnen hebben om niet te eindigen op een mensonwaardige manier. Dit punt dient in de wetgeving te worden opgenomen.

Bij voor- en tegenstanders weerklinkt de vraag naar duidelijkheid en rechtszekerheid. In tegenstelling tot een andere fractie, die vraagt dat euthanasie niet zou worden gedepenaliseerd maar de artsen in sommige omstandigheden toch toelaat ze uit te voeren, vraagt de fractie van het lid dat een duidelijke keuze wordt gemaakt: ofwel is euthanasie in bepaalde gevallen toegelaten en moet zulks uit de strafwet worden gehaald, ofwel is het in alle gevallen verboden. De fractie van het lid opteert voor de eerste mogelijkheid. Men kan niet tegelijk euthanasie in de strafwet laten, en toch de mogelijkheid geven ze uit te voeren. Daardoor blijft alles in de schemerzone. Indien artsen oordelen dat er een mogelijkheid moet bestaan om in te grijpen, is het belangrijk dat deze mogelijkheid buiten de strafwet valt. Dit is vereist om de nodige transparantie te garanderen.

Een duidelijke controle achteraf is enorm belangrijk. Wanneer de mogelijkheid wordt gecreëerd om, in sommige gevallen, euthanasie uit te voeren, betekent dit niet dat alles zomaar mag en dient derhalve een controlemechanisme de grenzen te bewaken.

De fractie van het lid blijft de rechten van de patiënt bij het levenseinde prioritair vinden. De rechtszekerheid moet niet enkel voor de arts, maar ook voor de patiënt worden gegarandeerd. Dit is geen juridische, maar ook een psychologische zaak. Patiënten moeten immers vaak over een psychologische barrière worden geholpen.

Spreekster deelt de opvatting niet, als zou de discussie over het al dan niet behouden van euthanasie in de strafwet, slechts een symbolisch karakter hebben. Het is belangrijk om de situaties waarin euthanasie toegelaten is, buiten de strafrechtelijke sfeer te houden. In die zin zijn de wetsvoorstellen, die door sommige fracties, waaronder de fractie van het lid, werden ingediend, een heel goede stap in de juiste richting. Dit neemt niet weg dat enkele verduidelijkingen nodig zijn, met name op het tekstuele vlak, zodat mogelijke begripsverwarringen worden uitgesloten. Voorts oordeelt spreekster dat deze voorstellen moeten worden aangevuld met een procedure waarbij het verpleegkundig personeel nauw betrokken worden bij de beslissing over euthanasie. Ten derde dient de controle *a posteriori* zodanig worden

En ce qui concerne la «déclaration de volonté» les personnes entendues ont également défendu des conceptions contradictoires, de sorte qu'il est impossible de dégager une réponse univoque. Le groupe politique auquel la membre appartient reste d'avis qu'une déclaration de volonté peut vraiment être très utile, surtout pour les patients, en ce sens qu'elle leur permet d'avoir prise sur leur fin de vie et qu'elle leur apporte l'assurance de ne pas devoir terminer leurs jours de manière indigne. Il y a lieu d'inscrire ce point dans la législation.

Partisans et détracteurs réclament tous deux la clarté et la sécurité juridique. Contrairement à un autre groupe politique, qui demande que l'euthanasie ne soit pas dépenalisée mais qu'il soit permis, dans certaines circonstances, aux médecins de la pratiquer, le groupe politique auquel appartient la membre demande que l'on fasse un choix clair: soit on autorise l'euthanasie dans certains cas, et il faut alors la dépenaliser, soit on l'interdit dans tous les cas. Le groupe auquel la membre appartient opte pour une autorisation dans certains cas. On ne peut pas laisser l'euthanasie dans la loi pénale tout en prévoyant la possibilité de l'appliquer. En faisant cela, on crée la confusion. Si les médecins jugent qu'il doit exister une possibilité d'intervenir, il importe que cette possibilité tombe hors du champ d'application de la loi pénale, et ce, afin de garantir la transparence nécessaire.

Il est particulièrement important qu'il y ait un contrôle clair *a posteriori*. Autoriser l'euthanasie dans certains cas, ce n'est pas permettre n'importe quoi et il faut par conséquent qu'un mécanisme de contrôle permette de surveiller le respect des limites prévues.

Le groupe politique auquel la membre appartient considère que les droits du patient restent prioritaires à la fin de sa vie. La sécurité juridique doit être garantie non seulement au médecin mais aussi au patient. La question est non seulement d'ordre juridique mais aussi d'ordre psychologique. L'on est en effet souvent obligé d'aider les patients à franchir une barrière psychologique.

L'intervenante ne partage pas l'avis selon lequel la discussion sur le maintien ou non de l'euthanasie dans la loi pénale n'aurait qu'un caractère symbolique. Il est important de maintenir hors de la sphère pénale les situations dans lesquelles l'euthanasie est autorisée. Dans ce sens, les propositions de loi qui ont été déposées par certains groupes politiques, dont celui auquel appartient la membre, constituent un pas majeur dans la bonne direction. Il n'empêche qu'il y a lieu d'apporter certaines précisions, notamment d'ordre rédactionnel, pour exclure toute possibilité de confusion. Par ailleurs, l'intervenante estime que ces propositions devront être complétées par une procédure associant étroitement le personnel infirmier à la décision de pratiquer ou non l'euthanasie. Troisièmement, le contrôle *a posteriori* devra être conçu de telle

uitgebouwd dat de arts niet voortdurend met de vrees zit zich voor de rechter te moeten verantwoorden. Dit neemt niet weg dat de rechtbanken uiteraard moeten optreden in situaties die duidelijk in de strafrechtelijke sfeer zullen blijven.

Concluderend, stelt spreekster dat de hoorzittingen niet steeds een eenduidig antwoord hebben opgeleverd op de vragen waar de commissieleden mee zaten. Dit mocht men ook niet verwachten. Het is nu aan de parlementsleden om hun politieke verantwoordelijkheid op te nemen en de nodige beslissingen te nemen.

Een ander lid wijst op het feit dat de hoorzittingen, waarbij vooral mensen uit het veld aan bod kwamen en die heel leerrijk waren, voor een kleine fractie heel arbeidsintensief zijn geweest. Zij betreurt evenwel dat vele tussenkomsten heel «gekleurd» waren, hetgeen kan worden verklaard door het feit dat de sprekers voorgesteld zijn geweest door enkele senatoren, zodat men de nodige evenwichten diende te respecteren op het taalkundige en levensbeschouwelijke vlak. Ondanks de aanwezigheid van de pers, is de sfeer altijd zeer sereen gebleven.

De fractie van het lid is van mening dat de hoorzittingen zeer essentieel waren, eerst en vooral omdat op die wijze de maatschappij betrokken werd bij het euthanasiedebat. Het openbaar karakter van de vergadering heeft dit nog versterkt. Als gevolg daarvan zijn er enorm veel brieven en uitnodigingen voor werkbezoeken toegestroomd. De hoorzittingen zijn nog in een ander opzicht essentieel gebleken. Het is wellicht voor de eerste maal dat zoveel over het begrip «palliatieve zorgen» werd gesproken. De hoorzittingen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het ontwikkelen van de nodige politieke aandacht voor de palliatieve zorgen. De hoorzittingen hebben ook bepaalde groepen, zoals personen met een handicap en bejaarden, die zeer ongerust waren over de voorstellen die werden ingediend, kunnen geruststellen door duidelijk uit te leggen wat de bedoeling was. Naast de verhoogde aandacht voor de palliatieve zorgen, werd ook aandacht besteed aan de ruimere problematiek van het levenseinde en aan de patiëntenrechten. Ook dit is een gevolg van de hoorzittingen.

Wat alle commissieleden wellicht het meeste bindt, zijn de palliatieve zorgverstrekingen. Over de structuren, het personeel en het tekort aan middelen in deze sector werd zodanig veel uiteengezet, dat de problemen op het terrein wellicht een oplossing zullen kunnen krijgen. Dat er, naast de medische hardnekkigheid, ook zoiets bestaat als «palliatieve hardnekkigheid», is voor spreekster een nieuw gegeven. Dit geldt ook voor het begrip «gecontroleerde sedatie», hoewel het helemaal niet duidelijk is wat precies onder deze term dient te worden verstaan. Alle sprekers, behalve één, hebben er tevens de nadruk op gelegd dat er, ondanks alle goede zorgen en pijnbestrijding, in sommige gevallen toch nog een vraag

manière que le médecin ne soit pas sans cesse en proie à la crainte de devoir se justifier devant le juge. Cela n'enlèvera rien à l'obligation pour les tribunaux d'intervenir dans les situations qui continueront de tomber clairement dans la sphère pénale.

L'intervenante déclare pour conclure que les auditions n'ont pas toujours permis d'apporter une réponse univoque aux questions des commissaires, ce qui est normal. Il appartient maintenant aux parlementaires d'assumer leur responsabilité politique et de prendre les décisions qui s'imposent.

Une autre membre souligne que les auditions, qui ont permis de donner surtout la parole à des gens de terrain et qui ont été très enrichissantes, ont réclamé un travail particulièrement intensif à un groupe politique de taille réduite. Elle déplore cependant que nombre d'interventions aient été très «colorées», ce qui peut s'expliquer par le fait que les intervenants aient été présentés par quelques sénateurs et qu'il a fallu respecter les indispensables équilibres linguistiques et philosophiques. Le climat est toujours resté très serein, malgré la présence de la presse.

Le groupe politique du membre estime que les auditions ont joué un rôle très essentiel, tout d'abord parce qu'elles ont permis d'associer la société au débat sur l'euthanasie. La publicité des réunions a encore renforcé l'intérêt du grand public pour ce débat. La preuve en est l'afflux considérable de lettres et d'invitations à effectuer des visites de travail. Les auditions se sont également avérées essentielles à un autre point de vue car c'est sans doute la première fois que l'on a parlé autant de la notion de «soins palliatifs». Les auditions ont largement contribué à focaliser l'attention politique nécessaire sur les soins palliatifs. Elles ont également permis de rassurer certains groupes, tels que les personnes handicapées et les personnes âgées, chez qui les propositions déposées avaient suscité beaucoup d'inquiétude. On a en effet pu leur expliquer clairement quelle était la finalité de ces propositions. Outre l'attention accrue dont ont bénéficié les soins palliatifs, on s'est également intéressé à la problématique plus vaste de la fin de vie et aux droits du patient. Il s'agit là aussi d'une conséquence des auditions.

Ce qui rapproche sans doute le plus tous les membres de la commission, ce sont les soins palliatifs. On a dit tellement de choses des structures, du personnel et du manque de moyens dans ce secteur que les problèmes de terrain pourront sans doute être résolus. Qu'à côté de l'acharnement thérapeutique, il existe également une sorte d'«acharnement palliatif» constitue pour l'intervenante un élément nouveau. Il en va de même de la notion de «sédation contrôlée», bien que l'on ne perçoive pas tout à fait ce que cette expression recouvre. Tous les intervenants sauf un ont aussi mis l'accent sur le fait qu'en dépit de tous les bons soins et de tout ce qui se fait dans le domaine de la lutte contre la douleur, il subsiste dans certains cas

naar euthanasie blijft bestaan. Het gaat weliswaar om een kleine vraag. Hoe klein die echter ook is, zij verdient een antwoord.

Een oplossing voor de vraag naar euthanasie dient bovendien te worden gevonden om uit de grijze zone te treden waarin men zich thans bevindt. Ook al worden de cijfers van het onderzoek-Deliëns gehalveerd, dan nog gaat het om cijfers die niet door de beugel kunnen, temeer omdat het in dat onderzoek ging over levensbeëindiging zonder dat de patiënt hierom had gevraagd. Het euthanasiedebat komt dan ook niet te vroeg.

Spreekster is van mening dat een regeling omtrent euthanasie moet worden uitgewerkt in een breder kader: niet enkel de palliatieve zorgen, maar ook de opleiding van de artsen en verpleegkundigen op het vlak van pijnbestrijding en communicatie. Daarbij gaat het niet alleen om communicatie met de patiënt, maar ook met het ganse medisch team. Opleiding op het vlak van sociale begeleiding is evenzeer vereist.

Tijdens de hoorzittingen werden enkele pijnpunten in het debat niet uit de weg gegaan. Vooreerst is er de discussie omtrent de wilsverklaring. Volgens het lid hebben de hoorzittingen uitgewezen dat een dergelijke wilsverklaring toch nodig is, hoewel deze nooit helemaal sluitend of juridisch bindend voor de arts kan zijn. Maar toch heeft een dergelijke wilsverklaring haar nut: de patiënt kan erin verzoeken om euthanasie toe te passen, of dat integendeel juist niet te doen. Een oplossing dient evenwel gevonden te worden voor de mensen die, volledig wilsbekwaam, een wilsverklaring opstellen en vervolgens wilsbekwaam worden.

Een ander pijnpunt betreft het overleg met het medisch team. Dit is zeker nodig, behalve wanneer de patiënt zulks uitdrukkelijk niet wenst.

Een groot probleem wordt gevormd door de categorie van de niet-terminale patiënten. Het is niet duidelijk wat onder dit begrip precies moet verstaan worden. Daaruit afleiden, zoals sommigen doen, dat er dan ook geen verschillende procedure voor terminale en niet-terminale patiënten mogelijk is, is niet correct. Integendeel: nu het begrip «niet-terminale patiënt» niet duidelijk kan worden omschreven, is er geen reden een wettelijke mogelijkheid voor euthanasie te beperken tot de louter terminale patiënten. Deze mogelijkheid, waarbij de arts uiteindelijk oordeelt, is dan ook niet uitgesloten. Het is bovendien enkel de patiënt die kan oordelen over de uitzichtloosheid van zijn situatie.

Spreekster beklemtoont dat het debat voortdurend gaat over een recht op — en niet over een plicht tot — euthanasie. Sommigen wekken ten onrechte de indruk dat in het wetsvoorstel van de meerderheids-

une demande d'euthanasie. Bien que limitée, cette demande appelle cependant une réponse.

Il faut en outre trouver une solution au problème posé par la demande d'euthanasie afin de sortir de la zone grise dans laquelle on se trouve actuellement. Même en les divisant par deux, les chiffres de l'étude Deliëns n'en demeurent pas moins inacceptables, d'autant qu'il s'agissait dans cette enquête d'interruptions de vie sans que le patient en ait fait la demande. Le débat sur l'euthanasie n'est donc certainement pas prématuré.

L'intervenante estime qu'il faut réglementer l'euthanasie dans un cadre plus large englobant non seulement les soins palliatifs mais aussi la formation des médecins et du personnel infirmier dans le domaine de la lutte contre la douleur et de la communication avec le patient ainsi qu'avec l'équipe médicale. Une formation sur le plan de l'accompagnement social est également requise.

Les auditions n'ont pas cherché à éviter certains points sensibles du débat. Tout d'abord, il y a la discussion concernant la déclaration de volonté. Selon la membre, les auditions ont démontré la nécessité d'une telle déclaration de volonté; bien qu'elle ne puisse jamais être entièrement déterminante ou juridiquement obligatoire pour le médecin, elle a cependant son utilité étant donné que le patient peut y demander qu'on lui applique un acte euthanasique ou, au contraire, le refuser explicitement. Il convient toutefois de trouver une solution pour les personnes qui ont rédigé une déclaration anticipée alors qu'elles étaient pleinement capables d'exprimer leur volonté et qui cessent de l'être par la suite.

Une autre difficulté concerne la concertation avec l'équipe médicale. Cette concertation est certainement nécessaire sauf lorsque le patient déclare explicitement ne pas la souhaiter.

Un autre gros problème qui se pose est celui de la catégorie des patients qui ne sont pas en phase terminale. L'on perçoit mal ce qu'il faut entendre précisément par cette notion. Il n'est pas correct de déduire, comme le font certains, qu'il n'est pas correct de possible d'avoir une procédure différenciée pour les patients en phase terminale et les autres patients. Au contraire, puisque la notion de patients non terminaux ne peut pas être définie avec précision, il n'y a pas lieu de limiter aux seuls patients en phase terminale la possibilité légale d'avoir recours à l'euthanasie. Cette possibilité qui laisse en fin de compte l'appréciation au médecin, n'est donc pas à exclure. De plus, il n'y a que le patient qui puisse juger du caractère sans issue de sa situation.

L'intervenante souligne que le débat porte constamment sur un droit à l'euthanasie et non sur une obligation. D'aucuns donnent à tort l'impression que la proposition de loi des partis de la majorité contient

partijen een plicht tot euthanasie wordt ingeschreven. Niets is echter minder waar.

Met de uitbreiding van de *a priori*-procedure naar zieken die zich verder van de stervensfase bevinden, is spreekster het eens. Op de vragen die door de parlementsleden tijdens de hoorzittingen hieromtrent werden gesteld, werd meermaals beklemtoond dat daarbij geen ethicus diende aan bod te komen.

Het wettelijk kader inzake euthanasie mag niet te eng worden gemaakt, zodat steeds ruimte blijft voor het medisch verantwoord handelen. Op die manier kan ook een uitkomst worden geboden voor die categorieën van personen die niet worden opgenomen in de wet, met name de wilsonbekwamen en de kinderen.

De fractie van het lid is nog steeds voorstander van depenalisering van euthanasie, zodat de patiënt en de arts duidelijk weten dat, door euthanasie te plegen, een humaan verantwoorde daad wordt gesteld. Dergelijke handelingen horen niet thuis in de strafwet. Niettemin is spreekster bereid om op het juridische niveau de nodige besprekingen te voeren, bijvoorbeeld over het onderscheid tussen de noodtoestand en de depenalisering en de mogelijke tussenoplossingen die kunnen worden gevonden. Depenalisering van de euthanasie is voor haar fractie evenwel het uitgangspunt. Het lid zegt overigens problemen te hebben met het begrip «symbooldiscussie» dat vaak in de mond wordt genomen. Zij heeft de indruk dat sommigen kunstmatig aansturen op een dergelijke symbooldiscussie om de voorstanders van depenalisering in een kwaad daglicht te stellen. Dergelijke symbooldiscussie wordt kunstmatig in het leven geroepen door belangengroepen en sommige media, terwijl deze in de samenleving als dusdanig niet bestaat.

De afstand tussen de arts en het gerechtelijk apparaat mag niet te kort zijn. Desgevallend moet aan de evaluatiecommissie een grotere bevoegdheid worden gegeven, zodat de arts sneller geneigd zal zijn gevallen van euthanasie te melden en deze grondiger zullen worden getoetst. De grijze zone moet alleszins verdwijnen.

Concluderend zegt spreekster te hopen dat er vanaf oktober 2000, na de gemeenteraadsverkiezingen, een sfeer zal ontstaan waarin op een open manier kan worden gediscussieerd over de verschillende pijnpunten in het debat, met name het wettelijk kader, het debat over de verschillende behandeling van terminale en niet-terminale patiënten en over de wilsbeschikking. Deze discussie zal reeds moeilijk genoeg zijn en hoeft niet te worden verzwaard door andere vraagstukken, zoals het lot van de kinderen en min-16-jarigen, de hulp bij zelfdoding, enzovoort. Het gevaar bestaat immers dat de verenigde commissies verzinken in een oeverloze discussie, zonder dat een

une obligation d'euthanasie. Rien n'est pourtant moins vrai.

L'intervenante souscrit à l'élargissement de la procédure préalable aux malades qui ne sont pas encore en phase terminale. En réponse aux questions posées par les parlementaires durant les auditions, les interlocuteurs ont souligné à plusieurs reprises qu'il n'était pas nécessaire à cet égard de faire appel à un spécialiste des questions éthiques.

Il faut éviter de trop resserrer le cadre légal en matière d'euthanasie afin de laisser toujours de la marge pour un acte médicalement justifié. On pourra ainsi offrir également une issue aux catégories de personnes qui n'entrent pas dans le champ d'application de la loi, à savoir les personnes incapables de manifester leur volonté et les enfants.

Le groupe politique de la membre demeure partisan d'une dépenalisation de l'euthanasie afin que patient et médecin sachent clairement qu'en pratiquant l'euthanasie, on accomplit un acte justifié sur le plan humain. Pareils actes n'ont pas leur place dans la loi pénale. Néanmoins, l'intervenante est prête à mener les discussions nécessaires au niveau juridique, par exemple sur la distinction entre l'état de nécessité et la dépenalisation ainsi que sur les éventuelles solutions intermédiaires que l'on pourrait trouver. Son groupe politique considère toutefois la dépenalisation de l'euthanasie comme le point de départ. L'intervenante n'aime d'ailleurs pas beaucoup la notion de «discussion symbolique» que l'on a entendue fréquemment. Elle a l'impression que d'aucuns s'efforcent artificiellement de placer la discussion sur le terrain symbolique afin de présenter les partisans de la dépenalisation sous un jour défavorable. Cette discussion symbolique est créée artificiellement par des groupes d'intérêts et par certains médias, alors qu'elle n'existe pas comme telle dans la société.

La distance entre le médecin et l'appareil judiciaire ne peut être trop courte. Le cas échéant, il faudra donner à la commission d'évaluation des pouvoirs plus étendus afin que le médecin soit davantage enclin à notifier ses cas d'euthanasie et que ceux-ci puissent être contrôlés plus sérieusement. La zone grise doit en tout cas disparaître.

En conclusion, l'intervenante dit espérer qu'à partir du mois d'octobre 2000, après les élections communales, on pourra bénéficier d'une ambiance propice à une discussion ouverte sur les différents points difficiles de ce débat, à savoir le cadre légal, la question du traitement différencié des patients en phase terminale et des autres patients et la déclaration de volonté anticipée. Cette discussion sera déjà suffisamment difficile sans qu'il soit nécessaire de surcharger le débat par d'autres questions telles que le sort des enfants et des jeunes de moins de 16 ans, le suicide assisté, etc. On risque sinon de voir les commissions réunies sombrer dans des discussions à n'en plus finir

oplossing wordt bereikt voor de prioritaire essentiële vragen.

Een lid verklaart dat hij de tijd gedurende de onderbreking van de werkzaamheden benut heeft om alle hoorzittingen opnieuw grondig te bestuderen, zodat hij er een aantal bevindingen uit kan puren en er de eerste conclusies uit kan trekken.

De werkzaamheden zijn immers zo rijk geweest dat de geesten evolueren.

In het licht van de uitspraken van de vorige sprekers meent spreker op verschillende punten een toenadering te kunnen ontwaren, de bewustwording dat er zich een aantal problemen voordoen, die moeten worden onderzocht en op zijn minst moeten worden geamendeerd.

De conclusies die volgen, zijn zelf dan ook nog voorlopig en het is niet onmogelijk dat de standpunten van de spreker onder invloed van de werkzaamheden nog zullen evolueren.

Hij heeft voor zijn collega's een tekst opgesteld waarin een aantal verwijzingen opgenomen zijn naar de werkzaamheden van de commissies, zodat men in de mate van het mogelijke aan de subjectiviteit van de beoordeling kan ontsnappen. Die tekst wordt hier weergegeven.

Stand van het probleem

1) Euthanasie is een realiteit in de dagelijkse praktijk.

In zijn gewone betekenis wordt de term euthanasie, in al zijn vormen, passieve of actieve euthanasie(1), zeer vaak gebruikt. Zo heeft de arts, volgens de gegevens die aan de verenigde commissies verstrekt zijn, een doorslaggevende invloed op het juiste moment van het overlijden, en beslist hij zelf, in bijna 40% van de gevallen(2), over het overlijden; dat percentage stijgt tot 80% in de afdelingen intensieve verzorging.

Rekening houdend met het feit dat een afdeling intensieve verzorging als die van het Erasmuszieken-

(1) Niet-verrichten of stopzetten van de therapie (17,5% van de overlijdens), gecontroleerde pijnstilling met de dood tot gevolg (zelfde percentage), dodelijke insputingen en hulp bij zelfdoding (2,9% van de overlijdens). Terloops zij vermeld dat er geen ethisch verschil bestaat tussen het niet-beginnen en het stopzetten van een behandeling; in het andere geval zouden de artsen nog meer aarzelen om bepaalde behandelingen aan te vatten.

(2) Professor Van Neste, blz. 50.

sans parvenir à trouver une solution aux questions essentielles.

Un membre déclare qu'il a mis à profit le temps donné à la faveur de l'interruption des travaux, pour réétudier en profondeur l'ensemble des auditions, de manière à en dégager un certain nombre de constats, et à en tirer de premières conclusions.

En effet, la richesse des travaux est telle que les mentalités évoluent.

À la lumière des propos des précédents orateurs, l'intervenant croit percevoir, sur plusieurs points, un rapprochement, la prise de conscience de ce qu'un certain nombre de problèmes se posent, doivent être examinés et méritent à tout le moins des amendements.

Dès lors, les conclusions qui suivent sont elles-mêmes encore provisoires et il n'est pas impossible qu'à la faveur des travaux, les vues de l'intervenant évoluent encore.

Il a rédigé, à l'attention de ses collègues, un texte comportant un certain nombre de références aux travaux des commissions, de manière à échapper, dans la mesure du possible, à la subjectivité de l'appréciation. Ce texte est reproduit ci-après.

Position du problème

1) L'euthanasie est une réalité de terrain quotidienne.

Au sens commun du terme, l'euthanasie, sous toutes ses formes, passives ou actives(1), est très fréquente. Ainsi, d'après les données fournies aux commissions réunies, le médecin influence-t-il de manière décisive le moment exact du décès, voire décide-t-il du décès, dans près de 40% des cas(2); ce pourcentage grimpe à 80% dans les unités de soins intensifs.

Tenant compte de ce qu'une unité de soins intensifs comme celle de l'hôpital Erasme enregistre quelque

(1) Abstention ou arrêt thérapeutique (17,5% des décès), sédation contrôlée entraînant la mort (même pourcentage), injections létales et suicides assistés (2,9% des décès). On notera incidemment qu'il n'y a pas de différence éthique entre s'abstenir de commencer et arrêter un traitement; dans l'alternative les médecins hésiteraient davantage encore à entreprendre certains traitements.

(2) Professeur Van Neste, p. 50.

huis jaarlijks zowat 3 000 ziekenhuisopnamen telt en dat het sterftecijfer gemiddeld 15 % bedraagt, dus ongeveer 450 overlijdens, dan zijn daar jaarlijks 360 gevallen van vrijwillige levensbeëindiging bij. In deze afdeling gebeurt het dus meer dan een keer per dag dat de arts over het juiste ogenblik van overlijden moet beslissen(1).

Zelfs in de engste betekenis van het woord, tenminste in zijn gebruikelijke betekenis(2), kan het aantal euthanasieën in de huidige stand van de beschikbare gegevens redelijkerwijs geraamd worden op 3 tot 4 % van de overlijdens in ons land.

Uit een recent grootschalig onderzoek in Vlaanderen van Deliëns en anderen blijkt dat ongeveer 4,4 % van alle sterfgevallen, dus ongeveer 2 480 gevallen (hetgeen overeenstemt met ongeveer 5 000 gevallen voor heel België) het gevolg waren van het toedienen van dodelijke stoffen, waarvan 1,1 % bij euthanasie, 0,1 % bij hulp bij zelfdoding en 3,2 % bij levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt(3).

Toch moet men weten waarover men praat: in geval van actieve euthanasie wordt de dood in 24 % van de gevallen met enkele uren (minder dan een dag) bespoedigd, in 80 % van de gevallen met enkele dagen (minder dan een week)(4).

Euthanasie wordt overigens met of zonder de instemming van de patiënt uitgevoerd(5), of hij bij bewustzijn is of niet, of hij handelingsbekwaam is of niet.

In verband met euthanasie vermelden we de volgende beschouwing van professor Englert: «In tegenstelling tot wat men zegt, denk ik dat ze [de niet-gevraagde levensbeëindigingen] niet noodzakelijk onwettig zijn. (...) Ik denk [echter] dat deze situaties niet het voorwerp van een legitimatie kunnen uitmaken. Ze kunnen enkel geval na geval in zeer specifieke omstandigheden door een noodtoestand gemotiveerd

(1) Professor Vincent, blz. 231.

(2) Intentionele handeling van levensbeëindiging van een persoon in de terminale fase, al dan niet op zijn verzoek. Deze betekenis verschilt van de definitie aangenomen door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in zijn advies van 12 mei 1997: «Opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.»

(3) Professor Vermeersch, blz. 4, 8, 21 en 24. Dr. Menten verklaart daarover: «Die drie percent is misschien een onderschatting van de realiteit. Heel dikwijls komen verpleegkundigen naar ons toe met de mededeling dat de arts hen een bepaalde hoeveelheid morfine heeft doen spuiten» (blz. 106). In Frankrijk wordt het aantal euthanasieën geraamd op 2000 (interview met de heer Caillavet in «*Le Nouvel Observateur*»).

(4) Professor Vermeersch, blz. 5 en 10.

(5) De patiënt zou slechts in 25 % van de gevallen gehoord worden.

3 000 admissions annuelles et d'un taux de mortalité moyen de 15 %, soit 450 décès, cela fait 360 cas par an d'interruptions volontaires de vie. Dans pareille unité, c'est donc plus d'une fois par jour que le médecin est amené à décider du moment exact du décès(1).

Même au sens étroit du terme, du moins dans son acception commune(2), le nombre de cas d'euthanasie peut, dans l'état actuel des données disponibles, être estimé raisonnablement à un taux de l'ordre de 3 à 4 % des décès dans notre pays.

Selon l'étude Deliëns sur la situation en Flandre, 4,4 % des décès, soit environ 2 480 cas (correspondant à quelque 5 000 cas pour toute la Belgique), seraient la conséquence de l'administration de substances létales, dont 1,1 % d'euthanasies, 0,1 % d'aide au suicide et de 3,2 % d'interruptions de vie sans demande du patient(3).

Encore faut-il savoir de quoi l'on parle: en cas d'euthanasie active, la mort n'est avancée que de quelques heures (moins d'un jour) dans 24 % des cas, de quelques jours (moins d'une semaine) dans 80 % des cas(4).

L'euthanasie se pratique par ailleurs avec ou sans demande du patient(5), qu'il soit conscient ou inconscient, ou encore qu'il soit capable ou incapable.

Notons au sujet de l'euthanasie sans demande cette considération du professeur Englert: «Contrairement à ce que l'on dit, je pense que (les interruptions de vie non demandées) ne sont pas obligatoirement illégitimes ... Je pense (cependant) que ces situations ne peuvent pas faire l'objet d'une légitimation. Elles ne peuvent être justifiées qu'au cas par cas, par l'état de nécessité, dans des circonstances bien particulières ...

(1) Professeur Vincent, p. 231.

(2) Acte intentionnel de fin de vie d'une personne en phase terminale, que ce soit ou non à sa demande. Ce sens diffère de la définition retenue par le Comité consultatif de bioéthique dans son avis du 12 mai 1997: «Acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.»

(3) Professeur Vermeersch, p. 4, 18, 21 et 24. Selon ce qu'a déclaré le docteur Menten, «die drie percent is misschien een onderschatting van de realiteit. Heel dikwijls komen verpleegkundigen naar ons toe met de mededeling dat de arts hen een bepaalde hoeveelheid morfine heeft doen spuiten» (p. 106). En France le nombre d'euthanasies actives serait estimé à 2 000 (interview de M. Caillavet dans *Le Nouvel Observateur*).

(4) Professeur Vermeersch, p. 5 et 10.

(5) Le patient ne serait consulté que dans seulement 25 % des cas.

worden. (...) Men moet proberen de minst verschrikkelijke wijze te vinden om een bestaan te beëindigen dat hoe dan ook ongeneeslijk is» (blz. 36).

2) Het probleem van de euthanasie is zo oud als de dood, aldus dokter Englert: «Als er in de eed van Hippocrates wordt gezegd dat de arts geen vergiftigde planten aan zijn patiënt mag geven, is het omdat euthanasie reeds in de oudheid werd toegepast en dat de zieken zich tot de artsen wendden om door hen te worden geholpen» (blz. 31). Dokter Hache heeft ons verteld dat het begrip in 1605 door Francis Bacon («*The advancement of learning*») werd ingevoerd, evenwel in een andere betekenis, waardoor Bacon beschouwd kan worden als een voorloper in de palliatieve verzorging(1). Professor Baum verwees naar de aanmaning die Kafka, ondermijnd door de ziekte, tot zijn arts richtte: «Dood me, anders bent u een moordenaar» (blz. 152). Professor Messine anderzijds haalde enkele mooie bladzijden aan uit de Franse vooroorlogse literatuur, namelijk uit «*Les Thibault*» (blz. 210).

Maar dertig jaar geleden nog diende het vraagstuk dat deze praktijken doet ontstaan, zich niet op dezelfde manier aan.

De houding tegenover pijn was heel anders: «In 1805 werd morfine uit opium geïsoleerd. In 1985 werd gestart met palliatieve zorg. In de industrielanden hebben personen gedurende ten minste 150 jaar afschuwelijk geleden, alhoewel dit lijden in zeer grote mate had kunnen worden voorkomen door een zeer verregaand gebruik van morfine»(2). En over de dood werd niet gediscussieerd.

Het vraagstuk van de euthanasie is pas vanaf de jaren '60 opgekomen, met de ontwikkeling van de kunstmatige beademing, waardoor onomkeerbare hersendode patiënten onbepaald lang in leven kunnen worden gehouden.

«Na de totaal hersendode patiënten kreeg men te maken met patiënten die zich in een onomkeerbare permanente vegetatieve staat bevinden, waarvan de hersenen slechts gedeeltelijk vernietigd zijn en die hun ademfunctie behouden hebben. Hun voortbestaan is afhankelijk van voeding met een maagsonde. Aangezien deze patiënten spontaan ademen, was het moeilijk ze dood te verklaren. Men was dus in principe gedoemd ze gedurende jaren te voeden en in leven te houden, ondanks de geleidelijke achteruitgang van hun fysieke toestand. Dat was het geval, en nu nog steeds, met vele patiënten. Het verzoek om toestemming voor de stopzetting van de voeding om de dood

Il faut essayer de trouver la façon la moins terrible de terminer une existence de toute façon condamnée» (p. 36).

2) Le problème de l'euthanasie est vieux comme la mort, a rappelé le docteur Englert: «S'il se dit dans le serment d'Hippocrate que le médecin ne peut donner des plantes empoisonnées à son patient, c'est parce que les euthanasies se pratiquaient déjà dans l'antiquité et que les malades se tournaient vers les médecins pour les aider» (p. 31). Le docteur Hache nous a indiqué que la notion a été lancée en 1605 par Francis Bacon («*The advancement of learning*»), encore que dans un sens différent, qui permet de le considérer comme le précurseur des soins palliatifs(1). Le professeur Baum a rappelé l'injonction que Kafka, miné par la maladie, adressa à son médecin «Tuez-moi, sinon vous êtes un assassin» (p. 152). Le professeur Messine, pour sa part, a évoqué quelques belles pages de la littérature française d'avant-guerre, extraites des «*Thibault*» (p. 210).

Mais, il y a trente ans encore, la question de ces pratiques ne se posait pas de la même manière.

L'attitude face à la douleur était très différente: «La morphine a été isolée de l'opium en 1805. Les soins palliatifs n'ont débuté qu'en 1985. Dans les pays industrialisés, des patients ont souffert atrocement pendant 150 ans, alors que leur souffrance aurait pu être prévenue dans une très grande mesure par le recours à la morphine»(2). Et la mort ne se discutait pas.

La question de l'euthanasie n'a été soulevée qu'à compter des années 60, avec le développement de l'assistance respiratoire grâce à laquelle des patients irréversiblement décérébrés purent être maintenus indéfiniment en vie.

«Après les patients totalement décérébrés, on s'est trouvé confronté au cas de patients irréversiblement inconscients en état végétatif permanent, dont le cerveau n'est détruit que partiellement et dont la fonction respiratoire est conservée. Leur survie dépend d'un gavage par sonde gastrique. Ces patients respirant spontanément, il était difficile de les déclarer morts. On était donc, en principe, condamné à les nourrir et à les garder en vie pendant des années, malgré la dégradation progressive de leur condition physique. Ce qui fut le cas, et l'est encore, pour un grand nombre de patients. La demande d'autoriser l'arrêt de l'alimentation pour permettre la mort fut à

(1) Bladzijde 82; zie de uitspraak van Marie de Hennezel *infra*.

(2) Professor Vermeersch, blz. 14. Zie in dezelfde zin, dr. Distelmans, blz. 80.

(1) Page 82; voir la citation de Marie de Hennezel *infra*.

(2) Professeur Vermeersch, p. 14. Dans le même sens, voy. le docteur Distemans, p. 80.

mogelijk te maken, werd herhaaldelijk bepleit bij de hoogste gerechtelijke instanties, in Groot-Brittannië en in de Verenigde Staten, op verzoek van de families die een marteling ondergingen. Soms werd de toestemming gegeven en soms geweigerd, met verschillende motiveringen» (1).

«Bij patiënten die bij bewustzijn zijn, is geleidelijk de regel toegepast dat men het lijden van de patiënt niet langer aanziet. Zo heeft de gedachte ingang gevonden dat massale doses van pijnstillers en verdovende middelen in het gevorderde stadium van bepaalde kankers gebruikt worden om bijzonder zware pijnen te bestrijden, zelfs als dit de verkorting van het leven tot gevolg kan hebben» (2).

3) De meeste beslissingen over levensbeëindiging houden tegenwoordig verband met het niet-verrichten of het stopzetten van therapieën, wat al dan niet gepaard gaat met het toedienen van pijnstillers die een verschillende uitwerking en kracht hebben. Professor Schotsmans heeft een overzicht gegeven van de wijze hoe deze handelingen beoordeeld werden, in het buitenland, sinds wat er gebeurd is met Karen Ann Quinlan, of in België, zoals aan de Universiteit van Leuven, zonder de leerstellingen van de encyclieken te vergeten (blz. 109 tot 111).

In de meeste gevallen verloopt de begeleiding van het levenseinde, al is het niet zonder moeilijkheden, dan toch wel zonder zware problemen.

De artsen en het verplegingsteam hebben niet het gevoel dat ze doden maar wel dat ze hun patiënten helpen te sterven. «Vrijwillige euthanasie is geen keuze van de dood tegen het leven, het is een keuze tussen twee wijzen van sterven», schrijft Jacques Pohier in zijn boek «*La mort opportune*». Het is het leven dat zijn oordeel velt over de patiënt en de arts doet niets anders dan hem daarin bijstaan. «Het is de ziekte die de stervende met zich meeneemt. Ik heb niemand gedood maar ik heb vele patiënten helpen sterven», vertelt ons professor Vincent (3). In dezelfde zin meent professor Schotsmans : «Het beslissen om iemand in een terminale fase waardig te laten sterven, is radicaal verschillend van het doden» (blz. 112).

De beslissingen worden genomen op basis van een aantal deontologische principes (principe van weldadigheid, principe van niet-kwaadwilligheid), van de wil van de patiënt en van overwegingen van verdelende rechtvaardigheid (men moet soms beslissen wie over een bed mag beschikken of wie een transplantatie mag ondergaan).

In bijna alle gevallen worden deze beslissingen, hoe pijnlijk ook, op een adequate manier genomen, in

plusieurs reprises plaidée devant les plus hautes instances judiciaires, en Grande-Bretagne et aux États-Unis, à la demande des familles qui vivaient un martyre. Elle a parfois été obtenue et parfois refusée, avec des justifications diverses» (1).

«Chez les patients conscients, le refus de la souffrance s'est progressivement imposé. Il a fait accepter que, au stade avancé de certains cancers, des doses massives d'analgésiques et de sédatifs puissent être utilisées pour lutter contre des douleurs particulièrement intenses, même si elles sont susceptibles d'abrégéer la vie» (2).

3) La plupart des décisions de fin de vie relèvent aujourd'hui de l'abstention ou d'arrêt thérapeutiques, accompagnés ou non de l'administration d'antidouleurs de puissances et d'effets variables. Le professeur Schotsmans a tracé l'évolution de l'appréciation à ce sujet, à l'étranger, depuis l'histoire de Karen Ann Quinlan, ou en Belgique, comme à l'Université de Louvain, sans oublier l'enseignement des encycliques (pp. 109 à 111).

Dans la plupart des cas l'accompagnement de fin de vie intervient, sinon sans difficultés, du moins sans problèmes majeurs.

Les médecins et l'équipe soignante n'ont pas le sentiment de tuer, mais d'aider leurs patients à mourir. «L'euthanasie volontaire n'est pas un choix entre la vie et la mort ni un choix de la mort contre la vie, elle est un choix entre deux façons de mourir» écrit Jacques Pohier dans son livre *La mort opportune*. C'est la vie qui rend son verdict au patient, le médecin ne faisant rien d'autre que de le seconder. «C'est la maladie qui emporte le mourant. Je n'ai jamais tué personne, mais j'ai aidé beaucoup de patients à mourir», nous a ainsi dit le professeur Vincent (3). Dans le même sens, le professeur Schotsmans opine: «la décision de laisser mourir dans la dignité une personne qui se trouve en phase terminale est radicalement différente du meurtre» (p. 112).

Les décisions sont prises sur la base d'un certain nombre de principes déontologiques (principe de bienfaisance, principe de non-malfaisance), de la volonté du patient et de considérations de justice distributive (il faut parfois choisir qui jouira d'un lit, qui pourra bénéficier d'une transplantation).

Dans la grande majorité des cas, ces décisions, quoique toujours douloureuses, sont prises adéquate-

(1) Dokter Englert, nota.

(2) Dokter Englert, nota.

(3) Professor Vincent, blz. 237.

(1) Docteur Englert, note.

(2) Docteur Englert, note.

(3) Professeur Vincent, p. 237.

overleg met het verplegend team, dat hiervoor geraadpleegd wordt net zoals voor alle andere beslissingen op het vlak van de behandeling.

4) Actieve euthanasie echter gebeurt zeer vaak tersluiks, uit vrees voor vervolging.

Deze situatie leidt ertoe dat de noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen patiënt, familie, artsen en verplegende teams in het gedrang komt. Het weegt « de relaties tussen de arts en de zieke bij het levenseinde » (1).

Zo wordt de wil van de patiënt dikwijls miskend of verkeerd begrepen. De meningen van zijn naasten worden genegeerd. Het verplegend team wordt niet geraadpleegd. Beslissingen worden niet met de nodige kennis van zaken genomen, en zijn dus niet altijd terecht. Dit alles kan spanningen veroorzaken in het ziekenhuis, en schuldgevoelens opwekken bij familieleden die zichzelf verwijten de dood mee te hebben veroorzaakt of de uiterste wilsbeschikking van de patiënt niet te hebben nageleefd (2).

In dergelijke omstandigheden slaat de dood al te vaak in alle stilte toe. De « waardige dood » waartoe euthanasie zou moeten bijdragen komt erdoor in het gedrang.

Bovendien zou een open dialoog er waarschijnlijk toe bijdragen dat euthanasie minder toegepast wordt.

Dokter Ingels, van de Katholieke Universiteit van Nijmegen, heeft dit kunnen vaststellen: « De vraag naar euthanasie neemt af omdat men weet dat een arts daartoe bereid zal zijn als het moment daarvoor gekomen is. Deze bespreekbaarheid heeft het voordeel dat artsen in hun dossiers kunnen bijhouden wat hun patiënten willen » (blz. 64). Dokter Distelmans van de VUB maakte een soortgelijke uitspraak toen hij een geval aanhaalde dat hij zelf meegemaakt had: « Het feit dat euthanasie bespreekbaar was, was voor haar al voldoende. Zij verzekerde ons dat zij uitgebreid ingelicht was, dat ze zich goed voelde en dat ze op die manier gerust nog verder wilde leven. Daarmee wens ik aan te tonen dat het openbaar bespreken van deze materie paradoxaal genoeg levensverlengend kan zijn ». (blz. 73). En mevrouw Aubry verklaarde het volgende, dat ze later zou nuanceren (zie verderop): « Een ander argument bij het huidige wetsvoorstel is dat een wettelijke regeling de bespreekbaarheid van de euthanasie zal bevorderen, wat de gemoedrust van de patiënt ten goede komt, en dat dit de uiteinde-

ment, en liaison avec l'équipe soignante, consultée dans ce cas comme pour toutes autres décisions de traitement.

4) L'euthanasie active, pour sa part, est très souvent pratiquée clandestinement, par crainte de poursuites.

Cette situation entrave le dialogue confiant nécessaire entre les patients, les familles, les médecins et les équipes soignantes. Elle jette « une chape de plomb sur les relations entre le médecin et le malade en fin de vie » (1).

La volonté du malade est ainsi souvent méconnue, ou mésinterprétée. Les vues de ses proches sont ignorées. L'opinion de l'équipe soignante n'est pas prise en compte. Les décisions ne sont pas arrêtées avec la connaissance de cause indispensable. Et dès lors pas toujours justifiées. Tout cela peut être source de tension à l'hôpital. Et de culpabilité de la part des parents ou enfants, que ce soit qu'ils se reprochent d'avoir concouru à donner la mort ou qu'ils se reprochent de ne pas avoir concouru à respecter les dernières volontés du patient (2).

Dans ces conditions la mort frappe trop souvent dans le plus grand silence. La « belle mort » que devrait favoriser l'euthanasie s'en trouve mise en cause.

Par ailleurs un dialogue ouvert contribuerait sans doute à réduire les euthanasies.

Le Dr. Ingels, de l'université catholique de Nimègue, a fait ce constat: « La demande d'euthanasie est moins pressante parce que l'on sait que le médecin sera disposé à la pratiquer le moment venu. (...) Le fait de pouvoir discuter présente l'avantage que les médecins peuvent inscrire les souhaits des patients dans leurs dossiers » (p. 64). Le docteur Distelmans de la VUB a opiné dans le même sens, en évoquant un cas vécu: « Le fait que l'euthanasie pouvait faire l'objet d'une discussion était pour elle déjà satisfaisant. Elle nous assura qu'elle était amplement informée, qu'elle se sentait bien et que de cette manière elle voulait bien continuer à vivre. Je veux ainsi montrer que la discussion ouverte de cette matière peut assez paradoxalement donner lieu à une prolongation de la vie » (p. 73). Et Mme Aubry a déclaré, tout en nuancant ultérieurement son propos (voir *infra*): « Un autre argument en faveur de la proposition de loi actuelle est qu'une réglementation légale multipliera les possibilités de discuter de l'euthanasie, ce qui est favorable à la sérénité du patient, et qu'elle ne stimulera pas la

(1) Professor Englert, blz. 29.

(2) In die zin, zie de heer Messine, blz. 209. Op een vraag hieromtrent van een lid, heeft mevrouw Diricq geantwoord dat zij geen ervaring had met het leed van de familieleden wanneer niet aan de vraag van de zieke voldaan werd (blz. 358). Men kan het zich echter wel gemakkelijk voorstellen.

(1) Professeur Englert, p. 29.

(2) En ce sens, voy. M. Messine, p. 209. Un membre ayant interrogé à ce sujet Mme Dirick, celle-ci à répondu qu'elle n'avait pas d'expérience de la douleur des familles quand on n'a pas voulu répondre à la demande du malade (p. 358). Mais l'hypothèse s' imagine facilement.

lijke vraag niet zal aanwakkeren, maar zelfs overbodig maken. Ik geloof daar in. Bij een ongeneeslijk zieke patiënt heeft de garantie van hulp en ondersteuning, in welke vorm dan ook, op zich al een helend effect. Het stelt hem gerust» (blz. 366).

5) Volgens de wet is actieve euthanasie een misdrijf dat gestraft kan worden op basis van de artikelen 393 tot 397 van het Strafwetboek, maar zij kan wel gerechtvaardigd worden door de bepalingen van artikel 71 van hetzelfde wetboek betreffende de rechtvaardigings- en verschoningsgronden (gevallen van overmacht en/of noodtoestand). Hierbij moet onderstreept worden — want dit wordt blijkbaar over het hoofd gezien door degenen die de wijsheid van het gerecht in twijfel trekken — dat vervolgingen uitzonderlijk zijn. De heer Messine merkte op (blz. 4) dat in heel België «sinds veertig jaar geen enkele veroordeling meer uitgesproken is voor euthanasie en dat met uitzondering van de schamele twee gevallen die het gerecht aan het onderzoeken is, de vervolgingen in dezelfde periode uiterst zeldzaam geweest zijn»(1). In Nederland, waar de praktijk net zoals in ons land een toestand van overmacht vereist, en bovendien verbonden is aan een systeem van wilsverklaring, werd geen enkele veroordeling uitgesproken, zelfs niet in een honderdtal gevallen waarin de richtlijnen niet strikt gevolgd werden.

Dokter Ingels verklaarde: «Voor het jaar 1991, is in 120 op de 2 300 gevallen van euthanasie tot vervolging overgegaan. In die 120 gevallen ging het telkens om het niet voldoen aan zorgvuldigheidsvereisten. Het is nooit tot een veroordeling gekomen. Men is steeds tot het inzicht gekomen dat het blijkbaar op een of andere manier verantwoord was» (blz. 61).

Natuurlijk is een maximale rechtszekerheid hier vereist, maar men mag toch niet te vlug besluiten dat de magistraten in deze materie onvoorzichtig of overdreven handelen. Zoals verschillende juristen opmerkten, hebben zij zeer omzichtig en met de nodige terughoudendheid gehandeld.

Dit neemt niet weg dat de omstandigheden waarin euthanasie toegepast kan worden, vaag blijven.

In één woord, de wet is niet duidelijk genoeg, heeft de laatste ontwikkelingen in de geneeskunde niet opgenomen en biedt dus geen rechtszekerheid voor een deugdelijke ethiek van het levenseinde. Euthanasiezaken kunnen aanleiding geven tot ongelijke uitspraken naargelang de rechtsmacht en de procedure. Het is niet denkbeeldig dat met de aandacht die tegenwoordig ten gevolge van het debat aan deze kwestie

demande finale, voire la rendra superflue. Moi, j'y crois. Pour un patient atteint d'une maladie incurable, la garantie d'être aidé et soutenu, sous quelle forme que ce soit, a déjà en soi un effet curatif. Cela le reconforte» (p. 366).

5) Selon les textes légaux, l'euthanasie active est un crime, susceptible d'être poursuivi sur la base des articles 393 à 397 du Code pénal, mais elle peut être justifiée au regard des dispositions de l'article 71 du même code, relatif aux causes de justification (force majeure et/ou état de nécessité). Il paraît important de souligner — car cela semble perdu de vue par ceux qui expriment trop de réserves par rapport à la sagesse de l'ordre judiciaire — que les poursuites sont exceptionnelles. Pour ce qui est de la Belgique, a observé M. Messine (p. 4), «plus aucune condamnation n'a eu lieu... dans l'ensemble du Royaume depuis quarante ans, et ..., exception faite des deux cas dont la Justice vient à peine d'être saisie, les poursuites, pendant la même période, ont été rarissimes»(1). Quant aux Pays-Bas, où la pratique repose sur l'état de nécessité, comme dans notre pays, tout en étant liée à un système de déclaration, aucune condamnation n'a eu lieu, même dans une centaine de cas où les directives n'avaient pas été strictement suivies.

Et le docteur Ingels de préciser: «Pour l'année 1991, des poursuites ont été engagées dans 120 cas d'euthanasie sur 2 300. Dans chacun de ces 120 cas, les critères de prudence n'avaient pas été respectés. Il n'y a eu aucune condamnation. À chaque fois, on a pris conscience du fait que, manifestement, d'une manière ou d'une autre, la décision était justifiée» (p. 61).

Il faut certes, en l'espèce, la plus grande sécurité juridique, mais il ne faudrait pas conclure trop vite à l'imprudence ou à l'excès des magistrats en la matière. Dans l'ensemble, comme l'ont dit plusieurs juristes, ils ont fait montre, en l'espèce, d'une très grande prudence et de la réserve nécessaire.

Il reste que les conditions dans lesquelles l'euthanasie peut être pratiquée sont floues.

Bref, la loi manque de clarté, n'a pas intégré les dernières évolutions de la médecine et, partant, n'offre pas la sécurité juridique indispensable à une éthique de fin de vie adéquate. Les affaires d'euthanasies peuvent déboucher sur des issues inégales en fonction des juridictions et des procédures. Il n'est pas dit qu'avec les projecteurs braqués aujourd'hui sur la question en raison du débat,

(1) Zie hierover Jacqueline Wauthie, «L'ouverture du débat sur l'euthanasie au Sénat — Cadre éthique, médical, juridique et politique», CRISP, 2000, nr. 1672-1673, blz. 11 en 12.

(1) Voir à ce sujet Jacqueline Wauthier, *L'ouverture du débat sur l'euthanasie au Sénat — Cadre éthique, médical, juridique et politique*, CRISP, 2000, n° 1672-1673, p. 11 et 12.

besteed wordt, sommige meer extreme of emotionele mensen geneigd zouden zijn tot daden over te gaan.

Er bestaat dus een « grijze zone » die zoveel mogelijk opgehelderd moet worden.

Opening van het debat: vrijheid van meningsuiting, maar ook vrees

6) Vandaar de verschillende wetsontwerpen die bij de Senaat ingediend werden.

Wat ook de meningen over deze voorstellen mogen zijn, iedereen is het erover eens dat de initiatiefnemers een belangrijke rol gespeeld hebben, net zoals degenen die ertoe bijgedragen hebben dat de hoorzittingen, die van het grootste belang geweest zijn, konden plaatsvinden.

Het debat over de ethiek van het levenseinde is lange tijd taboe geweest maar wordt nu eindelijk geopend. De noodzaak van aangepaste palliatieve zorg wordt in het licht gesteld.

Men kan zich verheugen op de duidelijke belangstelling van toekomstige artsen voor deze kwestie: « Enkele jaren geleden, toen ik aan mijn studenten van de cursus deontologie vroeg om een persoonlijk eindwerk over een ethisch onderwerp te maken, hebben 78 % onder hen de problematiek van de benadering van het levenseinde gekozen », verklaart dokter Englert (blz. 31).

Zeer vele sprekers (zoniet allemaal) hebben aangegeven dat de opening van dit debat een beslissende wending in de ontwikkeling van onze maatschappij betekent en dat het reeds geleid heeft tot een zeer positieve vrijheid van meningsuiting.

« De problematiek van euthanasie is enkel een klein deel van een veel ruimere problematiek waarin we ons hebben geëngageerd en die naar mijn mening zeer gunstig is: we gaan ons opnieuw bezighouden met de dood nadat men tijdens een dertigtal jaren heeft gemeend dat de geneeskunde alles kon oplossen. Men kon niet meer sterven. Het was dus niet nodig zich met dit alles bezig te houden; het was alleen een kwestie van tijd. Met de ontwikkeling van de technieken kon men alles oplossen. Vandaag neemt de dood een sociale plaats in (...). Dit debat over euthanasie maakt deel uit van deze evolutie » (1).

7) Deze voorstellen brengen echter enkele problemen met zich mee.

(1) Professor Englert, blz. 35; zie ook de hoorzitting van de heer R. Hachez, vertegenwoordiger van de Orde der geneesheren, blz. 82.

certain, peut-être plus excessifs ou plus émotifs que d'autres, ne soient enclins à agir en la matière.

Il y a donc une « zone grise » à clarifier autant que faire se peut.

Ouverture du débat: une liberté de parole, mais aussi des craintes

6) D'où les diverses propositions de loi qui ont été déposées au Sénat.

Quelles que soient les opinions sur ces propositions, chacun s'accorde à reconnaître le mérite de ceux qui en ont pris l'initiative, tout comme mérite d'être souligné le rôle déterminant de ceux qui ont contribué à permettre les auditions dont l'utilité a été capitale.

Après avoir été trop longtemps un tabou, le débat sur l'éthique de fin de vie est enfin ouvert. La nécessité de soins palliatifs appropriés est mise en exergue.

On se réjouira de l'intérêt évident que portent les futurs médecins à cette question: « Il y a quelques années, lorsque j'ai demandé à mes étudiants du cours de déontologie de réaliser un travail personnel de fin d'année sur un sujet éthique, 78 % ont choisi la problématique de la gestion de la fin de vie », signale le docteur Englert (p. 31).

Combien d'intervenants n'ont-ils pas souligné (sinon tous), que l'ouverture de ce débat était un tournant capital de la vie de notre société et a déjà conduit à une liberté de parole extrêmement positive.

« La problématique de l'euthanasie n'est qu'une petite partie d'une problématique beaucoup plus large dans laquelle nous sommes engagés et qui est à mon avis très favorable: on se réapproprie la mort après une trentaine d'années où la médecine allait tout résoudre. On n'allait plus mourir. Il ne fallait donc pas s'occuper de tout cela, c'était juste une question de temps. Avec le développement des techniques, on allait tout résoudre. Aujourd'hui, la mort reprend une place sociale (...). Ce débat sur l'euthanasie fait partie de cette évolution » (1).

7) Ces propositions suscitent cependant diverses difficultés.

(1) Professeur Englert, p. 35; dans le même sens, voir l'audition du docteur R. Hachez, représentant l'Ordre des médecins, pv, p. 82.

In de eerste plaats verwekken zij onrust, zelfs bij geneesheren(1), en worden zij verkeerd begrepen.

Sommige mensen zijn ervan overtuigd dat euthanasie reeds gelegaliseerd is. «De mensen hebben nu de indruk dat euthanasie mag. Ze begrijpen soms niet dat er nog maar sprake is van een wetsvoorstel», getuigde mevrouw Bouckenaere (blz. 50).

In alle voorstellen is euthanasie ondergeschikt aan de herhaalde en aandringende vraag van de patiënt en aan andere zeer strikte inhouds- en vormvereisten, om misbruik te voorkomen. Desondanks vrezen families dat men euthanasie toepast op hun verwanten(2) en patiënten lijken te vrezen het slachtoffer te worden van een beëindiging van het leven zonder hun toestemming. Sommige oudere mensen, die nochtans kerngezond zijn, vragen aan hun kinderen: «Zo, je zal ons de dood kunnen injagen?»

Het toepassen van euthanasie, verklaart de heer Schoonvaere, houdt het risico in dat men het vertrouwen tussen de arts en de patiënt ernstig schaadt en dat men de patiënt zwaar verontrust: «Als ik nu het bewustzijn verlies of beschouwd wordt als een last, kan de arts mijn dood versnellen zonder mij te zeggen wat hij eigenlijk aan het doen is, zonder mijn mening te vragen ...?» (blz. 268).

Men vreest voor de druk van sommige families, die het vertrek van hun naasten zouden willen bespoedigen in plaats van hun fysieke aftakeling te moeten meemaken, wat in de eerste plaats de kwetsbaarste mensen zou treffen: de oudsten en de eenzaamsten.

Zo heeft mevrouw Aubry, nadat zij de positieve aspecten van een wettelijke regeling had benadrukt (zie *supra*), daaraan toegevoegd: «Maar ik geloof ook dat een wettelijke regeling het omgekeerde effect kan hebben, meer bepaald bij ouderen en gehandicapten. Het feit dat men euthanasie mag vragen, verplicht iedereen deze mogelijkheid te overwegen. Ik geloof niet in een ultieme vrijheid van keuze, want we worden steeds beïnvloed door talrijke factoren, door de personen rondom ons, door de media» (blz. 366). Mevrouw Roelandt is het daar niet mee eens: «Ik heb ... niet de indruk dat het bestaan van een wettelijk kader voor euthanasierend handelen, noodzakelijkerwijze gepaard gaat met een morele druk van de maatschappij op het individu om zijn leven toch maar te beëindigen... Dat bestaat nu ook... Ik denk niet dat het een groot verschil zal uitmaken» (blz. 315).

(1) Mevrouw Pesleux, blz. 188. Tijdens de hoorzitting van dokter Englert heeft een senator gemeld dat zij vastgesteld heeft, als voorzitter van een pluralistisch ziekenhuis, «dat de artsen globaal niet wensen dat er wetgevend wordt opgetreden».

(2) Mevrouw Pesleux, blz. 188.

Et d'abord elles font peur, même aux médecins(1), et sont mal comprises.

Plusieurs personnes sont convaincues de ce que l'euthanasie est déjà légalisée. «Dans le grand public, a témoigné Mme Bouckenaere, le message qui passe actuellement, c'est que l'euthanasie est permise. Ils n'envisagent parfois pas le fait qu'il n'est question que d'une proposition de loi» (p. 50).

Toutes les propositions subordonnent l'euthanasie à la demande répétée et insistante du patient et à d'autres conditions de fond et de formes très strictes, de manière à éviter les abus. Néanmoins des familles redoutent que l'on ne pratiquât l'euthanasie chez leurs parents(2) et des patients semblent craindre d'être victimes d'une interruption volontaire de vie décidée sans leur consentement. Certaines personnes du troisième âge, quoiqu'en parfaite santé, interrogent leurs enfants: «Alors, tu vas pouvoir nous conduire à la mort?»

La pratique de l'euthanasie, déclare M. Schoonvaere, risque d'entamer gravement la confiance entre le médecin et le malade et de provoquer chez ce dernier une lourde inquiétude: «Si je deviens inconscient ou si je suis considéré comme un fardeau, ou si ..., le médecin pourrait provoquer ma mort sans m'expliquer ce qu'il fait réellement, sans me demander mon avis?» (p. 268).

On craint les pressions de certaines familles, qui pourraient hâter le départ de leurs proches, plutôt que d'affronter le spectacle de leur déchéance physique, ce qui toucherait en premier lieu les personnes les plus vulnérables: les plus âgées et les moins entourées.

Ainsi Mme Aubry, après avoir souligné l'aspect positif d'une réglementation légale (voir *supra*), a-t-elle ajouté: «Mais je crois aussi qu'une réglementation légale peut avoir l'effet inverse, en particulier pour les personnes âgées et handicapées. Le fait que l'on ait l'autorisation de demander l'euthanasie oblige tout le monde à envisager cette possibilité. Je ne crois pas à une ultime liberté de choix, car nous sommes toujours influencés par de nombreux facteurs, les personnes qui nous entourent, les médias» (p. 366). Cet avis n'est cependant pas partagé par Mme Roelandt: «Je n'ai (...) pas le sentiment que l'existence d'un cadre légal en matière d'euthanasie va nécessairement de pair avec une pression morale de la société sur l'individu pour qu'il mette fin à ses jours. (...) Cela se passe déjà maintenant. (...) Je ne pense pas que cela fera une grande différence» (p. 315).

(1) Mme Pesleux, p. 188. Lors de l'audition du docteur Englert, une sénatrice a fait part de ce qu'elle avait constaté, en sa qualité de présidente d'un hôpital pluraliste, que «globalement, les médecins ne souhaitaient pas voir légiférer».

(2) Mme Pesleux, p. 188.

Professor Vermeersch meent hierover: «Ik erken dat er argumenten zijn die tegen euthanasie en levensbeëindiging pleiten, maar er is er slechts één dat ik overtuigend vind, namelijk de vrees dat de wijze waarop dit probleem maatschappelijk geregeld wordt tot misbruiken zou kunnen leiden, meer bepaald dat de bescherming van het leven van de burgers, waartoe elke maatschappij verplicht is, in het gedrang zou kunnen komen» (blz. 3).

Dokter Vandeville van zijn kant vreest dat de legitimering van euthanasie ertoe kan leiden dat men de patiënt in de terminale fase naast de palliatieve zorg ook meteen euthanasie als alternatief zal voorstellen (blz. 293).

Er wordt ook gevreesd dat euthanasie om economische redenen zou worden toegepast: «À une époque où il nous est répété chaque jour que la santé coûte trop cher — les économistes nous le disent, les dépenses de santé sont les plus élevées dans les derniers mois de la vie. Supprimons ces derniers mois, les économies seront énormes!» aldus professor Bernard Debré(1).

«Een andere vraag is in welke mate de vrijwilligheid van de patiënt in het gedrang zal worden gebracht door de druk van naastbestaanden of anderen, verklaart dokter Hache. We kennen veel situaties, zowel in klinieken als bij zieken thuis, waarin deze mensen druk uitoefenen en vragen 'dat er maar snel een einde aan komt'. Het komt er altijd op neer dat de verzorging veel kost ... Hier loert toch een reëel gevaar van sociale of economische euthanasie» (blz. 85).

Professor Baum bevestigt dat: «... economische uitwassen zijn geen loutere illusie, maar een reële bedreiging voor de meeste bejaarde patiënten» (blz. 143).

Mevrouw Kempeneers van haar kant verklaart: «U moet onze bezorgdheid begrijpen. Wij leven in een maatschappij die prestaties belangrijk vindt, een maatschappij die personen die niet produceren, verwerpt of ze in ieder geval geen belangrijke plaats toekent» (blz. 227).

Er moet dus grote zorg worden besteed aan de uitwerking van een regelgeving en aan het pedagogische aspect van de formulering ervan.

Dubbelzinnige concepten

Het concept euthanasie

8) Een ander probleem is dat vele gebruikte termen dubbelzinnig zijn. Dat geldt eerst en vooral voor het concept euthanasie zelf.

(1) *Le Monde*, 7 maart 2000, blz. 18.

Quant au professeur Vermeersch, il opine à ce sujet: «Je reconnais qu'il existe des arguments qui plaident pour l'euthanasie et la fin de vie, mais il n'y en a qu'un que je trouve convaincant, c'est la crainte que la manière dont ce problème social est réglé puisse entraîner des abus, plus précisément que la protection de la vie des citoyens, à laquelle chaque société est contrainte, puisse être mise en danger» (p. 3).

Le docteur Vandeville craint pour sa part que la légitimation de l'euthanasie ne conduise à admettre, si l'on proposait les soins palliatifs à un patient en fin de vie, qu'on lui propose d'office par la même occasion l'euthanasie comme alternative (p. 293).

Il y a aussi la crainte de l'euthanasie pour motifs économiques: «À une époque où il nous est répété chaque jour que la santé coûte trop cher — les économistes nous le disent, les dépenses de santé sont les plus élevées dans les derniers mois de la vie. Supprimons ces derniers mois, les économies seront énormes!», déclare le professeur Bernard Debré(1).

«Une autre question est de savoir dans quelle mesure le volontariat sera mis à mal par la pression des proches ou d'autres personnes», déclare le docteur Hache. «Nous connaissons beaucoup de situations, tant dans des cliniques que chez des malades à la maison, où ces personnes exercent une pression et demandent 'que cette situation prenne fin rapidement'. Il s'agit toujours des coûts élevés que représentent les soins ... À cet égard, un danger réel d'euthanasie sociale ou économique est malgré tout présent.» (p. 85)

Le professeur Baum confirme: «... la dérive économique n'est pas un fantasme, mais une menace réelle pour la majorité des patients âgés» (p. 143).

Mme Kempeneers explique pour sa part: «Vous devez comprendre nos craintes. Nous vivons dans une société performante, une société qui rejette les personnes non productives ou qui n'arrivent pas à prendre une place de pointe» (p. 227).

Toute réglementation suppose donc de grandes précautions dans son élaboration et un effort pédagogique dans sa présentation.

Des notions équivoques

La notion d'euthanasie

8) Une autre difficulté tient à ce que tant de termes utilisés en la matière prêtent à équivoque. Tel est d'abord le cas du terme «euthanasie» lui-même.

(1) *Le Monde*, 7 mars 2000, p. 18.

Mevrouw de T' Serclaes heeft erop gewezen dat men in het debat over euthanasie alle mogelijke delicate medische handelingen rond het levenseinde betreft (blz. 18). Dr. Philippart komt tot een soortgelijke vaststelling: «Het woord euthanasie dekt vele werkelijkheden, zelfs in medische kringen. Het stopzetten van de behandeling wordt vaak euthanasie genoemd. (...) Men zou immers willen dat één welbepaald woord verschillende werkelijkheden dekt» (blz. 95). Dokter Diricq bevestigt dat rond de termen «actieve euthanasie», «passieve euthanasie», «hulp bij zelfdoding», «hardnekkig voortzetten van een uitzichtloze behandeling» de grootste verwarring blijft bestaan (blz. 340). Professor Baum beweert dat zij negen definities van euthanasie kent (blz. 154).

Professor Vermeersch, nochtans een fervent voorstander van de door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek voorgestelde definitie, verklaarde: «Wat mij betreft is het concept euthanasie hetzelfde als de term *mercy death* in het Engels en die is helemaal duidelijk» (blz. 17)!

Ook dokter Cosyns, die in dat verband het adagium van Talleyrand citeerde, «*l'homme a inventé la parole pour cacher ses idées*», verwierp de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek en stelde voor om de term euthanasie niet meer te gebruiken.

«Het begrip euthanasie wordt op veel verschillende manieren gedefinieerd. Ik heb getracht de opvatting van de patiënten met betrekking tot dit begrip samen te vatten. Een mogelijke definitie zou kunnen zijn: goed, mild en waardig sterven zoals hij of zij het wenst of zoals men denkt dat het goed is voor haar of hem én voor degenen die achterblijven. Deze definitie kan eventueel ook van toepassing zijn op de categorie van de wilsonbekwamen. Ik weet dat men hier een andere definitie gebruikt, namelijk 'levensbeëindigend handelen op verzoek'. In de media constateer ik een enorme verwarring rond dit begrip, ondanks de pogingen één enkele definitie te gebruiken. Er worden voortdurend nieuwe adjectieven aan de definitie toegevoegd: actief en passief, vrijwillige, economische, omgekeerde en wilde euthanasie. Professor Nys had het onlangs ook over de therapeutische euthanasie. Het loont de moeite ons te bezinnen over dit fenomeen. Ik zou eerder voorstellen deze term niet meer te gebruiken. Het begrip euthocie inzake geboorte is eveneens in onbruik geraakt omdat er zeer veel verschillende manieren zijn om rond de geboorte te werken. Waarom zou dit dan niet kunnen voor het begrip 'sterven'?» (blz. 324).

Spreeker deelt deze bedenkingen bij de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek. Zoals professor Dalcq heeft opgemerkt, wijkt die af van de gebruikelijke betekenis die aan de term wordt gegeven doordat zij een intentie vertolkt en het debat in een bepaalde richting stuurt: «In werkelijkheid gaat

Un membre a observé que, «Dans l'esprit des gens, toutes les possibilités d'acte médical difficile en fin de vie sont évoquées dans le débat sur l'euthanasie» (p. 18). Un constat analogue a été dressé par le docteur Philippart: «Lorsqu'on parle d'euthanasie, même dans le public médical, cela couvre beaucoup de réalités. L'arrêt de traitement est souvent appelé euthanasie (...) on voudrait engouffrer dans l'entonnoir d'un mot très précis des tas de réalités très différentes» (p. 95). «La confusion, confirme le docteur Diricq, demeure autour des termes «euthanasie active», «euthanasie passive», «suicide assisté», «acharnement thérapeutique»» (p. 340). Quant au professeur Baum, elle a dit connaître neuf définitions de l'euthanasie (p. 154).

Le professeur Vermeersch lui-même, quoi qu'ardent défenseur de la définition proposée par le Comité consultatif de bioéthique, ne déclarait-il pas: «En ce qui me concerne, la notion d'euthanasie, c'est la notion de *mercy death* en anglais qui est tout à fait claire» (p. 17)!

Opinant dans le même sens, le docteur Cosyns, qui rappelait au passage la maxime de Talleyrand selon lequel «l'homme a inventé la parole pour cacher ses idées», a réfuté la définition du Comité consultatif de bioéthique et proposé de ne plus utiliser le terme «euthanasie».

«La notion d'euthanasie est définie de très nombreuses manières. J'ai essayé de résumer la conception que les patients en ont. Une définition possible pourrait être: mourir bien, doucement et dignement, comme il ou elle le souhaite et comme on pense qu'il est bon pour elle ou lui, ainsi que pour ceux qui restent. Cette définition peut éventuellement aussi s'appliquer à la catégorie des incapables. Je sais qu'on utilise ici une autre définition, celle de 'mettre fin à la vie du mourant à sa demande'. Je constate, dans les médias, une énorme confusion autour de cette notion, malgré les tentatives faites pour n'utiliser qu'une définition. De nouveaux adjectifs sont constamment ajoutés à la définition: euthanasie active et passive, volontaire, économique et incontrôlée. Récemment, le professeur Nys a aussi parlé d'euthanasie thérapeutique. Cela vaut la peine de s'interroger sur ce phénomène. Je proposerais plutôt de ne plus utiliser ce terme. La notion d'eutocie relative à la naissance est également tombée en désuétude parce qu'il existe trop de manières différentes de travailler autour de la naissance. Pourquoi ne pourrait-on pas faire de même pour la notion 'mourir'?» (p. 324).

L'intervenant partage ces réserves sur la définition retenue par le Comité consultatif de bioéthique. Comme l'a observé le professeur Dalcq, elle diffère de l'acception habituelle du terme en ce qu'elle traduit un vœu et donne en fait au débat une orientation stratégique. «En réalité, ce n'est pas une simple définition

het niet om een eenvoudige, algemene definitie die uitgaat van een vaststelling. Zij impliceert immers reeds een voorwaarde opdat de opzettelijke levensbeëindiging niet kan worden bestraft» (blz. 239). In navolging van de Nederlandse definitie scheert ook deze definitie de actieve euthanasie in de terminale fase en de hulp of medewerking bij zelfdoding buiten de terminale fase over één kam. Dat bevordert de duidelijkheid van de debatten geenszins.

In haar boek «*Nous ne nous sommes pas dit au revoir*», schrijft Marie de Hennezel: «Le concept même d'euthanasie est plein de pièges. Quand on évoque ce mot, on ne parle pas toujours, ni tous, de la même chose». Zij verklaart dat het woord, etymologisch gezien, «zachte dood zonder lijden» betekent: «Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, l'euthanasie garde le sens que lui a donné l'inventeur du mot, Francis Bacon, homme d'État et philosophe anglais ... On parle alors de «science de l'euthanasie» et les moyens employés sont simples comme l'atteste un texte de 1826 que j'ai découvert grâce à Patrick Verspieren (*Face à celui qui meurt*, 1984): «aération de la chambre, attention portée à la position du malade dans son lit, présence des proches, abstention de tout recours inutile à la chirurgie et traitements symptomatiques et palliatifs». On veille le mourant et on se reconforte mutuellement, soutenus par le médecin et le prêtre. Le mot euthanasie recouvre alors ce que nous entendons aujourd'hui par soins palliatifs. Mais le sens actuel du mot a changé. Il ne désigne plus les qualités de la mort (douce, belle, bonne) mais l'acte qui consiste à mettre fin délibérément et rapidement à la vie d'une personne atteinte d'une maladie incurable et évolutive ... Cette confusion existe toujours dans l'esprit du grand public. Elle se complique par l'arrivée d'une troisième définition: la décision de s'abstenir de prolonger la vie d'un malade incurable quand les moyens employés sont sources de souffrance ou d'inconfort».

«Wat, zo vraagt mevrouw de Hennezel zich af, betekent «euthanasie» vandaag concreet? De kunst om het lijden van de stervende te verlichten, de beslissing om nutteloze en futiele behandelingen stop te zetten, of het opzettelijk beëindigen van een leven om een einde te maken aan het lijden?» (blz. 29 en 30).

Wellicht om dezelfde redenen, heeft professor Vincent — net als dokter Cosijns overigens — het woord «euthanasie» geen enkele keer gebruikt in zijn uiteenzetting, waarin hij zijn eigen handelwijze op dat vlak heeft toegelicht en verklaarde dat het er voor hem om gaat de zieke de verzorging te geven die hij verdient.

Waardige dood

9) Centraal in deze materie staat het concept waardige dood», dat onze medeburgers steeds meer bezighoudt: «Er bestaat een toenemende angst van de

générale procédant d'un constat, puisqu'elle implique déjà une condition pour que la mort administrée volontairement puisse ne pas être sanctionnée» (p. 239). Elle assimile aussi, par reproduction de la définition néerlandaise, euthanasie active en phase terminale et suicide assisté ou provoqué en dehors de cette phase. Cela ne contribue guère à la clarté des débats.

Dans son livre *Nous ne nous sommes pas dit au revoir*, Marie de Hennezel écrit: «Le concept même d'euthanasie est plein de pièges. Quand on évoque ce mot, on ne parle pas toujours, ni tous, de la même chose.» Elle explique que dans son sens étymologique, le mot signifie «mort douce et sans souffrance»: «Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, l'euthanasie garde le sens que lui a donné l'inventeur du mot, Francis Bacon, homme d'État et philosophe anglais ... On parle alors de «science de l'euthanasie» et les moyens employés sont simples comme l'atteste un texte de 1826 que j'ai découvert grâce à Patrick Verspieren (*Face à celui qui meurt*, 1984): «aération de la chambre, attention portée à la position du malade dans son lit, présence des proches, abstention de tout recours inutile à la chirurgie et traitements symptomatiques et palliatifs». On veille le mourant et on se reconforte mutuellement, soutenus par le médecin et le prêtre. Le mot euthanasie recouvre alors ce que nous entendons aujourd'hui par soins palliatifs. Mais le sens actuel du mot a changé. Il ne désigne plus les qualités de la mort (douce, belle, bonne) mais l'acte qui consiste à mettre fin délibérément et rapidement à la vie d'une personne atteinte d'une maladie incurable et évolutive ... Cette confusion existe toujours dans l'esprit du grand public. Elle se complique par l'arrivée d'une troisième définition: la décision de s'abstenir de prolonger la vie d'un malade incurable quand les moyens employés sont sources de souffrance ou d'inconfort».

«Alors, se demande Mme de Hennezel, que signifie concrètement le mot «euthanasie» aujourd'hui? L'art d'alléger la souffrance du mourant, la décision d'arrêter des traitements devenus inutiles et dérisoires, ou l'acte de mettre délibérément fin à une vie pour mettre fin à une souffrance?» (pp. 29 et 30).

Pour les mêmes raisons sans doute, le professeur Vincent s'est, comme le docteur Cosijns, abstenu d'utiliser une seule fois le mot «euthanasie» dans son intervention, en décrivant ses pratiques et en indiquant qu'il s'agissait pour lui d'apporter au malade les soins qu'il mérite.

Mort digne

9) Centrale en la matière est en tout cas la notion de «mort digne», qui préoccupe de plus en plus nos concitoyens: «On constate une crainte grandissante

burgers over de menswaardigheid van hun sterven», verklaarde dokter Mullie (blz. 441).

Euthanasie, in de ruime zin van het woord, betekent dus in de eerste plaats ervoor zorgen dat de patiënt waardig kan sterven in de wetenschap dat hij continue verzorging zal krijgen. Dokter Cosyns zegt daarover: «Stervenszorg en stervensbegeleiding zie ik als de laatste episode van een continuum van medische zorgbehandeling.» (blz. 326).

Mevrouw Chris Aubry beschrijft haar idee van een waardige dood in de volgende, opmerkelijke termen:

«Mijn idee van menswaardig sterven wil ik met u delen. Ik wil vooral omringd zijn door mensen die mij dierbaar zijn en die ondanks alles de moed zullen hebben om mij terzijde te staan tot aan de grens. Ik hoop ook niet te veel te moeten lijden. Maar het is voor mij op dit ogenblik zeer moeilijk te voorspellen wat te veel lijden inhoudt op dat moment. In alle gevallen heb ik ervaren dat mensen hun grenzen heel ver verleggen op het ultieme ogenblik. Ik stond vaak versteld van hun kracht en levenswil. Terwijl de hulpverleners dachten dat de toestand niet meer menswaardig was, wenste de persoon in kwestie toch door te gaan. Ik ben wel zeker dat ik dat ultieme moment niet alleen zal kunnen doormaken. Ik zal zeker de steun van moedige en ervaren deskundige hulpverleners nodig hebben. Wat vereist is om die bijstand te krijgen, is al herhaaldelijk verteld. Adequate zorg bij het levenseinde houdt heel wat meer in dan een goede pijn- en symptoomcontrole. De palliatieve zorg spreekt niet voor niets over totale pijn en totale zorg.» (blz. 360).

In dezelfde zin, verklaarde dokter Mullie wat hij verstaat onder een «mooie dood»: 'De goede dood', niet de zachte-pijnloze dood, maar de levende liefdevolle dood, waarin het 'niemand leeft voor zichzelf, niemand sterft voor zichzelf' voelbaar is... Wij moeten het uitzichtloos lijden van stervenden niet al te verregaand regelend oplossen, de wintermaanden niet bestrijden of zelfs afschaffen, maar wel regelend de menselijke warmte maximaal zijn pijnstillend effect laten hebben.» (blz. 442).

Handelingen rond het levenseinde

10) Wat houden de handelingen rond het levenseinde in de praktijk in? In dat verband laten de hoorzittingen spreker een beetje op zijn honger, omdat ze geen duidelijkheid verschaffen over de typologie van deze handelingen. «Wij beschikken over bitter weinig informatie om ons een duidelijk beeld te kunnen vormen van het echte euthanaserend handelen», verklaarde mevrouw Roelandt, blijkbaar terecht (blz. 299).

des citoyens de mourir d'une manière contraire à la dignité humaine», a déclaré le docteur Mullie (p. 441).

L'euthanasie, au sens large du terme, c'est d'abord veiller à ce que le patient puisse mourir dignement, dans la perspective de soins continus. «Je considère les soins au mourant et l'accompagnement de celui-ci comme le dernier épisode dans le continuum du traitement médical», nous a rapporté le docteur Cosyns (p. 326).

Mme Chris Aubry a décrit sa conception de la mort digne en des termes qui méritent d'être rappelés:

«Je vais maintenant partager avec vous ma conception d'une mort digne. Je veux avant tout être entourée des êtres qui me sont chers et qui auront le courage, malgré toutes les difficultés, d'être présents à mes côtés jusqu'au bout. J'espère aussi ne pas devoir souffrir trop. Mais il est pour moi très difficile de prédire maintenant ce que trop souffrir signifiera alors. J'ai en tout cas remarqué que les patients reculaient leurs limites très loin une fois venu le moment ultime. J'ai souvent été stupéfaite de leur force et de leur volonté de vivre. Alors que les soignants pensaient que la situation n'était plus digne, la personne en question souhaitait malgré tout continuer. Je suis en tout cas certaine que je ne pourrai pas vivre seule cet ultime moment. J'aurai certainement besoin du soutien de soignants spécialisés courageux et expérimentés. On a exposé à plusieurs reprises en quoi consiste cette assistance. Les soins adéquats en fin de vie représentent bien plus qu'un bon contrôle de la douleur et des symptômes. Ce n'est pas pour rien que les soins palliatifs parlent de douleur globale et de soins globaux.» (p. 360).

Dans le même sens, le docteur Mullie a dit ce qu'il entendait par «belle mort»: «... 'bonne mort', non pas une mort douce et sans douleur mais une mort vécue avec amour, dans laquelle on sent le principe du 'personne ne vit pour soi, personne ne meurt pour soi'. Nous ne pouvons pas aller trop loin dans l'adoption de règles relatives à la souffrance sans issue des mourants. Il ne faut pas lutter contre les mois d'hiver ni même les supprimer, mais adopter des règles permettant à la chaleur humaine de produire un effet apaisant maximum pour calmer la douleur.» (p. 442).

Actes de fin de vie

10) Comment, en pratique, se passent les actes de fin de vie? Les auditions laissent à cet égard l'intervenant insatisfait, tant les précisions paraissent toujours manquer sur la typologie de ces actes. «Nous disposons d'informations très maigres pour nous permettre de nous forger une image de ce que sont véritablement les actes d'euthanasie», déclare à juste titre, semble-t-il, Mme Roelandt (p. 299).

Dokter Ingels heeft zich de moeite getroost om de handelingen bij het levenseinde in drie categorieën onder te brengen, waarin hij een onderscheid maakt op basis van de bedoeling achter deze beslissingen. Hij geeft wel toe dat die niet altijd duidelijk is vast te stellen en dat er dus «nuances» blijven bestaan in een «grijs gebied» (blz. 53):

«Artsen kunnen iets doen met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen. Ze kunnen ook bijvoorbeeld pijnstillende middelen of morfine voorschrijven die het lijden verzachten, maar die ook het levenseinde bespoedigen. Dat laatste kan ook het doel zijn. Het gaat hier dus om een enorm grijs gebied, omdat men nooit zeker is van de intentie van de arts. Tot slot is het ook mogelijk dat pijnstillende middelen worden toegediend, niet met het doel het levenseinde te bespoedigen, maar men weet dat het kan gebeuren.»

«Er zijn dus drie nuances te onderscheiden ... Een medische beslissing kan zijn dat men de behandeling niet instelt of staakt. Het kan uitzonderlijk, niet of mede de intentie zijn het levenseinde te bespoedigen. Pijn- en symptoombestrijding is een tweede vorm van medische beslissing rond het levenseinde. De pijnbestrijding kan met of zonder intentie tot levensbeëindigend handelen worden opgedreven. Een derde medische beslissing rond het levenseinde is het voorschrijven, verstrekken of toedienen van middelen met het uitdrukkelijke doel het levenseinde van de patiënt te bespoedigen. De ethische discussie spitst zich toe op het laatste onderwerp omdat het niet opstarten van een behandeling en het intensiveren van pijn- en symptoombestrijding eigenlijk tot het verantwoorde medische handelen behoort en ik durf er bijna mijn hand voor in het vuur steken dat er in de moderne Westerse medische wereld eigenlijk geen artsen meer zijn die kost wat kost echt hardnekkig therapeutisch willen handelen. Dat wordt trouwens ook door de code van geneeskundige plichtenleer niet meer toelaatbaar geacht. Het probleem is het voorschrijven, verstrekken of toedienen van middelen.»

Vandaar dat men moeilijk een onderscheid kan maken tussen gecontroleerde verdoving en euthanasie. Mevrouw de T' Serclaes heeft dit probleem in een vraag aan dokter Bouckenaere als volgt samengevat: «Het is moeilijk om een onderscheid te maken tussen gecontroleerde sedatie en euthanasie» (blz. 39). Dokter Distelmans heeft in dat verband gezegd: «Dat noemt men de schemerzone. Men kent de oorspronkelijke intentie van de arts niet ... Artsen doen wat ze willen, ze kunnen het altijd in een ander vakje schuiven en zelfs bijvoorbeeld zichzelf wijsmaken dat ze aan ultieme pijnstilling hebben gedaan terwijl ze eigenlijk een levensbeëindiging zonder verzoek deden.» (blz. 71).

Le docteur Ingels s'est efforcé de ramasser les actes de fin de vie en trois catégories, en les distinguant selon l'intention qui préside à leurs décisions tout en admettant que celle-ci est toujours difficile à établir et qu'il s'agit dès lors de «nuances» dans une «zone grise» (p. 53):

«Les médecins peuvent agir dans le but délibéré d'accélérer la fin de vie. Ils peuvent aussi prescrire des sédatifs ou de la morphine qui soulagent la douleur mais qui ont aussi pour effet d'accélérer la fin de vie. Cet effet peut aussi être le but recherché. Il s'agit donc ici d'une grande zone d'ombre, parce qu'on n'est jamais certain des intentions du médecin. En fin de compte, il est possible aussi que des analgésiques soient administrés sans aucune intention d'accélérer la fin de vie, tout en sachant que cela peut arriver.»

«Il faut donc distinguer trois nuances ... Une décision médicale peut consister à ne pas entamer ou à suspendre le traitement, l'intention d'accélérer le décès pouvant être soit intentionnelle, soit totalement absente, soit partiellement présente. La lutte contre la douleur et les symptômes constitue une deuxième forme de décision relative à la fin de vie, cette lutte pouvant être intensifiée avec ou sans intention de mettre fin à la vie. Une troisième décision médicale relative à la fin de vie consiste en la prescription, la fourniture ou l'administration de substances dans le but précis d'accélérer le décès du patient. La discussion éthique est centrée sur ce dernier point parce que le fait de ne pas entamer un traitement ainsi que l'intensification de la lutte contre la douleur et les symptômes font véritablement partie d'un traitement médical responsable. Je suis prêt à jurer que, dans le monde médical occidental moderne, il n'y a plus, à proprement parler, de médecins partisans inconditionnels de l'acharnement thérapeutique. D'ailleurs, le Code de déontologie médicale juge un tel acharnement inadmissible. Le problème est la prescription, la fourniture ou l'administration de substances.»

D'où la difficulté à distinguer sédation contrôlée et euthanasie, que Mme de T' Serclaes, dans une question au docteur Bouckenaere, a résumée comme suit: «La frontière entre sédation contrôlée et euthanasie est très difficile à délimiter» (p. 39). Dans le même sens, le docteur Distelmans a dit: «On appelle cela la zone d'ombre. On ne connaît pas l'intention initiale du médecin ... Les médecins font ce qu'ils veulent, ils peuvent toujours changer d'avis et, par exemple, se persuader eux-mêmes qu'ils ont fait une ultime sédation alors que, en réalité, ils ont pratiqué une interruption de vie sans demande.» (p. 71).

Gecontroleerde sedatie

11) Wij staan even stil bij gecontroleerde sedatie en bij de kenmerken die gecontroleerde sedatie volgens sommigen onderscheiden van euthanasie.

Dokter Mullie heeft het procédé als volgt uitgelegd:

«Gecontroleerde sedatie is een techniek van verdooving waarbij slaap (tot en met continue intraveneuze barbituraat-toediening) toegevoegd wordt. Dit «diep verdoven» en, zeker in eerste instantie, «de dood afwachten» is een kunst (*cf.* narcose bij chirurgie) waarbij niet een onmiddellijk dodelijk inslapen beoogd wordt, maar wel slaap — rust — samen een tijdlang herademend om de terug draaglijk geworden uitzichtloosheid. Gecontroleerde sedatie is, in die zin, echt in de lijn van, in de sfeer van palliatieve zorg, zorgend afwachten ...» (blz. 445).

«Gecontroleerde sedatie wordt in ons Netwerk PZ Noord West-Vlaanderen (ervaring met ongeveer 1 000 sterfgevallen per jaar) toegepast bij ongeveer 1 % van onze stervenden. ... Ook in de gecontroleerde sedatie breekt soms de vraag voor euthanasie door, vooral als het hem niet juist gaat om een extreme vorm van symptoomcontrole, maar om een terugkomende echte euthanasievraag ... Binnen onze PZ werking in Noord West-Vlaanderen wordt dan (heel uitzonderlijk) de sedatie belangrijk verhoogd, wat volgens de definitie van het wetsvoorstel als euthanasie kan genoemd worden. Wij zijn geen organisatie die primair euthanasie uitvoert ..., maar van binnen onze zorg willen we geen gruwel rond sterven toelaten en geen mensen in de steek laten.» (blz. 446).

«Bij de gecontroleerde sedatie wordt altijd met een lichte sedatie begonnen. Hierbij wordt de patiënt ervan verwittigd dat de lichte sedatie hem eerst rust zal geven in een situatie die ondraaglijk is geworden, maar dat hij nadien opnieuw zal ontwaken. Pas nadien krijgt hij de diepere sedatie.» (blz. 451).

«De sedatie geeft een gevoel van rust. Indien er na de toestand van rust een gevoel van onwaardigheid optreedt, verdiepen wij de sedatie ... Op dat ogenblik leidt de sedatie tot euthanasie en wij voorkomen dat er gruwel ontstaat bij de patiënt, of de familie daarna.» (blz. 452).

«Het is juist dat gecontroleerde sedatie soms «slow euthanasia» wordt genoemd. Dit wordt zo niet aanvoeld. Het wordt aangevoeld als rustgevend. Het gaat mij niet om woorden. Als de situatie bij gecontroleerde sedatie ondraaglijk wordt, verdoven wij

Sédation contrôlée

11) Arrêtons-nous un instant à la sédation contrôlée et aux distinctions, parfois subtiles, qui la distinguent selon d'aucuns de l'euthanasie.

Le docteur Mullie apporte du procédé la description et les précisions suivantes:

«La sédation contrôlée est une technique d'anesthésie avec adjonction d'un somnifère (pouvant aller jusqu'à l'injection intraveineuse continue de barbituriques). Cette «anesthésie profonde» et, *a fortiori* dans un premier temps, «l'attente de la mort» est un art (*cf.* la narcose en chirurgie), dont le but n'est pas d'entraîner immédiatement un sommeil fatal, mais d'apporter temporairement le sommeil et le repos, permettant de reprendre temporairement son souffle face à cette situation sans issue redevenue supportable. La sédation contrôlée se situe, dans cette optique, vraiment dans la ligne, dans l'ambiance des soins palliatifs, de l'attente accompagnée de soins ...» (p. 445).

«La sédation contrôlée est appliquée dans notre réseau PS du nord de la Flandre occidentale (plus ou moins 1 000 décès par an) chez environ 1 % des mourants ... Même en cas de sédation contrôlée, la demande d'euthanasie refait parfois surface, surtout lorsqu'il ne s'agit pas d'une forme extrême de contrôle des symptômes mais d'une véritable demande d'euthanasie récurrente ... Dans ces cas (exceptionnels), nous augmentons de manière substantielle la sédation, ce qui aux termes de la proposition de loi peut être qualifié d'euthanasie. Nous ne sommes pas un service qui pratique systématiquement l'euthanasie ... mais par souci de prévenance nous ne voulons pas laisser survenir de morts atroces et nous ne voulons pas abandonner les gens à leur sort ...» (p. 446).

«En cas de sédation contrôlée, on commence par une sédation légère. À ce stade, le patient est informé que la sédation légère l'apaisera d'abord dans une situation qui est devenue insupportable, mais qu'il se réveillera à nouveau par la suite. Ce n'est qu'ensuite qu'il recevra la sédation plus profonde.» (p. 451).

«La sédation donne un sentiment de quiétude. Si après l'état de quiétude, il se manifeste un sentiment d'indignité, nous procédons à une sédation plus profonde ... À ce moment, la sédation aboutit à l'euthanasie et nous évitons de créer un sentiment d'effroi chez le patient, ou dans la famille par la suite.» (p. 452).

«S'il est exact que la sédation contrôlée est parfois désignée par le terme *slow euthanasia*, elle n'est pas ressentie comme telle. C'est un acte ressenti comme apaisant. Je ne m'attache pas aux mots. Lorsqu'en cas de sédation contrôlée la situation devient insupportable

dieper ... Wij geven wel intrinsiek de voorkeur aan de *slow euthanasia*. Dit is ingegeven vanuit de ervaring dat men achteraf verrassende effecten kan hebben. Men kan een gerust gemoed hebben indien men voorzichtig is geweest.» (blz. 452).

De heer Schoonvaere geeft een andere definitie van gecontroleerde sedatie. Hij maakt een onderscheid tussen sedatie als psychologische begeleiding, onderbroken sedatie en ononderbroken sedatie (blz. 273):

«Sedatie wordt voorgeschreven om hardnekkige pijn te bestrijden, om oncontroleerbare angst te bedwingen, of wanneer een patiënt het risico loopt een zeer pijnlijke dood te sterven, bijvoorbeeld door zware bloedingen. In het geval van keelkanker kan op een bepaald moment bijvoorbeeld de halsslagader scheuren en ziet de patiënt zichzelf doodgaan omdat het bloed uit zijn hals spuit, wat zeer beangstigend is — als men het eenmaal heeft zien gebeuren, vergeet men het nooit meer — of stikt hij in zijn eigen bloed. In dergelijke gevallen moet men meteen sedatie kunnen toepassen. In de diensten voor palliatieve zorg die deze technieken beheersen legt men dit risico aan de patiënt uit en zorgt men ervoor dat er een kistje met spoedhulpbenodigheden in zijn kamer ligt. Wanneer het gevreesde voorvalt, heeft men immers geen tijd om medicijnen of een spuitje te gaan halen en moet er binnen een minuut ingegrepen worden. Dit type sedatie is dus bestemd voor een extreme psychologische angst die men kalmeert.» (blz. 273).

«De tweede vorm van sedatie is de intermittente sedatie of de sedatie met tussenpozen. Zoals ik al zei is sederen helemaal niet hetzelfde als een leven beëindigen. Bij de intermittente sedatie stelt men de patiënt en zijn omgeving voor om sedatie toe te dienen op een goed bestudeerde manier, waarvoor duidelijke protocollen zijn opgesteld.»

«Intermittente sedatie gaat in de mate van het mogelijke uit van het natuurlijke slaap- en waakritme van de patiënt. Dat kan een dag-en-nachtritme zijn, maar in de laatste levensfase heeft de patiënt vaak andere ritmes dan de meeste mensen. Men brengt de patiënt in slaap en wekt hem dan volgens zijn eigen ritme. Om hem te wekken volstaat het de sedatie stop te zetten. Gedurende de tussenperiodes waarin zij wakker zijn, vragen vele patiënten niets meer. De sedatie heeft hen ergens van bevrijd. Een kalmeer middel heeft de patiënt tot rust gebracht.»

«Er zijn ook sedaties die min of meer doorlopend zijn. Men brengt de patiënt dan in een lange slaap ... Het is belangrijk de patiënt en zijn omgeving te informeren en het contact met hen te verzorgen. Bij langdurige sedatie moet men de patiënt ook blijven verzorgen alsof hij nog volledig bij bewustzijn is. De volledige verzorging gaat gewoon door. Men laat de patiënt niet aan zijn lot over, zoals het 15 of 20 jaar geleden in Frankrijk gebeurde. Men noemde dat de

ble, nous administrons une dose plus forte ... Toutefois, nous donnons intrinsèquement la préférence à la *slow euthanasia*, car l'expérience nous a appris que l'on peut avoir des surprises par la suite. On peut avoir l'esprit serein si l'on a été prudent.» (p. 452).

Une autre description de la sédation contrôlée est donnée par le M. Schoonvaere, qui distingue sédation d'accompagnement psychologique, sédation intermittente et sédations plus continues (p. 273):

«La sédation est prescrite pour calmer les douleurs rebelles, une angoisse incontrôlable ou lorsque des patients risquent de décéder de manière très pénible, dans des hémorragies massives par exemple. On sait que, dans des cancers de la gorge, la carotide peut se rompre à un moment donné; le malade se voit littéralement mourir soit parce que son sang sort à jets continus — ce qui est très angoissant; soit parce qu'il étouffe dans son propre sang. Dans ce cas, il faut pouvoir donner une sédation d'urgence. Dans les services de soins palliatifs qui sont rompus à ces techniques, on explique ce risque au malade et on place dans leur chambre une trousse d'urgence car, si l'accident se produit, on n'a pas le temps d'aller chercher des médicaments ou des seringues; il faut intervenir dans la minute. Ce type de sédation est donc l'accompagnement d'une souffrance psychologique extrême qu'on calme.» (p. 273).

«Le deuxième type est la sédation intermittente. Comme je l'ai dit, l'acte de sédation diffère totalement de l'acte de donner la mort et, pour la sédation intermittente, on propose au patient et à son entourage des sédations bien étudiées et clairement établies sur un protocole.»

«Dans les sédations intermittentes, on garde autant que possible le rythme de sommeil du malade; ce peut être un rythme jour-nuit mais, comme en fin de vie les rythmes du malade ne sont plus les mêmes que les nôtres, on endort le patient et on le réveille en respectant son propre rythme. Pour l'éveiller, il suffit d'arrêter la sédation. Durant les périodes intermittentes d'éveil, certains malades ne demandent plus rien. Quelque chose s'est libéré par la sédation. Un calmant a apaisé le patient.»

«Il y a aussi des sédations beaucoup plus continues. Dans ce cas, on provoque un sommeil prolongé ... Il importe d'informer le patient et son entourage, de garder le contact. Dans les sédations plus prolongées, il faut en outre soigner le malade comme s'il était encore lucide. Tous les soins continuent. On n'abandonne pas le malade comme cela a été fait en France voici 15 ou 20 ans. On appelait cela des «cocktails de déconnexion». La sédation est autre chose qu'une

«cocktails de déconnexion» (uitschakelingscocktails). Sedatie is iets anders dan uitschakelen met de bedoeling gerust te zijn. Sedatie is een medische en humane aanpak. De twee gaan samen. Het gaat niet gewoon om medicatie die in de laatste levensmomenten wordt toegediend, het is iets veel nauwkeurigers.» (blz. 274).

12) Mevrouw Kempeneers heeft tijdens haar hoorzitting gesproken van «indirecte euthanasie, waarbij de dosering van pijnstillers wordt verhoogd met als doel het lijden van de patiënt te verkorten in de wetenschap dat de dood op een bepaald moment zal intreden.» (blz. 218).

We kunnen ons inderdaad afvragen wat het verschil is tussen gecontroleerde sedatie in zijn uiterste vorm en euthanasie in de strikte zin van het woord.

Voor sommigen heeft het verschil te maken met de duur of met de bedoeling of beleving van de arts.

De heer Schoonvaere verwoordt het zo: «Het toedienen van kalemiddelen (sedatie) is iets anders. (...) Het verschil tussen sedatie en euthanasie ligt in de eerste plaats bij de intentie van degene die de medicijnen voorschrijft.» (blz. 273).

Dokter Bouckenaere en dokter Menten volgen dezelfde redenering. De eerste stelt: «Ik denk dat de bedoeling verschillend is. U moet begrijpen dat sommige artsen een verschil ervaren. De bedoeling is het de patiënt draaglijk te maken.» (blz. 46). De tweede zegt: «Er is bij gecontroleerde sedatie alleen maar de intentie om het lijden van de patiënt te verlichten, er is geen intentie om het leven te beëindigen.» (blz. 86)

De heer Schoonvaere beschrijft euthanasie ook nog als «dodelijke cocktails die snel aan de patiënt worden toegediend zonder dat hem zijn mening wordt gevraagd.» (blz. 284). De heer Menten verwoordt het zo: «De bedoeling van actieve euthanasie is mensen binnen een aantal minuten dood te krijgen. Bij actieve euthanasie worden mammoetdosissen gebruikt die we nooit in de gecontroleerde sedatie zouden gebruiken. Dat is het grote verschil.» (blz. 108).

Als dokter Cosyns zegt dat «De keuze tussen een spuitje of een langzaam verlopend stervensproces, moet door de betrokkenen zelf worden gedaan.» (blz. 323), is het verschil duidelijk: spuitje met een snelle uitwerking enerzijds, toediening van substanties die op langere termijn werken anderzijds.

Voor andere deskundigen is er geen verschil tussen beide vormen van levensbeëindiging. Zo noemt professor Baum het onderscheid «hypocriet» (blz. 152) en zegt dokter Van Camp dat «de palliatieve zorg die een verkorting van het leven meebrengt ... (is) voor mij eveneens een vorm van euthanasie» (blz. 428).

déconnexion pratiquée pour être tranquille. C'est une approche médicale et humaine. Les deux vont de pair. Il ne s'agit pas simplement de pharmacologie donnée à un moment extrême de la fin de vie. C'est beaucoup plus rigoureux ... » (p. 274).

12) Au cours de son audition Mme Kempeneers a parlé d'«euthanasie indirecte, c'est-à-dire augmenter la dose d'analgésiques, abréger les souffrances du patient, tout en sachant bien que sa mort interviendra à un certain moment.» (p. 218).

On peut en effet s'interroger sur la différence entre sédation contrôlée, du moins dans sa nuance ultime, et euthanasie au sens strict.

Pour certains, la différence tient soit au délai, soit à l'intention ou au vécu du médecin.

Pour M. Schoonvaere «La sédation est quelque chose de différent ... Ce qui distingue une sédation d'une euthanasie, c'est tout d'abord l'intention de celui qui prescrit le traitement.» (p. 273).

Le docteur Bouckenaere et le docteur Menten opinent dans le même sens: «Je pense que l'intention est différente. Ce que vous devez comprendre, c'est que dans le vécu de certains médecins, il y a une différence. L'intention est de soulager», dit la première (p. 46). Le second déclare: «Dans le cas de la sédation contrôlée, il y a seulement l'intention d'atténuer les souffrances du patient, et non pas celle de mettre fin à la vie.» (p. 86).

Plus avant dans son audition, le docteur Schoonvaere qualifie l'euthanasie comme étant l'administration de «de cocktails lytiques donnés en hâte sans l'avis du patient» (p. 284). Et, dans la même perspective, le docteur Menten déclare: «Le but de l'euthanasie active est de faire mourir les gens en l'espace de quelques minutes (...). Pour l'euthanasie active, on utilise de très fortes doses, telles que nous ne les utiliserons jamais dans la sédation contrôlée. C'est la grande différence.» (p. 108).

Lorsque le docteur Cosyns considère que «le choix entre une petite piqûre ou un processus de mort lente doit être fait par l'intéressé lui-même» (p. 323), on voit bien la différence: injection à effet rapide d'une part; administration de substances agissant à plus long terme de l'autre.

Pour d'autres experts, il n'y a pas de différence entre ces deux formes d'actes de fin de vie. Tel est le cas du professeur Baum, pour laquelle la distinction est «hypocrite» (p. 152), ou du docteur Van Camp, pour lequel «les soins palliatifs qui ont pour effet d'abréger la vie du patient (constituent à mes yeux) également une forme d'euthanasie» (p. 428).

Verscheidene collega's-senatoren delen dit standpunt:

— Mevrouw Vanlerberghe: «Ik vind de gecontroleerde sedatie ... een onmenselijk trage euthanasie. Het doel is uiteindelijk hetzelfde, namelijk iemand laten sterven omdat hij dat zelf wil wanneer er geen medische alternatieven zijn.» (blz. 133).

«De stekker uittrekken, vochttoediening stopzetten, een meer dan noodzakelijke dosis morfine toedienen is voor Professor Schotmans geen euthanasie, maar voor mij wel, zij het dat het om een andere gradatie gaat. Barbituraten toedienen is euthanasie. Men kan dat gecontroleerde sedatie noemen en dokter Moreels noemt dat 'orthonasie', maar waarom noemt men dat eigenlijk ook niet euthanasie? Voor mij als oud-student van de KUL, is dat wel euthanasie. Is het niet een beetje hypocriet het een andere naam te geven? Maakt men zichzelf niet iets wijs?» (blz. 123 en 124).

13) Net als dokter Cosyns vermijdt professor Vincent de term «euthanasie». Hij heeft deze term tijdens zijn hoorzitting geen enkele keer gebruikt, iets wat niet onopgemerkt is voorbijgegaan(1).

Hij beschrijft zijn methode als volgt: «(...) hetgeen ons geregeld overkomt als we een behandeling stopzetten, een beademingsapparaat uitschakelen. De vraag is: hoe gaan we te werk? We kunnen gewoon de stekker uit het stopcontact trekken met de bekende gevolgen: de patiënt kan niet meer uit zichzelf ademen in terminale gevallen waarbij de geneeskunde jammer genoeg geen oplossing meer kan bieden. Een andere optie is om het beademingsapparaat aan te laten maar de dosering tranquillizers, morfine, benzodiazepinen en barbituraten te verhogen, zodat deze persoon in vrede kan heengaan, zonder enige pijn. Sommigen zullen een wezenlijk onderscheid maken tussen deze twee opties: in het eerste geval wordt volgens hen de behandeling alleen stopgezet, hetgeen naar hun mening vanuit ethisch oogpunt is toegestaan, terwijl in het andere geval actief wordt ingegrepen door medicijnen in hogere doseringen toe te dienen. Er wordt dus gehandeld. Maar deze reactie is volstrekt hypocriet. Het komt hierop neer: jammer dat mensen aan het eind van hun leven nog even op hun tanden moeten bijten op het moment dat het beademingsapparaat wordt uitgeschakeld, maar er wordt in ieder geval niet actief ingegrepen. Maar een actieve ingreep is er juist op gericht, in overeenstemming met de ethische principes die ik heb opgesomd,

(1) Zie opmerking van de heer Dubié op blz. 237 en van andere leden van de verenigde commissies.

Plusieurs de nos collègues ont partagé ce point de vue:

— Mme Vanlerberghe: «Je trouve que la sédation contrôlée (...) est une forme d'euthanasie inhumainement lente. L'objectif est le même en fin de compte, à savoir permettre à quelqu'un de mourir parce que telle est sa volonté, lorsqu'il n'y a plus d'autre alternative médicale.» (p. 133).

«Débrancher les appareils, arrêter l'hydratation, administrer une dose de morphine plus forte que nécessaire sont des actes que le professeur Schotmans ne considère pas comme une forme d'euthanasie, mais je ne partage pas son avis, même s'il s'agit d'une gradation différente. Administrer des barbituriques est une forme d'euthanasie. On peut appeler cela sédation contrôlée et le docteur Moreels parle même d'orthonasie, mais pourquoi ne le qualifierait-on pas aussi d'euthanasie? Pour moi, ancien étudiant de la KUL, c'est bel et bien une forme d'euthanasie. N'est-il pas un peu hypocrite de lui donner un autre nom? Ne se cache-t-on pas la vérité?» (pp. 123 et 124).

13) Aussi bien le professeur Vincent s'abstient-il, tout comme le docteur Cosyns, de recourir au terme «euthanasie». Il ne l'a pas utilisé une seule fois dans son audition, ce qui n'a pas manqué de frapper(1).

Il décrit ainsi sa méthode: «... il nous arrive régulièrement d'arrêter un traitement, d'arrêter un respirateur. La question est de savoir comment procéder. On peut évidemment débrancher le respirateur, avec l'issue que l'on connaît, la personne ne pouvant plus respirer par elle-même dans ces cas terminaux où, malheureusement, la médecine ne peut plus rien offrir. C'est une option. L'autre option est de laisser la personne sous respirateur mais d'augmenter les calmants, la morphine, les benzodiazépines, les barbituriques, pour que cette personne puisse partir en paix, sans la moindre souffrance. Certains verront une différence fondamentale entre les deux options; ils diront que, dans le premier cas, on ne fait qu'arrêter un traitement, ce qui, dites-vous, est autorisé sur le plan éthique, alors que, dans l'autre, on intervient activement en donnant effectivement des doses plus importantes de médicaments. On pose donc alors un geste. Mais cette réaction-là est évidemment tout à fait hypocrite. Elle revient à dire: tant pis si les gens subissent un peu d'inconfort en fin de vie, au moment où le respirateur est débranché, mais au moins, on ne participe pas activement. Mais, justement, l'intervention active est une intervention qui vise, en accord avec les principes éthiques, à apporter justement le moins d'inconfort possible à la personne.

(1) Voir l'observation de M. Dubié, p. 237, et d'autres membres des commissions réunies.

om de betrokkene zo min mogelijk te laten lijden. Dit is precies wat er op dit moment gebeurt in veel ziekenhuizen.» (blz. 235).

Hij voegt eraan toe: «Persoonlijk heb ik ooit iemand gedood. Het is nooit mijn bedoeling geweest om iemand te doden, maar ik heb wel verschillende mensen over de drempel geholpen en dat zou ik nog doen. Gelukkig maar, want anders zou ik mijn vak niet goed kunnen uitoefenen en zou ik het volgende niet meer kunnen doen: mensen helpen om te sterven zonder dat ik de bedoeling heb hen te doden. Het is de ziekte die zich meester maakt van de patiënt en ik help hem om te sterven in overeenstemming met de ethische principes die ik heb gedefinieerd, door te voorkomen dat hij lijdt en zijn toestand onnodig verslechtert.» (blz. 237).

De «ontcijfering» van het verzoek om euthanasie

14) Tijdens de hoorzittingen werd ook veel aandacht besteed aan de wil van de patiënt en aan de noodzakelijke «ontcijfering» van zijn verzoeken.

Dokter Bouckenaere legt uit dat «men dikwijls (ziet) dat het verzoek dat de patiënt echt uitdrukt, een ander verzoek verbergt. (blz. 46). De heer Schoonvaere vertelt: een patiënte vraagt om euthanasie maar dringt er een paar uur later op aan dat men niet mag vergeten haar vitaminen in haar sinaasappelsap te doen.» (blz. 266). Uit meerdere getuigenissen blijkt hetzelfde. Toch zijn er ook echter verzoeken (1).

Getuigenissen:

— Dokter Vincent: «De nadrukkelijke vraag van mensen om te sterven wordt in de huidige debatten vaak te eenvoudig voorgesteld. Men denkt dat we systematisch mensen moeten helpen die in de eindfase van hun ziekte vragen om te sterven. We zullen deze mensen uiteraard helpen, maar we kiezen daarbij niet per se voor een spuit met barbituraten. We moeten proberen de vraag te analyseren. In zeer veel gevallen hebben deze mensen pijn. Als er sprake is van een ernstig, ondraagbaar lijden, heeft een arts mijns inziens de plicht om meer tranquillizers toe te dienen. Ik zie niet in op wat voor manier een individu gebaat kan zijn bij pijn. Ik geloof dat zelfs de meest gelovige mensen vraagtekens plaatsen bij ideeën over «gerechtvaardigd lijden». Er kan ook sprake zijn van een moreel lijden. Iemand vindt bijvoorbeeld dat hij zijn waardigheid verliest ten aanzien van zijn vrouw en kinderen. He is mogelijk dit lijden te verlichten door bepaalde factoren te verbeteren. Soms verdraagt de zieke de omgeving niet meer. Misschien bestaat de mogelijkheid om iets te doen, om hem in een andere

C'est évidemment cela qui est réalisé dans beaucoup de centres.» (p. 235).

Il ajoute: «Personnellement, je n'ai jamais tué personne, mon intention n'ayant jamais été de tuer, mais j'ai aidé beaucoup de personnes à mourir et je le ferai encore. Heureusement. Sinon je ne ferais pas bien mon métier et je devrais abandonner ce que je fais: aider des gens à mourir sans avoir le but de les tuer. C'est la maladie qui emporte le malade et j'aide celui-ci à mourir en accord avec les principes éthiques que j'ai définis, en évitant la souffrance, la dégradation inutile.» (p. 237).

Le «décodage» de la demande d'euthanasie

14) Il a aussi été beaucoup question au cours des auditions de la volonté du malade, et du «décodage» nécessaire de ses demandes.

On voit souvent, expose le docteur Bouckenaere, que la demande réellement exprimée par le patient en cache une autre» (p. 46). M. Schoonvaere cite le cas de «telle patiente qui évoque un jour une demande d'euthanasie, mais, quelques heures après, insiste pour que l'on n'oublie pas ses vitamines dans le jus d'orange» (p. 266). De nombreux témoignages vont dans le même sens. Ce qui n'empêche pas qu'il subsiste de vraies demandes (1).

Témoignages:

— Docteur Vincent: «La question des personnes qui demandent explicitement à mourir est souvent simplifiée dans les débats actuels. On croit que nous devons aider systématiquement les personnes en fin d'évolution de leur maladie qui demandent à mourir. Nous allons en effet aider ces personnes, mais nous n'opterons pas nécessairement pour la seringue de barbituriques. Il faut essayer d'analyser la demande. Très souvent, ce sont des personnes qui souffrent. Il y a d'abord une souffrance physique importante, intolérable. Augmenter les calmants est pour moi le devoir du médecin... Il peut aussi s'agir d'une souffrance morale. La personne se sent dégradée aux yeux de l'époux ou de ses enfants, etc. Il est possible de soulager cette souffrance en améliorant certains éléments. Parfois, c'est l'environnement que le patient ne supporte plus. Il y a peut-être moyen de faire quelque chose, de transférer la personne dans une autre chambre, dans un autre service. Vous seriez étonnés de voir les solutions que l'on peut parfois apporter, en préconisant notamment la combinaison de divers

(1) Zie dokter Vincent, blz. 241, en dokter Bouckenaere, blz. 47.

(1) Voir docteur Vincent, p. 241, et docteur Bouckenaere, p. 47.

kamer of op een andere afdeling te leggen. U zou verbaasd staan als u ziet welke oplossingen soms kunnen worden verzonden, waarbij een combinatie van verschillende factoren belangrijk is, zoals het benaderen van de familie of het installeren van een televisie. Dit klinkt misschien belachelijk, maar niet alle kamers van het ziekenhuis of de intensive care hebben televisie, omdat men nooit heeft gedacht dat iemand hier iest aan zou kunnen hebben. Il wil niet al te zeer in detail treden, maar er zijn allerlei factoren waaraan kan worden gedacht. Er hoeft dus niet zonder meer naar medicijnen te worden gegrepen om iemand te laten inslapen.» (blz. 241).

Dokter Vincent benadrukt dat dit bijzonder belangrijk is voor mensen die niet in een terminale fase verkeren: «Er schiet me ineens een voorbeeld te binnen van een quadriplegiepatiënt die geen zelfmoord kan plegen. Neemt u maar van me aan dat er weinig quadriplegiepatiënten zijn die daadwerkelijk willen dat er een eind aan hun leven wordt gemaakt. Het gaat vaak om ambivalente verzoeken. «Wat doe ik hier, het heeft allemaal geen zin meer.» Dit zijn altijd mensen die het op prijs stellen als u met de bewuste spuit komt aanzetten. Zelfs in dit geval moet zorgvuldig een benadering worden gekozen.» (blz. 241).

— Dokter Bouckenaere: «In onze praktijk is gebleken dat de vragen om euthanasie zeer ambivalent zijn. In zeer emotionele situaties is de communicatie vaak verward. Er is dan geen ooveenstemming tussen wat wordt uitgesproken, wat elkeen wil zeggen en wat elkeen kan horen. (...) In zeer veel gevallen is de autonomie van de patiënt sterk afgenomen. Hij is ontredderd, hij heeft zijn identiteit verloren, hij is afhankelijk van anderen. Hij is verdeeld tussen de zin om te leven en de zin om er een einde aan te maken en daardoor is zijn beslissingsvermogen afgenomen. Dan kunnen talrijke elementen spelen: wat de arts goed acht voor hem, hoe de gemeenschap met het probleem omgaat, de signalen van zijn naasten en zijn verzorgers (...). Vaak oefenen familieleden druk uit op de arts om het leven van de patiënt — die niets gevraagd heeft — te verkorten, omdat hij zijn waardigheid verliest.» (blz. 30 en 31).

— Mevrouw Aubry: «Euthanasie verlost niet alleen de patiënt, maar ook de mensen rond hem uit het lijden. Daarom moeten verpleegkundigen en artsen uiterst voorzichtig zijn wanneer ze mee moeten beslissen of euthanasie wel of niet verantwoord is bij de patiënten die ze zelf zorg verlenen» (blz. 363).

15) De interpretatie van het verzoek van een patiënt is uiterst delicaat omdat zij zo subjectief is.

Mevrouw Lindekens wijst de heer Schoonvaere, die zich hierover erg ongenueanceerd uitsprekt, op het volgende: «Als echter de patiënt, die toch al zwak is, merkt dat zijn vraag eigenlijk veroordeeld wordt

éléments comme rapprocher la famille, installer un poste de télévision. Cela peut paraître ridicule... Sans vouloir entrer dans tous ces petits détails, il existe toute une série d'éléments auxquels il faut pouvoir penser. Il ne s'agit donc pas d'accepter *ipso facto* de donner les médicaments qui vont endormir cette personne.» (p. 241).

La question est particulièrement importante pour les personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale, souligne le docteur Vincent: «L'exemple qui vient à l'esprit est la personne quadriplégique qui ne peut plus commettre le suicide. Croyez bien d'abord qu'il y a très peu de quadriplégiques qui demandent réellement que l'on mette fin à leurs jours. Il s'agit souvent de demandes ambiguës. «Qu'est-ce que je fais ici, tout cela n'a plus de sens». Ce ne sont pas nécessairement des personnes qui vont apprécier que vous arriviez avec la seringue en question, pour parler de manière symbolique. Mais dans ce cas, l'approche doit être plus fouillée.» (p. 241).

Docteur Bouckenaere: «Notre pratique nous montre l'extrême ambivalence des demandes d'euthanasie. Dans ces situations très émotives, la demande se brouille souvent. Il y a alors une discordance entre les mots qui sont prononcés, ce que chacun veut dire et ce que chacun peut entendre... Dans de très nombreux cas, l'autonomie du patient est fragilisée. Il est désemparé, il a perdu son identité, il dépend des autres. Partagé entre le désir de vivre et le désir d'en finir, son pouvoir de décision est amoindri. De multiples éléments peuvent alors peser dans cette balance en équilibre fragile: ce que le médecin juge bien pour lui, ce que lui rapporte le discours social, ce que lui renvoient ses proches et ses soignants... Il est fréquent que des familles exercent des pressions sur le médecin pour qu'il abrège l'existence du patient — qui n'a rien demandé — pour des raisons de dignité.» (pp. 30 et 31).

— Mme Aubry: «L'euthanasie délivre de la souffrance non seulement le patient, mais aussi son entourage. C'est pourquoi les soignants et les médecins doivent être extrêmement prudents lorsqu'ils s'expriment sur la question de savoir si l'euthanasie se justifie ou non pour les patients qu'ils soignent.» (p. 363).

15) La difficulté d'interprétation de la demande du patient est d'autant plus délicate qu'elle est nécessairement subjective.

À M. Schoonvaere, peu nuancé en la matière, Mme Lindekens fait ainsi observer: «Mais si le patient, déjà trop faible, remarque que sa demande est en fait condamnée et qu'il n'y a pas assez d'ouverture

en dat er weinig openheid bestaat om erop in te gaan, zou hij dan uiteindelijk zijn vraag niet kunnen opgeven, ook als zijn lijden verder duurt?» (blz. 274).

De heer Mahoux reageert op wat mevrouw Diricq zegt: «Ik vroeg me af welke van de gestelde vragen de goede is. De subjectiviteit van diegene aan wie de vraag wordt gesteld, kan doorslaggevend zijn, ook al tracht men te objectiveren, maar de objectivering kan ook een bepaalde richting uitgaan.» Haar antwoord: «Ik zal antwoorden met een andere vraag. Bestaat er maar één goede vraag? Wat een zieke op een bepaald ogenblik aan een verpleegster zegt, is even juist en waar als wat hij op een ander ogenblik aan een familielid of een arts vertelt. Dankzij de interdisciplinariteit kan men met al deze flarden van vragen rekening houden. (...) Mijn specifieke bijdrage is rekening te houden met de onbewuste dimensie van een vraag, of het verband te leggen met het verleden van de patiënt, of met de onderhuids levende spanningen binnen een equipe. Het is al gebeurd dat ik tijdens een wat heftige vergadering vroeg of men het wel over de patiënt had, of dat men wellicht een ander conflict aan het uitvechten was.» (blz. 357).

Mevrouw Aubry bevestigt deze subjectiviteit, die afhangt van de persoonlijke opvattingen van degene die het verzoek om euthanasie krijgt: «Iemand die de visie deelt dat de grens van het leven mag worden overschreden zal die vraag misschien op een andere manier interpreteren dan de hulpverlener die vindt dat die grens niet mag worden overschreden. Zuster Leontien zegt dat op haar afdeling geen palliatieve zorg (lees: euthanasie) wordt verstrekt maar dat de patiënt wordt doorverwezen naar een collega en dat de vragen op haar afdeling dan ook wegebben. Ik denk dat de manier waarop de vraag wordt geïnterpreteerd en behandeld, daar waarschijnlijk gedeeltelijk door wordt bepaald.» En zij vat samen: «Dat hangt, tenminste ten dele, af van de visie van de persoon die de aanvraag aanhoort.» (blz. 376 en 377).

Vandaar ook dat de heer Remans aan mevrouw Bouckenaere het volgende zegt over de uiteenlopende statistieken van «echte» verzoeken om euthanasie: «Als statistieken over de verkoop van metalen deuren, gebaseerd zijn op de verkoopcijfers van schrijnwerkers, dan dreigen ze scheefgetrokken te zijn. Wie een specialist kiest, kiest ook voor een behandeling.» (blz. 49).

16) Meerdere sprekers menen dat echte verzoeken om euthanasie zelden voorkomen. Zowel dokter Clumeq als dokter Van Camp delen deze mening: «De euthanasievragen zoals ze worden omschreven in het wetsvoorstel zijn marginaal en zeldzaam. Ze kunnen evenwel het enige alternatief vormen in de «buitengewone omstandigheden» die zouden moeten worden geïnventariseerd en gedefinieerd na een evaluatieperiode (...)» (blz. 383). «Wij hebben ... zeer zelden patiënten die een zuivere vorm van euthanasie vragen.» (blz. 428).

chez ses interlocuteurs pour y accéder, ne finirait-il pas par renoncer à cette demande même si sa douleur persiste?» (p. 274).

M. Mahoux pour sa part interpelle Mme Diricq: «La subjectivité de celui qui reçoit la demande peut être un élément déterminant, même si on tente d'objectiver, mais l'objectivation peut se faire dans un sens ou dans l'autre.» La réponse: «Je vous répondrai par une autre question. N'y a-t-il qu'une seule bonne demande? Ce que le malade va dire à l'infirmière est à ce moment-là aussi vrai et juste que ce qu'il va dire à un autre moment à un proche ou au médecin. L'importance de l'interdisciplinarité, c'est qu'elle tient compte de toutes ces bribes de demande... ma spécificité, c'est de tenir compte des demandes inconscientes sous-jacentes à la demande, ou de faire les liens avec l'histoire du patient, avec les conflits parfois sous-jacents dans une équipe. Il m'est déjà arrivé, lorsqu'il y a une réunion un peu plus violente, de demander si l'on parle vraiment du patient ou si l'on est en train de régler un autre conflit.» (p. 357).

Mme Aubry confirme cette subjectivité, qui est fonction des conceptions personnelles de celui qui reçoit la demande d'euthanasie: «Une personne qui pense que l'on peut dépasser la frontière de la vie interprétera peut-être cette question d'une autre manière qu'un soignant qui estime que l'on ne peut franchir cette frontière. Sœur Léontine dit que son département ne prodigue pas de soins palliatifs (lire: euthanasie) mais que le patient est réorienté vers un collègue, ce qui fait refluer les demandes au sein de son département. Je pense que cela détermine probablement en partie la manière dont la demande est interprétée et traitée.» Et elle résume: «Je crois que cela dépend, en partie tout au moins, de la vision de la personne qui entend la demande.» (pp. 376 et 377).

D'où, pour ce qui concerne les statistiques disparates au sujet des «vraies» demandes d'euthanasie, cette réflexion de M. Remans à Mme Bouckenaere: «Si les statistiques sur la vente des portes en métal sont basées sur les chiffres de vente des ébénistes, elles risquent d'être faussées. Celui qui choisit un spécialiste choisit aussi un traitement.» (p. 49).

16) Pour plusieurs intervenants, les vraies demandes d'euthanasie paraissent cependant rares. Tant le docteur Clumeq que le docteur Van Camp sont de cet avis: «Les demandes d'euthanasie, telles que définies dans la proposition de loi, sont marginales et rares. Elles peuvent néanmoins présenter la seule alternative dans des 'circonstances exceptionnelles' qu'il conviendrait d'inventorier et de définir... » (p. 383). «Il est d'ailleurs très rare que des patients demandent une euthanasie pure et simple.» (p. 428).

Volgens mevrouw Bouckenaere, blijkt «Uit onze praktijk (...) dat, indien de continue zorg correct wordt aangepakt, er maar 1 % herhaalde en ondubbelzinnige (...) verzoeken om euthanasie blijven bestaan. Dit cijfer is een gemiddelde tussen het cijfer van 0,5 % in mijn praktijk en 2 % uit andere bronnen, maar met betrekking tot een andere patiëntenpopulatie.» (blz. 31).» Ik heb het cijfer 0,5 % genoemd. Het cijfer 1 % is voor mij een gemiddelde ten opzichte van de 2 % die door een instelling als Bordet wordt vooropgesteld, een instelling die geconfronteerd wordt met een andere patiëntenbevolking.» blz. 37). Maar als reactie op een opmerking van de heer Remans geeft zij toe: «Ik ben het met u eens dat de cijfers zeer uiteenlopend zijn naar gelang van de palliatieve zorgen.» (blz. 49).

Alle sprekers, ook zij die erg terughoudend staan tegenover euthanasie, lijken te erkennen dat er echte verzoeken om euthanasie bestaan, ook al wordt de beste palliatieve zorg toegediend.

Hulp bij zelfdoding

17) Tijdens de hoorzittingen is ook het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding ter sprake gekomen.

Wij citeren hier alleen dokter Ingels: «De Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst ziet ethisch geen verschil tussen euthanasie en het voorschrijven van middelen. Want als je een patiënt pilletjes voorschrijft en je blijft erbij zitten als hij ze opdrinkt, dan is dat voor mij hetzelfde dan als je die patiënt die zo ziek is, helpt bij het drinken. Je zou dan van hulp bij zelfdoding naar euthanasie stappen. Dat onderscheid is zo moeilijk te maken. Het zijn vooral patiënten die dat zelf willen omdat zij hun arts niet tot een dergelijke moreel zware handeling willen dwingen. Sommige patiënten willen dat graag in eigen handen houden.

In de Verenigde Staten hebben ze daar veel ervaring mee. In Oregon bijvoorbeeld maakt een dokter met een bepaald infuussysteem dergelijke levensbeëindigende handelingen mogelijk waarbij de patiënt dan zelf het kraantje moet open zetten. Ik gruwel daarvan. Ik vind dat geen geneeskunde. Ik voel me ook verantwoordelijk voor de patiënten die ik niet heb kunnen helpen, die ik vaak zwaar mutilerende ingrepen heb aangedaan en waarbij we het gevecht toch verloren hebben. De medische wereld heeft gefaald. Ik wil dan ook graag de verantwoordelijkheid opnemen om op de manier dat de patiënt het wil, het levenseinde te bespoedigen.» (blz. 64).

Selon Mme Bouckenaere, la pratique montre que «lorsque l'approche des soins continus est correctement appliquée, il ne persiste que de l'ordre de 1 % de demandes d'euthanasie répétitives et non ambivalentes. Ce chiffre représente une moyenne entre le chiffre de 0,5 % que je retrouve dans ma pratique et le chiffre de 2 % rapporté par d'autres sources mais qui concerne d'autres populations de patients» (p. 32). «J'ai avancé le chiffre de 0,5%.. Le chiffre de 1 % est pour moi une moyenne par rapport au chiffre de 2 % qui a été retenu par une institution comme Bordet, qui est confrontée à une population de patients différente» (p. 37). Mais, en réponse à une observation de M. Remans, elle admet: «En ce qui concerne les chiffres, je suis d'accord avec vous pour vous dire qu'ils sont très discordants d'une unité de soins palliatifs à l'autre.» (p. 49).

Tous les intervenants, même les plus réticents à l'égard de la pratique de l'euthanasie, semblent admettre qu'il reste de vraies demandes d'euthanasie, malgré l'administration des meilleurs soins palliatifs.

Suicide assisté

17) Au cours des auditions a aussi été évoquée la distinction entre euthanasie et suicide assisté.

On se bornera à citer à ce sujet le docteur Ingels: «La *Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst* ne fait pas de distinction éthique entre l'euthanasie et la prescription des produits. Le fait de prescrire des comprimés à un patient et de rester près de lui pendant qu'il les absorbe est identique au fait d'aider ce patient, trop malade pour les prendre tout seul, à les absorber. On passerait alors de l'assistance au suicide à l'euthanasie. Il est très difficile de faire cette distinction. Ce sont surtout les patients qui veulent une telle façon de procéder car ils ne veulent pas contraindre leur médecin à un acte qui est moralement lourd de conséquence. Certains patients préfèrent assumer eux-mêmes la responsabilité de la décision.

Aux États-Unis, certains ont une grande expérience en la matière. Dans l'Oregon par exemple, un médecin rend possible de tels actes mettant fin à la vie grâce à un système de perfusion particulier dont le malade peut ouvrir lui-même le robinet. J'en ai la chair de poule. Pour moi, ce n'est pas de la médecine. Je me sens aussi responsable des patients que je n'ai pas pu aider, sur lesquels j'ai souvent pratiqué des interventions mutilantes et pour lesquels la bataille a quand même été perdue. Le monde médical a failli à sa mission. Aussi, je tiens à assumer mes responsabilités et je suis disposé à accélérer la fin de vie du patient de la manière voulue par ce dernier.» (p. 64).

Terminale fase, ongeneeslijke ziekte, naderende dood

18) De definitie van het begrip «terminale fase» is al even delicaat.

Wat wordt er bedoeld met de terminale fase van het leven? Voor sommigen gaat het om de laatste zes levensmaanden. Voor anderen kan het gaan om een erg korte periode, van acht tot twintig dagen voor de dood(1). In ieder geval kan de terminale fase dus pas na de dood bepaald worden, wat niet zo handig is om te dienen als leidraad. Er wordt ook wel gezegd dat het vrij absurd is om een tijdsgebonden criterium te willen vastleggen. «Voor een persoon bij wie euthanasie werd uitgevoerd, zal de termijn waarna hij zou gestorven zijn indien deze daad niet werd uitgevoerd, nooit meer verificerbaar zijn.»(2)

Verskillende verklaringen kunnen in dit verband herlezen worden om het debat te belichten.

— Professor Vermeersch: «Volgens de gangbare medische inzichten zal de dood binnen de twintig dagen intreden.» (blz. 6). «Het begrip 'terminaal' moet worden gedefinieerd. Dat is een kwestie van conventie. Dat kan 8, 9, 10, 11 of 12 dagen voor de dood willen zeggen. Bij wijze van voorbeeld heb ik een termijn van 20 dagen geciteerd ... Iemand doden die nog een paar maanden te leven heeft is uiteraard een acutere ingreep dan iemand doden die nog twee uur te leven heeft. De wetgever moet een lijn trekken.» (blz. 11). «De terminale fase is normaal gezien korter dan twintig dagen, maar ik heb het cijfer twintig gegeven om geen discussie uit te lokken. Met dat cijfer is er geen enkel probleem.» (blz. 19).

De heer Vermeersch beaamde het voorstel van de heer Vankrunkelsven «dat terminaliteit zou omschreven worden door bijvoorbeeld de duidelijkheid dat een bepaalde patiënt binnen afzienbare tijd en onafwendbaar zal overlijden aan de aandoening of ziekte die hij heeft», «Alleen zullen de artsen dan vragen wat wordt bedoeld met afzienbare tijd. Is dat acht dagen, veertien dagen of een maand? Dat is het probleem.» (blz. 11).

— Professor Schotmans: «Wat is terminaal? Als ik de artsen in mijn omgeving beluister, dan stel ik vast dat je pas na het overlijden van de patiënt zou weten of hij al dan niet terminaal was. Dat is het moeilijke probleem van dit begrip. Sta mij toe te zeggen dat een patiënt voor mij terminaal is, als het

Phase terminale, maladie incurable, mort imminente

18) Toute aussi délicate est la définition de la notion de «phase terminale».

Quand on parle de phase terminale de la vie, qu'entend-on? Pour certains, il s'agirait des six derniers mois de la vie. Pour d'autres, la période en cause pourrait recevoir une définition conventionnelle très courte, allant de 8 à 20 jours avant la mort(1). Ce ne serait donc en tout état de cause qu'après la mort qu'on pourrait définir la phase terminale, ce qui est peu pratique pour servir de règle de conduite. Aussi a-t-il été considéré «qu'il est quelque peu absurde de fixer un critère de temps. Pour une personne chez qui l'on a pratiqué l'euthanasie, le délai au-delà duquel elle serait décédée si l'on n'avait pas pratiqué cet acte, ne serait plus jamais vérifiable.»(2).

Diverses déclarations peuvent être relues à ce sujet pour éclairer le débat.

— Le professeur Vermeersch: «Selon les connaissances actuelles de la médecine, la mort interviendra dans les vingt jours.» (p. 6). «Il faut définir la notion de 'terminal'. C'est une question de convention. Cela peut signifier 8, 9, 10, 11 ou 12 jours avant la mort. En guise d'exemple, j'ai cité un délai de 20 jours, mais j'ai surtout voulu souligner que, dès que le critère 'terminal' ne s'applique pas, une procédure plus rigoureuse doit être suivie parce que l'intervention est plus grave. Tuer quelqu'un qui a encore quelques mois à vivre constitue naturellement une intervention plus grave que de tuer quelqu'un qui a deux heures à vivre. Le législateur doit tirer une ligne.» (p. 11). «La phase terminale est en principe inférieure à vingt jours, mais j'ai donné le chiffre vingt pour ne pas soulever de discussion. Ce chiffre ne pose aucun problème.» (p. 19).

M. Vermeersch a approuvé la suggestion de M. Vankrunkelsven selon laquelle «le concept de «terminal» [devrait être] défini par exemple par la certitude qu'un patient mourra dans un certain temps de manière inéluctable de l'affection ou de la maladie qu'il a», tout en observant: «Seulement, les médecins demanderont alors ce que désigne un certain temps. S'agit-il de huit jours, quinze jours ou un mois? C'est le problème.» (p. 11).

— Le professeur Schotmans: «Qu'est-ce que terminal? Lorsque j'écoute des médecins de mon entourage, je constate que ce n'est qu'après le décès du patient qu'on saurait s'il s'agissait ou non d'un patient en phase terminale. C'est là le problème difficile qui caractérise cette notion. Permettez-moi de

(1) Professor Vermeersch, blz. 6, 11, 19 en 25.

(2) Dokter Englebert, blz. 32.

(1) Professeur Vermeersch, pp. 6, 11, 19 et 25.

(2) Docteur Englebert, p. 32.

vaststaat dat hij of zij binnen afzienbare tijd gaat overlijden. Ik heb het er wel lastig mee als één van mijn voorgangers in deze commissie daarop een aantal dagen plakt... Het begrip terminaal blijft voor mij makkelijk hanteerbaar als men ervan uitgaat dat een patiënt terminaal is wanneer de medische wereld ervan overtuigd is dat de patiënt inderdaad binnen afzienbare tijd zal overlijden.» (blz. 127).

— Dokter Philippart: «De toevoeging in een vorig voorstel van het criterium van het naderende levens-einde, lijnde de context toepasbaar op de bedoelde situaties beter af.» (blz. 79).

— De heer Schoonvaere legt uit dat het Foyer Saint-François een structuur voor palliatieve zorgverlening buiten het ziekenhuis is die kankerpatiënten en andere terminale zieken opvangt. In zijn uiteenzetting verklaart hij dat de wettelijke tegemoetkoming voor palliatieve zorgverlening toegekend wordt voor een verblijf van drie weken, en dat de gemiddelde duur van de verblijven «van drie weken tot een maand» bedraagt (blz. 278). Vandaar trouwens dat «de 'Foyer' betekent dat men werkelijk binnenkort gaat sterven» (blz. 281). Nochtans: «Sommigen zijn heel helder en komen met de auto. Anderen zijn in een comateuze toestand en hebben statistisch gezien niet lang meer te leven» (blz. 280 en 289). Hij citeert het geval van een patiënte die in een comateuze toestand aangekomen is en die een maand later opnieuw kon eten, zes maanden later opnieuw helder was en die zich nu levend en wel in een rusthuis bevindt (blz. 289). «10% van onze patiënten verlaten de instelling om ergens anders heen te gaan.» (blz. 289).

— Mevrouw Aubry: «Volgens mij is een patiënt terminaal wanneer hij binnen een relatief korte termijn zal overlijden.» (blz. 371).

— De heer Ingels: «Bijna 70% van de 2 300 gevallen (van euthanasie in Nederland) zou binnen de maand overlijden. In Nederland besluiten de artsen pas om over te gaan tot euthanasie wanneer er echt geen andere alternatieven meer zijn en de patiënten de terminale fase van hun ziekte hebben bereikt.» (blz. 55). «In 80% van de gevallen wordt het levenseinde binnen de maand verwacht» (blz. 60).

— Dokter Van den Eynde: «Artsen associëren euthanasie spontaan met een levensbeëindigend handelen in een uiterst moeilijke, terminale situatie. De enquête van wetenschappers van RUG, VUB en KU Nijmegen over handelwijzen van artsen bij het levenseinde van patiënten toont immers aan dat de euthanasiepraktijk slechts een verkorting van het leven met één tot vier weken impliceert.» (blz. 12). «Voor mij is de terminale periode de tijd die de dood voorafgaat, dat kan dan variëren van een paar dagen tot enkele maanden, maar niet tot tien jaar.» (blz. 18).

dire qu'un patient est pour moi en phase terminale s'il existe une certitude qu'il va mourir à court terme. J'éprouve certaines difficultés par rapport au fait que l'un de mes prédécesseurs dans cette commission associe à cette période un certain nombre de jours (...). La notion de terminal reste pour moi utile si l'on part du principe qu'un patient est en phase terminale lorsque le monde médical est convaincu qu'il mourra à court terme.» (p. 127).

— Le docteur Philippart: «L'adjonction dans une précédente proposition du critère de mort imminente encadrerait mieux le contexte applicable aux situations visées.» (p. 79).

— M. Schoonvaere expose que le Foyer Saint-François est une structure de soins palliatifs extra-hospitalière qui accueille des malades cancéreux et d'autres en phase terminale. Dans son exposé, il précise que le financement légal des soins palliatifs est prévu pour une durée de séjour de trois semaines, et que la durée moyenne des séjours est de «trois semaines à un mois» (p. 278). D'où d'ailleurs «Le Foyer est chargé d'une connotation de mort réelle imminente» (p. 281). Et pourtant «Certains sont tout à fait lucides et viennent en voiture. D'autres sont comateux et ont une espérance de vie statistiquement très limitée» (pp. 280 et 289). Il cite le cas d'une patiente qui est arrivée dans un état comateux, qui, un mois plus tard, a recommencé à s'alimenter, a retrouvé sa lucidité six mois plus tard, et qui se retrouve aujourd'hui bien vivante dans une maison de repos et de soins (p. 289). «10% des patients quittent l'institution pour aller ailleurs.» (pp. 289 et 290).

— Mme Aubry: «Pour moi, un patient est en phase terminale lorsqu'il va décéder dans un délai relativement court.» (p. 371).

— M. Ingels: «Près de 70% des 2 300 cas seraient décédés dans le mois. Aux Pays-Bas, les médecins ne décident de pratiquer l'euthanasie que s'il n'y a vraiment plus d'autre alternative et quand les patients ont atteint la phase terminale de leur maladie.» (p. 55). «Dans 80% des cas, le décès est prévu dans le mois.» (p. 60).

— Le docteur Van den Eynde: «Les médecins associent spontanément l'euthanasie à un acte consistant à mettre fin à une vie dans une situation terminale, extrêmement pénible. L'enquête réalisée par les scientifiques de la RUG, de la VUB et de la KU Nijmegen à propos de l'attitude des médecins face à la fin de vie des patients montre en effet que la pratique de l'euthanasie ne consiste qu'à abrégier l'existence d'une à quatre semaines.» (p. 12). «Pour moi, la période terminale est le laps de temps qui précède le décès; il peut varier de quelques jours à quelques mois mais ne peut pas atteindre une dizaine d'années.» (p. 18).

— Dokter Menten: «Toch kunnen we zeggen dat een patiënt terminaal is als zijn organen beginnen te falen, zijn zelfredzaamheid achteruit gaat, zijn tumor niet meer onder controle is, kortom als er geen weg meer terug is. Of het dan twee weken of twee maanden zal duren is een terechte vraag die niet onmiddellijk beantwoord kan worden.» (blz. 107).

Dokter Englert pleit ervoor dat de ongeneeslijke zieke en niet de terminale toestand in aanmerking wordt genomen (blz. 33). Maar hij erkent zelf dat deze notie ook moeilijk te definiëren is: «De evolutieve aard van de ongeneeslijkheid is uiteraard een probleem. Ik herinner u eraan dat Boris Vian minder dan tien jaar voor de eerste transplantie van de hartklep gestorven is door een insufficiëntie van de mitraalklep. We leven in onze tijd en wat in de 22e eeuw geneeslijk zal zijn, zal onze pijnen niet kunnen verlichten» (blz. 38). De heer Philippart herinnert eraan dat de lijst van ongeneeslijke ziekten spijtig genoeg lang is, en verwijst onder meer naar de suikerziekte (blz. 79). Mevrouw Henry heeft erop aangedrongen dat de ziekte van Alzheimer ongeneeslijk is (blz. 170). De heer Distelmans geeft andere voorbeelden: «Volgende aandoeningen worden onder andere als niet geneesbaar beschouwd: suikerziekte, reuma, artrose, hartdecompensatie, emfyseem, chronische bronchitis, chronische nierinsufficiëntie, hepatitis, kanker.» (blz. 67). Dokter Vincent besloot dat het geen zin heeft over ongeneeslijke ziekten te spreken (blz. 240). Zij verkiezen dan ook het criterium van de imminente dood.

Natuurlijk laat dit ruimte over voor interpretatie maar in het recht, vooral wanneer het om ethische zaken gaat, heeft men niet te maken met mathematische, maar met kwalitatieve waarden, en het is onvermijdelijk dat hierbij begrippen optreden die voor interpretatie vatbaar zijn. Wat betekenen openbare orde, goede zeden, rechtvaardigheid, rechtsmisbruik, ...?

Hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen

19) Evenveel vragen bij de definitie van het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen.

Wat het principe betreft, betekent deze term dat «buitensporige middelen worden gebruikt om een persoon in leven te houden, als het medisch corps van oordeel is dat het overlijden in de gegeven situatie onvermijdelijk is»(1). Men maakt een «onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen, dat teruggaat tot de Middeleeuwen» ...

Wanneer men deze zorgverlening en buitengewone middelen van de geneeskunde inzet om mensen in

— Le docteur Menten: «Cependant, nous pouvons dire qu'un patient est en phase terminale lorsque ses organes deviennent défaillants, que son autonomie régresse, que sa tumeur n'est plus contrôlée, bref lorsqu'il n'y a plus de retour possible. Le fait de savoir si cela durera deux semaines ou deux mois est une question pertinente à laquelle il n'est pas possible de répondre immédiatement.» (p. 107).

Le docteur Englert plaide pour le critère de malade incurable plutôt que de malade en état terminal (p. 33). Mais cette notion est aussi difficile à cerner, reconnaît-il lui-même: «Le caractère évolutif de l'incurabilité est évidemment un problème. Je vous rappelle que Boris Vian est mort d'une insuffisance mitrale moins de dix ans avant la première greffe de valve cardiaque. Nous vivons dans notre temps et ce qui sera curable au XXII^e siècle ne pourra pas apaiser nos souffrances d'aujourd'hui» (p. 38). «Longue est malheureusement la liste des affections incurables», dit le docteur Philippart, qui cite notamment à ce titre le diabète (p. 79). Mme Henry a insisté sur le fait que la maladie d'Alzheimer est incurable (p. 170). M. Distelmans citera d'autres exemples: «Les affections suivantes, entre autres, sont considérées comme incurables: diabète, rhumatisme, arthrose, décompensation cardiaque, emphysème, bronchite chronique, insuffisance rénale chronique, hépatite, cancer.» (p. 67). «Parler de maladie incurable n'a pas de sens», a conclu le docteur Vincent (p. 240). Aussi préfèrent-ils le critère de mort imminente.

Il y a là, évidemment, une marge d'appréciation mais dans le droit, surtout lorsqu'il s'agit d'éthique, l'on ne traite pas de valeurs mathématiques, mais de valeurs qualitatives, et des notions qui prêtent à interprétation sont inévitables. Qu'est-ce que l'ordre public, les bonnes mœurs, l'équité, l'abus de droit, ...?

Acharnement thérapeutique

19) Autant de questions pour la définition de l'acharnement thérapeutique.

Sur le plan des principes, ce terme signifie «l'usage de moyens démesurés pour maintenir une vie alors que l'ensemble du corps médical considère qu'en la situation donnée, le décès est inévitable»(1). On a recours à une distinction «entre les soins médicaux ordinaires et les soins médicaux extraordinaires (une distinction qui remonte au Moyen-Âge)» ...

Quand on utilise ces soins et ces moyens extraordinaires de la médecine pour tenir des personnes en vie

(1) Dokter Philippart, blz. 77.

(1) Docteur Philippart, p. 77.

leven te houden en men vaststelt dat dit geen positief effect zal hebben, moet men ze niet meer gebruiken. In de praktijk is de grens echter niet zo eenvoudig te leggen.

«Toen Karen Quinlan negentien jaar in persistente vegetatieve status lag, sprak men in Amerika nog niet van medische verbeterheid, Toen Nancy Cruzan zes jaar in persistent vegetatieve status lag, vonden haar artsen dat evenmin medische verbeterheid. Als men momenteel in Leuven drie maanden in persistente vegetatieve status ligt, of voor sommige uitzonderingsgevallen zes maanden, stopt men met de toevoer van voedsel en bevochtiging. In Engeland zou men voor dezelfde handelwijze in de gevangenis terecht komen. Daar moet men, bijvoorbeeld na een jaar persistente vegetatieve status, de toestemming van de rechter vragen om de voeding en de bevochtiging te stoppen. Het is dus volkomen onjuist te denken dat er een algemene medische deontologie of ethiek bestaat die aan de artsen duidelijk maakt wat ze in bepaalde gevallen moeten doen.» (blz. 8).

«Zelfs indien men in een wet kan bepalen dat men de therapeutische hardnekkigheid moet tegengaan, moet men zich ervan bewust zijn dat de definitie van wat therapeutische hardnekkigheid is in specifieke gevallen niet vanzelfsprekend is. Laat ons als voorbeeld een jonge vrouw nemen die leukemie heeft. Er worden verschillende behandelingen geprobeerd. De overlevingskansen worden kleiner en kleiner. Wie zal zeggen dat de behandeling moet worden gestopt? Ofwel zet men de behandeling verder en is er een zeer kleine overlevingskans maar met veel pijn. Ofwel stopt men de behandeling en is er geen pijn meer, maar er is geen enkele overlevingskans meer. Dat is niet eenvoudig. Het is een vraag die moet worden besproken tussen de ouders, indien het over een kind gaat, het kind zelf en de medische ploeg.»

Zo zou men in enkele specifieke situaties, zoals het recente geval in Luik, even goed kunnen spreken van therapeutische stopzetting die gepaard gaat met de toediening van sterke pijnstillende middelen die de dood tot gevolg hebben, als van euthanasie (1).

Andere onduidelijkheden

20) Ook op andere punten is er nog onduidelijkheid.

Wat is een bewuste zieke? Uit de getuigenissen blijkt dat de toestand van een zieke op het einde van zijn leven niet altijd duidelijk omschreven kan worden als bewust of onbewust. De patiënt bevindt zich in een deels bewuste, deels onbewuste schemerzone. Bewuste patiënten zijn een minderheid. De

et que l'on constate que tenir en vie ces personnes n'aura pas d'effet positif, il ne faut plus les utiliser. En pratique, la distinction, «la frontière», n'est cependant pas évidente.

«Lorsque Karen Quinlan est restée dix-neuf ans en état végétatif persistant, on n'a pas encore parlé d'acharnement médical en Amérique», a exposé le professeur Vermeersch. «Lorsque Nancy Cruzan est restée six ans en état végétatif persistant, ses médecins non plus n'ont pas considéré ce cas comme de l'acharnement médical. À Louvain, on interrompt l'alimentation en nourriture et en boisson après trois mois d'état végétatif persistant, six mois pour certains cas exceptionnels. En Angleterre, on serait emprisonné pour cela. Là-bas, par exemple après une année d'état végétatif persistant, on doit demander l'autorisation du juge pour arrêter l'alimentation et la boisson. Il est donc entièrement faux de penser qu'il existe une déontologie ou une éthique médicale générale qui dise clairement au médecin ce qu'il convient de faire dans certains cas.» (p. 8).

«Même si, dans une loi, on peut dire qu'il faut résister à l'acharnement thérapeutique, il faut savoir que la définition, dans des cas spécifiques, de l'acharnement thérapeutique n'est pas évidente. Prenons par exemple une jeune personne atteinte de leucémie. On essaie plusieurs traitements. Les chances de survie sont de plus en plus réduites. Qui va dire qu'il faut arrêter le traitement? Soit on continue le traitement et il y a une très petite chance de survie mais avec beaucoup de souffrance. Soit on arrête le traitement et il n'y a plus de souffrance, mais il n'y a plus de chance de survie du tout. Ce n'est pas simple. C'est une question qui doit être discutée entre les parents, s'il s'agit d'un enfant, l'enfant lui-même et l'équipe médicale.»

Aussi bien pourrait-on, dans certaines situations spécifiques, comme dans le cas récent de Liège, parler tant d'arrêt thérapeutique, accompagné de l'administration d'anti-douleurs puissants entraînant la mort, que d'euthanasie (1).

Autres équivoques

20) L'équivoque existe encore à d'autres égards.

Qu'est-ce qu'un malade conscient? Des témoignages reçus, il apparaît que l'état d'un malade en fin de vie ne peut pas toujours être clairement défini comme étant soit conscient, soit inconscient. Le patient se trouve souvent dans un état crépusculaire, mi-conscient, mi-inconscient. Les patients conscients ne

(1) Zie in die zin professor Vermeersch over het recente geval in Luik, blz. 12 en 13.

(1) En ce sens, voir le professeur Vermeersch au sujet du cas récent à Liège, pp. 12 et 13.

meeste patiënten zijn ofwel half bewust, ofwel niet meer zeer helder van geest, ofwel onbewust.

«De grens tussen een wilsonbekwame patiënt en een wilsbekwame patiënt is (immers) niet altijd evident. Er zijn overgangssituaties mogelijk», verklaart professor Vermeersch. Aan de heer Mahoux, die hem verwijt over wilsonbekwame mensen te spreken «terwijl wij daar absoluut niet over spreken in de wetsvoorstellen», antwoordt de heer Vermeersch: «Wat het begrip wilsonbekwamen betreft, beschouw ik het inderdaad als een vergissing dat uw wetsvoorstel spreekt over onbewuste personen en niet over wilsonbekwame personen. De onbewustheid is een soort ziekte, maar er zijn veel wilsonbekwamen die hun wil niet kunnen uitdrukken zonder onbewust te zijn. Er is een grens tussen het bewustzijn en de onbewustheid. Sommige personen slaan onzin uit wegens veranderingen in de hersenen, of wegens de aanwezigheid van bloed in de hersenen of door een schedelbreuk. Deze personen hebben een bewustzijn maar zijn onbekwaam om hun wil uit te drukken. Mijn vader had een beroerte, hij was in de kliniek en zei «ik ga terug naar huis». Het is iets wat hij nooit zou hebben gezegd als hij bij zijn verstand was geweest. De wilsonbekwamen zijn dus personen die niet in staat zijn een helder concept van de dingen te hebben of dat te formuleren. Het is dus beter te spreken over wilsonbekwamen. Het is uiteraard veel eenvoudiger wanneer er een voorafgaande wilsverklaring is maar het begrip van onbewustheid past niet bij het merendeel van de wilsonbekwamen die een of andere vorm van bewustzijn hebben.» (blz. 16 en 17).

Dokter Philippart: «Overigens vallen niet alle mogelijke gevallen onder deze vier categorieën, want er zijn nog de talrijke gevallen van aangetast maar niet uitgedoofd bewustzijn en andere gevallen waarin het bewustzijn wisselt, zoals bij de ziekte van Alzheimer.» (blz. 48).

Dokter Vincent: «De meeste mensen (zijn) buiten kennis ten gevolge van hun ziekte of medicijnen, tranquillizers die zijn toegediend zodat ze zich niet meer bewust zijn van de ongemakken die deze toestand met zich meebrengt.» (blz. 234).

Wat is een wilsbekwame zieke? In naam van de gehandicapten heeft mevrouw Kempeneers haar bezorgdheid geuit voor het gebruik van deze termen: «Moet het begrip 'handelingsbekwaam' in wezen worden gezien als iets anders dan juridische (on)bekwaamheid?» (blz. 218). Bovendien, aangezien deze term de meerderjarige betreft, met andere woorden de patiënt ouder dan 18 jaar, of de ontvoogde minderjarige, sluit hij de kinderen uit. In een

forment qu'une petite minorité. La plupart des patients sont soit mi-conscients, soit plus très clairs d'esprit, soit inconscients.

«La frontière entre un patient incapable et un patient capable n'est en effet pas toujours évidente. Des situations intermédiaires sont possibles», souligne le professeur Vermeersch. À M. Mahoux, qui lui reprochait de parler de gens incapables «alors que nous n'en parlons absolument pas dans les propositions de loi», M. Vermeersch réplique: «En ce qui concerne la notion d'incapable, je considère en effet comme une erreur que votre proposition parle d'inconscients et non d'incapables. L'inconscience, c'est, peut-on dire, un type de maladie, mais il y a beaucoup d'incapables qui n'ont pas la capacité d'exprimer une volonté sans être inconscients. Il y a une frontière entre la conscience et l'inconscience. Certaines personnes déraisonnent à cause de changements survenus dans le cerveau, de la présence de sang dans le cerveau ou d'une fracture du crâne. Ces personnes ont une conscience mais sont incapables d'exprimer une volonté. Mon père avait eu une attaque, il était en clinique et disait «je rentre à la maison». C'est une chose qu'il n'aurait jamais dite s'il avait eu toute sa raison. Les incapables, ce sont donc des personnes qui ne sont pas en état d'avoir ou de formuler une conception claire des choses. Il vaut donc mieux parler d'incapables. C'est évidemment beaucoup plus simple lorsqu'il y a une déclaration anticipée mais la notion d'inconscience ne convient pas à la plupart des personnes incapables qui ont une forme de conscience.» (p. 16 et 17).

Le docteur Philippart: «... Toutes les situations possibles ne s'inscrivent pas dans ces quatre catégories (définies par la proposition commune), ce qui me fait évoquer ces nombreux cas de conscience altérée mais non éteinte et ces autres cas où la conscience fluctue comme dans les démences d'Alzheimer.» (p. 48).

Le docteur Vincent: «La plupart des personnes sont inconscientes en fin de vie, soit à la suite de leur affection de base, soit en raison des médicaments, des sédatifs qui leur sont administrés pour ne pas qu'ils vivent l'inconfort de cette situation ...» (p. 234).

Qu'est-ce qu'un malade capable? Au nom des personnes handicapées, Mme Kempeneers a exprimé son souci devant l'utilisation de ce terme: «La notion de capacité est-elle, en l'espèce, à comprendre comme distincte d'une notion d'incapacité juridique?» (p. 218). Par ailleurs, dans la mesure où il vise le majeur, c'est-à-dire le patient âgé de plus de 18 ans, soit le mineur émancipé, ce terme exclut alors les enfants du bénéfice de l'euthanasie. Dans une tribune

opiniestuk «*Le Soir*» van 7 maart 2000, verzette de algemeen afgevaardigde voor de rechten van het kind van de Franse Gemeenschap, de heer Claude Lelièvre, zich tegen deze opvatting(1).

«De meeste pasgeborenen die sterven zijn reeds in medische behandeling. Voor de pasgeborene en zijn familie gaat het er dus om te vermijden dat een uitzichtloze behandeling voortgezet wordt en dat onnodig lijden verlengd wordt. Het probleem van de euthanasie doet zich echter ook voor in diensten die oudere kinderen verzorgen, waaronder kinderen met een onderscheidingsvermogen ... Om de twee dagen sterft een kind aan kanker. Er zijn tweehonderd twintig nieuwe gevallen van kanker per jaar onder de kinderen jonger dan vijftien jaar. Al heeft de geneeskunde grote vooruitgang geboekt in de behandeling en de genezing van kanker, toch blijkt deze ziekte kinderen doden ... Er wordt nu aangenomen dat de adolescent vrij een arts mag raadplegen en recht heeft op de naleving van het beroepsgeheim, zelfs ten overstaan van zijn ouders. Kan men niet aanvaarden dat medische ingrepen slechts mogelijk zijn met de instemming van de minderjarige die voldoende maturiteit bezit om de betekenis en de toedracht ervan te begrijpen? ... Indien men aanneemt dat iedere bewuste en handelingsbekwame persoon die lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte aan de arts onder bepaalde omstandigheden mag vragen zijn lijden te beëindigen door euthanasie toe te passen, is er geen reden om kinderen met een onderscheidingsvermogen deze mogelijkheid te ontfemen. Het zou dus onbegrijpelijk zijn dat men regels opstelt ten behoeve van volwassenen maar dat men geen rekening houdt met de moeilijkheden die verbonden zijn aan de toestand van kinderen die lijden aan een ongeneeslijke ziekte en op het einde van hun leven gekomen zijn. Kinderen zijn volwaardige personen. Indien zij bovendien over onderscheidingsvermogen beschikken, mogen zij, met betrekking tot zulk een fundamentele kwestie als die van hun leven en dood, niet uitgesloten worden van de bestaande procedures en behandelingen, des te meer daar de Grondwet thans bepaalt dat kinderen recht hebben op het behoud van hun morele, fysieke en seksuele integriteit.»

Wij verwijzen ook naar professor Moulin die antwoordt op een opmerking van mevrouw Lindkens: «U heeft dus veel kankerpatiëntjes ontmoet die vele jaren hebben gestreden en u vond hen zeer rijp. Het is inderdaad zo dat bij deze kinderen een uitzonderlijke rijpheid kan worden aangetroffen, alsof de tijd een andere dimensie krijgt.» (blz. 415).

En bovendien, indien men het verplegend team, de familie, de naasten moet raadplegen, over wie heeft men het dan? Over de verpleegsters of over de kinesi-

publiée dans *Le Soir* du 27 mars 2000, le délégué général de la Communauté française aux droits de l'enfant, M. Claude Lelièvre, s'est élevé contre cette conception(1).

«La plupart des nouveau-nés qui décèdent sont déjà pris en charge médicalement ..., écrit-il. Pour le nouveau-né et sa famille, la question est donc d'éviter un acharnement thérapeutique et la prolongation de souffrances inutiles. Mais le problème de l'euthanasie se pose aussi dans les services qui s'occupent d'enfants plus âgés, dont ceux doués de discernement ... Un enfant décède du cancer tous les deux jours. On compte deux cent vingt nouveaux cas de cancer par an dans la population des enfants de moins de quinze ans. Même si la médecine a fait des progrès importants dans le traitement et la guérison du cancer, il n'en demeure pas moins que cette maladie provoque la mort d'enfants ... Il est actuellement admis que l'adolescent peut consulter librement un médecin et a le droit au respect du secret professionnel, même à l'égard de ses parents. Ne peut-on estimer que l'intervention médicale n'est possible qu'avec le consentement du mineur qui aurait acquis une maturité suffisante pour en apprécier la signification et la portée? ... Si on considère que toute personne consciente et capable, atteinte d'une maladie grave et incurable, peut demander au médecin, dans certaines conditions, de mettre fin à sa souffrance en pratiquant sur lui l'euthanasie, il n'y a pas lieu d'exclure de cette démarche l'enfant doué de discernement. On ne comprendrait donc pas que l'on réglemente en faveur des adultes et qu'on laisse sur le côté les difficultés liées à la situation des enfants atteints de maladie incurable et arrivés en fin de vie. Les enfants sont des personnes à part entière qui, de plus, lorsqu'ils sont capables du discernement, ne peuvent, dans une question aussi fondamentale que celle de leur vie et de leur mort, être exclus des procédures et traitements, cela d'autant que la Constitution belge prévoit à présent que les enfants ont droit au respect de leur intégrité morale, physique et sexuelle.»

On citera aussi le professeur Moulin, en réponse à une observation de Mme Lindkens: «Vous avez donc rencontré de nombreux enfants cancéreux qui ont lutté plusieurs années. Vous les avez trouvés très mûrs. Je confirme le fait que l'on voit chez ces enfants une maturité exceptionnelle, comme si le temps prenait une autre importance.» (p. 415).

Et puis, s'il faut consulter l'équipe soignante, la famille, les proches, de qui parle-t-on? Des infirmières, ou aussi des kinésithérapeutes, voire des femmes

(1) Vertaling uit «*Le Soir*» van 27 maart 2000.

(1) *Le Soir* du 27 mars 2000.

therapeuten, of over de poetsvrouwen die vaak voor de zieken toegankelijker zijn?(1) Over de kinderen of over de ouders, de grootouders, de levensgezel of de levensgezellin? En wat gebeurt er als er geen naasten zijn? Of als er een meningsverschil is in het team of bij de naasten? Bovendien, voegt de heer Englert eraan toe, is er niet altijd een verplegend team. Men geeft steeds meer de voorkeur aan het thuis sterven en men mijdt het ziekenhuis waar men omringd is door medische apparatuur. Thuis zal er niet altijd een verplegend team zijn. Men moet dus ook denken aan de mensen die sereen thuis willen sterven omringd door hun familie.»

Tenslotte is ook het begrip «dood» dubbelzinnig: «Ik denk dat we de dood opnieuw moeten definiëren, zei professor Vincent. Ik denk dat we de dood opnieuw moeten definiëren. Een mens is niet dood als hij eenvoudigweg stopt met ademen, zoals men eeuwen geleden van mening was, of als zijn hart ophoudt met kloppen, zoals men dacht voordat hartmassage en beademing was ontdekt. Als het hart stilstaat, kan het gelukkig in veel gevallen weer op gang worden gebracht. Zeg dus niet dat het leven ophoudt op het moment dat het hart niet meer slaat. De wetgeving erkent hersendood en geeft ons het recht om organen te verwijderen zodra is voldaan aan alle criteria ten aanzien van hersendood. Soms worden we geconfronteerd met het probleem van zieken bij wie het volstrekt onmogelijk is om de hersenfunctie te herstellen, bij wie de hersenen geen activiteit meer vertonen, maar die nog niet hersendood zijn volgens de geldende criteria.» (blz. 236).

Akkoord over de behoefte aan palliatieve zorg

21) Het is duidelijk dat er behoefte is aan meer palliatieve zorg.

Dokter Mullie gebruikte daarover dit mooie beeld: «PZ is als de navelstreng tussen kind en moeder (tussen patiënt en familie): het kind maakt evenzeer de moeder als de moeder het kind maakt; de stervende 'maakt' evenzeer zijn familie — tot en na het sterven — als de familie de stervende maakt. PZ vermijdt het sterven niet, het maakt het alleen heel natuurlijk, heel levend, liefdewekkend leven tot de laatste uren.» (blz. 443).

Het is daarom niet altijd duidelijk hoe die moet worden georganiseerd. Er lijken verschillende opvattingen over te bestaan alsmede verschillende structurele benaderingen die elk hun voordelen hebben. Spreker verwijst in dit verband naar de beschrijving

de ménage, souvent plus accessibles au malade?(1) Des enfants, ou aussi des parents, des grands-parents, du compagnon ou de la compagne. Et que se passe-t-il en cas d'absence de proches? Ou de conflit de conceptions au sein de l'équipe ou des proches? «D'autre part, ajoute le docteur Englert, il n'y a pas toujours d'équipe soignante. On favorise de plus en plus la mort à domicile et non pas à l'hôpital, entouré d'appareillage médical. Il n'y aura pas toujours à la maison une équipe soignante. Il faut donc aussi penser aux situations ... des gens qui peuvent terminer sereinement leur vie auprès des leurs à domicile.»

Enfin la notion de mort prête elle-même à ambiguïté: «Je pense qu'il faut redéfinir la mort, a dit le professeur Vincent. On n'en est plus à l'arrêt de la respiration comme il y a des siècles ou à l'arrêt cardiaque comme avant la découverte des manœuvres de réanimation cardio-respiratoires. Quand le cœur s'arrête, on peut encore souvent le faire redémarrer et c'est heureux. Il ne faut donc pas dire que la vie s'arrête quand le cœur s'arrête. La loi reconnaît déjà aujourd'hui la mort cérébrale et nous reconnaît le droit de prélever les organes lorsque tous les critères de mort cérébrale sont réunis. (Mais) sachez que nous sommes parfois confrontés au problème de malades qui ont perdu toute possibilité de récupération des fonctions cérébrales, qui n'ont plus aucune vie cérébrale mais qui n'ont pas tous les critères de mort cérébrale.» (p. 236).

Accord sur la nécessité des soins palliatifs

21) L'accord sur la nécessité de promouvoir les soins palliatifs est évident.

Le docteur Mullie en a donné cette belle image: «Les soins palliatifs sont comme le cordon ombilical entre l'enfant et la mère (entre le patient et la famille): l'enfant fait tout autant la mère que la mère fait l'enfant; le mourant fait tout autant sa famille et après sa mort que la famille fait le mourant ... Les soins palliatifs n'évitent pas la mort mais la rendent très naturelle, très vivante, une vie d'amour jusqu'aux dernières heures.» (p. 443).

Il n'est pour autant pas toujours clair de savoir comment les organiser. Plusieurs conceptions paraissent exister ainsi que plusieurs modalités structurelles présentant chacune des avantages. L'intervenant renvoie à cet égard à la description des différents

(1) «Er is een zekere vaagheid: wat verstaat men onder verplegend team? Wie moet worden geraadpleegd? De verpleegsters die meer dan een aantal uren per dag in de buurt van de zieken zijn? Maken de part-time verpleegkundigen die een keer gewerkt hebben deel uit van het te raadplegen verplegend team?». Hoorzitting met dokter Englert, blz. 33.

(1) «Il y a un flou: qu'entend-on par «équipe soignante»? Qui faut-il consulter? Les infirmières qui sont là plus d'un certain nombre d'heures par jour avec le malade? Toutes les infirmières de nuit? Les part time qui ont travaillé une fois font-ils partie de l'équipe soignante à consulter?». Audition du docteur Englert, p. 33.

van de verschillende manieren waarop palliatieve zorg kan worden verstrekt, waarbij de heer Distelmans de teams in de thuiszorg, de ziekenhuisteamen voor palliatieve zorg, de verblijfseenheden en de dagcentra heeft onderscheiden (blz. 66).

Men zou kunnen hopen dat de ontwikkeling van palliatieve zorg euthanasie overbodig maakt. In diezelfde zin heeft de heer Schoonvaere meegedeeld dat professor Léon Schwarzenberg tijdens een bijeenkomst in Quebec, gezegd heeft dat men, wanneer de palliatieve zorg zich in Frankrijk volledig ontwikkeld zal hebben, niet meer over euthanasie zal spreken en dat hij geen euthanasie meer zal toepassen (blz. 268).

Maar zoals de heer Schoonvaere zelf toegeeft: «zoals dat in alle medische branches het geval is, heeft ook palliatieve zorg zijn grenzen» (blz. 285). Zelfs de beste ononderbroken en palliatieve zorg kan niet verhinderen dat er toch echte euthanasieverzoeken zullen zijn.

De ontwikkeling van palliatieve zorg wordt gehinderd door financiële problemen. Dokter Mullie bevestigt het: «Op heden zijn er hoogstens middelen om de zorg van één op drie stervenden te ondersteunen.» (blz. 444). De opmerking van mevrouw Aubry is het onthouden waard: «Om ervoor te zorgen dat bij verpleegkundigen en artsen voldoende deskundigheid inzake pijncontrole aanwezig is, ontbreekt het niet zozeer aan geld dan wel aan de nodige wil en moed.» (blz. 363). De geformuleerde eisen worden onvoldoende begroot en onvoldoende realistisch ingeschat.

Ten slotte is het duidelijk dat palliatieve zorg een recht moet zijn maar nooit een verplichting kan zijn.

Ruime consensus over de behoefte aan regelgeving

22) Vastgesteld kon worden dat er bij de gehoorde personen een zeer ruime meerderheid en nagenoeg eensgezindheid was, over de nood aan een regelgeving die euthanasie toestaat en er de voorwaarden van vastlegt, tenminste wat betreft de terminale fase.

De voorstellen terzake zijn jammer genoeg zeer schaars gebleven en de meningen over de aard van de regelgeving lopen uiteen. De ambities staan haaks op elkaar: men moet de rechten van de patiënt waarborgen, luisteren naar de vraag, de veiligheid van de arts waarborgen en luisteren naar het verplegend team en de naasten, doch zonder overdreven formalisering.

Tot de voorstanders van een regelgeving behoren in de eerste plaats de leden van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek die ongeacht hun persoonlijke overtuiging en de nadere regeling waaraan zij die overtuiging ondergeschikt maken, gekozen hebben voor de opties 2 en 3 in het advies: professor Ver-

modes d'administration des soins palliatifs fournie par le docteur Distelmans, en distinguant équipes à domicile, équipes de soutien palliatif des grands hôpitaux, unités résidentielles et centres de jour (p. 66).

On pourrait espérer que le développement des soins palliatifs rende inutile le recours à l'euthanasie. Dans cet esprit, M. Schoonvaere a rapporté que «Dans une conférence à Québec, le professeur Léon Schwarzenberg (a déclaré) que lorsque les soins palliatifs auront atteint leur développement complet en France, on ne parlera plus d'euthanasie et qu'il arrêterait d'en pratiquer.» (p. 268).

Mais, comme l'admet lui-même M. Schoonvaere: «Comme dans tous les domaines médicaux, les soins palliatifs ont leurs limites.» (p. 285). L'administration des meilleurs soins continus et palliatifs n'empêche pas que subsistent de vraies demandes d'euthanasie.

Le développement des soins palliatifs bute évidemment sur des difficultés financières: le docteur Mullie le confirme: «Les moyens actuels permettent tout au plus de soigner un mourant sur trois.» (p. 444). On retiendra cependant cette observation de Mme Aubry: «Pour faire en sorte que les médecins et les infirmières soient suffisamment experts en matière de contrôle de la douleur, ce n'est pas tant l'argent qui manque que la volonté et le courage nécessaires.» (p. 363). Par ailleurs, les revendications formulées paraissent à première vue pêcher par manque d'évaluation budgétaire et de réalisme.

Enfin il est clair que les soins palliatifs doivent être un droit mais ne constituent jamais une obligation.

Large accord sur la nécessité d'une réglementation

22) Il a pu être constaté qu'il existe parmi les personnes entendues une très large majorité, sinon une unanimité, sur la nécessité d'une réglementation qui autorise la pratique de l'euthanasie et en fixe les conditions, du moins pour ce qui concerne la phase terminale.

Les propositions en la matière sont malheureusement demeurées plus que rares et les opinions sur la nature de la réglementation en cause divergent. Les aspirations sont au demeurant contradictoires: il faut garantir les droits du patient, entendre les demandes, assurer la sécurité du médecin et favoriser l'écoute de l'équipe soignante et des proches, mais sans formalisation excessive.

Parmi les partisans d'une réglementation, on citera d'abord les membres du Comité consultatif de bioéthique qui, quelles que soient leurs convictions personnelles et les modalités auxquelles ils la subordonnent, ont opté pour les options 2 et 3 de l'avis: le professeur Vermeersch (p. 2), le docteur Englert

meersch (blz. 2), dokter Englert (blz. 28), professor Van Neste (blz. 50) en professor Schotsmans (blz. 110).

Er zij aan herinnerd dat tijdens de tweede hoorzitting van 15 februari 2000 professor Vermeersch heeft voorgesteld een verschillende regeling toe te passen naargelang de patiënt zich al dan niet in een terminale fase bevindt (blz. 5).

Men kan zich erover verheugen dat verschillende sprekers die het gemeenschappelijk standpunt van 20 december 1999 verdedigen, verklaren dat zij er zich bewust van zijn dat misschien twee aparte procedures moeten worden overwogen.

Dat lijkt een goed voorteken te zijn van een akkoord over de regeling van de inhoudelijke voorwaarden waaraan euthanasie in de terminale fase moet voldoen.

Namens de Orde van geneesheren heeft dokter Philippart gemeend dat hij zich niet diende uit te spreken als patiënt en dat voor de geneesheren de deontologische code alle antwoorden bevat (blz. 76), terwijl dokter Hache verklaard heeft: «De (Nationale) Raad heeft zich noch voor noch tegen een wetgevend initiatief ter zake willen uitspreken.»(1). Dokter Hache heeft uitgelegd dat het voorbehoud van de orde verband houdt met het feit dat het niet zeker is dat een wet voldoende de rechtzekerheid van de arts waarborgt (blz. 85).

Ondanks haar voorbehoud bij het voorstel van 20 december 1999 en hoewel ze voorstander is van een handvest van de rechten van de patiënt waardoor een therapeutisch project kan worden uitgestippeld en het naderende levenseinde van de patiënt kan worden georganiseerd, meent mevrouw Baum eveneens dat een regelgeving noodzakelijk is en dat juridische middelen moeten worden gevonden om de misbruiken te bestraffen(2). Ze heeft zelfs verklaard dat de ingediende wetsontwerpen een verbetering zijn ten opzichte van de huidige toestand waarin de wet voortdurend wordt geschonden en niemand beschermt. Volgens haar is iedereen het daarover eens (blz. 155).

Zij onderstreept in dit verband dat veel sprekers een voorzichtig opgestelde tekst hebben voorgelegd die zij met hun naaste omgeving hebben gewikt en gewogen.

In het debat is vaak veel duidelijker gebleken wat zij echt denken.

Hoewel zij kennelijk een tegenstander was van euthanasie buiten de terminale fase heeft mevrouw Henry het volgende verklaard: «Het Alzheimerverbond benadrukt de noodzaak om de wens en de

(p. 28), le professeur Van Neste (p. 50) et le professeur Schotsmans (p. 110).

On rappellera que, lors de sa deuxième audition du 15 février 2000, le professeur Vermeersch a suggéré qu'un régime différent soit appliqué selon que le patient se trouve ou non en phase terminale (p. 5).

On peut se réjouir de voir plusieurs intervenants qui défendent la proposition commune du 20 décembre 1999 dire qu'ils prennent conscience de ce qu'il faudrait peut-être effectivement envisager deux procédures distinctes.

En effet, cela permet, semble-t-il, d'augurer d'un accord sur la réglementation des conditions de fond de la pratique de l'acte d'euthanasie en phase terminale.

Parlant au nom de l'Ordre des médecins, le docteur Philippart a estimé ne pas avoir à se prononcer du point de vue des patients, et considéré que «pour les médecins le code de déontologie contient les réponses» (p. 76), tandis que le docteur Hache a déclaré: «Le Conseil n'a voulu se prononcer ni pour ni contre une initiative législative à cet égard.»(1). Le docteur Hache a expliqué que les réticences de l'ordre tiennent à ce qu'il n'est pas certain qu'une loi garantisse à suffisance la sécurité juridique des médecins (p. 85).

Malgré ses réserves à l'égard de la proposition du 20 décembre 1999 et tout en préconisant «une charte des droits du patient qui permettrait d'exprimer un projet thérapeutique et l'organisation de la fin de vie du patient», Mme Baum a opiné dans le sens de la «nécessité de réguler les pratiques et de trouver les moyens juridiques de réguler les abus de l'euthanasie»(2). Elle a même déclaré: «... les projets de loi qui ont été présentés constituent une amélioration par rapport à la situation actuelle, où la loi est perpétuellement violée et ne protège personne. À mon avis, tout le monde est d'accord à ce sujet.»(p. 155).

Il faut souligner à cet égard que beaucoup d'intervenants sont arrivés avec un texte prudemment rédigé, manifestement pesé avec certains de leurs proches.

Dans le débat, le fond de leur pensée s'est souvent manifesté beaucoup plus clairement.

Tout en étant apparemment opposée à envisager l'euthanasie hors de la phase terminale, Mme Henry a déclaré: «La Ligue Alzheimer insiste sur la nécessité de respecter la volonté et les opinions de la personne

(1) Blz. 84; zie ook blz. 99 en 103.

(2) Zie ook blz. 151 en 155.

(1) Page 84; voir aussi pp. 99 et 103.

(2) Voir aussi pp. 151 et 155.

mening van de persoon te respecteren tijdens zijn ziekteperiode en op het einde van zijn leven, wetende dat de demente persoon steeds minder in staat zal zijn om zijn bewuste en weldoordachte wens uit te drukken. Men moet dus alles in het werk stellen om de zieke de kans te geven om dit in de beginfase van de ziekte te doen. Vandaar de noodzaak van een vroegtijdige diagnose die wordt megedeeld aan de betrokken persoon voor wie het van belang is dat hij de kans krijgt om zich als een volwaardig individu uit te drukken.» Aan het slot van haar uiteenzetting heeft zij eraan toegevoegd: «Het wetsvoorstel ter discussie biedt in zijn huidige staat geen betere bescherming van de persoon dan de bestaande wet. Het is belangrijk om de bepalingen met betrekking tot deze problematiek te nuanceren en te specificeren.» (blz. 166 en 167). In antwoord op een vraag heeft zij verklaard: «De dodelijke injectie is niet dat wat wij willen, dat maakt ons bang. Wanneer men zeker is dat men psychologisch bijgestaan wordt en dat de fysieke pijn verlicht wordt, zal men misschien vertrouwen krijgen (blz. 171) en men moet hierover verder nadenken maar misschien moet men in de huidige stand van zaken niet zo ver gaan dat men euthanasie uit het strafrecht haalt.» (blz. 175). Op de vraag welke van de vier opties van het Comité voor bio-ethiek haar voorkeur wegdroeg, heeft zij geantwoord: «de derde» (blz. 178).

De verantwoordelijken van de Vereniging voor het recht op waardig sterven, mevrouw Herremans en de heer Favys alsook mevrouw Roelandt zijn duidelijk voorstander van het gemeenschappelijk voorstel.

Mevrouw Kempeneers heeft gewezen op het geval van de mentaal gehandicapten. In verband met het begrip «bekwaamheid» vraagt zij zich af wie bedoeld wordt in het gemeenschappelijk wetsvoorstel en zij heeft haar vrees geuit dat euthanasie gehandicapten kan worden opgelegd. Zij begon haar verklaring als volgt: «Als men ervan uitgaat dat in het wetsvoorstel geen sprake is van een terminale fase, kan hieruit een gevaarlijke conclusie worden getrokken voor sommige gehandicapte personen en met name voor sommige verstandelijke gehandicapten» (blz. 219), rekening houdend met de opmerkingen die door de indieners van het voorstel zijn gemaakt, onderschrijft zij de volgende mening: «Als de tekst wordt verduidelijkt met de strekking zoals die hier aan de orde is gekomen, denk ik dat die angst wel weer verdwijnt.» (blz. 226).

Dokter Vincent verklaarde voorstander te zijn van een regelgeving zonder er helemaal in te geloven: «Ja, alstublieft, doe iets om ons te helpen. Haal het uit het Strafwetboek of maak een nieuwe wet.» (blz. 240 en 243).

De heer Schoonvaere is duidelijk geen voorstander van de legalisering van euthanasie; die vindt hij in ieder geval voorbarig hoewel hij aanvaardt dat een gecontroleerde sedatie niet alles regelt (blz. 284).

durant sa maladie et à la fin de sa vie, sachant que la personne atteinte de démence sera de moins en moins capable d'exprimer ses volontés conscientes et réfléchies. Tout doit donc être mis en œuvre pour lui fournir l'occasion de le faire au premier stade de la maladie, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce, annoncé à la personne, à qui il importe de donner l'occasion de s'exprimer comme un individu à part entière.» Elle a ajouté en conclusion de son exposé: «La proposition de loi en discussion ne me paraît pas apporter, dans son état actuel, une protection plus grande de la personne que la loi existante. Il serait important de nuancer et de spécifier des dispositions en rapport avec les problématiques» (évoquées par elle) (pp. 166 et 167). En réponse à une question elle a précisé: «La piqûre létale n'est pas ce que nous voulons, cela fait peur. Si on peut être assuré d'être entouré psychologiquement et d'être soulagé physiquement, peut-être pourrait-on avoir confiance» (p. 171), et «... il faut avancer dans cette réflexion, mais peut-être pas au point de dépenaliser au stade actuel des choses» (p. 175). À la question de savoir de laquelle des quatre options du Comité de bioéthique elle se sentait la plus proche, elle a répondu: «de la troisième» (p. 178).

Les dirigeants de l'Association pour le droit de mourir dans la dignité, Mme Herremans et M. Favys, ainsi que Mme Roelandt s'expriment clairement en faveur de la proposition commune.

Évoquant le cas des handicapés mentaux, Mme Kempeneers s'est souciee, au regard de la notion de «capacité», de savoir qui était concerné par la proposition de loi commune et a exprimé sa crainte que l'euthanasie pourrait être imposée à des handicapés. Elle a commencé par déclarer: «À supposer que l'on ne parle pas dans la proposition de loi de phase terminale, une dérive redoutable pourrait être imaginée en ce qui concerne certaines personnes handicapées et notamment certains handicapés mentaux» (p. 219), puis, tenant compte des observations faites par les auteurs de la proposition, elle a opiné: «À partir du moment où une clarification est donnée dans le sens dont on vient de parler, je pense que les craintes pourraient être apaisées.» (p. 226).

Le docteur Vincent s'est déclaré partisan d'une réglementation, sans tout à fait croire à sa possibilité: «Oui, s'il vous plaît, faites quelque chose pour nous aider. Qu'il y ait dépenalisation ou qu'on légifère en la matière.» (pp. 240 et 243).

M. Schoonvaere n'est manifestement pas favorable à la légalisation de l'euthanasie, qu'il trouve en tout état de cause prématurée, tout en acceptant que la sédation contrôlée ne règle pas tout (p. 284).

Mevrouw Vandeville deelt de aarzeling van de heer Schoonvaere. «De waaier aan verschillende mogelijke situaties maakt het moeilijk om wetgevend op te treden. Het lijkt mij beter om een regelgeving op te stellen en de ondersteuning van medische beslissingen vast te leggen met betrekking tot de belangrijkste situaties die zich kunnen voordoen in de laatste levensfase.» (blz. 294).

De heer Cosyns heeft verklaard voorstander te zijn van een regelgeving («een wetswijziging is dringend noodzakelijk»), zonder dat voor hem de strafwet moet worden gewijzigd (blz. 326 en 327).

Ook mevrouw Diricq is gekant tegen het uit het strafrecht halen van euthanasie. Zij wenst een regeling die de patiënt in het middelpunt van het besluitvormingsproces plaatst (blz. 341 en 350).

Mevrouw Aubry pleit voor een regeling doch die moet beperkt blijven tot de terminale fase (blz. 365, 366, 367 en 371).

Dokter Clumeck «wil een zeer groot voorbehoud maken met betrekking tot de depenalisering van euthanasie» (blz. 384). Hij heeft eraan toegevoegd: «Ik heb gezegd dat ik geen voorstander ben van depenalisering. Ik heb niet gezegd dat een wet op de euthanasie niet nuttig zou zijn. Ik verlang vurig naar een wet op de euthanasie, maar dan wel een goede wet, zodat de artsen, het verzorgend personeel, niet langer hoeven te aarzelen tussen ontmoediging en lafheid.» (blz. 389).

Hoewel professor Moulin van mening was dat, «zoals het wetsvoorstel er nu uitziet, het hem een gevoel van gebrek aan realisme en van idealisme geeft» en hij zich afvraagt of het geen betrekking heeft op een relatief beperkte groep van personen die op cultureel en educatief vlak zeer goed gewapend zijn en over een sterk karakter beschikken, meent hij toch dat «de bedoelingen van de indieners van het voorstel ongetwijfeld lovenswaardig zijn» (blz. 412).

Hoewel professor Van Camp van mening is dat het gemeenschappelijk wetsvoorstel op heel weinig mensen zal worden toegepast, wat de echte actieve euthanasie betreft, verklaart hij: «Mijn persoonlijke mening is dat de rechtsonzekerheid nu te groot is en dat er absoluut een wet moet komen.» (blz. 439).

Hoewel dokter Mullie enige voorzichtigheid aanbeveelt wil hij toch een regeling: «Mijn hart gaat naar hen die euthanasie vragen. Mensen vragen dat niet zo maar. Ik hoop dat de wetgever de juiste weg vindt opdat die mensen hun wens kunnen volbrengen zonder anderen daarbij in het geniep te moeten betrekken.» (blz. 449).

Mevrouw Bouckenaere wil niet dat euthanasie uit het strafrecht wordt gehaald: «Het Strafwetboek moet zeker niet worden gewijzigd. Het verbod om te doden is een krachtig signaal, een duidelijke aanwijzing van de noodzaak om elk menselijk leven te beschermen. Het is des te belangrijker nauwlettend

Mme Vandeville partage les réticences de M. Schoonvaere. «La diversité de chaque situation rend difficile toute législation, estime-t-elle; il me paraîtrait préférable de proposer une réglementation et un encadrement de la décision médicale dans les situations les plus importantes concernant la fin de vie.» (p. 294).

M. Cosyns s'est déclaré partisan d'une réglementation («Un changement de la loi doit d'urgence être réalisé.»), sans pour autant modifier la loi pénale (pp. 326 et 327).

Opposée elle aussi à la dépenalisation de l'euthanasie, Mme Diricq souhaite une réglementation qui mette le patient «au centre du processus» de décision en matière d'actes de fin de vie (pp. 341 et 350).

Mme Aubry est favorable à une réglementation, mais limitée à la phase terminale (pp. 365, 366, 367 et 371).

Le docteur Clumeck a exprimé «son extrême réserve quant à une dépenalisation de l'euthanasie» (p. 384). Il a ajouté: «J'ai dit que je n'étais pas favorable à la dépenalisation. Je n'ai pas dit qu'une loi sur l'euthanasie n'était pas utile. J'appelle de mes vœux une loi sur l'euthanasie, mais une bonne loi, une loi qui permette au médecin, au personnel soignant de ne pas hésiter entre la lassitude et la lâcheté.» (p. 389).

Tout en étant réservé et en objectant que «la proposition de loi, telle qu'elle est formulée, me donne parfois un certain sentiment d'irréalisme ou d'idéalisme», qui en réserverait le bénéfice à «un nombre relativement restreint de personnes particulièrement bien armées sur le plan de la culture, du caractère et de l'éducation, le professeur Moulin a considéré que «les intentions des auteurs de la proposition sont certes louables» (p. 412).

Encore qu'il pense que la proposition de loi commune s'appliquera à très peu de personnes «pour ce qui est de la vraie euthanasie active», le professeur Van Camp a déclaré: «Je pense personnellement qu'il règne actuellement une trop grande insécurité juridique et qu'une loi s'avère indispensable.» (p. 439).

Tout en faisant valoir des considérations de prudence, le docteur Mullie aspire à une réglementation: «Je suis de tout cœur avec ceux qui demandent l'euthanasie. Les gens ne demandent pas cela à la légère. J'espère que le législateur trouvera une voie permettant à ces personnes d'obtenir satisfaction sans devoir y associer des tiers en cachette.» (p. 449).

Mme Bouckenaere s'est prononcée contre la dépenalisation: «Il ne faut surtout pas modifier le Code pénal. L'interdit de tuer est un signal fort, une indication claire de la nécessité de protéger toute vie humaine... Nous devons maintenir une protection solide contre le risque de légitimer, de déresponsa-

op die ethische grens te blijven toezien, daar de confrontatie met de dood moeilijk is. Wij moeten ons zeer goed beveiligen tegen het risico dat de actoren op het terrein tot de daad overgaan op legitieme wijze, zonder verantwoording te moeten afleggen of zich schuldig te moeten voelen. Als euthanasie uit het strafrecht wordt geschrapt, zal ze vlug als iets gewoons worden beschouwd. Ze zal meteen als een te overwegen keuze worden beschouwd, zodat niet langer naar andere mogelijkheden hoeft te worden gezocht. Hij lijkt mij belangrijk dat euthanasie een uitzondering blijft, waartoe men maar overgaat als alle menselijke en medische mogelijkheden ontoereikend zijn» (blz. 33). Maar, nadat zij heeft gepleit voor een handvest van de patiëntenrechten waarnaar kan worden verwezen, heeft zij eraan toegevoegd: «Er bestaan uitzonderingen waarvoor het mogelijk zou moeten zijn op te treden zonder het risico te lopen vervolgd te worden.» (blz. 36).

Op grond van Nederlandse ervaring oordeelt dokter Ingels dat de huidige toestand noch de arts, noch de patiënt genoegdoening schenkt (blz. 57). Hij is heel duidelijk voorstander van een wetgeving (blz. 59 en 64) maar hij koppelt euthanasie voornamelijk aan de terminale fase (blz. 55, 59 en 64).

Daar het geoorloofd zijn van passieve euthanasie niet ter discussie staat, zie dokter Distelmans niet in waarom de arts niet actief zou mogen optreden (blz. 71 en 76). Dokter Van den Eynde verklaart: «Wij zijn niet *a priori* tegen een wettelijke regeling van de mogelijke ethische problemen bij het levenseinde. De bedoeling van een dergelijke regeling moet echter zijn te komen tot een deskundigere, zorgvuldigere en ethisch meer verantwoorde medische verzorging bij het levenseinde. Dit impliceert dat een wettelijke regeling misbruiken moet verminderen en niet vermeerderen, zodat de zwaksten beter worden beschermd. Dit is immers de bedoeling van elke wet. Daarom zijn voorzichtigheid en bedachtzaamheid hier op zijn plaats en is haast ongepast ... Wij vinden het ethisch en maatschappelijk onverantwoord om euthanasie voor niet-terminale patiënten wettelijk mogelijk te maken» (blz. 12). «Euthanasie is banaal noch eenvoudig, onder meer omdat de euthanasievraag zo complex is. Daarom moet een wettelijke regeling de euthanasiepraktijk niet gemakkelijker maar zorgvuldiger maken zodat onechte euthanasievragen of vragen op verzoek van derden niet worden ingewilligd. Dit impliceert reële controle voor- en nadien. Het huidige wetsvoorstel biedt vrijwel geen garantie op een dergelijke zorgvuldigheid» (blz. 13). Hij voegt eraan toe: «Ook ik ben ervan overtuigd dat palliatieve zorg de vraag naar euthanasie niet helemaal uit de wereld helpt» (blz. 16) en «In bepaalde zeer extreme omstandigheden moet euthanasie mogelijk zijn, kan afgeweken worden van de strafwet waar euthanasie niet expliciet in staat maar wel impliciet ... Als de wetgever dan toch wil reglementeren, kan beter

biliser, de déculpabiliser trop rapidement les acteurs de terrain. Si l'euthanasie est dépénalisée, elle sera immédiatement banalisée. Elle fera d'emblée partie des options envisageables et nous permettra de faire l'économie de la recherche d'autres possibilités. Il me semble important que l'euthanasie reste toujours un geste d'exception, celui auquel on n'a recours qu'après avoir épuisé toutes les autres possibilités humaines et médicales... » (p. 33). Mais, a-t-elle ajouté après avoir plaidé pour une « charte des droits des patients légalisée », « Il existe des cas d'exception pour lesquels il devrait être possible d'agir sans risquer d'être poursuivi. » (p. 36).

Fort de l'expérience hollandaise, le docteur Ingels juge que la situation actuelle n'est satisfaisante ni pour le médecin, ni pour le patient (p. 57) et est manifestement en faveur d'une législation (pp. 59 et 64), mais il lie essentiellement l'euthanasie à la phase terminale (pp. 55, 59 et 64).

Observant que la licéité de l'euthanasie passive n'est pas discutée, le docteur Distelmans ne voit pas pourquoi le médecin ne pourrait agir activement (pp. 71 et 76). Le docteur Van den Eynden déclare: « Nous sommes pas *a priori* opposés à une réglementation légale des éventuels problèmes éthiques qui se posent en fin de vie. L'ambition d'une telle réglementation doit toutefois être de parvenir à des soins médicaux en fin de vie plus compétents, plus consciencieux et plus justifiés sur le plan éthique. Ceci implique qu'une réglementation légale doit réduire et non accroître les abus, pour que les plus faibles soient mieux protégés. Telle est en effet la raison d'être de toute loi. C'est pourquoi, la prudence et la circonspection sont ici de mise et la précipitation malvenue. (...) Nous estimons qu'il est injustifiable sur le plan éthique et social de rendre l'euthanasie légalement possible pour des patients ne se trouvant pas en phase terminale » (p. 12). « L'euthanasie n'est ni banale, ni simple, notamment parce que la demande d'euthanasie est tellement complexe. C'est pourquoi une réglementation légale doit rendre la pratique de l'euthanasie non pas plus facile mais plus vigilante, de manière à ce que l'on n'accède pas à des demandes d'euthanasie qui n'en sont pas véritablement ou à des demandes formulées sous la pression de tiers. Ceci implique un contrôle réel *a priori*. L'actuelle proposition de loi n'offre pratiquement aucune garantie d'une pareille vigilance » (p. 13). Il ajoute: « Je suis, moi aussi, convaincu que les soins palliatifs n'éliminent pas totalement les demandes d'euthanasie. Les chiffres le prouvent d'ailleurs » (p. 16) et « Dans certaines circonstances très extrêmes,

een algemene regeling worden uitgewerkt.» (blz. 25 en 26).

In het licht van het in zijn ogen zeer beperkte aantal echte vragen om euthanasie, is dokter Menten geen voorstander van euthanasie. Hij vraagt: «Hebben we daar een wet voor nodig? Dat is een zeer moeilijke vraag.» (blz. 103).

De heer Verstraete die aan MS lijdt, wil wel zo'n wet (blz. 110).

Alvorens achter gesloten deuren te getuigen heeft dokter Leroy openlijk betreurd dat hij als huisarts in de apotheken geen toegang heeft tot alle noodzakelijke producten (blz. 128).

De apothekers die zijn gehoord, alsmede sommige artsen die patiënten thuis behandelen, hebben gewezen op de farmacologische problemen waarmee zij geconfronteerd werden op ogenblikken waarop zij meenden tot euthanasie te kunnen overgaan.

Professor Bron meent niet «dat het uit het strafrecht halen van euthanasie tot ontsporingen kan leiden en in het bijzonder tot onverantwoorde gevallen van euthanasie» (blz. 135). Zij pleit er dus vastberaden voor «dat de wet elke patiënt het recht verleent om zelf te kiezen hoe hij wil sterven — volgens zijn eigen overtuigingen» (blz. 136).

Mevrouw Cambron-Diez formuleert een aantal bedenkingen in haar uiteenzetting. Maar als haar nadien om meer gedetailleerde uitleg gevraagd wordt, verklaart zij: «Ik heb geen kritiek op de geplande wet die de vrijheid van de patiënt garandeert. Mijn kritiek vloeit voort uit de vrees voor wat er in het veld staat te gebeuren. Ik schiet het voorstel dus niet af omdat ik van mening ben dat over euthanasie gepraat moet worden en dat dit soort debatten uiterst belangrijk is.» (blz. 161).

Mevrouw Rémy heeft haar getuigenis met gesloten deuren afgelegd (blz. 178).

Mevrouw Pesleux is geen voorstander van het gezamenlijk voorstel, maar is eerder voor een euthanasieregeling die de rechten van de patiënt vastlegt en verzorgingsteams, alsook eventueel gespecialiseerde derden, betreft bij de besluitvorming (blz. 190 en 192).

Mevrouw Vantournhout heeft haar getuigenis met gesloten deuren afgelegd, maar tijdens haar korte openbare uiteenzetting scheen zij de gecontroleerde sedatie op één lijn te stellen met euthanasie en een wettelijke regeling nodig te achten.

Professor Messine heeft duidelijk te kennen gegeven dat het volgens hem niet wenselijk was hieromtrent regels op te stellen. Maar hij gaf toe dat het niet onmogelijk zou zijn euthanasie te reglementeren binnen een wettelijk kader betreffende de begeleiding bij het levenseinde (blz. 231).

l'euthanasie doit être possible, il est possible de déroger à la loi pénale où l'euthanasie ne figure pas explicitement mais bien implicitement. (...) Si le législateur tient quand même à réglementer, il devrait plutôt élaborer une réglementation générale.» (pp. 25-26).

Au regard du nombre, à ses yeux réduit, de vraies demandes d'euthanasies, le docteur Menten n'y est pas favorable: «Faut-il une loi pour lutter contre de tels abus?», demande-t-il. «La réponse à cette question est fort difficile.» (p. 103).

M. Verstraete, souffrant de sclérose multiple, y aspire (p. 110).

Avant de témoigner à huis clos, le docteur Leroy a déploré publiquement que, comme médecin généraliste, il ne pouvait pas accéder dans les pharmacies à tous les produits nécessaires (p. 128).

Les pharmaciens qui sont intervenus, ainsi que certains médecins traitant à domicile, ont souligné les problèmes pharmacologiques pour une euthanasie convenable, là où ils estiment pouvoir la réaliser.

Le professeur Bron ne craint pas «qu'une dépenalisation de l'euthanasie puisse favoriser des dérives, en particulier des euthanasies non justifiées» (p. 135). Elle plaide donc fermement pour «que la loi donne à chaque patient le droit de pouvoir choisir la manière dont il souhaite mourir — selon ses propres convictions» (p. 136).

Mme Cambron-Diez exprime des réticences au cours de son exposé. Mais, questionnée ultérieurement plus précisément, elle déclare: «Mes critiques ne portent pas sur la loi qui a été prévue et qui garantit la liberté du patient. Elles reposent sur la crainte de ce qui se passera sur le terrain. Je ne mets donc pas la proposition en question parce que je trouve qu'il faut parler de l'euthanasie et que ce genre de débat est extrêmement important.» (p. 161).

Mme Rémy a témoigné à huis clos (p. 178).

Mme Pesleux n'est pas favorable à la proposition commune, mais elle serait partisan d'une réglementation de l'euthanasie qui fixe les droits du patient et associe les équipes soignantes et le cas échéant des tiers spécialisés à la décision (pp. 190 et 192).

Mme Vantournhout a témoigné à huis clos, mais au cours de sa brève intervention publique elle a paru mettre sur le même pied sédation contrôlée et euthanasie et estimé nécessaire une disposition législative.

Le professeur Messine a clairement fait état de son sentiment qu'il serait inopportun de légiférer en la matière. Mais il a admis qu'il ne serait pas impossible de réglementer l'euthanasie dans un cadre légal sur l'accompagnement de fin de vie (p. 231).

Professor Dalcq heeft, zoals men weet, een alternatieve manier voorgesteld om euthanasie te legaliseren in de eindfase binnen het kader van een reglement betreffende de begeleiding bij het levenseinde (blz. 251).

Uit het oogpunt van een jurist opperde de heer Panier dat het gezamenlijke voorstel «zijn verdiensten reeds bewezen heeft».

Professor Adams was voorstander van een euthanasieregeling buiten het Strafwetboek (blz. 8).

De heren Denecker en Delporte waren voor een reglementering die euthanasie toelaat, met inbegrip van de farmaceutische aspecten ervan. De eerste is voorstander van een depenalisatie (blz. 28).

Men stelt dus vast dat, met uitzondering van drie sprekers, allen die gehoord werden op de een of de andere manier voorstanders zijn van een reglementering die het toepassen van euthanasie toelaat (en in het algemeen zeer terughoudend wat depenalisatie betreft), zij het in zeldzame en uitzonderlijke gevallen, en met voldoende rechtszekerheid om de arts te verzekeren dat hij niet vervolgd zal worden en om een dialoog tussen alle betrokkenen bij het levenseinde tot stand te laten komen.

Noodzaak van een globale reglementering

23) Euthanasie is slechts een onderdeel van de globale problematiek van de medische ingrepen bij het levenseinde. Het is dus aangewezen een globale reglementering in te voeren.

Getuigenissen

— Dokter Englert: «De euthanasieproblematiek is enkel een klein deel van een veel ruimere problematiek waarin we ons hebben geëngageerd en die naar mijn mening zeer gunstig is: we gaan ons opnieuw bezighouden met de dood nadat men tijdens een dertigtal jaar heeft gemeend dat de geneeskunde alles kon oplossen ... Het werkelijke probleem is dat de patiënten niet over hun levenseinde kunnen beslissen en dat de relatie zieke-arts intens verstoord is door het feit dat er geen middel is om het fundamenteel probleem waarmee de patiënt wordt geconfronteerd aan te roeren.» (blz. 35).

— Professor Van Neste: «Om de onaanvaardbare praktijken van levensbeëindiging te bestrijden, volstaat het niet een euthanasieprocedure te ontwerpen en de verbodsbepaling daaromtrent op te heffen. Men moet ook een regulering invoeren voor het legitiem medisch handelen» (blz. 49). «Mijn conclusie is dat men er alle belang bij heeft een verlichtingsinstallatie aan te brengen, niet alleen op de tot nu toe verboden weg, maar ook op alle wegen in het hele grensgebied van het medische handelen bij het levenseinde.» (blz. 50 en 51). «Mijn standpunt is altijd geweest dat

Le professeur Dalcq, on le sait, a proposé une formule alternative pour légaliser l'euthanasie en phase terminale dans le cadre d'une réglementation sur l'accompagnement en fin de vie (p. 251).

Parlant du point de vue du juriste, M. Panier a opiné que la proposition commune est «carrossable».

Le professeur Adams s'est montré partisan d'une réglementation de l'euthanasie hors du Code pénal (p. 8).

M. Denecker et M. Delporte se sont exprimés en faveur d'une réglementation qui permette la pratique de l'euthanasie y compris dans ses aspects pharmaceutiques. Le premier s'exprime en faveur de la dépenalisation (p. 28).

On peut donc constater qu'à l'exception de trois intervenants, tous ceux qui ont été entendus sont, d'une manière ou d'une autre, partisans d'une réglementation (et dans l'ensemble très réservés à l'égard d'une dépenalisation) qui permette de pratiquer l'euthanasie, fût-ce dans des cas rares et exceptionnels, avec la sécurité juridique nécessaire ou suffisante pour garantir au médecin qu'il ne soit pas poursuivi et pour permettre l'ouverture d'un dialogue entre tous les intéressés en fin de vie.

Nécessité d'une réglementation globale

23) La problématique de l'euthanasie n'est qu'une partie de la problématique plus générale de l'ensemble des actes médicaux en fin de vie, qu'il y a intérêt à réglementer globalement.

Témoignages

— Le docteur Englert: «La problématique de l'euthanasie n'est qu'une petite partie d'une problématique beaucoup plus large dans laquelle nous sommes engagés et qui est à mon avis très favorable: on se réapproprie la mort après une trentaine d'années où la médecine allait tout résoudre ... Le vrai problème, c'est que les patients sont privés de la possibilité de gérer leur fin de vie et que la relation médecin-malade est profondément distordue par le fait qu'il n'y a pas moyen d'aborder le problème fondamental auquel le patient est confronté.» (p. 35).

— Le professeur Van Neste: «(...) pour combattre les pratiques inacceptables de fin de vie, il ne suffit pas de concevoir une procédure d'euthanasie et de lever la clause prohibitive à ce sujet. Il faut également introduire une régularisation de l'acte médical légitime.» (p.49). «Ma conclusion est qu'on a tout intérêt à réaliser une installation d'éclairage, non seulement sur les chemins jusqu'à présent interdits, mais aussi sur toute la voie dans toute la région frontière de l'acte médical en fin de vie.» (pp. 50 et 51). «Mon point de vue a toujours été que, si le législateur ne s'occupe que

als de wetgever zich enkel met euthanasie bezighoudt, hij zich beperkt tot het topje van de ijsberg in het medisch handelen bij levenseinde.» (blz. 73).

— Dokter Philippart: «De levensbeëindiging vertoont verschillende aspecten waarmee rekening gehouden moet worden. Haar herleiden tot euthanasie als enige mogelijkheid zou spijtig zijn, omdat daarvoor andere belangrijke elementen en noden, die we dringender vinden, verloren dreigen te gaan.» (blz. 81).

— De heer Schoonvaere: «De waaier aan verschillende mogelijke situaties maakt het moeilijk om wetgevend op te treden. Het lijkt mij beter om een regelgeving op te stellen en de ondersteuning van medische beslissingen vast te leggen met betrekking tot de belangrijkste situaties die zich kunnen voordoen in de laatste levensfase.» (blz. 294).

— Dokter Distelmans, als antwoord op een vraag van mevrouw de T' Serclaes: «De discussie rond het levenseinde (is) maar het topje van de ijsberg ... de patiëntenrechten (moeten) reeds in een veel vroeger stadium worden verkracht.» (blz. 76).

— Dokter Clumeck: «Daarom meen ik dat men het debat over euthanasie en permanente zorg niet mag loskoppelen van een echt maatschappelijk debat over de rechten van de patiënt, het recht op gezondheid en het soort geneeskunde dat wij wensen.» (blz. 384).

— Mevrouw Pesleux: «Tijdens deze hoorzittingen heeft iemand gezegd dat het wetsvoorstel over euthanasie het zichtbare gedeelte was van de ijsberg. Zo ervaren wij dat ook.» (blz. 199).

Vanuit dit oogpunt lijkt het spreker aangewezen om in het wetsontwerp duidelijk de rechten van de patiënt te bepalen en alle medische ingrepen die de dood kunnen bespoedigen, in overweging te nemen.

Gelet op de verscheidenheid van de gevallen, kunnen de rechten van de patiënt waarschijnlijk alleen in de vorm van algemeen geldende principes bepaald worden. Zijn het daarom lapalissades? Niemand onder degenen die de hoorzittingen gevolgd hebben, en in het bijzonder degenen die de hierboven aangehaalde opmerkingen gehoord hebben, zal dit denken. De wet is er trouwens niet alleen om details te regelen en in repressieve maatregelen te voorzien: zij drukt een sociale en morele waarde uit waarnaar iedereen geacht wordt zijn gedrag te richten. Het is niet omdat het voor mensen die de dagelijkse praktijk niet kennen evidente zaken zijn dat deze principes niet verwoord moeten worden. Trouwens, was de heer de la Palisse niet een van de grootste juristen van zijn tijd, zoals wijlen Meester Marcel Gregoire graag opmerkte?

d'euthanasie, il se limite au sommet de l'iceberg dans l'acte médical en fin de vie.» (p. 73).

— Le docteur Philippart: «La vie finissante devrait être envisagée sous ses différents aspects. La réduire à la seule possibilité de pouvoir solliciter une euthanasie serait regrettable car cela occulterait momentanément d'autres composantes non négligeables et d'autres besoins, à notre sens plus urgents.» (p. 81).

— M. Schoonvaere: «La diversité de chaque situation rend difficile toute législation; il me paraîtrait préférable de proposer une réglementation et un encadrement de la décision médicale dans les situations les plus importantes concernant la fin de vie.» (p. 294).

— Le docteur Distelmans, en réponse à Mme de T' Serclaes: «la discussion relative à la fin de vie n'était que le sommet de l'iceberg et (...) les droits des patients étaient déjà violés à un stade bien antérieur.» (p. 76).

— Le docteur Clumeck: «On ne peut pas dissocier le débat sur l'euthanasie et les soins continus d'un véritable débat de société sur les droits des patients, le droit à la santé, et le type de médecine que nous souhaitons.» (p. 384).

— Mme Pesleux: «Qui a dit au cours de ces auditions que la proposition de loi sur l'euthanasie était la partie visible de l'iceberg. Nous le ressentons très profondément.» (p. 199).

Dans cette perspective, il paraîtrait indiqué à l'intervenant, dans la législation en projet, d'énoncer clairement les droits du patient et d'appréhender tous les actes médicaux de nature à hâter le décès.

Compte tenu de la diversité des situations, cet énoncé des droits du patient ne peut sans doute se faire que sous la forme de principes d'application générale. S'agirait-il pour autant de «lapalissades»? Aucun de ceux qui ont suivi les auditions, et qui ont entendu plus particulièrement les observations telles que celles qui viennent d'être citées, ne le pensera. La loi n'a d'ailleurs pas pour seule fonction de régler dans le détail, de manière répressive particulièrement: elle exprime une valeur sociale et morale à laquelle chacun est invité à conformer son comportement. Ce n'est pas parce qu'ils paraissent vérités d'évidence à ceux qui ignorent la pratique quotidienne qu'il faudrait faire l'impasse sur l'énoncé de ces principes. Au reste, M. de la Palisse n'était-il pas, comme se plaisait à l'évoquer feu Me Marcel Gregoire, l'un des plus grands juristes de son temps?

Rechten van de patiënt

24) Verschillende experts hebben met nadruk gewezen op het belang van het behoud van de rechten van de patiënt op informatie en instemming

Zo verklaarde professor Baum: «Ik zal nu uitlegen waarom ik een standpunt *a priori* verdedig. Door met een mobiel palliatief verzorgingsteam te werken is het mij duidelijk geworden dat dit het meest democratische standpunt was voor de patiënt. Dit standpunt *a priori* moet echter versterkt worden door een charter van de rechten van de patiënt. Het lijkt mij immers onmogelijk, noch in positief recht, noch in de ethiek, een consensueel ethisch of juridisch standpunt te vinden. De Staat moet ervoor zorgen dat tegenstrijdige overtuigingen naast elkaar kunnen bestaan (blz. 146). «In dit charter zouden regels worden opgenomen met betrekking tot het recht op informatie, zoals u vermeld heeft, tot de plaats van informatie, tot de personen die moeten worden opgeroepen, ...» (blz. 152).

Professor Van Neste verklaarde hieromtrent: «Bij het volgen van deze codes (met betrekking tot beslissingen bij het levenseinde) moeten de rechten van de patiënt worden nageleefd. Ik denk hierbij vooral aan het recht op toestemming, medezeggenschap in het beslissingsproces om van de ene code op de andere over te schakelen, duidelijke informatie voor de patiënt, maar ook het inzagerecht in het medisch dossier omtrent het naleven van deze codes en van de patiëntenrechten.» (blz. 51).

Dr. Bouckenaere vroeg om «een wettelijk geregeld handvest van de patiëntenrechten waarnaar kan worden verwezen» (blz. 36).

Behalve de hierboven vermelde deskundigen, betoogden Dr. Cosyns (blz. 327), mevrouw Aubry (blz. 363) en mevrouw Pesleux (blz. 203) in dezelfde zin.

«Verantwoordelijkheid opnemen ..., verklaarde mevrouw Aubry, betekent mijns inziens voldoende deskundigheid bezitten om de juiste keuze te kunnen maken uit de bestaande alternatieven. Dit veronderstelt informatie en begeleiding, die mensen nog regelmatig onthouden wordt. Patiëntenrechten zijn onvoldoende uitgebouwd.»

Er werd aangegeven dat gepaste informatie bijdraagt tot het geruststellen van de patiënten, en verrassende economische gevolgen heeft.

De heer Schoonvaere betreurde ook dat «de patiënten worden behandeld zonder dat ze ergens vanaf weten en zonder dat ze hun toestemming hebben gegeven», en haalde het voorbeeld van de Verenigde Staten aan: «in de Verenigde Staten worden de pre-operatieve behandelingen met de patiënt besproken. Studies hebben aangetoond dat de patiënt, wanneer hij duidelijk wordt voorgelicht voor de behandeling, minder pijnstillers nodig heeft, minder last heeft van

Droits du patient

24) Plusieurs experts ont insisté sur l'importance de la garantie des droits du patient à l'information et au consentement.

Le professeur Baum a ainsi déclaré: «... je défends une position *a priori* tout simplement parce qu'en travaillant avec une équipe volante de soins palliatifs, il m'a semblé que c'était la position la plus démocratique pour le patient. Mais cette position *a priori* doit être renforcée par une charte des droits du patient. En effet, il ne me semble pas possible, en droit positif ni en éthique, de définir une position éthique ou juridique consensuelle. Il faut simplement que l'État assure la convivialité des convictions conflictuelles.» (p. 146). «Dans cette charte, il y aurait des règles sur le droit à l'information que vous avez mentionné, sur les lieux d'information, sur les personnes à appeler.» (p. 152).

Le professeur Van Neste considère à ce propos: «Dans le suivi de ces codes (relatifs aux décisions en fin de vie), il faut respecter les droits du patient. Je pense ici surtout au droit d'autorisation, de participation dans le processus de décision pour passer d'un code à l'autre, à l'information claire pour le patient, mais aussi au droit de consultation dans le dossier médical concernant le respect de ces codes et des droits des patients.» (p. 51).

Le docteur Bouckenaere a demandé «une charte des droits des patients légalisée qui permettrait de faire référence» (p. 36).

Outre les experts précités, le docteur Cosyns (p. 327), Mme Aubry (p. 363) et Mme Pesleux (p. 203) ont plaidé dans le même sens.

«Pour moi», a déclaré Mme Aubry, «prendre ses responsabilités signifie disposer du savoir-faire suffisant pour pouvoir choisir la bonne solution parmi celles qui se présentent. Cela suppose que l'on informe et accompagne les malades, ce qui arrive trop peu souvent. Les droits du patient sont insuffisants.»

Une information adéquate, a-t-il été indiqué, contribue à l'apaisement des patients, avec des retombées économiques surprenantes.

Déplorant lui aussi que «les patients sont amenés dans des situations de soins à leur insu, sans leur consentement», M. Schoonvaere a évoqué le modèle américain: «Si vous allez aux États-Unis, vous verrez comment les programmes préopératoires sont communiqués au patient. Les études montrent que lorsqu'on l'informe clairement avant l'intervention, le patient consomme moins d'analgésiques, a moins de nausées et son séjour à l'hôpital est plus court de

misselijkheid en 10% minder tijd in het ziekenhuis moet doorbrengen. Dit maakt dus grote besparingen op de begroting van volksgezondheid mogelijk.» (blz. 287).

Informatie

25) Het principe is duidelijk: elke patiënt heeft het recht alle nuttige en gepaste informatie te verkrijgen aangaande zijn gezondheidstoestand en de behandelings- en verzorgingsmogelijkheden.

Spreekster meent dat dit principe zowel moet gelden voor minderjarige als voor meerderjarige patiënten(1).

Het spreekt echter vanzelf dat het principe genuanceerd moet worden, naargelang van de dringende noodzaak, de wensen of de persoonlijke toestand van de patiënt.

«De patiënt moet de nodige informatie krijgen om het verloop te kunnen beheersen, maar niet op elk ogenblik en niet onverschillig hoe», verduidelijkte mevrouw Diricq. «Dat neemt soms tijd in beslag. Ik ben soms verbaasd als ik de arts van onze palliatieve equipe op een duidelijke manier uitleg hoor geven aan een patiënt, als ik hoor hoe hij de vragen van de patiënt beantwoordt. Nochtans stelt de patient's anderendaags opnieuw dezelfde vragen, ook al is de persoon nog volledig bij zijn verstand. Andere processen spelen een rol, ontkenning bijvoorbeeld, waardoor sommigen de waarheid niet willen zien. Ik vind dat men de patiënt zo volledig mogelijk moet informeren. Maar men moet de weerstand van de patiënt niet al te sterk op de proef stellen. Niet iedereen is bij machte om op om het even welk moment te vernemen wat hem nog te wachten staan. Hoe moet men hem die informatie geven? Men moet zich ergens plaatsen op een schaal tussen een overdreven paternalisme en het andere extreem, het overbenadrukken van zijn autonomie. Tussen die twee bevindt zich de therapeutische band. Om hem bepaalde zaken te kunnen zeggen, moet er vóór alles een vertrouwensband bestaan tussen arts en patiënt.» (blz. 356)

Natuurlijk moet de informatie waarop de patiënt in principe recht heeft, hem meegedeeld worden op een manier die aangepast is aan zijn beoordelingsvermogen en zijn lichamelijke en geestelijke toestand.

(1) Zie hoger de opmerkingen van de heer Lelièvre.

10%. Cela entraîne donc une économie extraordinaire dans le domaine de la santé publique.» (p. 287).

L'information

25) Le principe est clair: tout patient doit avoir droit à obtenir toutes informations utiles et appropriées sur son état de santé et sur les possibilités de traitement et de soins.

Il paraît à l'intervenant qu'en tant que principe, cette règle doit s'appliquer aux patients mineurs comme aux patients majeurs(1).

Mais il va de soi que le principe appelle des nuances, tenant à l'urgence, aux souhaits ou à la situation particulière du patient.

«Je prône le fait que l'on informe le patient afin qu'il reste maître du processus, mais pas n'importe quand ni n'importe comment, a ainsi expliqué Mme Diricq. Cela prend parfois du temps. Je suis parfois étonnée d'entendre le médecin responsable de notre équipe de soins palliatifs donner tout à fait clairement des explications à un patient, répondre au rythme des questions que lui pose le patient. Pourtant, le patient revient le lendemain avec les mêmes questions. Or il ne s'agit pas d'une personne qui a perdu ses facultés cognitives. Il y a d'autres processus, tel le déni, qui empêchent parfois d'être en contact avec certaines vérités. Je suis pour l'information la plus complète du patient. Mais il faut veiller à ne pas forcer les défenses du patient. Tout le monde n'est pas capable à n'importe quel moment d'entendre les choses terribles qui vont lui arriver. Comment donner cette information? Il faut essayer de se situer sur une échelle qui va d'un paternalisme à outrance à l'autre extrême qui consisterait à ne prôner que l'autonomie. Entre les deux, je crois qu'il y a l'alliance thérapeutique. Pour pouvoir dire certaines choses au patient, il faut avant tout qu'il y ait un lien de confiance entre lui et son médecin.» (p. 356).

C'est évidemment sous une forme et en des termes appropriés en fonction de la capacité de discernement et de l'état physique et mental du patient que les informations auxquelles il a en principe droit doivent lui être communiquées.

(1) Voir *supra* les considérations de M. Lelièvre.

Het kan ook gebeuren dat de patiënt niet geïnformeerd wenst te worden, dat hij de sereniteit van de onwetendheid verkiest en aan de dokter of anderen de moeilijke beslissingen waarmee bij geconfronteerd wordt, overlaat(1)(2).

De instemming

26) Nog steeds met betrekking tot de rechten van de patiënt, lijkt het tevens nuttig het principe te formuleren dat geen enkele medische daad gesteld, voortgezet of stopgezet mag worden zonder de vrije en weloverwogen instemming van de patiënt.

Ook hier moet het principe genuanceerd worden: het kan alleen toegepast worden onder hetzelfde voorbehoud als het recht op informatie, namelijk behoudens een dringende noodzaak of andersluidende aanwijzing betreffende de wensen of de toestand van de patiënt.

Deze instemming moet te allen tijde ingetrokken kunnen worden. Opdat de patiënt met kennis van zaken zou handelen, moet de arts hem in voorkomend geval wijzen op de te verwachten gevolgen van zijn beslissing.

De wilsverklaring

27) Tijdens de hoorzittingen werd vaak gesproken over de wilsverklaring aangaande het levenseinde die een patiënt mag vastleggen in het geval hij niet meer bij machte zou zijn zijn wensen uit te drukken, en die in de omgangstaal oneigenlijk «levenstestament» genoemd wordt.

Zeer vele deskundigen hebben het belang van dergelijke richtlijnen benadrukt, maar vermelden erbij dat zij slechts een indicatieve waarde kunnen hebben.

In het wetsvoorstel dat hij ingediend heeft was de heer Monfils terughoudend ten overstaan van een dergelijk document, aangezien «degene die een levenstestament opmaakt, vanzelfsprekend in goede gezondheid verkeert en niet weet of en wanneer hij aan een zware aandoening zal lijden. Hij weet niets af van de maatschappelijke omstandigheden waarin hij op dat ogenblik zal verkeren, hij weet nog niets af van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid en weet al evenmin hoe hij zal reageren op de ziekte. Het ging destijds om de waarde van een levenstestament, ongeacht de leeftijd waarop de patiënt dit had opgesteld. Ik heb toen het voorbeeld aangehaald van een student

Il peut aussi arriver que le patient ne souhaite pas être informé, préférant la sérénité que peut procurer l'ignorance et laisser au médecin ou à d'autres les choix difficiles auxquels sa situation le confronte(1)(2).

Le consentement

26) Toujours pour ce qui concerne les droits du patient, il paraît aussi utile d'énoncer le principe qu'aucun acte médical ne peut être posé, poursuivi ou arrêté sans le consentement libre et éclairé du patient.

Ici encore, le principe doit être nuancé: il ne peut s'appliquer que sous les mêmes réserves que le droit à l'information, c'est-à-dire sauf urgence ou indication contraire tenant aux souhaits ou à la situation du patient.

Ce consentement doit pouvoir être retiré à tout moment. Pour que le patient agisse en connaissance de cause, il faut, dans ce cas, que le médecin l'informe sur les effets prévisibles de sa décision.

Les directives anticipées

27) Il a été beaucoup question, au cours des auditions, des directives anticipées qu'une personne peut arrêter quant aux modalités de sa fin de vie pour le cas où elle ne se trouverait plus en état d'exprimer ses souhaits, et qui, dans le langage courant, sont improprement appelées «testament de vie».

De très nombreux experts ont souligné l'importance de pareilles directives, tout en indiquant qu'elles ne peuvent avoir qu'une valeur indicative.

Dans la proposition qu'il avait déposée, M. Monfils s'était montré réticent à l'égard de pareil document: «Par définition, en bonne santé, le patient ne sait si et quand il sera atteint d'une affection grave. Il ignore l'environnement social dans lequel il évoluera à ce moment, il ne peut préjuger ni de l'évolution de sa personnalité, ni de l'attitude qu'il développera face à la maladie.» Il a précisé par la suite: «On discutait alors de la valeur d'un testament de vie, quel que soit l'âge auquel il était rédigé. J'avais cité l'exemple d'un étudiant de 25 ans qui rédigerait un testament de vie, un soir de sortie, testament que l'on invoquerait lorsqu'il aurait

(1) Zie mevrouw Baum, blz. 162, en mevrouw Cambron-Diez, blz. 165.

(2) Wat de rechten van de familie betreft, zie de opmerkingen van de heer Schoonvaere, blz. 265 en 297.

(1) Voir en ce sens Mme Baum, p. 162, et Mme Cambron-Diez, p. 165.

(2) Quant aux droits de la famille, voir les observations de M. Schoonvaere, pp. 265 et 287.

van 25 die tijdens een avondje stappen een levenstestament heeft opgesteld, dat men zou bovenhalen wanneer de man 65 was.»(1). Dit neemt niet weg dat de aldus aangegeven wens van de patiënt omzichtig geïnterpreteerd moet worden.

Uit de hoorzittingen leidt spreker ook af dat het opstellen van een levenstestament niet overdreven geformaliseerd mag worden. Het is beter de vrije keuze te laten aan de patiënt, die zich kan inspireren op typedocumenten van bijvoorbeeld de ADMD (Franse vereniging voor het recht op waardig sterven). Het spreekt echter vanzelf dat de voorwaarden waaronder de wil uitgesproken wordt de authenticiteit ervan waarborgen.

Ten slotte heeft spreker ook nota genomen van het feit dat het nuttig is de patiënt toe te laten een vertrouwenspersoon aan te wijzen indien hij niet zelf zijn informatie- en instemmingsrecht zou willen of kunnen doen gelden. Niet iedereen denkt eraan zijn richtlijnen op te stellen of te hernieuwen, of kan rekenen op de nodige personen om als getuigen op te treden. «Ook de eenzame mens moet een dergelijke wilsverklaring kunnen opstellen», zei professor Vermeersch (blz. 9).

Dienaangaande kan men verschillende verklaringen uit de hoorzittingen aanhalen:

— Professor Vermeersch: «De voorafgaande wilsverklaring is heel belangrijk voor de arts, want dat kan hem in een richting sturen.» (blz. 7). «Naarmate de garanties rond de wilsverklaring groter zijn, mag de arts er zich met meer vertrouwen op steunen. Naarmate de garanties zwakker zijn, mag de arts er zich minder op steunen. Zelfs de zogenaamd meest progressieven in het Raadgevend Comité voor bioethiek hebben nooit gezegd dat de voorafgaande wilsverklaring noodzakelijkerwijze door de arts moet worden gevolgd. Het is voor de arts een middel tot verschooning, maar hij moet zelf een oordeel vellen ...» (blz. 9). En, als antwoord op een vraag van de heer Remans: «Kent U een betere bescherming tegen euthanasie om economische redenen dan de uitdrukkelijke wilsuiting ... — Neen.» (blz. 22 en 23).

— Professor Van Neste: «Ik hoop dat deze rechtsfiguur zonder meer door alle partijen wordt aanvaard ... In Aanbeveling nr. 14187 van de Raad van Europa over palliatieve zorgen die betrekking heeft op de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van de terminale en ongeneeslijk zieke patiënten, wordt er aangedrongen op de juridische erkenning van de «living will» in de Europese landen.» (blz. 51).

— Professor Schotsmans: «Ik ben geen voorstander van een inbakken van de wilsverklaring in het

65 ans.»(1). Il n'empêche que l'interprétation de la volonté ainsi définie du patient doit se faire avec prudence.

L'intervenant retient aussi des auditions que l'établissement du testament de vie ne doit pas être formalisé outre mesure. Laissons à cet égard la plus grande liberté au patient, qui peut s'inspirer des modèles diffusés par des associations comme l'ADMD. Mais il faut bien entendu que les conditions dans lesquelles est exprimée la volonté garantissent son authenticité.

Enfin, l'intervenant a aussi noté qu'il est utile de permettre au patient de désigner une personne de confiance pour le cas où il ne souhaiterait pas ou ne pourrait pas exercer lui-même ses droits à l'information et au consentement. Tout le monde ne songe pas à établir ou à renouveler ses directives, ou ne dispose pas de personnes susceptibles d'intervenir comme témoins. «La personne qui est seule doit aussi pouvoir rédiger une telle déclaration de volonté.», a indiqué le professeur Vermeersch (p. 9).

Diverses déclarations des personnes entendues méritent d'être rappelées à ce propos.

— Le professeur Vermeersch: «La déclaration de volonté anticipée est très importante pour le médecin, parce qu'elle peut lui indiquer une direction.» (p. 7). «Au fur et à mesure que les garanties autour de la déclaration de volonté augmentent, le médecin peut se fonder sur celle-ci avec plus de confiance. Au fur et à mesure que les garanties sont plus faibles, le médecin peut moins s'y tenir. Même les plus progressistes du Comité consultatif de bioéthique n'ont jamais dit que la déclaration de volonté anticipée doit nécessairement être suivie par le médecin. Elle constitue pour le médecin un moyen d'excuse, mais il doit poser un jugement lui-même, ...» (p. 9). Et, en réponse à une question de M. Remans: «(...) connaissez-vous une meilleure protection contre l'euthanasie pour des raisons économiques que l'expression de volonté formelle ... — Non.» (p. 22 et 23).

— Le professeur Van Neste: «J'espère que cette formule juridique est acceptée sans plus par toutes les parties. Dans la Recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe sur les soins palliatifs qui se rapporte à la protection des droits de l'homme et la dignité des patients en phase terminale et atteints de maladies incurables, on insiste sur la reconnaissance juridique du «living will» dans les pays européens.» (p. 51).

— Le professeur Schotsmans: «Je ne suis pas partisan de réduire, dans l'acte médical, la déclaration

(1) Als antwoord aan Dr. Vandeville, blz. 295.

(1) En réponse au docteur Vandeville, p. 295.

medisch handelen in de zin van het wettelijk inbakken. Je kan nooit voorspellen hoe je zal evolueren in situaties die je als bewuste, gezonde mens niet kunt voorzien. Ik heb zelf de wilsverklaring «de dood op papier», de kille dood van het papier genoemd. Wat er op de laatste ogenblikken gebeurt tussen de arts en patiënt is te belangrijk om dat zomaar op papier vast te leggen en dat nadien bureaucratisch te laten opvolgen. Als er dan toch een regeling moet komen, zou ik er daarom bijna om smeken de figuur van de vertrouwenspersoon daarbij te betrekken. Dat lijkt me veel meer toetsbaar aan de dagelijkse medische praktijk. Er waren heel wat vragen over wat die vertrouwensfiguur dan precies kan doen, maar het belangrijkste lijkt me dat die er is, dat er iemand kan optreden als vertegenwoordiger van de patiënt. Hij moet daarbij ook weer niet alles uitvoeren, maar samen met de arts de situatie voortdurend evalueren. Die werkwijze kan het strikte van het papier wat tussen haakjes plaatsen. De medische realiteit is trouwens te complex om die met een wilsverklaring op papier te zetten.» (blz. 123)(1).

— Dokter Philippart: «De mogelijkheid van een voorafgaande wilsverklaring roept eveneens enkele vragen op. Eerst en vooral kan haar inhoud, voor zover ze alle mogelijkheden van levensbeëindiging vermeldt, inderdaad nuttig en indicatief zijn als het ogenblik gekomen is, maar de arts, die toch een belangrijke rol speelt, moet bij de redactie al zijn mening kunnen geven en op de grenzen van zijn optreden kunnen wijzen. Overigens houdt deze verklaring geen rekening met een mogelijke veranderde geestesgesteldheid van de opsteller of met zijn bewustzijnsniveau. Is er geen reeks van intermediaire toestanden mogelijk tussen volledig bewustzijn en volledig onbewustzijn? Op dezelfde wijze zijn belangrijke veranderingen in de gemoedstoestand van de opsteller van een wilsverklaring mogelijk tussen het moment dat hij de verklaring opstelt, bijvoorbeeld na een overlijden dat hem bijzonder getroffen heeft, en het moment van zijn eigen levenseinde. De overtuiging die hij gisteren had, kan zich wijzigen als hij geconfronteerd wordt met zijn eigen levenseinde, een realiteit die hij zich vroeger niet kon voorstellen.» (blz. 80).

— Dokter Hache: «Sterke twijfels hebben we ook over de waarde van een wilsbeschikking die jaren op voorhand werd opgemaakt, op een moment dat de patiënt nog volledig helder van geest, *compos mentis*, was. Iedere arts, zowel ziekenhuisarts als huisarts, ervaart dat de geestesgesteldheid omtrent te nemen

de volonté dans le sens d'une réduction légale. On ne peut jamais prédire comment on va évoluer dans des situations qu'en tant qu'être conscient et sain, on ne peut prévoir. J'ai moi-même appelé la déclaration de volonté «la mort sur papier», la mort froide du papier. Ce qui se passe dans les derniers moments entre le médecin et le patient est trop important pour être simplement consigné sur papier et pour pouvoir faire ensuite l'objet d'un suivi bureaucratique. C'est pourquoi, si une réglementation devait malgré tout s'imposer, je supplierais presque qu'une personne de confiance soit associée à ce processus. Cela me semble beaucoup plus facile à concilier avec la pratique médicale quotidienne. Il y avait beaucoup de questions concernant les tâches précises de cette personne de confiance, mais le plus important pour moi est que cette personne soit présente, que quelqu'un puisse intervenir en tant que représentant du patient. À nouveau, cette personne ne doit pas agir seule, mais doit, avec le médecin, évaluer la situation en permanence. Cette stratégie permet en quelque sorte de reléguer au second plan l'aspect strictement «papier». La réalité médicale est d'ailleurs trop complexe pour être reprise sur papier dans une déclaration de volonté.» (p. 123)(1).

— Le docteur Philippart: «... la possibilité d'une déclaration anticipée suscite également quelques questions. D'abord son contenu, dans la mesure où il évoque toutes les possibilités de vie finissante, peut en effet être utile et indicatif le moment venu mais, le médecin étant un acteur indispensable devrait pouvoir, dès le moment de la rédaction, exprimer clairement son propre point de vue et la limite de ses interventions. Par ailleurs, cette déclaration ne présume pas du changement possible de l'état d'esprit du déclarant ni du niveau de sa conscience. Entre la lucidité parfaite et l'inconscience complète, n'y a-t-il pas une gamme d'états intermédiaires? De même entre l'état de pensée au moment de la rédaction souvent survenue au lendemain d'une mort qui a frappé le déclarant et celui du moment où débute sa propre fin de vie, d'importants changements sont possibles. La conviction d'hier peut s'émousser au contact de sa propre réalité, ce dont le patient n'aura pu prendre conscience avant.» (p. 80).

— Le docteur Hache: «Nous avons des doutes importants en ce qui concerne la valeur d'un testament de vie qui a été établi des années à l'avance, à un moment où le patient était encore entièrement lucide, *compos mentis*. Chaque médecin, tant le médecin d'hôpital que le médecin de famille, fait l'expérience

(1) Zie ook blz. 128, waar de vertrouwenspersoon wordt beschouwd als iemand die borg staat voor de juiste interpretatie van de richtlijnen.

(1) Voir aussi p. 128, où la personne de confiance est conçue comme une garantie d'interprétation des directives.

maatregelen op het einde van het leven, kan veranderen naarmate dit nader komt. Heel veel mensen die met ons en meer nog met hun huisarts over euthanasie spreken, spreken daar met geen woord meer over wanneer ze in een terminaal stadium komen. Niet omdat ze dement of wilsonbekwaam geworden zijn, maar omdat ze zeer goed opgevangen worden door hun omgeving, omdat ze de aanwezigheid van de mensen die hen omringen zeer intens beleven en daar op dat ogenblik uitzonderlijk veel belang aan hechten. Daarom hechten we geen geloof aan dergelijke wilsbeschikkingen. We hebben daar zelf zeer slechte ervaringen mee.» (blz. 86; zie ook blz. 100).

— Professor Baum: «Het gaat erom te zeggen welke behandeling men wil geven aan zijn patiënt en hoe men het naderende levenseinde van de patiënt ziet met betrekking tot zijn ziekte.» (blz. 162).

— Mevrouw Sabine Henry: «In Groot-Brittannië pleit (het Alzheimerverbond) eveneens voor een wilsbeschikking, voor voorafgaande richtlijnen, voor het aanwijzen van een referentiepersoon ...» (blz. 165) «De vertrouwenspersoon is de getuige en de woordvoerder van de zieke. Deze persoon werd tijdens de periode van helderheid gekozen en heeft van de zieke het recht gekregen om beslissingen te nemen in zijn plaats. Hij is op de hoogte van de verwachtingen van de persoon. Het is een rol die hier niet goed is ontwikkeld, maar in Canada is het normaal en wij kunnen er ons misschien laten door inspireren.» (blz. 168).

Zie de documenten ingediend door mevrouw Herremans en de heer Favvys en hun toelichting daarbij, blz. 181, 185, 186, 204 en 207.

— Dokter Vincent: «Deze bieden geen echte oplossing, ook al vormen ze een stukje van de puzzel.» (blz. 234).

— Dokter Vandeville: «De wilsverklaring kan niet als een wettelijke verbintenis worden beschouwd, maar kan misschien een rol spelen bij de discussie over de laatste levensfase. Wat is immers de waarde van deze uitdrukkelijke verklaring, als men geen rekening kan houden met de reële situatie op het moment dat men moet ingrijpen?» (blz. 295).

— Dokter Roelandt: «De wilsverklaring kan belangrijk zijn. Om de twijfels rond de wilsverklaring weg te nemen, kan men in de wilsverklaring de namen laten akteren van personen die in nauw contact staan met de betrokkene en die deze persoon kunnen vertegenwoordigen in situaties waarin die daartoe zelf niet meer in staat is.» (blz. 303).

— Dokter Cosyns: «Dit begrip is ... cruciaal ... Een behandelingsbeschikking is in de eerste plaats een vorm van overlegovereenkomst. Bij voorkeur worden bij deze overeenkomst nog andere personen betrokken, namelijk de directe familieleden, de echtgenoot, de vriend/in ... Ik neem zelf het initiatief om deze

que l'état mental concernant les mesures à prendre en fin de la vie peut se modifier au fur et à mesure que celle-ci se rapproche. Beaucoup de personnes qui nous parlent d'euthanasie, et c'est encore plus vrai lorsqu'elles en parlent à leur médecin de famille, n'en disent plus un mot lorsqu'elles se trouvent au stade terminal. Non parce qu'elles sont devenues incapables d'exprimer leur volonté, mais parce qu'elles sont très bien prises en charge par leur entourage, parce qu'elles vivent la présence des personnes qui les entourent de façon très intense et qu'à ce moment-là, elles accordent à cet aspect énormément d'importance. C'est pourquoi nous ne croyons pas en de tels testaments de vie. Nous avons eu nous-mêmes de très mauvaises expériences à cet égard.» (p. 86; voir aussi p. 100).

— Le professeur Baum: «Il s'agit de dire quel projet thérapeutique on veut établir avec le patient et comment, face à sa maladie, on imagine sa fin de vie.» (p. 162).

— Mme Sabine Henry: «En Angleterre, (la ligue Alzheimer) préconise aussi le testament de vie, les directives anticipées, la désignation d'une personne référante ...» (p. 165). «La personne de confiance est le témoin et le porte-parole de la personne malade. Elle a été choisie par la personne pendant sa période de lucidité et a reçu le droit de prendre des décisions à sa place. Elle est détentrice des aspirations de la personne elle-même. C'est un rôle qui n'est pas très développé ici, mais au Canada c'est chose courante et nous pouvons peut-être nous en inspirer.» (p. 168).

Voir aussi les documents déposés par Mme Herremans et M. Favvys et leurs commentaires, pp. 181, 185, 186, 204 et 207.

— Le docteur Vincent: «Ce n'est pas vraiment la solution, même si c'est peut-être une petite pièce à ajouter au puzzle.» (p. 234).

— Le docteur Vandeville: «En ce qui concerne la déclaration anticipée, elle ne peut tenir lieu d'obligation légale, mais elle peut être un indice dans la discussion concernant la fin de vie. Quelle serait en effet la portée d'une telle démarche expresse qui ne peut tenir compte de la situation réelle au moment de l'acte?» (p. 295).

— Le docteur Roelandt: «Le testament de vie peut être important et afin de lever les doutes relatifs au testament de vie, on peut acter dans ce testament les noms de personnes qui sont en contact étroit avec la personne concernée et peuvent la représenter dans certaines situations où elle ne serait plus capable de s'exprimer elle-même.» (p. 303).

— Le docteur Cosyns: «Cette notion est en effet cruciale ... Une déclaration de volonté relative au traitement constitue en premier lieu un accord de concertation. D'autres personnes, notamment les proches, le conjoint, les amis, sont de préférence impliqués dans cet accord. Je prends moi-même l'initiative d'associer

mensen bij het overleg te betrekken. De behandelingsbeschikking of wilsverklaring zou moeten deel uitmaken van het medisch dossier.» (1).

— Mevrouw Diricq: «Wat het levenstestament betreft, denk ik dat men ermee rekening kan houden, maar dat dit niet het enige element is waarop men moet steunen. (...) Het levenstestament geeft dus een aanwijzing, meer niet.» (blz. 359).

— Dokter Clumeck, blz. 390: «(Het levenstestament) heeft onmiskenbaar een betekenis voor de patiënt zelf. Voor sommige patiënten is het zeer belangrijk om zich onder bepaalde omstandigheden een beeld te vormen van hun toekomst die ik dan als een soort waangedachte van de dood moet bestemmen, want de dood dient zich niet aan. In die waanvoorstelling zien sommige mensen zich niet in omstandigheden die strijdig zouden zijn met hun waardigheid of hun wensen. Het is zeer belangrijk om de verzoeken te aanhoren en om nota te nemen van het levenstestament. Deze laatste wilsbeschikking geeft mijns inziens echter niets meer dan een indicatie.» (blz. 390).

— Dokter Van Camp: «Met een wilsverklaring kunnen we op een aantal voorwaarden wel rekening houden. Ze moet repetitief zijn, afgelegd in het bijzijn van getuigen, ze moet recent zijn, zoals in het voorstel terzake wordt beschreven. De toepassing ervan verschilt naargelang van de ziekte. Kanker is een evolutieve ziekte met een duidelijke eindrichting, zij het een negatieve. Iets totaal anders is een patiënt die plots een hersenbloeding krijgt. Onlangs had ik zo'n patiënt die lang voordien een wilsverklaring had afgelegd of alleszins met veel getuigen erbij iets dergelijks gezegd, maar die na de hersenbloeding niet meer naar euthanasie vroeg. Zulke patiënten maken nochtans juist dan een situatie door waarvan ze in hun wilsverklaring gezegd hadden dat ze die niet wilden aanvaarden. Uiteraard zal geen enkele arts dan toch euthanasie toepassen.» (blz. 429).

— Dokter Van den Eynden: «... (er dient) een regeling inzake wilsbeschikking, de zogenaamde «advanced directives», te worden uitgewerkt» (blz. 13).

— Dokter Distelmans: «Ik vind de wilsverklaring een zeer waardevol element voor de uiteindelijke besluitvorming, alhoewel het niet het ultieme document is. Men zal er wettelijk nooit iets kunnen mee afdwingen, maar zoals ik zei, staan de zorgverleners op het terrein vaak met de rug tegen de muur. Zij moeten vaak beslissingen nemen waar ze zich niet zo goed bij voelen. Een levenstestament kan de eindbeslissing in een of andere richting beïnvloeden. Hoe meer beslissingselementen er zijn, hoe beter.» (blz. 73).

ces personnes à la concertation. La déclaration de volonté relative au traitement ou déclaration anticipée devrait faire partie du dossier médical.» (1).

— Mme Diricq: «Je pense que ce testament est un élément dont on peut tenir compte, mais qu'il n'est certainement pas le seul sur lequel se baser ... Le testament de vie est donc un indice, sans plus.» (p. 359).

— Le docteur Clumeck, p. 390: «(Le testament de vie) a certainement un sens pour le patient. Pour certains patients, il est très important de pouvoir se projeter dans un avenir, dans certaines circonstances, dans ce que je suis obligé d'appeler un «fantasme de mort», puisque la mort n'est pas là. Dans ce fantasme de mort, certaines personnes ne s'imaginent pas plongées dans des circonstances qu'elles jugent contraires à leur dignité et à leur souhait. Il est très important d'entendre les demandes et de prendre note du testament de vie. Pour moi, ce testament de vie n'est toutefois qu'une indication.» (p. 390).

— Le docteur Van Camp: «Nous pouvons en effet soumettre la déclaration anticipée à un certain nombre de conditions. Comme le prévoit la proposition de loi, elle doit être répétée, récente et faite devant témoins. Son application est toutefois subordonnée à la nature de la maladie. Le cancer est une maladie évolutive dont l'issue négative, voire fatale est évidente. Il en va tout autrement d'un patient soudain frappé d'une hémorragie cérébrale. J'ai récemment eu le cas d'un patient qui avait fait longtemps auparavant une déclaration anticipée ou qui avait en tout cas dit quelque chose de ce genre en présence de nombreux témoins. Après son hémorragie cérébrale, il n'a plus demandé l'euthanasie. De tels patients sont pourtant confrontés à la situation inacceptable qu'ils avaient envisagée dans leur déclaration anticipée. Il est évident que dans ce cas, aucun médecin ne pratiquera malgré tout l'euthanasie.» (p. 429).

— Le docteur Van den Eynden: «(...) il convient d'élaborer une réglementation relative à la déclaration de volonté, ce que l'on appelle les *advanced directives*» (p. 13).

— Le docteur Distelmans: «Je trouve que la déclaration de volonté est un élément précieux pour la prise de décision finale, bien que ce ne soit pas le document ultime. On ne pourra jamais le rendre obligatoire légalement, mais comme je l'ai déjà dit, sur le terrain, les dispensateurs de soins se trouvent souvent au pied du mur. Ils doivent souvent prendre des décisions qui ne leur plaisent pas. Un testament de vie pourrait influencer la décision finale dans l'un ou l'autre sens. Plus on dispose d'éléments de décision, mieux cela vaut.» (p. 73).

(1) Blz. 323 en 324; zie ook blz. 327.

(1) Pp. 323 et 324; voir aussi p. 327.

— Professor Bron: «Voor patiënten die bewusteloos zijn of wier bewustzijn te zeer aangetast is om nog een duidelijk en ondubbelzinnig verzoek toe te staan, lijkt de enige mogelijke oplossing mij de voorafgaande wilsverklaring (het levenstestament) met een gemandateerde die voor de uitvoering moet instaan. Uiteraard mag tussen het moment dat deze verklaring is opgesteld of herzien en het intreden van de bewusteloosheid niet te veel tijd verlopen zijn, zodat de waarde niet betwist kan worden.» (blz. 131).

— Mevrouw Cambron-Diez: «Het is een van de delen van de puzzel op het ogenblik waarop men de vraag van de patiënt ontleedt. (...) Ik heb de woorden van (de heer Verstraete) die hier getuigd heeft, ten eerste op prijs gesteld.» (blz. 172).

— De heer Messine heeft gesproken over «*Jean Barrois*» van Roger Martin du Gard, «een filosofische roman in de vorm van een dialoog waarvan de hoofdpersoon, die grootgebracht in de katholieke godsdienst, als adolescent zijn geloof verliest, een bittere antiklerikaal wordt en een soort testament schrijft waarin hij verkondigt dat hij elke priester verbiedt hem te benaderen op zijn stervensuur. Heel zijn leven lang bewaart hij die houding die hij telkens wanneer hij kan publiekelijk hernieuwt. En dan, op de dag van zijn doodstrijd, is hij het die om bijstand van een priester vraagt. Ik ben getroffen door het parallelisme tussen deze situatie en die van het «levenstestament»: het toont dat men op het laatste ogenblik van gedachte kan veranderen. Hoe kan men er zich van vergewissen dat de persoon die niet meer bij bewustzijn is op het ogenblik dat men klaarstaat om, overeenkomstig de richtlijnen die hij gegeven heeft, een einde aan zijn leven te maken, niet van gedachte veranderd is alvorens zijn bewustzijn te verliezen?» (blz. 211).

Verplichting voor de arts om zijn standpunt bekend te maken

28) Het is bekend dat er artsen en instellingen zijn die uit principe elke euthanasiepraktijk afwijzen(1).

De patiënt moet worden ingelicht over de principiële houding van zijn arts. Professor Schotsmans heeft dit recht bevestigd: «Het zou mij irriteren als een arts zou weigeren zijn ethische overtuiging aan de patiënt bekend te maken.» (blz. 119).

Bijgevolg moet de arts, die uit principe meent niet te kunnen ingaan, geheel of gedeeltelijk, op de wensen van de patiënt in verband met het verloop van diens levenseinde, ertoe worden verplicht daarover inlichtingen te geven wanneer hij door de patiënt wordt ondervraagd.

(1) Zie in dat verband de heer Schoonvaere, blz. 276, en dokter Vandeville, blz. 293.

— Le professeur Bron: «Quant aux patients inconscients ou ceux dont l'état de conscience est trop altéré pour permettre une demande claire et sans équivoque, je dirai seulement qu'il me semble que la seule solution possible, ... pour qu'ils puissent se faire entendre est celle de la déclaration anticipée de volonté, ... avec un mandataire garant de cette déclaration. Bien sûr, cette déclaration doit être rédigée ou revue à un moment suffisamment proche de l'état d'inconscience pour que sa valeur ne soit pas contestée.» (p. 131).

— Mme Cambron-Diez: «C'est l'un des éléments qui doit faire partie du puzzle au moment où on décode la demande du patient, ... J'ai beaucoup apprécié les propos (de M. Verstraete) qui a témoigné ici.» (p. 172).

— M. Messine a évoqué *Jean Barrois* de Roger Martin du Gard, «roman philosophique sous forme de dialogue dont le héros, élevé dans la religion catholique, perd la foi au cours de son adolescence, devient un anticlérical farouche, et écrit une forme de testament dans lequel il proclame qu'il interdit à tout prêtre d'approcher de lui à l'heure de sa mort. Tout au long de sa vie, il se tient à cette attitude qu'il renouvelle chaque fois qu'il le peut, publiquement. Et puis, le jour où il agonise, c'est lui qui demande le secours du curé. Je suis frappé par le parallèle entre cette situation et celle du «testament de vie»: il montre qu'on peut changer d'avis à la dernière minute. Comment s'assurer que celui qui n'est plus conscient au moment où l'on s'apprête à mettre fin à sa vie conformément aux directives qu'il a données n'a pas changé d'avis avant de sombrer dans l'inconscience?» (p. 211).

Obligation pour le médecin de dévoiler sa position

28) On sait qu'il y a des médecins et des institutions qui, par principe, refusent toute pratique de l'euthanasie(1).

Le patient doit pouvoir être éclairé quant à la position de principe de son médecin. Le professeur Schotsmans a confirmé ce droit: «Cela m'irriterait qu'un médecin refuse de communiquer ses convictions éthiques au patient.»(p. 119).

Par conséquent, le médecin qui estime, par principe, ne pas pouvoir répondre à tout ou partie des souhaits du patient quant aux modalités de sa fin de vie, doit être tenu de l'en informer lorsque le patient l'interroge à ce sujet.

(1) Voir à ce sujet M. Schoonvaere, p. 276, et le docteur Vandeville, p. 293.

Voorwaarden voor het levensbeëindigend handelen

Verplichting tot bijstand

29) Een algemeen principe van positief medisch handelen kan volgens de spreker als beginsel gelden: bij het levenseinde is de arts aan de patiënt volledige morele en medische bijstand — genezend of palliatief — verschuldigd teneinde zijn fysieke en morele lijden te verzachten en zijn waardigheid te vrijwaren.

Geen hardnekkig voortzetten van nutteloze behandelingen

30) Ondanks het feit dat iedereen het erover eens is dat het hardnekkig voortzetten van nutteloze behandelingen ongerechtvaardigd is, en ondanks de overtuiging van sommigen dat het niet bestaat, blijkt uit sommige getuigenissen dat bepaalde medische behandelingen nog steeds tot deze categorie gerekend kunnen worden, en soms zelfs uit eigenbelang toegepast worden.

«In het ziekenhuis is nog heel vaak sprake van hardnekkig voortzetten van nutteloze behandelingen, een fenomeen dat in theorie door iedereen wordt verworpen. Deze houding van de geneeskunde veroorzaakt nutteloos lijden voor de patiënt, wekt de bezorgdheid op van het grote publiek en maakt dat zieken en gezonden denken aan euthanasie», verklaarde mevrouw Pesleux (blz. 189).

Mevrouw Aubry weet dit aan een miskenning van de palliatieve zorgverlening of aan een weigering van sommige artsen om hun grenzen te erkennen: «... op sommige plaatsen worden mensen nog steeds geconfronteerd met therapeutische verbetering, niet alleen omdat het aan palliatieve kennis ontbreekt maar ook omdat hulpverleners niet tijdig erkennen dat de patiënt in een palliatieve fase is gekomen, of omdat de hulpverleners nog niet hebben leren omgaan met het gevoel te falen» (blz. 362).

Dokter Bouckenaere heeft een verontrustende getuigenis afgelegd door een uitspraak van de kabinetschef van de minister van Volksgezondheid, mevrouw Magda Aelvoet, te citeren: «De therapeutische hardnekkigheid zal blijven bestaan zolang de ziekenhuizen worden gesubsidieerd op basis van technische prestaties.» (blz. 42)(1).

Het lijkt spreker dus niet overbodig te stellen dat de arts moet afzien van elke handeling die niet redelijkerwijze de gezondheid of de toestand van de patiënt kan verbeteren, meer bepaald handelingen die onnodig zijn of niet in verhouding staan tot zijn toestand, in die zin dat zij volgens de nieuwste ontwikkelingen in

Conditions des actes de fin de vie

Obligation d'assistance

29) Un principe général d'action médicale positive paraît à l'intervenant pouvoir être exprimé liminairement: le médecin doit au patient en fin de vie toute assistance morale et médicale, curative ou palliative, pour soulager ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité.

Pas d'acharnement thérapeutique

30) Si l'accord est unanime sur le fait que l'acharnement thérapeutique ne se justifie pas, et malgré la conviction d'aucuns qu'il n'existerait pas, il demeure que, d'après certains témoignages, certains actes médicaux relèvent toujours de cette pratique, et parfois même dans un but intéressé.

«L'acharnement thérapeutique, unanimement rejeté aujourd'hui dans le discours, reste présent en milieu hospitalier. Cette attitude médicale engendre une souffrance inutile pour le patient, une peur parmi le public et suscite la demande d'euthanasie chez les malades comme chez les bien portants», a déclaré Mme Pesleux (p. 189).

Mme Aubry a imputé cet acharnement à une méconnaissance des soins palliatifs ou à un refus de reconnaître leurs limites dans le chef de certains médecins: «(...) à certains endroits, des personnes sont toujours confrontées à l'acharnement thérapeutique, non seulement parce que les connaissances en matière de soins palliatifs sont insuffisantes, mais aussi parce que les soignants ne reconnaissent pas assez rapidement que le patient a atteint la phase palliative, ou parce qu'ils n'ont pas encore apprivoisé le sentiment d'échec.» (p. 362).

De son côté, le docteur Bouckenaere a livré un témoignage inquiétant en rapportant cette considération du chef de cabinet de la ministre de la Santé publique, Mme Magda Alvoet, selon lequel «tant que les hôpitaux resteraient subventionnés sur base des actes techniques, l'acharnement thérapeutique persisterait.» (p. 42)(1).

Il ne paraît dès lors pas inutile à l'intervenant qu'il soit posé que le médecin doit s'abstenir de tout acte qui ne puisse raisonnablement contribuer à améliorer la santé ou la situation du patient, et plus particulièrement de tous actes inutiles ou disproportionnés par rapport à son état, en ce qu'ils n'offriraient, au regard

(1) Zie ook professor Vincent, blz. 243.

(1) Voir dans le même sens le professeur Vincent, p. 243.

de geneeskunde geen enkel redelijk uitzicht bieden op genezing, verbetering, of verzachting van het lijden, maar alleen bedoeld zijn om de dood uit te stellen.

Algemeen principe. Mening van het verplegend team en van derden

31) Uit de hoorzittingen leidt spreker ten slotte een algemene regel af die in alle handelingen betreffende het levenseinde van de patiënt (therapeutische ont-houding of stopzetting van de behandeling, gecontro-leerde sedatie, euthanasie) in acht genomen moet worden: de arts moet in geweten handelen, volgens de huidige stand van de genees- en verpleegkunde en volgens de algemeen aanvaarde principes van het medisch handelen, met inachtneming van de rechten van de patiënt, van het advies van het verplegend team en, in de mate van het mogelijke, van het eventuele advies van derden.

32) Het betrekken van de verplegende teams bij de beslissingen aangaande het levenseinde lijkt mij, althans principieel, absoluut noodzakelijk, met dien verstande dat de arts steeds de eindbeslissing neemt en de verantwoordelijkheid draagt voor de levensbeëin-digende handelingen: de arts moet er rekening mee houden, maar is er vanzelfsprekend niet aan gebon-den.

Verskillende deskundigen hebben de noodzaak van zo'n samenwerking benadrukt, en de meesten waren voorstanders van een verplichte raadpleging van het verplegend team.

— Dokter Englert: «Vervolgens bestaat er volgens mij geen enkel verbod voor de arts om de personen te raadplegen van wie hij meent hun advies te moeten vragen. Dat zou totaal in strijd zijn met de logica van het medische advies. Ik heb persoonlijk geen enkel bezwaar dat er een goede samenwerking is met de verpleegsters want ze weten veel dingen over de patiën-ten die de artsen niet weten. Het zou totaal verschil-lend zijn er een verplichting van te maken ... Persoon-lijk ben ik heel terughoudend om van het advies van het verplegend personeel een wettelijke verplichting te maken. Men mag niet overdrijven met procedures, alhoewel in de praktijk dat advies meestal wel wordt gevraagd. De gebeurtenissen die zich in Luik hebben afgespeeld, tonen trouwens hoe de dingen in het te-gengestelde geval aflopen. Conflicten tussen het personeel zijn altijd nadelig voor de patiënt.» (blz. 46). Hij voegt eraan toe: «... ik zou niet de indruk willen geven dat ik denk dat de verpleegsters niet moeten worden betrokken ... Ik denk dat men realistisch moet zijn, wat niet wil zeggen dat ik afwij-zend sta tegenover het advies van het verplegend personeel. Ik wil er geen verplicht element van maken omdat ik denk dat dit advies niet toepasselijk is op alle situaties en dat men in de praktijk zeer grote moeilijkheden zal ondervinden om te bepalen of de

du dernier état de l'art de guérir, aucune perspective raisonnable de guérison, d'amélioration ou de soula-gement de ses souffrances, mais n'auraient pour objet que de retarder le décès.

Principe général. Avis de l'équipe soignante et de tiers

31) L'intervenant dégage enfin des auditions une règle générale qui doit être respectée dans tous les actes relatifs à la fin de vie du patient, quels qu'ils soient (abstention ou arrêt thérapeutique, sédation contrôlée, euthanasie): le médecin doit agir en cons-cience, selon le dernier état de l'art de guérir et de soigner et les principes de bonne conduite médicale généralement reconnus, dans le respect des droits du patient, et en tenant compte de l'avis de l'équipe soignante et, dans toute la mesure du possible, de l'avis de tiers susceptibles d'être utilement consultés.

32) L'association de l'équipe soignante aux déci-sions de fin de vie me paraît, du moins en principe, un impératif, sous cette réserve que la décision finale, et la responsabilité des actes de fin de vie, appartient toujours au médecin: il doit en tenir compte, mais n'est évidemment pas lié par elle.

Divers experts ont souligné la nécessité de cette association, et la plupart se sont déclarés partisans de donner à la consultation de l'équipe soignante un caractère impératif.

— Le docteur Englert: «... à mon sens, il n'existe aucune interdiction pour le médecin de consulter les personnes dont il estime devoir prendre l'avis. Ce serait parfaitement contraire à la logique de la consul-tation médicale, y compris de l'équipe soignante. Je n'ai personnellement aucune objection à ce qu'il y ait une communauté, dans la mesure où elle existe en milieu hospitalier, avec les infirmières car elles connaissent beaucoup de choses que les médecins ignorent à propos des patients. Ce serait tout à fait différent d'en faire une obligation, ... Je suis person-nellement très réticent à faire de la consultation de l'équipe soignante une obligation légale. Je pense que ce serait une «procéduralisation». En pratique, la plupart du temps, c'est quand même comme cela que ça se passe. Le cas vécu à Liège montre d'ailleurs comment les choses se terminent dans le cas contraire. Les conflits à l'intérieur d'une équipe sont toujours préjudiciables au patient.» (p. 46). Il ajoute: «... je ne voudrais pas donner le sentiment que je pense que les infirmières ne doivent pas être impliquées, ... Je crois qu'il faut être réaliste, ce qui ne veut pas dire que je suis opposé à la consultation de l'équipe soignante. Je suis opposé à en faire un élément obligatoire parce que je pense qu'elle ne s'applique pas à toutes les situations et que, dans la pratique, vous aurez de très

arts al dan niet aan die verplichting heeft voldaan.» (blz. 46).

— Professor Schotsmans: «Zelfs de meest eenvoudige medische ingreep wordt omstandig met adviezen en contacten voorbereid; waarom dan niet als men een onomkeerbare beslissing neemt?» (blz. 46).

— Dokter Bouckaenaere: «Over ethische vragen nopens het levenseinde moet verplicht vooraf een gemeenschappelijke bespreking worden gehouden met het verzorgend team en, indien mogelijk, ook met de naasten van de patiënt. In de meest complexe gevallen zoals een aanhoudend verzoek om euthanasie, lijkt het mij nuttig om over een cel te beschikken die adviseert bij het nemen van beslissingen.» (blz. 31). «Daarom zou ik willen dat het collegiaal overleg bij wet wordt opgelegd.» (blz. 36)(1).

— Dokter Clumeck, blz. 393: «Mijns inziens moet de raadpleging van het verzorgend team verplicht worden gemaakt.»

— Mevrouw Aubry: «Verpleegkundigen vragen hier formele inbreng. Zij vragen niet het laatste woord, zij willen niet het beslissingsrecht, maar zij verwachten een transparant overleg en een consequent beeld.» (blz. 365).

— Dokter Mullie: «De PZ equipe is ons inziens, zeker bij (pre)terminale patiënten, de meest geschikte ethische instantie voor advies, bedside en met interdisciplinaire ervaring.» (blz. 445). «Ook voor de arts die tot euthanasie overgaat, is het heel belangrijk om te kunnen terugvallen op een team.»

— Mevrouw Pesleux: «Om zo'n verzoek te analyseren en er een aangepast antwoord op te geven, is overleg nodig tussen alle personen die contact hebben met de patiënt. Vanuit hun specifieke ervaring en hun bijzonder contact met de zieke en zijn familie, kunnen de verpleegsters daarbij een belangrijke rol spelen. Samen met de andere paramedici dragen zij zo bij tot een algemene benadering van de patiënt. Doordat zij veel tijd in de dienst doorbrengen en intieme en voortdurende zorg verlenen aan de patiënten, hebben de verpleegsters vaak een nauwe band met de patiënten en kunnen zij veel informatie over hen verstrekken ... Een beslissing genomen door de arts alleen zonder overleg met het verplegend team, druist in tegen de pluridisciplinaire aanpak die momenteel in de geneeskunde wordt aanbevolen. Het lijkt mij ondenkbaar om één persoon met zo'n zware beslissing te belasten ... Overleg beschermt tegen willekeur.» (blz. 185).

— Professor Dalcq: «... denk ik dat het wenselijk is dat een arts zich laat voorlichten vooraleer een

grosses difficultés à définir que le médecin a accompli cette partie-là de l'exigence.» (p. 46).

— Le professeur Schotsmans: «Même l'intervention médicale la plus simple est préparée en détail au moyen d'avis et de contacts, alors pourquoi cela ne serait-il pas le cas lorsqu'il s'agit de prendre une décision irréversible?» (p. 46).

— Le docteur Bouckaenaere: «Les questions éthiques relatives à la fin de vie réclament impérativement une discussion collégiale préalable impliquant l'équipe soignante, si possible les proches du patient et, dans des cas plus complexes, telles qu'une demande d'euthanasie persistante, il me semblerait utile de disposer de cellules d'aide à la décision.» (p. 31). «Je souhaiterais qu'une législation rende obligatoire la consultation collégiale, ...» (p. 36)(1).

— Le docteur Clumeck, p. 393: «À mon avis, la consultation de l'équipe soignante devrait être impérative.»

— Mme Aubry: «Les infirmières demandent ici une contribution formelle. Elles ne réclament pas le dernier mot, ni le droit de prendre la décision, elles veulent une concertation transparente et une politique cohérente.» (p. 365).

— Le docteur Mullie: «L'équipe de SP est à notre sens, *a fortiori* chez les patients (pré)terminaux, l'instance la plus appropriée sur le plan éthique, vu son expérience interdisciplinaire, lorsqu'il s'agit de fournir un avis et d'assurer les soins au lit du patient» (p. 445). «Pour le médecin qui pratique l'euthanasie, il est très important de pouvoir compter sur une équipe.»

— Mme Pesleux: «Décoder la demande et y apporter une réponse adaptée nécessitent une concertation entre tous les acteurs qui ont un contact avec le patient. Parmi ces acteurs, les infirmières ont une compétence, une expérience scientifique et une approche particulière de la personne malade et de sa famille. Elles participent ainsi, avec les autres paramédicaux, à l'approche globale du patient. De plus, par leur présence prolongée dans le service, par les soins intimes et réguliers aux patients, les infirmières sont souvent très proches de ceux-ci et détentrices de pas mal d'informations à leur sujet, ... La prise de décision par le médecin, sans concertation avec l'équipe soignante, va à l'encontre de la prise en charge pluridisciplinaire prônée aujourd'hui en médecine. Il nous paraît impensable de laisser une décision aussi grave sur les épaules d'un seul homme. La concertation est un barrage contre l'arbitraire.» (p. 185).

— Le professeur Dalcq: «Je crois effectivement qu'il est souhaitable qu'un médecin puisse s'éclairer

(1) Zie ook de vraag van mevrouw de T' Serclaes aan dokter Bouckaenaere, blz. 39.

(1) Voir aussi la question de Mme de T' Serclaes au docteur Bouckaenaere, p. 39.

beslissing te nemen over de zorg die het leven van een zieke kan verkorten. Het volledige verzorgend team, zowel verpleegsters als artsen, moet zich dus beraden over de vraag of de patiënt zich al dan niet in een ongeneeslijke toestand bevindt. Deze toestand moet zo mogelijk worden bevestigd door een andere arts. De familie of naasten moeten ingelicht worden, indien dat psychologisch mogelijk is, en moeten hun advies kunnen geven. We moeten echter niet te veel in details treden, omdat elk geval anders is. Het verzorgend team moet in die gevallen een overlegcel zijn, geen beslissingcel ... Juridisch maakt dit overleg het de arts mogelijk zich te verantwoorden als hem iets wordt verweten, maar de overlegcel is geen rechtbank.» (blz. 249).

Handelingen die het sterven kunnen bespoedigen

33) Over het verschil tussen gecontroleerde sedatie en euthanasie in de strikte betekenis van het woord kunnen de meningen uiteenlopen, maar in de praktijk maakt men nog steeds een onderscheid tussen de medische handelingen die het sterven kunnen bespoedigen door het toedienen van verschillende stoffen, de handelingen die als secundair gevolg hebben dat het sterven bespoedigd wordt, en de handelingen die er specifiek op gericht zijn het sterven te bespoedigen.

Niemand betwist dat de handelingen van eerste soort geoorloofd zijn, maar dat betekent niet dat ze niet omkaderd moet worden.

In dit verband kan men professor Baum citeren: «Volgens mij is euthanasie enkel wettig wanneer de patiënt dit vraagt, hetzij door middel van voorafgaande richtlijnen hetzij rechtstreeks aan zijn geneesheer. Ik stel enkel vast dat, bij verschrikkelijke dilemma's waar de geneesheren mee geconfronteerd worden, de niet-vrijwillige euthanasie de minst slechte oplossing blijkt te zijn. Om aan deze willekeur te ontsnappen denk ik dat deze beslissing omkaderd moet worden, zodat ze niet genomen wordt op het moment dat men de controle verliest.» (blz. 150).

De tweede soort handelingen lijkt ook aanvaard te zijn, tenminste wanneer de dood onvermijdelijk is en een aantal voorwaarden vervuld zijn.

Voorwaarde waaronder euthanasie kan worden toegepast

34) Spreker meent dat een zo ruim mogelijk akkoord kan worden gevonden voor het principe op grond waarvan de arts euthanasie straffeloos kan toepassen onder de te bepalen voorwaarden en voor zover de arts zich daaraan houdt.

Professor Vermeersch heeft dit uit de hoorzittingen opgemerkt, hij verwijst naar het gemeenschappelijk voorstel van 20 december 1999 en naar dat van de PSC

avant de prendre la décision concernant des soins qui pourraient également raccourcir la survie du malade. Il faut donc selon moi que l'ensemble de l'équipe soignante, aussi bien infirmières que médecins, participe à la discussion au sujet de l'état incurable ou non du patient et que cet état soit si possible confirmé par un autre médecin, que la famille ou des proches soient informés si c'est psychologiquement possible, et puissent donner leur avis. Je pense cependant qu'il ne faut pas aller trop loin dans les détails à ce sujet, chaque cas pouvant être différent. Il faut que l'équipe soignante constitue dans ces cas une cellule de concertation et non une cellule de décision ... Sur le plan juridique, cette concertation permettra au médecin de se justifier si on lui fait des reproches mais la cellule de concertation ne constitue pas un tribunal.» (p. 249).

Actes de nature à hâter le décès

33) Quelle que soit l'appréciation que l'on puisse porter sur la différence entre sédation contrôlée et euthanasie au sens strict, la pratique continue à distinguer, parmi les actes médicaux de nature à hâter le décès par l'administration de substances diverses, ceux qui ont pour effet secondaire de hâter le décès et ceux qui visent spécifiquement à le hâter.

La licéité des premiers n'est contestée par personne. Cela ne signifie pas que ces décisions ne doivent pas être encadrées.

On peut citer à ce propos le professeur Baum: «Il me semble qu'une euthanasie n'est légitime que si le patient la demande, soit par des directives anticipées, soit directement à son médecin. Je constate simplement que, dans des situations de dilemme terrible auxquelles les médecins doivent faire face, l'euthanasie non volontaire paraît être la moins mauvaise solution. Il me semble que, pour échapper à cet arbitraire, il faut encadrer cette décision pour qu'elle ne soit pas prise dans un moment de perte de contrôle.» (p. 150).

Il ne paraît pas davantage contestable, à tout le moins lorsque la mort est inéluctable et qu'un certain nombre de conditions sont remplies, que les seconds doivent eux aussi pouvoir être posés.

Condition de l'acte d'euthanasie

34) Sur le principe que, dans des conditions à définir et pour autant qu'il s'y conforme, le médecin doit pouvoir poser un acte d'euthanasie sans s'exposer à quelque sanction, un large accord paraît possible à l'intervenant.

Le professeur Vermeersch, en évoquant la proposition commune du 20 décembre 1999 et celles du PSC et du CVP, l'a constaté au départ des auditions: «Il

en de CVP: «Dat euthanasie nu en dan mogelijk moet zijn zonder dat het wordt bestraft, daarover is er in deze drie voorstellen alleszins een minimale consensus. ... Vandenberghe ... suggereert en Nyssens stelt expliciet, dat de arts die zich aan de voorwaarden houdt, normaal vrijuit gaat.» (blz. 3).

Naast het principe zelf kan ook een overeenstemming worden gevonden over de bedoelde voorwaarden.

Er moet evenwel worden voorkomen dat vorm en inhoud door elkaar worden gehaald zodat het debat in alle rust kan verlopen. Zoals een andere spreker heeft opgemerkt, ontstaat in het euthanasiedebat al te vaak verwarring tussen de grondvoorwaarden waaraan euthanasie moet worden onderworpen en de juridische inkleding van het vraagstuk. De spreker verwijst terzake naar de zeer relevante opmerking van de heer Remans die in die zin antwoordde op de uiteenzetting van professor Van Neste: «Het is op dit moment bijzaak voor welke juridische vorm wordt gekozen. We willen enkel legitimeren wat nu in de schemerzone gebeurt. Een volgende stap is welke juridische weg moet worden gevolgd.» (blz. 68).

35) Tijdens de tweede hoorzitting van 15 februari 2000 heeft professor Vermeersch de voorwaarden van het gemeenschappelijk voorstel van 20 december 1999 opnieuw onderzocht en heeft terzake de voorwaarden in de volgende bewoordingen te kennen gegeven (blz. 5):

«Ten eerste, de patiënt moet een weloverwogen en duurzame wil tot sterven hebben. Hij mag niet worden beïnvloed door derden en het mag niet gaan om een voorbijgaande depressie. Ten tweede, de medische toestand moet objectief onomkeerbaar zijn en het lijden moet door de patiënt als ondraaglijk en uitzichtloos worden ervaren. Ten derde, de arts die de euthanasie uitvoert, moet een collega-arts raadplegen die advies geeft over de medische toestand, het uitzichtloze karakter van het lijden en de mogelijkheid dat te verhelpen, en over de duurzaamheid en de authenticiteit van het euthanasieverzoek. Deze arts moet hiertoe een uitvoerig persoonlijk onderhoud met de patiënt hebben. Ten vierde, de familieleden en het verzorgend personeel die volgens de patiënt relevant zijn, moeten worden ingelicht en kunnen, mits akkoord van de patiënt ook hun mening te kennen geven. Ten vijfde, indien de patiënt bij zijn besluit blijft, wordt de uiteindelijke beslissing genomen door de arts die de euthanasie uitvoert en ten slotte moet deze arts op deskundige wijze het gepaste euthanaserend middel kiezen.»

Hij voegde er het volgende aan toe: «Ik ben het volkomen eens met de gedachte dat elke beslissing tot euthanasie moet worden voorafgegaan door een diepgaande ethische overweging.»

existe à tous égards un consensus minimal dans les trois propositions sur le fait que l'euthanasie doit être possible dans certains cas sans être punie. (...) Vandenberghe (...) suggère et Nyssens pose explicitement que le médecin qui s'en tient aux conditions soit normalement mis hors de cause.» (p. 3).

Au-delà du principe, l'accord paraît aussi possible sur les conditions en cause.

Une mise en garde s'impose cependant: il convient d'éviter, pour la sérénité de ce débat, de confondre le fond et la forme. Comme l'a observé un autre intervenant, le débat sur l'euthanasie est trop souvent pollué par une confusion entre les conditions de fond auxquelles devrait être soumis l'acte d'euthanasie et l'habillage juridique de la question. L'intervenant rappelle à ce sujet l'observation tout à fait pertinente de M. Remans en ce sens, en réponse à une intervention du professeur Van Neste: «En ce moment, le choix de la forme juridique est accessoire. Nous voulons seulement légitimer ce qui se passe actuellement dans la zone d'ombre. La voie juridique à suivre fera l'objet d'une étape suivante.» (p. 68).

35) Lors de sa seconde audition du 15 février 2000, le professeur Vermeersch, reconsidérant les conditions de la proposition commune du 20 décembre 1999, a énoncé comme suit les conditions à ce propos (p. 5):

«Premièrement, le patient doit avoir une volonté de mourir réfléchie et permanente. Il ne peut pas être influencé par des tiers et il ne peut pas s'agir d'une dépression passagère. Deuxièmement, la situation médicale doit être objectivement irréversible et la souffrance doit être vécue par le patient comme insupportable et sans issue. Troisièmement, le médecin qui exécute l'euthanasie doit consulter un collègue médecin qui donne avis sur la situation médicale, le caractère inéluctable de la souffrance et de la possibilité d'y remédier, ainsi que sur la durabilité et l'authenticité de la demande d'euthanasie. Ce médecin doit avoir un entretien personnel détaillé à ce sujet avec le patient. Quatrièmement, les membres de la famille et le personnel soignant qui sont importants pour le patient doivent être informés et peuvent également donner leur avis, moyennant l'accord du patient. Cinquièmement, la décision finale est prise par le médecin qui réalise l'euthanasie, si le patient s'en tient à sa décision, et enfin, ce médecin doit choisir en expert le produit euthanasiant adéquat.»

Il a ajouté: «Je suis absolument d'accord avec l'idée que chaque décision doit être précédée d'une réflexion éthique approfondie sur l'euthanasie.»

Tijdens de hoorzitting met de vertegenwoordigers van de Academie voor geneeskunde (Franstalige afdeling) waarbij de spreker samen met enkele collega's aanwezig was, hebben de vertegenwoordigers hun standpunt in onderling overleg uiteengezet. Dit is later in een officiële mededeling van de Academie bevestigd:

«De leden van de Academie zijn het erover eens dat men omzichtig moet omspringen met een vraag om euthanasie van de patiënt. Een dergelijk verzoek vereist steeds een grondig gesprek tussen patiënt en arts teneinde de zin en de motivatie te kennen.

Verpleegkundigen en artsen hebben eveneens te rekenen met zware psychologische druk wanneer zij patiënten bij het levenseinde moeten begeleiden. De leden van de academie zouden het op prijs stellen indien denk-, evaluatie- en zelfhulpgroepen voor de verpleegkundigen worden georganiseerd. Zulks kan de mogelijkheid bieden in alle objectiviteit en rust ervaring op te doen ...

Wanneer een arts aanvaardt een patiënt bij een actieve levensbeëindiging te begeleiden, stemt het tot aanbeveling dat hij het (zo nodig geschreven) prognostisch advies van een vakgenoot inwint. Deze moet erkend zijn als expert in de pathologie waaraan de patiënt lijdt. Hij moet er zich van vergewissen dat hij een beroep kan doen op een gepaste farmaceutische deskundigheid teneinde een optimaal verloop te waarborgen van het tot stand gebrachte levenseinde.»

In vergelijking tot wat voorafgaat, lijken de verschillende ingediende wetsvoorstellen niet zodanig van elkaar verwijderd dat men de standpunten met betrekking tot het levensbeëindigend handelen niet kan verzoenen. De spreker wenst terzake enkele opmerkingen te maken over sommige vraagstukken die tijdens de hoorzittingen aan bod zijn gekomen.

Lijden

36) Verscheidene opvattingen worden er blijkbaar op nagehouden in verband met het lijden dat aanleiding kan geven tot het plegen van euthanasie. De vraag is of het lijden dan wel fysiek of psychisch moet zijn. Moet dit lijden én onomkeerbaar én ondraaglijk dan wel onomkeerbaar of ondraaglijk zijn? De vraag rijst hoe over die kenmerken van het lijden moet worden geoordeeld.

Wat het eerste punt betreft, heeft dokter Mullie op de vraag van mevrouw De Schamphelaere een doorslaggevend antwoord gegeven: «Ik kan daarop alleen maar zeggen dat psychisch lijden een even groot, zo niet groter lijden is dan fysiek lijden. Enerzijds is het misschien langer omkeerbaar, maar anderzijds kan het even uitzichtloos zijn» (blz. 455). In dezelfde zin heeft dokter Englert verklaard dat «in de analyses die

Lors de l'audition des représentants de l'Académie de Médecine (section francophone) à laquelle l'intervenant a procédé personnellement avec quelques collègues, ceux-ci ont exposé leur position de consensus qui a été ultérieurement confirmée par une communication officielle de l'Académie:

«Les membres de l'Académie s'accordent sur la prudence avec laquelle il convient d'accueillir une demande d'euthanasie formulée par un patient. Une telle demande appelle toujours un dialogue approfondi entre patient et médecin, afin d'en élucider le sens et les motivations, ...

Il faut aussi prendre en compte les charges psychologiques lourdes qu'entraîne, pour les équipes soignantes et les médecins, l'accompagnement des patients en fin de vie. Les membres de l'Académie souhaitent que s'organisent des groupes de réflexion, d'évaluation et de soutien à ces équipes, de manière à leur permettre d'accroître leur expérience dans un climat d'objectivité et de sérénité ...

Il est recommandé au médecin qui accepte d'accompagner un patient dans une procédure d'euthanasie active de recueillir (par écrit si nécessaire), l'avis pronostique d'un confrère, expert reconnu dans la pathologie dont souffre le malade, et de s'assurer le concours d'une compétence pharmacodynamique appropriée, afin de garantir un déroulement optimal de la fin de vie induite.»

Par rapport à ce qui précède, les diverses propositions de loi qui ont été déposées ne paraissent pas à ce point éloignées qu'il ne serait pas possible de rapprocher les points de vue sur les conditions de l'acte d'euthanasie. L'intervenant souhaite apporter à ce propos quelques considérations sur un certain nombre de questions évoquées au cours des auditions.

Souffrances

36) Des divergences de vues semblent exister sur la nature des souffrances qui justifient le recours à l'euthanasie: la souffrance doit-elle être physique, ou suffit-il qu'elle soit morale? Faut-il qu'elle soit irréductible et insupportable, ou suffit-il qu'elle soit l'un ou l'autre? Comment ces caractéristiques de la souffrance doivent-elles être appréciées?

Sur le premier point, le docteur Mullie a apporté à Mme De Schamphelaere une réponse qui semble déterminante: «Je puis seulement répondre que la souffrance psychique est une souffrance aussi grande, voire plus grande que la souffrance physique. D'une part, elle est peut-être plus longtemps réversible, mais, d'autre part, elle peut être tout autant sans issue» (p. 455). Dans le même sens le docteur Englert a

in Nederland zijn verricht, is in de verzoeken om euthanasie die fysieke pijn, in tegenstelling tot wat men denkt, betrekkelijk weinig aanwezig in vergelijking met de ontredde en met de morele pijn. Enkel 10% van de verzoeken om euthanasie worden verantwoord door een probleem van echte fysieke pijn.» (blz. 37).

Met betrekking tot het derde punt meent de spreker dat het aanvaardbaar is dat er een vereiste van onomkeerbaar lijden moet zijn met verwijzing naar het heersend medisch inzicht, onder voorwaarde dat hierover enkel moet worden geoordeeld door de behandelende arts en de gespecialiseerde vakgenoot die voorafgaand moet worden geraadpleegd.

Raadpleging van een derde gespecialiseerde arts

37) De spreker meent dat het nodig is een specialist te raadplegen. Naast de Academie voor geneeskunde en de heer Vermeersch kan ook worden verwezen naar andere sprekers zoals dokter Englert (blz. 44), op een vraag van de heer Galand:

— De heer Galand: «Professor, waarin zou volgens u de interventie van een tweede arts moeten bestaan?»

— Dokter Englert: «Volgens mij is het cruciale belang van de interventie van een tweede arts dubbel. Enerzijds zie ik een veiligheid ten opzichte van de duidelijke misbruiken. Het is raadzaam na te gaan dat het wel degelijk om een ongeneeslijke ziekte gaat, dat men in een situatie zonder uitweg is en dat men niet bezig is de legitimiteit van euthanasie te omzeilen. Anderzijds kunnen er geheel te goeder trouw situaties bestaan die ik «fusioneel» heb genoemd, waarin de arts door de duur van zijn relatie met de patiënt en zijn implicatie in deze relatie de noodzakelijk erkende afstand verliest bij het nemen van gepaste beslissingen. Dat is de reden waarom artsen wordt afgeraden hun eigen familie te verzorgen. Deze oude regel wordt niet altijd gerespecteerd, en dat is een vergissing. Er kunnen andere situaties bestaan waarbij men deze afstand verliest, geheel te goeder trouw. Een nieuwe blik van een buitenstaander brengt de noodzakelijke controle en afstand met zich mee die toelaten te bepalen dat er niets anders te doen is, dat de ziekte ongeneeslijk is. Hierdoor kan vermeden worden dat de arts in een logica wordt meegenomen waarbij hij de objectieve werkelijkheid niet meer waarneemt.»

— De heer Galand: «Geloof u dat deze tweede arts een eventueel standpunt kan geven over de onomkeerbare aard van het lijden of van de ontredde?»

— Dokter Englert: «Ik situeer zijn interventie in die zin dat hij niets anders kan voorstellen dan wat reeds gedaan of overwogen werd om de pijn voor de patiënt te verlichten. Ik bemerk een moeilijker aspect van uw vraag, namelijk of hij moet ramen dat het verzoek aanhoudend is, wat misschien delicaat is. In elk

rapporté que «Par rapport à la détresse, à la souffrance morale, il faut rappeler que, contrairement à ce qu'on pense, dans les analyses faites en Hollande, la douleur physique est relativement peu présente dans les demandes d'euthanasie. Seules 10% des demandes d'euthanasie sont justifiées par un problème de stricte douleur physique.» (p. 37).

Sur le troisième point, l'intervenant estime acceptable qu'il soit exigé que le caractère irréductible de la souffrance soit établi par référence à la science médicale admise («*heersend medisch inzicht*»), sous cette réserve que l'appréciation en la matière relève du seul médecin traitant et du confrère spécialisé qui devrait être préalablement consulté.

Consultation d'un tiers spécialiste

37) La consultation de ce spécialiste paraît indispensable à l'intervenant. Outre l'autorité de l'Académie de médecine et M. Vermeersch, déjà cités, on peut aussi faire référence à d'autres intervenants comme le docteur Englert (p. 44), en réponse à des questions de M. Galand:

— M. Galand: «Monsieur le Professeur, selon vous, en quoi devrait consister l'intervention d'un deuxième médecin?»

— Le docteur Englert: «Pour moi, l'aspect crucial de l'intervention d'un second médecin est double. D'une part, j'y vois une sécurité par rapport aux abus manifestes. Il convient de vérifier qu'il s'agit bien d'une maladie incurable, que l'on est dans une situation sans issue et que l'on n'est pas en train de contourner l'esprit et la lettre de ce qui fait la légitimité de l'euthanasie. D'autre part, il peut exister, en toute bonne foi, des situations que j'ai appelées «fusionnelles», dans lesquelles le médecin, par la longueur de sa relation avec le patient et par son implication dans cette relation, perd la distance reconnue nécessaire à la prise de décisions adéquates. C'est la raison pour laquelle il est déconseillé aux médecins de soigner leur propre famille. Cette vieille règle n'est pas toujours respectée, et c'est une erreur. Il peut exister d'autres situations où l'on perd cette distance, en toute bonne foi. L'œil neuf, extérieur, apporte le contrôle et la distance nécessaires qui permettent de dire qu'il n'y a rien d'autre à faire, que la maladie est incurable. Cela permet d'éviter que le médecin ne soit pris dans une logique où il ne perçoit plus la réalité objective.»

— M. Galand: «Considérez-vous que ce deuxième médecin donne un avis éventuel sur le caractère irréductible de la souffrance ou de la détresse?»

— Le docteur Englert: «Je situe son intervention dans le sens où il pourrait dire qu'il n'a rien d'autre à proposer que ce qui a été déjà fait ou envisagé pour soulager le patient. Je perçois un aspect plus difficile de votre question, à savoir s'il doit évaluer que la demande est persistante, répétée, ce qui est peut-être

geval maakt de vaststelling dat de patiënt gedeprimeerd is deel uit van de evaluatie die hij moet doen. Hij kan suggereren om hem antidepressiva toe te dienen wegens zijn toestand van intense depressie. Op dezelfde wijze zou hij het plaatsen van een periduraal met een pijnstillers kunnen suggereren. Voor mij maakt dat deel uit van dezelfde medische evaluatie die bijvoorbeeld aspecten van depressie in aanmerking kan nemen.»

Professor Van Neste: «Ik ben er wel voorstander van om een derde persoon erbij te betrekken.» (blz. 57) «De derde persoon kan, wat mij betreft, gerust een arts zijn, aangezien ook artsen deel uitmaken van het team van palliatieve zorgverleners.» (blz. 67).

We kunnen ook dokter Clumeck citeren: «Binnen de vertrouwensrelatie met zijn patiënt, is de arts *in fine* de enige die de eindbeslissing neemt. Om niet alleen de last van bijwijlen zeer moeilijke beslissingen te moeten dragen moet hij, naast het advies van een onafhankelijke deskundige collega, de vraag van de patiënt toetsen aan het advies van het verzorgende team en, in voorkomend geval, van het lokale palliatieve team.» (blz. 383).

Dokter Mullie heeft het volgende gezegd over het optreden van een tweede arts: «Het is aangewezen ... de rol van de tweede arts uit te breiden. De tweede arts geeft niet alleen zijn advies over het ongeneeslijk karakter van de ziekte maar ook over de voorwaarden gesteld aan het verzoek van de patiënt en over de toestand van aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden waarin deze zich bevindt.» (blz. 447).

Professor Bron hield een pleidooi in dezelfde zin: «Er moet een beveiliging ingebouwd worden in de vorm van de raadpleging van een tweede arts.» (blz. 144). Ook mevrouw Pesleux deelt deze mening: «Als het euthanasieonderzoek bevestigd wordt, lijkt het ons nuttig om het advies in te winnen van een buitenstaander of een instantie die vanuit zijn eigen bekwaamheid een licht kan werpen op de situatie.» (blz. 185).

Hier moet aan worden toegevoegd dat de beslissing om euthanasie toe te passen, niet makkelijk is. «Een soortgelijke daad is voor de arts echter nooit onbeduidend. Het is zeer zwaar om te dragen en het laat sporen na.», zei mevrouw Bouckenaere (blz. 29) en dokter Mullie deelt deze mening (blz. 452 en 464).

Uiteraard moet de arts zelf de euthanasie toepassen. De heren Vermeersch, Englert en Adams zijn hierover erg duidelijk⁽¹⁾. De Academie voor geneeskunde drukt dezelfde mening uit en het wekt verbazing dat dokter Haché over dit onderwerp wordt ondervraagd (blz. 100).

plus délicat. En tout cas, constater que le patient est profondément déprimé fait partie de l'évaluation qu'il doit faire. Il pourra suggérer de lui administrer des antidépresseurs en raison de son état de dépression intense. De la même façon, il pourrait suggérer la pose d'une péridurale avec un anti-douleur en continu. Pour moi cela fait partie de la même évaluation médicale de la situation qui peut prendre en compte, par exemple, des aspects de la dépression.»

Le professeur Van Neste a exprimé un avis analogue: «Toutefois, je suis partisan d'y associer une tierce personne.» (p. 57). «En ce qui me concerne, la tierce personne peut être simplement un médecin, étant donné que des médecins font aussi partie de l'équipe des prestataires de soins palliatifs.» (p. 67).

On peut aussi citer le docteur Clumeck: «Dans le colloque singulier avec son patient, le médecin est *in fine* le seul détenteur de la décision finale. Afin qu'il ne porte pas seul le poids parfois lourd d'une décision difficile, outre l'avis d'un collègue indépendant expert en la matière, il devrait également éclairer la demande du patient de l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe soins palliatifs si elle existe localement.» (p. 383).

Le docteur Mullie s'est pour sa part exprimé comme suit au sujet de l'intervention d'un second médecin: «Le rôle du second médecin doit être accru. Le second médecin doit donner son avis non seulement sur le caractère incurable de la maladie mais aussi sur les conditions posées à la requête du patient et sur la situation de souffrance continue et insoutenable ou de la détresse qui ne peut être soulagée.» (p. 447).

Le professeur Bron a elle aussi plaidé en ce sens: «Il faut mettre un garde-fou et convoquer un deuxième médecin.» (p. 144). De même Mme Pesleux: «Lorsque la demande d'euthanasie semble confirmée, nous pensons qu'il peut être intéressant de joindre à la réflexion une personne extérieure ou une instance qui éclaire la démarche de sa compétence propre.» (p. 185).

Il faut ajouter que l'acte d'euthanasie n'est pas facile à décider. «Un acte de cette nature n'est jamais anodin pour le médecin. C'est quelque chose de très lourd à porter et qui laisse une trace», a dit Mme Bouckenaere (p. 29) et le docteur Mullie s'est exprimé dans le même sens (pp. 452 et 464).

Il va de soi que l'acte euthanasique doit être posé par le médecin lui-même. MM. Vermeersch, Englert et Adams ont été très nets à ce sujet⁽¹⁾. L'Académie de médecine exprime le même avis et on s'étonne que le docteur Haché se soit interrogé à ce propos (p. 100).

(1) Blz. 5, 30 en 21. Zie ook mevrouw Pesleux, blz. 185.

(1) Pages 5, 30 et 21. Voir aussi Mme Pesleux, p. 185.

Het medisch dossier

Spreker meent dat dit dossier een sleutelelement is en dat de opgelegde formaliteiten niet verder mogen gaan dan dit.

38) Verscheidene deskundigen hebben het belang van het medisch dossier voor de historiek van de procedure benadrukt.

— Professor Van Neste: «Ten behoeve van de transparantie en van de controleerbaarheid moet er van alle beslissingen melding worden gemaakt in het medisch dossier.»(1). «Sommigen, onder wie ikzelf, merken op dat ook de vaststelling dat er een duurzaam herhaald verzoek is van de patiënt, expliciet in het dossier moet worden opgenomen.»(2). «Op de vraag over de transparantie van alle medische beslissingen dan wel alleen van beslissingen inzake euthanasie ben ik uiteraard voorstander van een zo groot mogelijke transparantie voor alle medische beslissingen en om deze in het medisch dossier te laten vastleggen, ... Dat wil zeggen dat alle beslissingen in het dossier van de patiënt moeten bewaard blijven. Daarom hebben we daar een doorslagformulier van gemaakt, zowel voor het medisch als het verpleegkundig dossier, zodat er geen twijfel kan bestaan over de toestand van de patiënt.» (blz. 137).

— Dokter Cosyns: «De behandelingsbeschikking of wilsverklaring zou deel moeten uitmaken van het medisch dossier.» (blz. 324).

— Mevrouw Diricq kloeg over de ontoereikendheid van de dossiers: «Sommige medische dossiers in heelkundige diensten spreken in dat opzicht boekdelen: de notities verminderen stelselmatig naarmate de patiënt aftakelt en de dood nadert. Men komt trouwens ook minder vaak bij hem langs. «Er is niets meer aan te doen.» De sociale dood gaat de klinische dood vooraf. Men spreekt over de patiënt al in de onvoltooid verleden tijd. De patiënt moet zich net nog niet verontschuldigen dat hij er nog is.» (blz. 343).

Andere formaliteiten

39) Alle andere *a priori* of *a posteriori* formaliteiten vindt spreker ongeschikt.

Volgens hem is er voldoende *a priori* controle door de raadpleging van een derde arts en verplichte voorafgaande bespreking met het verplegend team, samen met de raadpleging van derden zoals bijvoorbeeld de cellen die hulp geven bij beslissing.

(1) Blz. 51. Zie ook blz. 62.

(2) Blz. 120. Zie ook blz. 137.

Le dossier médical

L'intervenant considère que ce dossier doit constituer le pivot et la limite du formalisme nécessaire en la matière.

38) Plusieurs experts ont insisté sur l'importance du dossier médical comme élément de mémoire du processus.

— Le professeur Van Neste: «En vue de la transparence et de la possibilité de vérification, il faut faire mention dans le dossier médical de toutes les décisions.»(1). «Certains, dont moi-même, font aussi remarquer que la constatation qu'il existe une demande actuelle permanente de la part du patient, doit aussi être mentionnée explicitement dans le dossier.»(2). «Sur la question de la transparence pour toutes les décisions médicales ou pour les seules décisions en matière d'euthanasie, je suis évidemment partisan d'une transparence aussi grande que possible pour toutes les décisions médicales et pour les consigner dans le dossier médical. (...) Cela signifie qu'il faut conserver toutes les décisions dans le dossier du patient. C'est pourquoi nous avons fait de ce dossier un formulaire à double, tant pour le dossier médical que pour le dossier infirmier, afin qu'aucun doute ne soit possible sur l'état du patient.» (p. 137).

— Le docteur Cosyns: «La déclaration de volonté relative au traitement ou déclaration anticipée devrait faire partie du dossier médical.» (p. 324).

— Mme Diricq s'est plainte de l'insuffisance des dossiers: «La lecture de certains dossiers médicaux dans les services curatifs est parfois instructive à ce propos: plus le patient se dégrade, plus il s'approche de la mort, plus les notes dans son dossier diminuent, au même rythme parfois que les passages dans sa chambre. «Il n'y a plus rien à faire» et la mort sociale précède la mort clinique. On parle déjà de lui à l'imparfait. C'est tout juste si le patient ne s'excuse pas d'être encore là.» (p. 343).

Autres formalités

39) Toutes autres formalités, *a priori* ou *a posteriori*, semblent en revanche inadéquates à l'intervenant.

La consultation d'un tiers médecin et la discussion collégiale préalable avec l'équipe soignante, rendue obligatoire, ainsi que la consultation éventuelle de tout tiers utile, comme le cas échéant les cellules d'aide à la décision, sont à ses yeux une forme de contrôle *a priori* suffisante.

(1) Page 51. Voir aussi p. 62.

(2) Page 120. Voir aussi p. 137.

Deze zienswijze geniet de steun van dokter Bouckenaere (blz. 40) en dokter Mullie (blz. 445), mevrouw Pesleux (blz. 190) en de heer Adams: «De medisch-ethische beoordeling vooraf moet vooral worden gezien als een ondersteuning van de arts en de patiënt, en niet als een toetsing waarvan de mogelijkheid om tot euthanasie over te gaan afhankelijk is.» (1).

Professor Vermeersch heeft gewezen op het volgende: «Alle voorstellen, ... die geen rekening houden met het vaak hoogdringende karakter van de beslissing tot euthanasie, zijn in de praktijk onhoudbaar. Kortom, in de terminale fase is een ingewikkelde procedure niet nodig, omdat misbruiken geen belangrijk effect kunnen hebben, maar vaak is ze ook niet werkzaam omdat ze trager verloopt dan het natuurlijke stervensproces.» (blz. 4).

Spreker is eveneens de mening toegedaan dat het medisch dossier volstaat om de legaliteit van de handeling *a posteriori* te controleren en dat de verplichte aangifte strijdig is met het medisch geheim. Bovendien zou ze de parketten overbelasten.

Dokter Clumeck verklaart aldus: «Een aangifte *a posteriori* is zinloos. Ze heeft geen pedagogische waarde. Ze maakt het alleen voor de procureur des Konings mogelijk de zeldzame gevallen waarbij de wet wordt overtreden, te onderzoeken. Wie zal echter een geval melden als hij weet dat hij de wet heeft overtreden? Waarschijnlijk zullen twijfelgevallen niet worden gemeld, wat in Nederland in meer dan 20% van de gevallen gebeurt.» (blz. 383).

Dokter Ingels die verwijst naar de Nederlandse ervaring, merkt op dat het moeilijk is euthanasie te laten beoordelen door een niet medische instantie: «In Nederland probeert men de toetsingscommissies een andere samenstelling te geven opdat de artsen zich er als beroepsgroep beter zouden in vinden. Men wil in die toetsingscommissie liever een groter aantal artsen-collega's, omdat men vindt dat in een commissie met één arts, één jurist en één ethicus, twee mensen misschien nogal ver van de dagelijkse praktijk staan. Men wil daar dus twee artsen in en eventueel ook een aantal verpleegkundigen.» (blz. 62).

Professor Vermeersch: «Ofwel onderzoekt het parket alle gevallen ernstig, maar dan vraag ik me af wat daarvan de zin is. De meeste gevallen zullen immers volkomen aanvaardbaar zijn. Bovendien staat iets doorsturen naar het parket in zekere zin gelijk met een zelfbeschuldiging. Ofwel schuift het parket wat het krijgt, gewoon opzij en heeft de hele procedure eigenlijk geen betekenis ...» (blz. 22).

Professor Van Neste: «... ook in het wetsvoorstel van de meerderheid is er een artikel waarin wordt

On peut citer à l'appui de cette considération le docteur Bouckenaere (p. 40) et le docteur Mullie (p. 445), Mme Pesleux (p. 190) ainsi que M. Adams: «L'estimation médico-éthique préalable doit surtout être considérée comme un soutien au médecin et au patient et pas comme un contrôle dont dépend la possibilité de passer à l'euthanasie.» (1).

Le professeur Vermeersch, pour sa part, a observé que «toutes les propositions (...) qui ne tiennent pas compte du caractère souvent extrêmement urgent de la décision, sont intenables dans la pratique. Bref, une procédure compliquée n'est pas nécessaire en phase terminale, parce que les abus ne peuvent pas avoir un effet important, mais elle n'est pas souvent efficace, parce qu'elle se déroule plus lentement que les processus de mort naturelle.» (p. 4).

L'intervenant considère aussi que le recours au dossier médical suffit pour vérifier la légalité de l'acte *a posteriori* et que la déclaration obligatoire est contraire au secret médical et surchargerait les parquets.

Le docteur Clumeck déclare ainsi: «Une déclaration *a posteriori* n'a aucun sens. Elle n'a aucune vertu pédagogique, elle vise à permettre au procureur du Roi de se saisir des rares cas en infraction avec la loi, mais qui va déclarer quelque chose alors qu'il sait être en infraction? Le plus probable, c'est que dans des cas douteux, il n'y aura pas déclaration, comme cela se passe en Hollande dans plus de 20% des cas.» (p. 383).

Le docteur Ingels, relatant l'expérience hollandaise, fait état de la difficulté à porter l'appréciation de l'acte devant une instance non-médicale: «Aux Pays-Bas, on tente de modifier la composition de la commission de contrôle, afin que les médecins s'y reconnaissent davantage en tant que groupe professionnel. On veut qu'un plus grand nombre de collègues médecins fassent partie de cette commission parce qu'on estime que dans une commission composée d'un médecin, d'un juriste et d'un éthicien, deux personnes sont probablement très éloignées de la pratique quotidienne. On veut donc que deux médecins siègent dans cette commission et éventuellement aussi un certain nombre d'infirmiers.» (p. 62).

Le professeur Vermeersch: «Soit le parquet examine tous les cas sérieusement, mais alors je me demande quel est le sens de tout cela. La plupart des cas seront en effet absolument acceptables. En outre, le renvoi de quelque chose au parquet revient à une autoaccusation. Soit le parquet classe simplement ce qu'il reçoit et la procédure entière n'a aucun sens ...» (p. 22).

Le professeur Van Neste: «Mais dans la proposition de loi de la majorité aussi, il existe un article qui

(1) *De Standaard* van 26 januari 2000, geciteerd en goedgekeurd door professor Schotsman, blz. 115.

(1) «*De Standaard*» du 26 janvier 2000, cité et approuvé par le professeur Schotsman, p. 115.

bepaald wat de arts moet nagaan vooraleer een beslissing te nemen. Dit is in feite een procedure *a priori*: er wordt aangegeven aan welke voorwaarden het beslissingsproces moet voldoen vooraleer de beslissing wordt genomen.» (blz. 7).

Dokter Philippart: «Afgezien nog van de bereidheid van het gerecht om in een zo korte tijd een beslissing te nemen, zal de wachtperiode niet alleen voor de arts onhoudbaar blijken, maar meer nog voor de familie voor wie de rouwverwerking wordt uitgesteld en verstoord. Moedigt dit niet aan om de verklaring te vermijden door te verzwijgen dat het om euthanasie ging en aan de ambtenaar van de burgerlijke stand te verklaren dat het een natuurlijke dood betrof?» (blz. 78).

Professor Dalcq: «Ik geloof niet dat er een wetgeving moet komen voor de controleprocedure *a posteriori* zoals bepaald in artikel 5 van het voorstel van 20 december 1999. Deze procedure lijkt me onwerkbaar. Wie in de krant de rubriek over rechtspraak bekijkt, kan meteen vaststellen dat de feiten die nu voor de correctionele rechtbanken komen, dikwijls drie, vier of vijf jaar of zelfs langer geleden hebben plaatsgevonden. Het parket beschikt niet over de vereiste middelen om de controle te doen die een oordeel mogelijk moet maken over de in artikel 5 van het voorstel opgenomen vermeldingen. Om dit te kunnen realiseren, zou het parket moeten worden bijgestaan door geneesheren die een uitgebreide medische kennis hebben om de verschillende vormen van levenseinde te kunnen beoordelen. Dat kan ik me niet voorstellen. Laten we ons geen illusies maken over de kennis van de huisartsengeneeskunde van de wetsartsen. Het betreft twee volledig verschillende specialisaties. Men moet er zich evenmin illusies over maken dat, indien de geneesheer werkelijk met een ontoelaatbare euthanasie zou worden geconfronteerd er veel kans bestaat dat dit in het aan het parket meegedeelde dossier zou staan. Die formaliteit lijkt me dus overbodig. Indien het Parlement de concrete invloed van de wet wil nagaan, zoals voor abortus, zou het normaal zijn dat er een federale evaluatiecommissie komt.» (blz. 250).

De heer Panier: «Mijn twijfels bij het meest besproken voorstel betreffen met name de rol van de parketten en het systematische opsporingsonderzoek» (blz. 277). «De systematische aangifte waarin hier wordt voorzien, lijkt mij niet echt haalbaar en een soort morele afwenteling in te houden: ik heb de procureur verwittigd, dus alles is in orde.» (blz. 290).

Professor Vincent: «Het administratieve aspect schrikt af. Wij willen graag dat de dood een volledig natuurlijk fenomeen blijft en dat we geen documenten moeten invullen om een persoon te laten sterven.» (blz. 256).

détermine ce que le médecin doit vérifier avant de prendre une décision. C'est en fait une procédure *a priori*: il est indiqué à quelles conditions le processus de décision doit satisfaire avant que la décision ne soit prise.» (p. 7).

Le docteur Philippart: «Sans présumer de la disponibilité de la Justice à prendre une décision en un aussi court laps de temps, la période d'attente ne manquera pas d'être intolérable pour le médecin, mais plus encore pour la famille dont l'entrée en deuil serait ainsi différée et certainement perturbée. Ceci n'encourage-t-il pas à court-circuiter la déclaration demandée par la proposition, en occultant l'euthanasie et en déclarant d'emblée à l'officier de l'état civil qu'il s'agit d'une mort naturelle?» (p. 78).

Le professeur Dalcq: «Personnellement, je ne crois pas qu'il y ait lieu de légiférer au sujet de la procédure de contrôle *a posteriori* prévue par l'article 5 de la proposition du 20 décembre 1999 parce que cette procédure me paraît impraticable. Il suffit d'ouvrir n'importe quel journal à la rubrique judiciaire pour constater que les faits qui viennent actuellement devant les tribunaux correctionnels ont souvent été commis trois, quatre, cinq ans, si pas davantage, avant qu'ils ne soient jugés. Le parquet ne dispose pas des moyens nécessaires pour faire le contrôle qu'on lui demande afin de donner une appréciation sur les mentions prévues à l'article 5 de la proposition; il faudrait nécessairement, pour que ce soit réalisable, que le parquet soit assisté de médecins ayant une compétence très large sur le plan médical pour apprécier les différents cas de vie finissante, ce qui paraît difficile à envisager. Ne nous faisons pas d'illusion sur les compétences de généraliste des médecins légistes, il s'agit de deux spécialisations totalement différentes. Enfin, il ne faut pas se faire d'illusions non plus sur le fait que si le médecin se trouvait réellement dans les conditions où il s'agirait d'une euthanasie inadmissible, il y a beaucoup de chance que cela n'apparaisse pas dans le dossier communiqué au parquet. Cette formalité me paraît donc inutile. Par contre, si le Parlement souhaite pouvoir apprécier l'influence de la loi sur l'évolution dans les faits comme on l'a fait pour l'avortement, il est tout à fait normal qu'il y ait une commission fédérale d'évaluation.» (p. 250).

M. Panier: «Mes réserves par rapport à la proposition la plus discutée aujourd'hui tiennent notamment au rôle que l'on entend assigner aux parquets, avec une information systématique» (p. 277). «En tout cas, la communication systématique telle qu'elle est prévue ici me paraît non seulement peu praticable, mais pouvant comporter une sorte d'effet de dédouanement moral: j'ai prévenu le procureur, tout est en ordre.» (p. 290).

Le professeur Vincent: «C'est l'aspect administratif qui rebute. Nous tenons à ce que la mort reste un phénomène tout à fait naturel et que l'on ne doive pas remplir des documents pour permettre à la personne de mourir.» (p. 256).

Spreker meen evenwel dat de controle op de overlijdens gemoderniseerd moet worden. Daartoe moet aan de Koning een machtiging worden verleend volgens de beginselen die vermeld worden in het wetsvoorstel dat bepalingen in die zin bevat(1).

Er wordt hier veel gesproken over een zgn. «buffer» tussen het parket en de arts en over het eventuele optreden van de evaluatiecommissie.

Spreker is daartegen. Terwijl velen pleiten tegen de legitimering van euthanasie, begrijpt hij persoonlijk niet waarom een specifieke procedure voor de aangifte van euthanasiegevallen moet worden ingevoerd. De voorwaarden waaronder euthanasie in zeer uitzonderlijke gevallen kan worden toegepast in de terminale fase, vormen samen met het medisch dossier een voldoende waarborg. Als het er, in de terminale fase, om gaat het overlijden met enkele uren (20 % van de gevallen) of met enkele dagen (80 %) te versnellen, dan meent spreker dat het overlijden als natuurlijk moet worden beschouwd, en dat het dan niet nodig is om via een aangifte te rechtvaardigen dat in zekere zin een levensbeëindiging zou zijn uitgevoerd.

Volgens hem bestaat er een tegenstrijdigheid bij de voorstanders van de verplichte aangifte. Spreker vindt wel dat de aangifte van en de controle op overlijdens moeten worden gemoderniseerd. Het CVP-voorstel bevat hierover een aantal technisch zeer interessante suggesties.

Een globale rapportering bij een evaluatiecommissie lijkt eveneens aanvaardbaar, maar de spreker is persoonlijk gekant tegen een procedure waarin geval per geval bij een dergelijke commissie aangifte wordt gedaan.

Juridische overwegingen

40) Voorgoed een einde maken aan clandestiene euthanasiegevallen en een vertrouwensrelatie bevorderen tussen artsen, verplegende teams, patiënten en verwanten: zulks vereist dat de voorwaarden waaronder euthanasie kan worden uitgevoerd, nauwkeurig worden omschreven alsook de wijze waarop kan worden gewaarborgd dat de arts geen veroordeling treft. Om tot een volstrekte rechtszekerheid te komen, moet elke schemerzone worden voorkomen.

De heer Panier zei het in de volgende bewoordingen: «In een situatie van leven en dood is een duidelijk afgebakende verantwoordelijkheid voor eenieder

L'intervenant estime cependant que le contrôle des décès doit être modernisé. Une habilitation doit être donnée à cette fin au Roi selon les principes énoncés dans la proposition de loi qui comporte des dispositions en ce sens(1).

On entend beaucoup parler aujourd'hui d'un «tampon» entre le parquet et le médecin, et de l'intervention éventuelle de la commission d'évaluation.

L'intervenant n'y est pas favorable. Alors que beaucoup expriment le souhait de ne pas légitimer l'euthanasie, il ne comprend pas, à titre personnel, pourquoi l'on instituerait une procédure spécifique de déclaration des euthanasies. Les conditions dans lesquelles l'euthanasie pourrait se pratiquer dans des cas jugés exceptionnels, en phase terminale, paraissent une garantie suffisante, assortie au dossier médical. À partir du moment où il s'agit, dans cette phase terminale, de hâter le décès de quelques heures (dans 20 % des cas), ou de quelques jours (dans 80 % des cas), l'intervenant considère que le décès doit être tenu pour naturel et qu'il ne s'indique pas, par une procédure de déclaration, de légitimer le fait que ce serait, en quelque sorte, un arrêt de vie que l'on a provoqué.

Il y a là, semble-t-il, dans le chef des partisans de la déclaration obligatoire, une contradiction. Cela ne signifie pas que l'intervenant ne considère pas que la déclaration et le contrôle des décès devraient être modernisés. La proposition du CVP contient à ce sujet un nombre important de suggestions techniques fort intéressantes.

Une procédure de rapport global à une commission d'évaluation paraît également acceptable, mais l'intervenant est, à titre personnel, adversaire d'une procédure de déclaration au cas par cas à une telle commission.

Considérations juridiques

40) Le souci de mettre un terme à la pratique clandestine de l'euthanasie et de favoriser la relation de confiance entre médecins, équipes soignantes, patients et proches doit amener non seulement à définir avec précision les conditions dans lesquelles l'acte en cause peut être posé, mais encore à déterminer de quelle manière il peut être garanti que, à supposer que ces conditions soient réunies, le médecin ne soit exposé à aucune condamnation. Il faut pouvoir écarter toute zone d'ombre pour assurer une parfaite sécurité juridique.

Comme l'a dit M. Panier: «S'agissant de la vie et de la mort, on gagne toujours à ce que la position et la responsabilité des uns et des autres soient claires,

(1) Professor Vermeersch, blz. 6 en 22.

(1) Professeur Vermeersch, pp. 6 et 22.

altijd te verkiezen boven de harde aanpak, de stok achter de deur, het gezwaai met concepten die als een zwaard van Damocles boven de hoofden van de beroepsmensen hangen.» (blz. 278).

Dit betekent evenwel niet dat de arts die euthanasie heeft toegepast niet «voor de rechter kan worden gedaagd», dat wil zeggen verantwoording aflegt over de wijze waarop hij gehandeld heeft. Elke burger is steeds in rechte aansprakelijk ongeacht de daden die hij stelt. Hij moet er zeker van zijn dat hij geen straf ondergaat wanneer blijkt dat aan de wettelijke bepalingen is voldaan.

De vraag rijst dan ook op grond waarvan voor de nodige rechtszekerheid kan worden gezorgd. Twee formuleringen zijn terzake voorgesteld: «objectivering» van de noodtoestand en de wettelijke toestemming.

Terzake moet worden voorkomen om dubbelzinnige begrippen te gebruiken, zoals de Franse term «*dépénalisation*». In materiële zin betekent «*pénaliser*» een straf opleggen en bijgevolg «*dépénaliser*» geen straf meer opleggen. In die zin hebben alle voorstellen tot gemeenschappelijk doel onder bepaalde voorwaarden een euthanasiehandeling niet meer te bestraffen. In formele zin betekent de term «*dépénaliser*» die door de indieners van het gemeenschappelijk voorstel van 20 december 1999 wordt gebruikt: «uit het Strafwetboek halen». Het woord bezit een dubbele betekenis en die dubbelzinnigheid is niet bevorderlijk voor het debat. Dit heeft professor Van Neste trouwens impliciet opgemerkt door terecht te weigeren dat woord te gebruiken «Ik heb het woord «depenaliseren» ... niet in de mond genomen. Ik zoek enkel naar een legitieme vorm van levensbeëindigend handelen.» (blz. 74).

Noodtoestand

41) Sommigen hebben geopperd dat de noodtoestand in dit opzicht kan worden «geobjectiveerd».

Deze oplossing mag niet ambtshalve worden uitgesloten.

Professor Vermeersch heeft op een vraag van de heer Vandenberghe aldus geantwoord: «Ik vind dat een interessante gedachte omdat ze een compromis inhoudt door, enerzijds, te stellen dat het in onze samenleving belangrijk is dat het beginsel «u zult niet doden» in de strafwet blijft, maar door, anderzijds, ook voldoende middelen ter beschikking te stellen om op het terrein tegemoet te kunnen komen aan ondraaglijke, onheilzame of onbehandelbare situaties (...) Ik kan u daarin wel volgen, maar wat zeker niet mag blijven staan, is dat men alleen in die gevallen de noodtoestand mag inroepen. Een noodtoestand moet in een particulier geval altijd kunnen worden ingeroepen. Dat is precies de definitie van de

plutôt qu'à mener une politique du gendarme, du bâton derrière la porte avec des notions qui sont autant d'épées de Damoclès sur la tête des praticiens.» (p. 278).

Ceci ne signifie pas que le médecin qui aurait pratiqué une euthanasie ne pourrait pas être «convoqué devant la justice», c'est-à-dire appelé à s'expliquer sur les conditions de son acte, comme de tout autre acte qu'il pose. Tout citoyen est toujours responsable de ses actes devant la justice, quels qu'ils soient. Mais il doit pouvoir être assuré que, dès lors qu'il sera établi que les conditions légales ont été remplies, il ne subira aucune peine.

Se pose donc la question de savoir sur quelle base assurer la sécurité juridique nécessaire. Deux formules ont été proposées à cet effet: le recours à l'«objectivation» de l'état de nécessité ou l'autorisation de la loi.

Il faut éviter à ce propos d'utiliser des termes équivoques, comme celui de «dépénalisation». Au sens matériel, «pénaliser» signifie frapper d'une peine et, partant, «dépénaliser» ne plus frapper d'une peine. En ce sens, toutes les propositions ont pour objectif commun de dépénaliser l'acte d'euthanasie dans des conditions données. Au sens formel du terme, utilisé par les partisans de la proposition commune du 20 décembre 1999, «dépénaliser» signifie «sortir du Code pénal». Le terme a donc une double signification, et cette ambiguïté ne sert pas le débat. C'est ce qu'a observé implicitement le professeur Van Neste, qui s'est refusé à juste titre à utiliser le terme: «Je n'ai pas prononcé le mot «dépénaliser» (...). Je recherche seulement une forme légitime d'acte de fin de vie.» (p. 74).

L'état de nécessité

41) D'aucuns font valoir qu'il serait possible, à cet effet, d'«objectiver» l'état de nécessité.

Cette solution ne peut pas être exclue d'office.

Ainsi le professeur Vermeersch a-t-il répondu de la manière suivante à une question de M. Vandenberghe: «Je pense que c'est une idée intéressante, parce qu'elle implique un compromis en fixant, d'une part, qu'il est important que le principe «tu ne tueras point» reste dans le Code pénal, mais en mettant, d'autre part, assez de moyens à disposition pour pouvoir répondre sur le terrain à des situations insupportables, malheureuses ou ingérables (...) Je peux vous suivre dans cette voie, mais ce qui ne doit pas subsister, c'est qu'on ne puisse invoquer que l'état de nécessité dans ces cas. Il faut toujours pouvoir invoquer un état de nécessité dans un cas privé. C'est précisément la définition d'un état de nécessité. On ne

noodtoestand. Men kan niet in een wet inschrijven dat men in die of die gevallen de noodtoestand niet kan invoeren. Die bepaling moet er in elk geval uit. Ik neem aan dat u het daarover met mij eens kan zijn. Men kan de noodtoestand niet beperken. Hij moet in alle gevallen kunnen worden ingeroepen. Dat is duidelijk. Men kan wel, zoals in het PSC-voorstel, in de wet inschrijven, dat als men de noodtoestand onder die voorwaarden invoert, men niet lastig wordt gevallen. Men kan echter niet het omgekeerde zeggen.» (blz. 25).

Professor Vermeersch stelde verder: «Het is dan ook mijn bescheiden mening, dat de figuur van de noodtoestand geen echt goede oplossing is, hoewel ik ermee zou kunnen leven als ze in de feiten die euthanasiehandelingen, die echt verantwoord zijn, mogelijk maakt. Een toenadering tussen de standpunten lijkt mij in dit opzicht mogelijk.» (blz. 4). Hij voegde er het volgende aan toe: «Men kan wel, zoals in het PSC-voorstel, in de wet inschrijven, dat als men de noodtoestand onder die voorwaarden invoert, men niet lastig wordt gevallen.» (blz. 25).

Uit de opmerkingen van de juristen die in de gemeenschappelijke commissies zijn gehoord blijkt die oplossing niet ideaal voor de spreker.

Wat is een noodtoestand?

42) Professor Messine heeft terzake de volgende definitie gegeven: «De noodtoestand is een rechtvaardigingsgrond die, zoals u terecht opgemerkt hebt, geen wettelijke maar een jurisprudentiële creatie is, een toestand waarin iemand zich bevindt die de keuze heeft tussen het plegen van een misdrijf maar om zo een hogere waarde te redden dan die welke verdedigd wordt in de wet die het feit strafbaar stelt, of dit misdrijf niet plegen maar dan wel die waarde verloren laten gaan. Indien hij het feit pleegt en de hogere waarde redt, dan wordt hij in tegenstelling tot andere rechtvaardigingsgronden gefeliciteerd omdat hij de goede keuze heeft gemaakt; indien hij integendeel het feit niet gepleegd heeft, indien hij verzuimd heeft de wet te overtreden, zal hij daarvoor uit moreel oogpunt berispt worden.» (blz. 212).

De noodtoestand houdt een ethische rechtvaardiging in van alle voorstellen.

43) Het is van belang te beklemtonen dat de noodtoestand een ethische rechtvaardiging inhoudt van alle voorstellen. In elk voorstel dat tot dusver in de gemeenschappelijke commissies wordt onderzocht, zo heeft de heer Messine tijdens de hoorzitting opgemerkt, wordt uitdrukkelijk verwezen naar het begrip «noodzaak». In het gemeenschappelijk voorstel van 20 december 1999 is er in het nieuwe voorgestelde artikel 417bis van het Strafwetboek sprake van «de

peut pas inscrire dans une loi qu'on ne peut pas invoquer l'état de nécessité dans tel ou tel cas. Cette disposition doit en tout cas en sortir. Je suppose que vous pouvez être d'accord avec moi là-dessus. On ne peut pas limiter l'état de nécessité. Il doit pouvoir être invoqué dans tous les cas. Cela est clair. On peut bien, comme dans la proposition PSC, inscrire dans la loi que, si on invoque l'état de nécessité selon ces conditions, on n'est pas importuné, mais on ne peut pas dire l'inverse.» (p. 25).

«Mon modeste avis est par conséquent», a poursuivi le professeur Vermeersch, «que la notion de l'état de nécessité n'est pas une solution vraiment bonne, même si je pourrais l'accepter si, dans les faits, elle rendait possible les actes d'euthanasie qui sont vraiment justifiés. Un rapprochement entre les points de vue me semble possible à cet égard.» (p. 4). Et il a encore ajouté: «On peut bien, comme dans la proposition PSC, inscrire dans la loi que, si on invoque l'état de nécessité selon ces conditions, on n'est pas importuné, mais on ne peut pas dire l'inverse.» (p. 25).

À la lumière des observations faites par tous les juristes entendus par les commissions communes, cette solution ne paraît cependant pas idéale à l'intervenant.

Qu'est-ce que l'état de nécessité?

42) Le professeur Messine a donné de cette notion la définition suivante: «L'état de nécessité est une cause de justification, dont (il a été) rappelé à juste titre qu'elle n'est pas légale mais jurisprudentielle, et qui est l'état dans lequel se trouve celui qui a le choix entre commettre une infraction mais sauver ainsi une valeur supérieure à celle défendue par la loi qui incrimine le fait, ou ne pas commettre cette infraction mais alors laisser périr cette valeur. S'il commet le fait en sauvant la valeur supérieure, alors, à la différence des autres causes de justification, il est félicité parce qu'il a fait le bon choix; si, en revanche, il n'a pas commis le fait, s'il s'est abstenu de transgresser la loi, il sera moralement blâmable.» (p. 212).

L'état de nécessité est la justification éthique de toutes les propositions.

43) Il est opportun de souligner que cet état de nécessité constitue la justification éthique de toutes les propositions. Dans chacune des propositions soumises aujourd'hui aux délibérations des commissions réunies, a observé M. Messine lors de son audition, il est expressément renvoyé à la notion de «nécessité»: ainsi dans la proposition commune du 20 décembre 1999, le nouvel article 417bis du Code pénal qui y est proposé parle de faits «commandés par

noodzaak om een einde te maken aan de niet te lenigen, aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood»(1).

Vanuit juridisch oogpunt lijkt het onredelijk een beroep te doen op de «objectivering» van de noodtoestand.

Is het mogelijk de noodtoestand te objectiveren ?

44) Professor Vermeersch verwees in dit verband naar het citaat van Paul Foriers van 1951 : «*Il ne serait pas plus rationnel de généraliser l'état de nécessité que l'état de contrainte. Il n'y a pas de droit général de nécessité. Il y a des cas de nécessité et la question de savoir si la nécessité existe sera toujours une question de fait.*» (blz. 4).

Professor Messine heeft dit bevestigd in antwoord op een vraag van mevrouw Nyssens : «Op de eerste vraag van mevrouw de senator over de objectivering van de noodtoestand door middel van wettelijke voorwaarden, antwoord ik dat zoiets onmogelijk is, juist krachtens de definitie van de noodtoestand. U hebt het zelf vermeld: de noodtoestand is de situatie waarin iemand zich bevindt, niet omdat hij een misdrijf kan plegen maar omdat hij een misdrijf moet plegen, hij daarvoor kiest, en dat om een hogere waarde te redden dan die welke bepaald is door de tekst die het feit strafbaar stelt, of die ervoor kiest die overtreding niet te plegen en die waarde verloren te laten gaan. Doen wat de plicht gebiedt te doen door de wet te overtreden, ofwel de wet niet overtreden en niet doen wat de plicht gebiedt te doen. Hoe wilt u dat objectiveren?» (blz. 217).

De «geobjectiverde» noodtoestand is hetzelfde als een machtiging door de wet.

45) Voortgaande op het wetsvoorstel van de CVP onderstreepte de heer Messine dat de «geobjectiverde» noodtoestand hetzelfde is als een machtiging door de wet: «Maar indien het werkelijk om een noodtoestand ging, was het niet noodzakelijk wetgevend werk inzake euthanasie te verrichten omdat de noodtoestand een rechtvaardigingsgrond is die voor alle misdrijven bestaat en dus ook voor doodslag. In beide voorstellen gaat het in werkelijkheid wel degelijk om een machtiging door de wet ... Het gaat om een machtiging door de wet en helemaal niet meer om een noodtoestand en niemand zal zich daarin vergissen.»(2).

Het gebruik van het begrip noodtoestand is dus niet alleen weinig opportuun, het is ook nutteloos.

46) Professor Van Neste heeft zich in dit verband duidelijk uitgesproken: «Het begrip noodtoestand

la nécessité de mettre fin à la souffrance ou à l'état de détresse»(1).

Mais, sur le plan juridique, le recours à la technique de «l'objectivation» de l'état de nécessité ne paraît pas rationnel.

Est-il possible d'objectiver l'état de nécessité ?

44) Le professeur Vermeersch a rapporté à ce propos cette citation de M. Paul Foriers de 1951 : «Il ne serait pas plus rationnel de généraliser l'état de nécessité que l'état de contrainte. Il n'y a pas de droit général de nécessité. Il y a des cas de nécessité et la question de savoir si la nécessité existe sera toujours une question de fait.» (p. 4).

Et le professeur Messine l'a confirmé, en réponse à une question de Mme Nyssens : «À la première question de Mme la sénatrice sur l'objectivation de l'état de nécessité par des conditions légales, je répondrai que cela est impossible, en vertu même de la définition de l'état de nécessité. Vous l'avez vous-même rappelé : l'état de nécessité est la situation dans laquelle se trouve quelqu'un, non pas qui peut commettre une infraction, mais qui doit, qui choisit de commettre une infraction pour sauver une valeur supérieure à celle qui est définie par le texte qui incrimine le fait ou de ne pas commettre l'infraction et laisser périr cette valeur. Faire ce que le devoir commande en transgressant la loi ou ne pas transgresser la loi et ne pas faire ce que le devoir commandait. Comment voulez-vous objectiver cela?» (p. 217).

L'état de nécessité «objectivé», c'est la même chose qu'une autorisation légale.

45) Poursuivant à propos de la proposition CVP, M. Messine a insisté sur le fait que l'état de nécessité «objectivé», c'est la même chose qu'une autorisation légale: «Mais s'il s'agissait vraiment d'un état de nécessité, vous n'auriez pas besoin de légiférer en matière d'euthanasie parce que l'état de nécessité est une cause de justification qui existe pour toutes les infractions, et donc, aussi, pour le meurtre. Dans l'une et dans l'autre proposition, il s'agit bien, en réalité, d'une autorisation de la loi ... Il s'agit d'une autorisation de la loi et plus du tout d'un état de nécessité et personne ne s'y trompera.»(2).

Le recours à la notion d'état de nécessité est donc non seulement peu opportuun, il est aussi inutile.

46) Le professeur Van Neste a opiné clairement en ce sens: «La notion d'état de nécessité a joué un rôle

(1) *Ibidem.*

(2) *Ibidem.*

(1) *Ibidem.*

(2) *Ibidem.*

heeft een belangrijke rol vervuld bij het zoeken naar wat men de objectieve voorwaarden noemt om euthanasie te legitimeren (...). Wanneer deze noodtoestand vereiste zoals wij die geleidelijk hebben gepreciseerd — met name een terminale patiënt met een ondragelijk lijden dat niet meer kan gelenigd worden — als essentiële voorwaarde voor het legitimeren van euthanasie zou worden vermeld (...), dan is er geen reden meer om uitdrukkelijk een beroep te doen op het begrip van de noodtoestand.

«Ik ben er echter van overtuigd dat de discussie over het begrip noodtoestand een heel belangrijke rol heeft gespeeld in het geleidelijk ontdekken van wat het essentiële is om over een noodtoestand te spreken. Het begrip noodtoestand heeft dan als het ware in zekere mate de functie gehad van de raket die een capsule in haar baan moet brengen. Op het ogenblik dat de capsule in de vereiste baan is, wordt de raket afgeworpen. Het begrip noodtoestand is niet meer nodig want het essentiële krijgt nu zelfs een wettelijke omschrijving (...)» (blz. 52).

De heer Adams heeft praktisch hetzelfde verklaard maar in andere bewoordingen: «Belangrijk voor mij als burger is hoe de wet er inhoudelijk uitziet, wat de materiële en formele voorwaarden zijn waaronder euthanasie mogelijk moet zijn. Of men dat een noodtoestand noemt of niet, maakt dan niet veel uit, hoewel er wel een zekere symboliek van uitgaat.» (blz. 18).

De machtiging door de wet als uitzondering op het strafrechtelijk verbod.

47) De machtiging van de arts om in de omschreven omstandigheden euthanasie toe te passen kan worden ingesteld door middel van een uitzondering op het strafrechtelijk verbod tot doden, zoals bepaald wordt door het gemeenschappelijke wetsvoorstel van 20 december 1990.

Sommige juristen werpen op dat deze oplossing op twee bezwaren zou stuiten: enerzijds de toepassing van het begrip noodtoestand op andere situaties dan die welke in de wet worden beoogd, en anderzijds de voorschriften van de artikelen 2 en 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens.

Spreker heeft als eerste de aandacht gevestigd op de eerste vraag, nog voordat de hoorzittingen werden gehouden, in antwoord op een betoog van de heer Vandenberghe. Het antwoord daarop is eenvoudig: om deze klip te omzeilen moet men gewoon gebruik maken van een passende redactietechniek, bij voorbeeld door een typeformule toe te voegen als «onverminderd de toepassing van enige andere verschoningsgrond op andere feiten», zoals de heer Panier heeft opgemerkt (blz. 284).

Het vraagstuk van de artikelen 2 en 3 van het Europees Verdrag werd anderzijds door verschillende des-

important pour la recherche de ce qu'on appelle les conditions objectives de légitimation de l'euthanasie. (...) Lorsque cet état de nécessité, comme nous l'avons partiellement précisé, notamment un patient en phase terminale qui endure des souffrances insupportables et qui ne peut plus être soulagé, serait mentionné comme condition essentielle à la légitimation de l'euthanasie (...), il n'existe plus de raison pour faire formellement appel à la notion d'état de nécessité.»

«Je suis toutefois convaincu que la discussion sur la notion d'état de nécessité a joué un rôle très important dans la découverte progressive de ce qui est essentiel pour parler d'un état de nécessité. La notion d'état de nécessité semble avoir eu, dans une certaine mesure, la fonction de la fusée qui doit mettre une capsule sur orbite. Au moment où la capsule se trouve sur l'orbite, la fusée est rejetée. La notion d'état de nécessité n'est plus nécessaire parce que l'essentiel reçoit maintenant une définition légale (...)» (p. 52).

M. Adams a pratiquement déclaré la même chose en d'autres termes: «L'important pour moi, en tant que citoyen, c'est de savoir comment la loi se présente par le contenu. Quelles sont les conditions matérielles et formelles auxquelles l'euthanasie doit être possible? Que l'on appelle ou non cela état de détresse n'a pas beaucoup d'importance, même s'il en émane une certaine symbolique.» (p. 18).

L'autorisation de la loi par une exception à l'interdit pénal.

47) L'autorisation donnée au médecin de pratiquer l'euthanasie dans les circonstances prévues peut être instituée par une exception à l'interdit pénal de l'homicide, comme l'envisage la proposition commune du 20 décembre 1999.

Certains juristes ont fait valoir que cette solution rencontrerait deux obstacles: celui de l'application de la notion d'état de nécessité à d'autres situations que celles qui seraient envisagées dans la loi, et celui du prescrit des articles 2 et 3 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme.

L'intervenant a été le premier à attirer l'attention sur la première question, avant même les auditions, en réplique à une intervention de M. Vandenberghe. La réponse à y apporter est simple: pour éviter l'écueil, il suffirait de recourir à une technique de rédaction appropriée, par exemple par l'adjonction d'une formule du style «sans préjudice de l'application de toute autre cause d'excuse à d'autres faits», comme l'a indiqué M. Panier (p. 284).

La question des articles 2 et 3 de la Convention européenne a, quant à elle, été soulevée par plusieurs

kundigen aangevoerd. Ook hier deelt spreker de mening van de heer Panier die betoogde: «Persoonlijk vraag ik mij af of men deze kwestie voor ogen had bij de redactie van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en dan meer bepaald van de artikelen 2 en 3. Ik ben niet zeker dat Straatsburg op basis van artikel 2 of *a fortiori* van artikel 3 een veroordeling zou uitspreken.» (blz. 283). Niettemin blijft daar een schemerzone bestaan.

Er is ook gesproken over de symbolische waarde van een aantasting van het verbod tot doden.

Deze aantasting zou in werkelijkheid zeer relatief zijn.

Professor Vermeersch merkte hierover op: «Ik begrijp dat dit beroep op de noodtoestand bedoeld is om in het Strafwetboek een algemeen verbod op doden te handhaven, vooral wegens de symbolische betekenis ervan, maar er blijft van deze symboliek niet veel over zodra men weet dat een bestaande praktijk in feite wordt getolereerd. Nederland is in heel de wereld bekend als een land waar euthanasie mogelijk is, ook al is de strafwet nog niet veranderd.» (blz. 4).

De heer Messine was dezelfde mening toegedaan: «De aantasting van de functie van de strafwet is in de ogen van de burger overal gelijk, waar de wetgever zijn machtiging ook inlast. Of u die in het Strafwetboek dan wel in het koninklijk besluit nr. 78 plaatst, maakt in dit verband niets uit: het is voldoende dat de burger weet dat de wet euthanasie toestaat in het Wetboek of elders. Het voorbeeld van Nederland is in dit verband zeer verhelderend: iedereen denkt dat de wet euthanasie toestaat, zelfs al is dat technisch gezien, zoals u weet, net het geval.» (blz. 213) «Het wetboek of het koninklijk besluit? Dat blijft me gelijk. Indien u euthanasie toestaat, in het wetboek of in een koninklijk besluit, veroorzaakt u een verzwakking van het verbod om iemand anders te doden. (blz. 216). «Of deze opsomming in het Strafwetboek staat of in een andere wetsbepaling, zal niemand misleiden. Iedereen zal weten dat de wet in België in die en die gevallen euthanasie toestaat.» (blz. 222).

De heer Panier merkte anderzijds op dat de uitzondering, in plaats van de regel te ontkrachten, de regel bevestigt: «Zodra men het Strafwetboek of zelfs het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens openit, stelt men vast dat er weinig bepalingen zijn waarop geen uitzonderingen bestaan ...» (blz. 273)

Niettemin hebben talrijke sprekers zich zorgen gemaakt over elke aantasting van het verbod tot doden, hoe licht ze ook is.

experts. Ici encore, l'intervenant partage l'avis de M. Panier lorsque celui-ci disait: «Personnellement je me demande si cette question a réellement été prise en compte lors de la rédaction de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, et en particulier, de ses articles 2 et 3. Je ne suis pas certain que l'on se dirige vers une condamnation strasbourgeoise sur la base de cet article 2 ni, *a fortiori*, de l'article 3.» (p. 283). Il reste qu'il subsiste là une zone d'ombre.

Il a aussi été question de la valeur symbolique d'une atteinte à l'interdit de tuer.

Cette atteinte ne serait en réalité que très relative.

Ainsi le professeur Vermeersch a-t-il observé: «Je comprends que ce recours à l'état de nécessité vise à maintenir une interdiction générale de tuer dans le Code pénal, principalement à cause du sens symbolique, mais il ne reste pas grand chose de ce symbolisme dès lors que l'on sait qu'on tolère en fait une pratique existante. Les Pays-Bas sont connus dans le monde entier comme un pays où l'euthanasie est possible, même si le Code pénal n'a pas encore été modifié.» (p. 4).

M. Messine a opiné dans le même sens: «L'atteinte portée à la fonction de la loi pénale l'est de la même manière, aux yeux des citoyens, où que le législateur place son autorisation. Que vous la placiez dans le Code pénal ou dans l'arrêté royal n° 78 est à cet égard indifférent: il suffira que les citoyens sachent que la loi autorise l'euthanasie dans le code ou ailleurs. L'exemple des Pays-Bas est à ce sujet très éclairant: tout le monde croit que la loi autorise l'euthanasie aux Pays-Bas, même si, sur le plan technique, comme vous le savez, ce n'est pas le cas.» (p. 213). «Le code ou l'arrêté? Cela m'est indifférent. Si vous autorisez l'euthanasie, que ce soit dans le code ou dans un arrêté, vous introduisez un affaiblissement de l'interdit de tuer autrui.» (p. 216). «Que cette énumération figure dans le Code pénal ou dans une autre disposition légale, cela ne trompera personne. Tout le monde saura qu'en Belgique, la loi autorise l'euthanasie dans tel et tel cas.» (p. 222).

M. Panier, pour sa part, a souligné que, loin de la remettre en cause, l'exception confirme la règle. «Si l'on réfléchit un peu, que l'on ouvre son Code pénal ou même sa Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, on s'aperçoit qu'il n'y a guère de textes qui ne comportent pas d'exceptions ... » (p. 273)

Il demeure cependant que de très nombreux intervenants se sont émus de toute atteinte à l'interdit de tuer, aussi légère fût-elle.

48) Dat heeft spreker ertoe aangezet de euthanasie-regels in een andere wettekst dan in het Strafwetboek voor te stellen.

Hij onderstreept in dit verband het feit dat voor de voorstanders van het «depenaliseren» van euthanasie de kwestie niets uitmaakt, op voorwaarde dat ze maar dezelfde rechtszekerheid biedt.

Naast de heer Vermeersch, reeds aangehaald, vertolkte ook mevrouw Herremans deze mening wanneer spreker haar daarover ondervroeg (blz. 195).

Mevrouw Herremans: «Volgens mij is het van wezenlijk belang om een dialoog in alle rust te kunnen voeren, in alle duidelijkheid. Ik heb het niet zo op halfslachtige maatregelen ten aanzien van rechtszekerheid.»

Vraag: «Welke stelling zou u innemen als voorzitter van de *Association pour le droit de mourir dans la dignité* in de veronderstelling dat we een oplossing zouden vinden die dezelfde rechtszekerheid biedt? Zou u blijven pleiten voor het schrappen van euthanasie uit het Strafwetboek in plaats van een koninklijk besluit?»

Mevrouw Herremans: «Ik wacht uw tekst af. Overtuig me dat u de oplossing hebt.»

Vraag: «Ik wil graag een antwoord. Met andere woorden, zou u nog steeds erop aandringen dat de uitzondering wordt opgenomen in het Strafwetboek als wij u kunnen overtuigen dat de rechtszekerheid dezelfde is?»

Mevrouw Herremans: «Dit is een bedrieglijke discussie. Als u me kunt bewijzen dat een oplossing deze rechtszekerheid kan garanderen, welke oplossing dan ook, dan geef ik me gewonnen.»

De machtiging door de wet in een aparte regelgeving

Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen het Strafwetboek en de strafwet. Tal van strafbepalingen zijn immers opgenomen in wetten die los staan van het Wetboek.

49) Zo blijkt de mogelijkheid te bestaan dat de wettelijke machtiging, met dezelfde rechtszekerheid als die welke een uitzondering op de strafwet heeft, in een aparte regelgeving wordt opgenomen, rekening houdende met de opmerkingen van de professoren Van Neste, Messine en Adams en ingaande op het voorstel van professor Dalcq.

Tijdens de hoorzitting had professor Van Neste reeds in de volgende bewoordingen gesproken over het koninklijk besluit nr. 78, dat zoals bekend is, kracht van wet heeft: «Sommigen willen de euthanasieprocedure inschrijven in het Strafwetboek. Ik beweer dat die rechtszekerheid evengoed gegarandeerd is als die procedure wordt opgenomen in het koninklijk besluit nr. 78 ... Het koninklijk besluit

48) C'est ce qui a amené l'intervenant à envisager de déposer la réglementation de l'euthanasie dans un texte légal autre que le Code pénal.

Il insiste à cet égard sur le fait que, pour les partisans de la «dépénalisation» de l'euthanasie, la question est indifférente, pour autant qu'elle offre la même sécurité juridique.

Outre M. Vermeersch, déjà cité, Mme Herremans a opiné en ce sens lorsque l'intervenant l'a questionnée à ce propos (p. 195).

Mme Herremans: «Pour moi il est fondamental de pouvoir mener un dialogue (patient-médecin) en toute sérénité, en toute clarté. Je n'apprécie pas tellement les demi-mesures en matière de sécurité juridique.»

Question: «Dans l'hypothèse où nous trouverions une solution qui offrirait la même sécurité juridique, quelle serait votre position en tant que présidente de l'ADMD? Continueriez-vous à plaider en faveur d'une dépénalisation inscrite dans la loi pénale plutôt que sous forme d'arrêtés?»

Mme Herremans: «J'attends votre texte. Convainquez-moi que vous avez la solution.»

Question: «C'est une réponse que vous me donnez. En d'autres termes, si nous pouvons vous convaincre que la sécurité juridique est la même, vous n'insistez pas pour que l'exception soit inscrite dans la loi pénale?»

Mme Herremans: «C'est un faux débat. Si vous m'apportez la preuve qu'une solution peut apporter la sécurité juridique, quelle que soit cette solution, je m'inclinerai.»

L'autorisation de la loi dans une réglementation distincte

Il y a lieu de distinguer le Code pénal et la loi pénale. En effet, nombre de dispositions pénales sont reprises dans des lois distinctes du Code.

49) Aussi paraît-il pouvoir être envisagé que l'autorisation de la loi soit inscrite, avec la même sécurité juridique qu'une exception au code pénal, dans une réglementation distincte de celui-ci, en tenant compte des observations des professeurs Van Neste, Messine et Adams et en suivant la suggestion du professeur Dalcq.

Lors de son audition, le professeur Van Neste avait déjà évoqué en ces termes le recours à l'arrêté royal n° 78, dont on sait qu'il a force de loi: «Certains veulent inscrire la procédure d'euthanasie dans le Code pénal. Je prétends que cette sécurité juridique est aussi bien garantie si cette procédure est inscrite dans l'arrêté royal n° 78 ... L'arrêté royal n° 78 et les règles déontologiques qui y figurent ont force de loi.

nr. 78 met de daarin opgenomen deontologische regels hebben kracht van wet. Dat besluit geeft de arts een heel grote rechtszekerheid.» (blz. 62 en 64). De heer Van Neste: «Ik denk dat we eigenlijk hetzelfde willen bereiken, namelijk dat mensen die ondraaglijk lijden en vragen om geholpen te worden, inderdaad op een legitieme manier geholpen kunnen worden. Ik beschouw dat dan inderdaad als een positieve daad. Waarom mag dit dan niet in het strafwetboek worden opgenomen? Ik kan de vraag ook omkeren. Volstaat het niet dat we dit inschrijven in het koninklijk besluit nr. 78? Dit is een wettelijke basis die voldoende rechtszekerheid biedt.» (blz. 75).

Spreker vermeldt ook het betoog dat de heer Messine hierover heeft gehouden (blz. 231):

Vraag: «Zou men door een gedraging voor te schrijven bij de begeleiding van het levenseinde, door te bepalen dat de artsen op de ene of de andere wijze moeten handelen, niet kunnen bereiken wat u omschreven hebt als een stilzwijgende machtiging, waarin de toetsing van de voorwaarden — het spreekt vanzelf dat er een controle moet blijven maar de onzekerheid zou minder groot zijn — een controle van de redenen zou inhouden, iets wat u terecht ter harte gaat?»

De heer Messine: «Dat is mogelijk maar dat is natuurlijk een grote verandering in de manier van denken. Op dat ogenblik beoogt men niet meer dat de wet euthanasie uitdrukkelijk toestaat in een aantal gevallen die in de wet omschreven zijn, men doet iets anders, men reglementeert.»

Vraag: «Het is onze bedoeling alle mogelijkheden te onderzoeken, zonder *a priori*'s. Wij zijn niet aan het debatteren over een of meerdere welbepaalde wetsvoorstellen. Wij debatteren over een geheel van voorstellen en wij trachten de meest gepaste formules te vinden om tegemoet te komen aan de bezorgdheid waarvan wij getuige zijn in het kader van de hoorzittingen.»

De heer Messine: «Ik denk dat deze bezinning kan leiden tot oplossingen die minder sterk afbreuk doen aan wat mijn voornaamste zorg is, namelijk de eigenlijke waarde van de wet. Dat is wellicht niet onmogelijk.»

50) Professor Dalcq is in dat verband zeer duidelijk geweest en heeft aangetoond dat de machtiging door de wet reeds de grondslag vormt voor een aantal handelingen van artsen die *a priori* strijdig zijn met het Strafwetboek.

Van bij de aanvang wees hij op het volgende feit: «Nochtans brengt een chirurg, telkens als hij een patiënt opereert, opzettelijk verwondingen toe, wat in principe verboden is door artikel 398 van het Strafwetboek. Telkens als een arts aan een zieke geneesmiddelen voorschrijft of toedient, dat wil zeggen middelen die in bepaalde gevallen de gezondheid kunnen aantasten, stelt hij een handeling die op het eerste gezicht verboden is door de artikelen 402 en

Cette décision donne au médecin un très grande sécurité juridique.» (p. 62 et 64). M. Van Neste concluait ainsi son intervention: «Je pense que, dans le fond, nous voulons atteindre la même chose, à savoir que les personnes qui endurent des souffrances insupportables et qui demandent à être aidées puissent l'être de façon légitime. Dans ces conditions, je considère cela effectivement comme un acte positif. Pourquoi dès lors ne peut-il pas être inscrit dans le Code pénal? Je peux aussi retourner la question. Ne suffit-il pas que nous l'inscrivions dans l'arrêté royal n° 78? C'est une base légale qui offre une sécurité juridique suffisante.»(p. 75).

L'intervenant rappelle aussi l'intervention de M. Messine à ce sujet (p. 231):

Question: «En édictant un comportement dans l'accompagnement de fin de vie, en disant que les médecins devraient agir de telle et telle manière, ne pourrait-on arriver à ce que vous avez qualifié d'autorisation tacite où le contrôle des conditions — il est évident qu'un contrôle doit demeurer mais l'incertitude serait moins forte — impliquerait un contrôle des raisons qui, à juste titre, vous tient à cœur?»

M. Messine: «C'est possible mais, bien entendu, cela change fort l'orientation de la réflexion. À ce moment-là, on n'envisage plus que la loi autorise expressément l'euthanasie dans un certain nombre de cas qu'elle détermine, on fait autre chose, on réglemente.»

Question: «Nous sommes soucieux d'examiner toutes les possibilités, sans *a priori*. Nous ne débattons pas d'une ou de plusieurs propositions de loi définies. Nous débattons d'un ensemble de propositions et nous essayons de trouver les formules les plus adéquates pour rencontrer les préoccupations dont nous sommes témoins dans le cadre des auditions.»

M. Messine: «Je crois que cette réflexion permettrait d'aboutir à des solutions mettant moins en cause ce qui constitue ma préoccupation majeure, à savoir la valeur même de la loi. Sans doute n'est-ce pas impossible.»

50) Le professeur Dalcq a été tout à fait net à cet égard, en montrant que l'autorisation de la loi fonde déjà certains actes des médecins *a priori* contraires au Code pénal.

Il a commencé par attirer l'attention sur le fait suivant: «Chaque fois qu'un chirurgien opère un patient, il lui cause cependant volontairement des blessures, ce qui est, en principe, interdit par l'article 398 du Code pénal. De même, lorsqu'un médecin prescrit au malade ou lui administre volontairement des médicaments — c'est-à-dire des substances qui, dans certains cas, peuvent altérer la santé — le médecin commet aussi un acte interdit, à

volgende van het Strafwetboek. Toch ontsnapt de arts in al die gevallen aan strafrechtelijke vervolging, indien hij geen enkele onopzettelijke fout in de zorgverlening heeft begaan. We moeten ons afvragen waarom dat zo is. De heer Messine heeft het antwoord daarop vanochtend al gegeven(1). Ik ga daar wat meer in detail op in.» (blz. 236).

De heer Dalcq schetste vervolgens een beeld van de ontwikkelingen in de jurisprudentie terzake en citeerde ten besluite uit een vonnis: «De arts die zijn beroep uitoefent op de wijze die de wetgever heeft gereguleerd, toegestaan of opgelegd, geniet een wettelijke rechtvaardigingsgrond die hem voor alle vervolgingen behoedt. De immuniteit van de chirurg vindt aldus haar grondslag in de door de wet verleende toestemming. Dat komt neer op het principe van de toestemming waarover de heer Messine vanmorgen sprak. Zijn ingreep wordt verondersteld gerechtvaardigd te zijn, maar deze veronderstelling is relatief en het komt aan het openbaar ministerie toe om het eventuele misbruik van het wettelijk voorschrift te bewijzen.» (blz. 237).

In dit verband zij vermeld dat het openbaar ministerie altijd uit eigen beweging kan optreden. Het principe is hetzelfde, namelijk dat in het Strafwetboek een uitzondering wordt bepaald of dat dit in een aparte wet wordt bepaald. Het openbaar ministerie zal altijd moeten bewijzen dat de wettelijke voorwaarden niet aanwezig waren.

Professor Dalcq formuleerde tenslotte een concreet voorstel, dat volgens spreker een inspiratiebron zou kunnen vormen voor de wetgever (blz. 251 en 252).

Dit voorstel bestond in het invoeren in de wet van regels voor de handelingen van levensbeëindiging. De heer Dalcq, zoals de heer Vanneste, verwees in dit opzicht naar koninklijk besluit nr. 78 van 10 september 1967 dat aangezien het om een bijzonderemachtenbesluit gaat, kracht van wet heeft. Maar voor een aantal personen vermeldde hij dat deze regelgeving vanzelfsprekend in een autonome wet zou kunnen worden opgenomen.

51) De heer Adams lijkt dezelfde mening toegedaan te zijn: «Op welke plaats moeten we de legalisering van een wetsconform euthanaserend handelen veruitwendigen: is dat in de strafwet zelf of moet dit gebeuren door middel van een wettelijke bepaling op een andere plaats? Een heel aantal mensen noemen de discussie of je euthanasie al dan niet door middel van het strafwetboek zelf moet regelen een symbooldiscussie. Dat is inderdaad een juiste evaluatie, omdat een regeling met betrekking tot euthanasie, of ze nu al dan niet in het strafwetboek zelf staat opgenomen, in ieder geval minstens de bedoeling heeft om euthanasie onder bepaalde voorwaarden toe te staan.» (blz. 8).

(1) Zie de heer Messine, blz. 225 en 226.

première vue, par les articles 402 et suivants du Code pénal. Or, le médecin échappe dans tous ces cas à toute poursuite pénale, s'il n'a commis aucune faute involontaire dans les soins. Il faut donc se demander pourquoi il en est ainsi. M. Messine a déjà donné la réponse ce matin(1). J'y reviens peut-être un peu plus en détail.» (p. 236).

M. Dalcq a ensuite brossé un tableau de l'évolution de la jurisprudence en la matière et il a conclu en citant un extrait de jugement: «Le médecin, en pratiquant son art de la manière dont le législateur l'a réglementé, autorisé ou imposé, bénéficie d'une cause légale de justification l'immunisant de toutes poursuites. Ainsi, l'immunité du chirurgien trouve son fondement dans la permission de la loi — cela revient au principe de l'autorisation de la loi dont M. Messine parlait ce matin. Son intervention est présumée justifiée, mais cette présomption est relative, et il appartient au ministère public de prouver l'abus éventuel de l'autorisation légale.» (p. 237).

Il faut rappeler à cet égard que le ministère public peut toujours agir d'initiative. Le principe est le même, que l'on procède par la voie d'une exception au Code pénal, ou dans une loi distincte. Le ministère public devra toujours établir que les conditions légales n'étaient pas réunies.

Le professeur Dalcq a terminé en formulant une proposition concrète, dont il paraît à l'intervenant que le législateur pourrait s'inspirer (pp. 251 et 252).

Cette proposition consistait à inscrire une réglementation des actes de fin de vie dans la loi. M. Dalcq, comme M. Van Neste, évoquait à ce propos l'arrêté royal n° 78 du 10 septembre 1967 qui, s'agissant d'un arrêté de pouvoirs spéciaux, a force de loi. Mais, a-t-il précisé à certains, il va de soi que cette réglementation pourrait faire l'objet d'une loi autonome.

51) M. Adams paraît avoir opiné dans le même sens: «Où faut-il loger la légalisation d'un acte euthanasiant conforme à la loi: dans le Code pénal ou par le biais d'une disposition légale particulière? Un grand nombre de gens estiment que, indépendamment de la question de savoir s'il faut ou non régler l'euthanasie dans le Code pénal, le débat sur l'euthanasie est un débat de symboles. C'est une appréciation correcte, parce qu'une réglementation relative à l'euthanasie, qu'elle soit reprise ou non dans le Code pénal, a au minimum pour but d'autoriser l'euthanasie sous certaines conditions.» (p. 8).

(1) Voir M. Messine, pp. 225 et 226.

Hij voegde hieraan toe: «Ik heb gezegd dat het koninklijk besluit nr. 78 mij minder geschikt lijkt, niet omdat euthanasie geen medische handeling is, maar omdat het geen gewone medische handeling is ... Indien echter de regulering van euthanasie daarin wel wordt opgenomen, zal ik daar niet van wakker liggen ... Kunnen we euthanasie via de strafwetprocedure regelen? Eigenlijk is het in Nederland tot nog toe min op meer op die manier gegaan ...

Alleen maar een procedure ontwerpen is in België echter onaanvaardbaar. De wetgever zal toch de materiële en formele voorwaarden moeten geven, als er nog geen rechtspraak is. In Nederland was het mogelijk dat slechts een procedure werd uitgewerkt, juist omdat de formele en materiële voorwaarden door de rechtspraak bekend waren. Als dat niet het geval is, moet de wetgever zijn verantwoordelijkheid nemen.» (blz. 21). «Als er één les kan worden getrokken uit de Nederlandse situatie, dan is het dat het gewoon niets uitmaakt of de toestemming om euthanasie te plegen nu al dan niet in het Strafwetboek wordt opgenomen. Het gaat wel om de strafrechtelijke sfeer die rond de melding hangt.» (blz. 23).

Op een vraag betreffende de rechtszekerheid gaf de heer Adams het volgende antwoord: «De rechtszekerheid die door de arts wordt ervaren, ligt in de strafrechtelijke sfeer, wat losstaat van de vraag waar de bepalingen omtrent euthanasie worden opgenomen, hetzij in het strafwetboek zelf, hetzij in een andere wet, in het koninklijk besluit nr. 78 of in een afzonderlijk wetsvoorstel. Het moet alleszins in een formele wet worden opgenomen. Maar de discussie gaat niet over rechtszekerheid in de context van het al dan niet betrekken van het strafwetboek zelf. Het gaat echter wel om de criminele sfeer die er rond hangt.» (blz. 23).

52) Spreker meent in elk geval dat een regelgeving slechts opportuun en nuttig zal zijn indien ze gedragen wordt door een brede maatschappelijke basis, zowel in de medische en de verzorgingswereld als bij de bevolking(1) en bijgevolg ook door een brede parlementaire basis, dat wil zeggen ze moet de traditionele politieke, levensbeschouwelijke, religieuze of partijgebonden tegenstellingen overstijgen.

Het is verbazend dat een tweederde meerderheid nodig is om de landbouw of de buitenlandse handel te regionaliseren, terwijl een gewone meerderheid, waart het op één stem aankomt, genoeg zou zijn om een wet op te leggen die over leven en dood gaat.

Voor alles wat betrekking heeft op onderwijs en cultuur, bestaat in België bovendien sinds ongeveer

Il a ajouté: «J'ai dit que l'arrêté royal n° 78 me paraissait peu approprié, non parce que l'euthanasie ne serait pas un acte médical, mais parce qu'elle n'est pas un acte médical ordinaire ... Cependant, si la régulation de l'euthanasie devait y être insérée, je n'en concevrais pas une inquiétude particulière ... Pouvons-nous régler l'euthanasie par le biais de la procédure pénale? Aux Pays-Bas, c'est en réalité de cette manière que les choses se sont plus ou moins passées jusqu'ici ...

Il est toutefois impensable, en Belgique, de se borner à définir une procédure, car le législateur devra quand même définir les conditions matérielles et formelles, en l'absence de toute jurisprudence. Aux Pays-Bas, il était possible de s'en tenir à une procédure, parce que, précisément, les conditions formelles et matérielles étaient déjà connues au travers de la jurisprudence. Lorsque ce n'est pas le cas, le législateur doit prendre ses responsabilités.» (p. 21). «S'il y a une leçon qu'on peut tirer de la situation aux Pays-Bas, c'est que cela ne change tout simplement rien que l'autorisation de pratiquer l'euthanasie soit désormais inscrite ou non dans le Code pénal. Ce qui compte, c'est le halo répressif qui entoure la déclaration.» (p. 23).

Enfin, à une question relative à la sécurité juridique du médecin, M. Adams a répondu: «L'insécurité juridique que ressent le médecin se situe dans la sphère pénale, indépendamment de la question de savoir où les dispositions relatives à l'euthanasie sont insérées: dans le Code pénal lui-même, dans une autre loi, dans l'arrêté royal n° 78 ou dans une proposition de loi distincte. Cela doit se faire en tout cas dans une loi au sens formel. Mais la discussion ne porte pas sur la sécurité juridique par rapport au point de savoir si l'on fait intervenir ou non le Code pénal lui-même. Ce qui est concerné, c'est ce halo «criminel» qui enveloppe la situation.» (p. 23).

52) L'intervenant pense en tout cas qu'une réglementation ne sera opportune et utile qu'à la condition qu'elle repose sur une large assise sociale, tant dans le monde médical et soignant qu'au sein de la population(1), et, partant, une large assise parlementaire, c'est-à-dire qu'elle dépasse les clivages traditionnels, politiques, philosophiques, confessionnels ou partisans.

Il serait étonnant de voir qu'il faut une majorité des 2/3 pour régionaliser l'agriculture ou le commerce extérieur, alors qu'une majorité simple pourrait, à une voix près, imposer une loi qui touche à la vie et à la mort.

De plus, pour tout ce qui concerne l'éducation et la culture, on a en Belgique, depuis environ 45 ans, un

(1) Professor Vermeersch, blz. 7.

(1) Professeur Vermeersch, p. 7.

45 jaar een cultuurpact dat de verplichting oplegt rekening te houden met eenieders overtuigingen en ook een ruim akkoord na te streven.

Men kan zich immers afvragen of het euthanasievraagstuk geen culturele dimensie inhoudt.

Een ruim akkoord nastreven veronderstelt natuurlijk dat elkeen een inspanning levert.

Spreeker verklaart dat hij wil blijven openstaan en hij er zich dus niet toe verbindt een wet goed te keuren die euthanasie uit het strafrecht zou halen, indien er geen andere mogelijkheid bestond.

Maar hij wil mee vorm geven aan een consensus, zolang hij het gevoel blijft hebben dat aan weerszijden de wil bestaat om vooruitgang te boeken.

Natuurlijk gaat het over een regelgeving die betrekking heeft op de terminale fase, die geen regels aanreikt voor andere vraagstukken die tijdens het debat rijzen en die volgens spreker in het kader van de huidige wetgeving kunnen worden opgelost.

De heer Dalcq heeft duidelijk gesteld dat zelfdoding geen misdrijf is. Bijgevolg is het verlenen van medewerking aan een dergelijke handeling evenmin een misdrijf. De voorwaarden voor het misdrijf van het niet-verlenen van bijstand aan een persoon die in gevaar verkeert, zijn vrij duidelijk: iemand die herhaaldelijk verzoekt een euthanasie te willen ondergaan, en voor wie de nodige voorzorgen zijn genomen, zou volgens spreker bijstand kunnen krijgen zonder dat hiervoor een straf wordt uitgesproken.

Er zijn ook andere gevallen, van patiënten die het bewustzijn hebben verloren of niet in staat zijn hun wil te uiten. In die gevallen volstaat de noodtoestand zoals die thans bestaat.

Op basis van de ervaring zou de voorgestelde regelgeving verder verfijnd en verduidelijkt kunnen worden.

In zijn eenparig advies van 27 januari 2000 over het thema *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, dat op 23 maart aan de commissieleden werd meegedeeld, en dat door de voorzitter, professor Sicard, tijdens een hoorzitting met enkele commissieleden werd toegelicht, haalde het Franse *Comité consultatif national d'éthique Jean de La Fontaine* aan: « *Un riche laboureur, sentant sa mort prochaine, fit venir ses enfants, leur parla sans témoins* » — en merkte op dat de stervende indertijd de dood voelde naderen en zich daarop kon voorbereiden, en dat het sterven toen een familie- en openbare aangelegenheid was waarin de stervende omringd was. Spreker formuleert de wens dat de verenigde commissies, door middel van hun werkzaamheden, deze stervenskunst mee helpen terugvinden.

*
* *

pacte culturel qui oblige à tenir compte des convictions de chacun et à rechercher un large accord.

Or, on peut se demander si la question de l'euthanasie ne revêt pas une dimension culturelle.

Rechercher un large accord suppose évidemment un effort de part et d'autre.

L'intervenant déclare qu'il veut rester ouvert, et qu'il ne s'engage donc pas à ne pas voter une loi qui dépenaliserait l'euthanasie, s'il n'y avait pas d'autre possibilité.

Mais il entend contribuer à rechercher un consensus, aussi longtemps qu'il aura le sentiment que de part et d'autre, une volonté existe d'avancer en ce sens.

Bien sûr, il s'agira d'une réglementation sur la phase terminale, qui ne règle pas d'autres questions soulevées lors du débat et qui paraissent à l'intervenant pouvoir être réglées dans le cadre législatif actuel.

M. Dalcq a précisé que le suicide n'était pas une infraction. Par conséquent, la participation à un tel acte ne l'est pas non plus. Les conditions de l'infraction de non-assistance à personne en danger sont assez claires: quelqu'un qui demanderait de façon répétée de subir l'acte d'euthanasie, et pour qui on aurait pris les précautions nécessaires, pourrait, selon l'intervenant, recevoir une assistance sans que celle-ci soit sanctionnée.

Il demeure aussi d'autres cas, ceux de patients non conscients ou incapables d'exprimer leur volonté. Dans ces cas, l'état de nécessité tel qu'il existe aujourd'hui suffit.

À l'expérience, la réglementation envisagée pourra être précisée et davantage élaborée.

Dans son avis unanime du 27 janvier 2000 sur le thème *Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie*, qui a été communiqué aux commissaires le 23 mars et qui a été commenté par son président, le professeur Sicard, lors d'une audition organisée par quelques commissaires, le Comité consultatif national d'éthique de France évoquait Jean de La Fontaine — « *Un riche laboureur, sentant sa mort prochaine — Fit venir ses enfants, leur parla sans témoins* » — et observait qu'à l'époque le mourant sentait venir la mort et pouvait s'y préparer, celle-ci, affaire familiale ou publique, étant alors entourée. L'intervenant formule le vœu que les commissions réunies puissent, au travers de leurs travaux, contribuer à retrouver cet art de mourir.

*
* *

Een lid verklaart namens zijn fractie en in persoonlijke naam dat de hoorzittingen nuttig en verrijkend zijn geweest. Een reeks uitzonderlijke getuigen zijn gehoord: zij hebben met hun medische, ethische en filosofische overwegingen de grote verdienste gehad stevig in de werkelijkheid geworteld te zijn.

Dankzij deze hoorzittingen is het mogelijk geweest zowel hier als in het veld, in hun verdere werking, personen uit uiteenlopende netwerken — en in heel België — te ontmoeten.

Het debat heeft de zaak kunnen «opentrekken» buiten de verenigde commissies. Spreekster is ervan overtuigd dat het debat vele parlementsleden ertoe heeft aangezet zichzelf te bevragen. Volgens haar moet men zich in een zo complexe en aan evolutie gebonden materie vragen blijven stellen.

In dit verband verklaart zij zich op bepaalde ogenblikken een beetje ongemakkelijk te hebben gevoeld toen een aantal gehoorde personen niet werden beluisterd met het respect dat ze verdienen.

De eerste conclusie die zij trekt uit dit maandenlange werk is dat het euthanasieprobleem niet enkel kan worden opgelost door een eenvoudige wetswijziging: wij moeten onze kijk op de geneeskunde veranderen alsook de manier waarop wij met geneeskunde omgaan.

Zij stelt ook vast dat zoals bij vele andere aangelegenheden die in het Parlement behandeld worden, de vraag naar een wijziging van de rechtsregels (zoals ze ook in andere landen geformuleerd wordt) erop wijst dat het recht meer dan ooit een vergelijkingspunt bij uitstek is in onze samenleving ... De redenen die pro euthanasie worden aangehaald worden juridisch vertaald: recht op waardig sterven, recht op sterven, recht om te beslissen over het ogenblik waarop men sterft, rechten van de patiënt, maar ook recht op bescherming van de zieken. Dit alles kadert in een meer algemene mensenrechtenbeweging, in een juridisering waaraan positieve en negatieve aspecten verbonden zijn. De erkenning van een recht is een zaak, de uitoefening van dit recht een andere en het uitoefenen van controle nog een andere.

Spreekster stelt nochtans vast dat het niet altijd makkelijk is een ontmoetingspunt te creëren voor artsen en juristen en voor artsen en politici.

De hoorzittingen hebben, zo meent zij, de grote verdienste dat zij die beroepscategorieën met elkaar in contact hebben gebracht.

De te behandelen aangelegenheid heeft volgens haar meer te maken met medische handelingen dan met het recht in het algemeen en met het strafrecht in het bijzonder.

Medische handelingen veranderen metertijd en passen zich ook aan de nieuwe realiteit en aan bijzondere gevallen.

Une membre déclare, au nom de son groupe et en son nom personnel, que les auditions ont été utiles et enrichissantes. On a entendu une série de témoins exceptionnels dont les réflexions médicales, éthiques et philosophiques avaient le tout grand mérite d'être ancrées dans le réel.

Ces auditions ont permis de rencontrer tant ici que sur le terrain, dans leurs prolongements, des personnes de réseaux multiples — et dans toute la Belgique.

Le débat a permis «l'ouverture» au-delà des commissions réunies. L'intervenante est convaincue qu'il a invité beaucoup de parlementaires à un questionnement. Elle estime que dans cette matière aussi complexe et évolutive, il convient de rester dans un questionnement.

À ce propos, elle déclare avoir été à certains moments un peu mal à l'aise lorsque certaines personnes auditionnées n'ont pas été écoutées avec tout le respect qu'elles méritaient.

La première conclusion qu'elle tire de ces longs mois de travail est que la question de l'euthanasie ne peut se résoudre uniquement par un simple changement de législation: il y a lieu de changer notre vision de la médecine et notre rapport avec celle-ci.

Elle constate aussi, comme dans beaucoup d'autres matières traitées au Parlement, que la demande de changements juridiques (telle que formulée aussi dans d'autres pays) est le signe que le droit est plus que jamais une référence capitale de nos sociétés ... Les raisons invoquées en faveur de l'euthanasie sont présentées en termes de droit: droit de mourir dans la dignité, droit à la mort, droit de décider du moment de sa mort, droits du patient, mais aussi droit à la protection des malades. Cela participe à un mouvement plus général de droits de l'homme, et surtout de juridisation, avec ses éléments positifs et négatifs. Reconnaître un droit est une chose, l'exercer en est une autre, et exercer un contrôle en est une autre encore.

Pourtant, l'intervenante constate qu'il n'est pas toujours facile de faire rencontrer médecins et juristes et médecins et politiques.

Les auditions ont le tout grand mérite, lui semble-t-il, d'avoir mis ceux-ci en confrontation.

La matière à traiter relève, selon elle, plus des pratiques médicales que du droit en général et du droit pénal en particulier.

Ces pratiques évoluent, sont changeantes et s'adaptent aux réalités nouvelles et aux cas particuliers.

De belangrijke boodschap die spreekster uit de hoorzittingen onthouden heeft is dat de « medische wetenschap » onophoudelijk ertoe aangezet moet worden oog te hebben voor het lijden waarbij de prioriteit van de prioriteiten de pijnbestrijding is. De behandeling van pijn heeft voorrang op de filosofische toepassing van principes zoals de « autonomie van de rede ».

Zij onthoudt daarenboven vooral dat ervaring met palliatieve zorg nuttig is voor de hele geneeskunde en dat palliatieve zorg een essentiële rol speelt in het ethisch proces van het opnieuw controle krijgen over het sterven. Het succes ervan wordt juist verklaard door het centraal stellen van de patiënt dat wil zeggen door rekening te houden met zijn wensen, zijn woorden en zijn levenskwaliteit en door het doorbreken van het isolement van die patiënt.

Tenslotte is spreekster zich bewust geworden van de macht die de geneeskunde heeft over leven en dood maar ook over de grenzen van die macht. Zij beseft dat die macht moet worden begeleid, dat zij slechts mag worden uitgeoefend in het kader van een verantwoordelijkheidsethiek.

Vroeger werd de stervensproblematiek gekenmerkt door het streven naar het overleven van het individu.

Vandaag ligt die problematiek anders. Door de vooruitgang van de geneeskunde, de langere levensduur van het individu, de complexe klinische gegevens is de vraag « hoe overleven » verandert in « wanneer en hoe sterven ».

Bij terminale patiënten weegt de arts drie zaken af:

1. Het recht op fysiek leven: zolang er hoop is op een behandeling kan er geen sprake van zijn de behandeling stop te zetten, de patiënt te laten sterven of hem te helpen bij zelfdoding (« vitalisme »).

2. Het recht op zelfbeschikking van de patiënt: de patiënt heeft het recht zijn wil te kennen te geven, hij heeft er recht op dat naar hem geluisterd wordt en dat zijn wensen aanhoord worden. Om in te stemmen met een behandeling of om een behandeling te weigeren moet hij eerst vooraf correct geïnformeerd zijn.

3. De noodzaak om de pijn en het lijden in de stervensfase tot een minimum te reduceren.

De afweging moet evenwichtig zijn. Gebeurt dat niet, dan leidt dit tot ontsporingen. Gaat men tot het uiterste in de strijd tegen de pijn, dan beperkt men het zelfbeschikkingsrecht van het individu.

Gaat men tot het uiterste om het recht op zelfbeschikking te garanderen, dan leidt dit tot een ongebalanceerde liberalisering, komt men in aanvaring met de behandelingsvrijheid van de arts en bestaat het

Le message le plus important que l'intervenante retient des auditions est que la médecine « scientifique » doit sans cesse être encouragée à devenir sensible à la souffrance et qu'ainsi, la priorité des priorités est le développement de la lutte contre la douleur, son traitement beaucoup plus que l'application philosophique de principes tels que « l'autonomie de la raison ».

Elle retient aussi avant tout que l'expérience des soins palliatifs est utile pour toute la médecine et que ceux-ci ont joué un rôle essentiel dans le processus éthique de la réappropriation de la mort. Leur succès consiste précisément à mettre le patient au centre, c'est-à-dire à tenir compte de ses souhaits, de ses paroles et de sa qualité de vie et à le sortir de l'isolement.

Enfin, l'intervenante a pris conscience du pouvoir médical sur la vie et sur la mort, d'une part, et de ses limites d'autre part, et que ce pouvoir doit être encadré, qu'il ne peut être exercé que dans une éthique de la responsabilité à développer.

Jadis, le souci principal en ce qui concerne la question de la mort était la survie des individus.

Aujourd'hui, avec les progrès de la médecine, la longévité accrue des individus, les tableaux cliniques complexes, la question a changé: le comment survivre est devenu le quand et le comment mourir.

En fin de vie, le médecin procède à une pesée équilibrée de trois valeurs:

1. Le droit à la vie physique: pas question d'abandon thérapeutique s'il y a espoir thérapeutique, pas question de donner la mort au patient, ou l'aider à se suicider (« vitalisme »).

2. Le droit à l'autodétermination du patient: le patient a le droit d'exprimer sa volonté, il a le droit d'être écouté et entendu dans ses souhaits. Pour consentir à un traitement ou pour refuser un traitement, le patient doit être préalablement correctement informé.

3. La nécessité de réduire au minimum les douleurs et les souffrances accompagnant l'agonie.

La pesée doit être équilibrée. Dans le cas contraire, on aboutit à des excès. Si on légitime de manière absolue la lutte contre la douleur, la faculté d'autodétermination de l'individu se réduit.

Si on légitime le droit à l'autodétermination de manière absolue, on aboutit à une libéralisation pénale non différenciée, on se heurte à la liberté thérapeutique du médecin, aux risques de dérive (cf. auto-

gevaar voor ontsporingen (*cf.* beperking van de autonome wil om te sterven: extreme afhankelijkheid, pressie ...).

Gaat men tot het uiterste in het wettigen van het recht op fysiek leven, dan rijst het gevaar voor zinloos medisch handelen.

Voor ons is het duidelijk dat elke wetgeving of regelgeving betreffende de medische beslissingen rond het levenseinde, drie beginselen in acht moet nemen:

1. De eerbied in alle omstandigheden voor de waardigheid van de mens als een relatiebekwaam wezen: «Een individuele aanpak vereist dat men de zieke niet alleen als een zieke ziet, maar dat men hem beschouwt als een menselijk wezen, dat zijn waardigheid ontleent aan zijn betrokkenheid op anderen» (1).

2. Groeiende aandacht voor de kwetsbaarste individuen.

3. Het in acht nemen van een verantwoordelijkheidsethiek (voorzorgs- en waakzaamheidsbeginsel).

De hoorzittingen hebben de diversiteit en de complexiteit van de terminale levensfase aangetoond als ook de grenzen van de geneeskunde in sommige situaties. Een wet maken die voor al deze vaak ingewikkelde toestanden een oplossing biedt, is een moeilijke zaak.

Tijdens de hoorzittingen werd verwezen naar leemten op het stuk van de opleiding: medische (op het gebied van de pijnverlichting), psychologische (op het gebied van de begeleiding, het luisteren naar de patiënt) ethische (bevraging), zowel bij de artsen als bij het verplegend personeel. Tijdens de hoorzitting kwam ook de eenzaamheid en de vermoeidheid van het verplegend personeel aan het licht.

De invoering van palliatieve zorgverlening in ziekenhuizen, in de thuiszorg, in de rust- en verzorgingshuizen heeft evenwel aangetoond dat een rijkere en menselijke weg mogelijk is en die de minst slechte oplossing is voor de wanhoop en het uitzichtloos lijden van stervende patiënten.

Veel mensen die gehoord werden, hebben gewezen op de vaagheid van de gebruikte begrippen en op de uiteenlopende medische praktijken of op de interpretatie van die praktijken door de artsen.

Het belang van de definities en van nauwgezetheid in de gebruikte begrippen

nomie limitée de la volonté de mourir: extrême dépendance, pressions ...)

Si on légitime le droit à la vie physique de manière absolue, le danger d'acharnement thérapeutique apparaît.

Il nous apparaît ainsi que toute législation ou réglementation concernant les décisions médicales de fin de vie, doit respecter trois principes:

1. Le respect en toute circonstance de la dignité de l'homme, en tant qu'être relationnel: «Si l'on s'intéresse à une approche individuelle, il y a lieu de se centrer sur la personne malade et de la penser dans sa globalité, c'est-à-dire en tant qu'être humain dont la dignité s'inscrit dans la relation à l'autre et ne pas seulement penser le malade» (1).

2. Une attention accrue envers les personnes les plus vulnérables.

3. Le respect d'une éthique de la responsabilité (principe de précaution et de vigilance).

Les auditions ont montré la diversité et la complexité des situations de fin de vie, et les limites de l'«art médical» dans certaines situations. Dès lors, légiférer ou réglementer pour une diversité de situations parfois complexes est chose difficile.

Elles ont souligné les lacunes en termes de formation: médicale (en termes de soulagement de la douleur), psychologique (en termes d'accompagnement, d'écoute du patient), éthique (en termes de questionnement) des médecins et des soignants. Elles ont révélé la solitude et la fatigue des soignants.

Toutefois, l'introduction de la culture palliative dans les hôpitaux, au domicile, dans les MR(S), a montré une voie plus humaine, plus riche, d'une solution la moins mauvaise au désespoir et à la souffrance infinie des patients mourants.

Beaucoup de personnes auditionnées ont souligné le flou des notions utilisées et la divergence des pratiques médicales elles-mêmes ou de leur perception par les médecins.

De l'importance des définitions et de la précision dans les notions utilisées

(1) Mevrouw Diricq, auditie van 15 maart 2000, blz. 341

(1) Mme Diricq, audition du 15 mars 2000, p. 341

Wat is euthanasie? Alle gevallen zijn niet over één kam te scheren. Er moet een onderscheid worden gemaakt. Men kan immers de definities die internationaal en in de hele medische literatuur erkend worden, niet naast zich neerleggen. Vele sprekers hebben ook gewezen op de noodzaak het eens te worden over de definities van begrippen die in een eventuele wet worden gebruikt(1).

Zo is het belangrijk actieve euthanasie (soms directe actieve euthanasie genoemd) te onderscheiden van wat soms indirecte euthanasie wordt genoemd (of indirecte actieve euthanasie) alsook van de euthanasie die onjuist passieve euthanasie genoemd wordt (rechtstreeks gekoppeld aan de weigering een zinloze medische behandeling voort te zetten).

Spreekster en haar fractie onderschrijven het standpunt van vele sprekers die op dit onderscheid(2) gewezen hebben. Dit sluit overigens perfect aan bij het standpunt dat ook verdedigd wordt in vele internationale teksten.

In Aanbeveling 1418 van 25 juni 1999 van de Raad van Europa betreffende de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden beveelt de Assemblee van Ministerraad aan de lidstaten van de Raad van Europa ertoe aan te zetten de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden in alle opzichten te respecteren en te beschermen door het recht van de ongeneeslijk zieken en van de stervenden op integrale palliatieve zorgverlening te bekrachtigen en te beschermen, waarbij maatregelen genomen worden die nodig zijn opdat, «vii. (...) behalve indien de patiënt dit weigert de ongeneeslijk zieken en stervenden de nodige pijnbestrijdende behandelingen en palliatieve zorg krijgen, zelfs al kan de behandeling als neveneffect hebben dat het leven van de patiënt verkort wordt» en «c. waarbij het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijk zieken en stervende personen gehandhaafd wordt maar waarbij wel de volgende noodzakelijke maatregelen worden genomen:

i. het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, dat bepaalt «niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd»;

(1) Professor E. Vermeersch, auditie van 15 februari 2000, blz. 12; dokter Hache (Orde van geneesheren), auditie van 16 februari 2000, blz. 95; professor Schotsmans, auditie van 22 februari 2000, blz. 111 en 115; mevrouw T. Kempeneers, auditie van 23 februari 2000, blz. 218.

(2) Professor Englebert, auditie van 15 februari 2000, blz. 27.

Qu'est-ce qu'une euthanasie? Il est important d'éviter les amalgames et d'opérer des distinctions. En effet, on ne peut faire fi des définitions reconnues sur un plan international et dans toute la littérature médicale. De nombreux intervenants ont aussi souligné la nécessité de bien s'entendre sur les définitions des notions utilisées dans une éventuelle législation(1).

Ainsi, il importe de distinguer l'euthanasie active (parfois appelée «active directe») de ce qui est parfois appelé improprement «euthanasie indirecte» (ou active indirecte), d'une part, et de l'euthanasie appelée incorrectement «euthanasie passive» (directement liée au refus de l'acharnement thérapeutique), d'autre part.

L'intervenante et son groupe se rallient à la position de nombreux intervenants qui ont souligné cette distinction(2). Cela rejoint d'ailleurs la position que l'on retrouve défendue dans de nombreux textes internationaux.

Dans la Recommandation du Conseil de l'Europe 1418 du 25 juin 1999 concernant la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants, l'Assemblée recommande au Conseil des ministres d'encourager les États membres du Conseil de l'Europe à respecter et protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards en consacrant et protégeant le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète des soins palliatifs, ce en prenant les mesures nécessaires pour que «vii. (...) sauf refus de l'intéressé, les malades incurables et les mourants reçoivent un traitement anti-douleur et des soins palliatifs adéquats, même si le traitement appliqué peut avoir pour effet secondaire de contribuer à abrégé la vie de la personne en cause» et «c. en maintenant l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants, en prenant les mesures nécessaires:

i. pour que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, soit garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que «la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement»;

(1) Professeur E. Vermeersch, audition du 15 février 2000, p. 12; docteur Hache (Ordre des médecins), audition du 16 février 2000, p. 95; professeur Schotsmans, audition du 22 février 2000, pp. 111 et 115; Mme T. Kempeneers, audition du 23 février 2000, p. 218.

(2) Voir Professeur Englebert, audition du 15 février 2000, p. 27.

ii. de door de ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven mag nooit een juridische grond zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii. de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven kan op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben».

Dezelfde aanbeveling onderscheidt duidelijk het recht voor de stervende patiënt op een niet langer rekken van zijn leven van zijn wil om over te gaan tot euthanasie: «42. De idee dat de onderbreking van de behandeling wettelijk kan zijn en strikt gescheiden moet worden gehouden van de hulp bij zelfdoding en van euthanasie moet worden medegedeeld aan de medische begeleiders». Verder leest men nog: «44. Hoewel de arts de wil van een zieke die wenst af te zien van sommige behandelingen, moet kunnen erkennen en zich daarnaar moet kunnen schikken, moet hij weigeren in te gaan op de wens dat actief een einde wordt gemaakt aan het leven van de patiënt. De arts moet nooit de integriteit van het lichaam of de geest van een zieke aantasten, ook niet op diens verzoek».

De Wereldgeneeskundige Associatie zegt in haar Verklaring over de terminale fase van ziekten (1983) uitdrukkelijk:

«a) De arts kan een patiënt de pijn besparen die gepaard gaat met een terminale aandoening door een behandeling na te laten met instemming van de patiënt of zijn verwanten indien de patiënt zelf niet in staat is zijn mening te kennen te geven. De arts moet de stervende echter wel blijven bijstaan en hem kalmeermiddelen en medicijnen toedienen die hem verlichting kunnen brengen in de stervensfase.

b) De arts dient zich volgens de verklaring te onthouden van uitzichtloze therapieën, dat wil zeggen speciale behandelingen waaruit de patiënt geen enkel voordeel zal halen (...)

In haar Verklaring van Madrid (1987) bevestigt de Wereldgeneeskundige Associatie dat het «opzettelijk beëindigen van het leven van een zieke zelfs op diens verzoek of op het verzoek van de naaste verwanten strijdig is met de ethiek. Dit belet de arts geenszins de wens van de zieke te respecteren om het natuurlijk stervensproces zijn gang te laten gaan tijdens de terminale fase van de ziekte».

In haar Verklaring van Marbella (1992) bevestigt de Wereldgeneeskundige Associatie dat «de hulp van een arts bij zelfdoding strijdig is met de ethiek en door de beroepsbeoefenaars van de geneeskunde moet worden veroordeeld».

Het nalaten of stopzetten van zinloos geworden behandelingen is een medisch aanvaarde praktijk en

ii. pour que le désir exprimé par un malade incurable ou un mourant de mourir ne puisse jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. pour que le désir exprimé par un malade incurable ou un mourant de mourir ne puisse jamais servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort».

La même recommandation distingue clairement le droit pour le patient mourant de ne pas voir son existence prolongée contre sa volonté de l'euthanasie: «42. La notion que l'interruption de traitement peut être légale et doit être rigoureusement distinguée du suicide assisté par médecin et de l'euthanasie doit être communiquée aux professionnels de la santé». On lit encore plus loin: «44. Alors que le médecin doit savoir reconnaître la volonté d'un malade qui souhaite renoncer à certains traitements et y déférer, il lui faut refuser d'exaucer le vœu qu'il soit activement mis fin à ses jours. Le médecin ne doit jamais porter atteinte à l'intégrité du corps ou de l'âme d'un malade, même à sa demande».

L'Association médicale mondiale, dans sa Déclaration sur la phase terminale de la maladie (1983), stipule expressément:

«a) Le médecin peut épargner à un patient les souffrances d'une affection terminale, par abstention des soins avec l'accord du patient ou de ses proches si celui-ci est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Cette abstention n'empêche pas d'assister le mourant et de lui donner les calmants et les médicaments propres à adoucir la phase terminale de son état.

b) Le médecin s'abstiendra de tout acharnement thérapeutique, c'est-à-dire de tout traitement extraordinaire dont personne ne peut espérer un quelconque bénéfice pour le patient (...)

L'Association médicale mondiale, dans sa Déclaration de Madrid (1987), affirme que «mettre délibérément fin à la vie d'un malade, même à sa demande ou à la demande de proches parents, est contraire à l'éthique. Cela n'empêche pas le médecin de respecter le désir d'un malade de permettre au processus naturel aboutissant à la mort de suivre son cours lors de la phase terminale de sa maladie.»

Dans sa Déclaration de Marbella (1992), l'Association médicale mondiale affirme que «le suicide assisté par un médecin est (...) contraire à l'éthique et doit être condamné par la profession médicale.»

L'abstention ou l'arrêt de traitements devenus futiles est une pratique médicale admise et doit le rester,

moet dat blijven, net zoals de toediening van pijnstillende middelen waarvan het indirect en ongewild gevolg een eventuele levensverkorting is. Niettemin zijn het handelingen die ook ethische problemen doen rijzen (het onderscheid dat moet gemaakt worden tussen gewone medische verzorging en buitengewone medische verzorging(1)). Het is derhalve noodzakelijk om met dit onderscheid voor ogen het debat te verruimen tot het probleem van de toetsing van alle beslissingen rond het levenseinde. Gebeurt dit niet, dan zou men, zoals een spreker terecht opmerkt, in het kader van die beslissingen tot het stopzetten of nalaten van de behandeling die thans beschouwd worden als legitieme medische handelingen, dezelfde technieken kunnen gebruiken als voor euthanasie, zonder gebonden te zijn door de strikte procedures die men dan alleen voor euthanasie zal hebben vastgelegd(2).

Het is van belang op te merken dat wat uiteindelijk het verschil maakt tussen al die beslissingen rond het levenseinde de bedoeling is die aan de handelingen ten grondslag ligt. Het zou te eenvoudig zijn te beweren dat het in alle gevallen de bedoeling was de pijn te verlichten.

Er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de situatie van het levenseinde enerzijds en de handelingen op het ogenblik van het overlijden anderzijds (zie huidige deontologische code):

— wanneer geneesmiddelen gebruikt worden die de dood kunnen versnellen;

— wanneer het niet-opstarten van een behandeling of het stopzetten van een behandeling tot de dood leidt;

— wanneer men de dood opzettelijk veroorzaakt.

De ethische legitimiteit van de handeling moet altijd worden afgewogen aan de intentie(3). Het concept intentie moet terdege geanalyseerd worden en heeft gevolgen op strafrechtelijk vlak.

Dat betekent niet dat met het oog op de bescherming van de patiënt geen nood zou zijn aan een omkering van alle medische beslissingen met betrekking tot het levenseinde (zie *infra*).

Ook de concepten palliatieve zorg en euthanasie moeten van elkaar worden losgekoppeld.

(1) Professor E. Vermeersch, *ibidem*, blz. 18.

(2) Professor E. Van Neste, auditie van 15 februari 2000, blz. 73.

(3) Zie met name dokter B. Van den Eynden, auditie van 29 maart 2000, blz. 9-10.

de même l'administration d'analgiques pouvant avoir pour effet indirect mais non recherché d'abrèger la survie. Toutefois, ce sont des actes qui posent également des problèmes éthiques (telle la distinction à faire entre soins médicaux ordinaires et soins médicaux extraordinaires(1)), d'où la nécessité, tout en maintenant en vue cette distinction, d'élargir le débat à la question de l'encadrement de toutes les décisions de fin de vie. À défaut, comme le souligne à juste titre un intervenant, on pourrait utiliser dans le cadre de ces décisions d'arrêt ou d'abstention de traitement qui sont actuellement considérées comme des actes médicaux légitimes les mêmes techniques que pour l'euthanasie, sans devoir être tenu par les procédures strictes qu'on aura seulement fixées pour l'euthanasie(2).

Il est essentiel de faire remarquer que ce qui, en définitive, fait la différence entre toutes ces décisions liées à la fin de vie, c'est l'intention qui préside à l'acte. Ce serait trop simple de dire que l'intention est de soulager la souffrance dans tous les cas.

Il est important de bien distinguer les situations de fin de vie et les gestes posés au moment où la mort survient (*cf.* Code de déontologie actuel):

— quand des médicaments risquent de hâter la mort;

— quand la non-initiation de traitement ou la cessation de traitement permet à la mort de survenir;

— quand on provoque intentionnellement la mort.

La légitimité éthique de l'acte est toujours liée à l'intention(3). Cette notion d'intention est très importante à analyser et implique des conséquences en droit pénal.

Ces considérations n'impliquent toutefois pas qu'il ne faille pas, dans un souci de protection du patient, envisager un encadrement de toutes les décisions médicales liées à la fin de vie (voir *infra*).

Les notions de soins palliatifs et d'euthanasie doivent également être dissociées.

(1) Professeur E. Vermeersch, *ibidem*, p. 18.

(2) Professeur E. Van Neste, audition du 15 février 2000, p. 73.

(3) Voir notamment docteur B. Van den Eynden, audition du 29 mars 2000, pp. 9-10.

Verschillende sprekers hebben benadrukt hoe belangrijk het is dat een onderscheid wordt gemaakt tussen palliatieve zorg en euthanasie. In alle handvesten van Amerikaanse, Canadese en Australische palliatieve zorgverenigingen is uitdrukkelijk vastgesteld dat de eenheden voor palliatieve zorg geen gebruik maken van euthanasie. Het oorspronkelijke Handvest van de Nationale federatie voor palliatieve zorg (nu geregionaliseerd en dus opgesplitst) bepaalde eveneens dat palliatieve zorg zowel het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen als het gebruik van euthanasie uitsluit(1). Het Frans Handvest voor palliatieve zorg om een Europees voorbeeld te geven sluit euthanasie volledig uit in het kader van de palliatieve zorgverlening. Zowel het *Foyer Saint-François* in Namen als de eenheid voor palliatieve zorg van het Sint-Jansziekenhuis in Brussel, zeggen uitdrukkelijk dat euthanasie niet wordt toegepast, wat niet betekent dat verzoeken niet worden gehoord en overwogen(2).

Volgens mevrouw Vandeville liggen aan palliatieve zorg en euthanasie verschillende denkwijzen ten grondslag. Zij stelt de volgende vraag: «Zal een wet niet tot misbruiken leiden indien men euthanasie voorstelt aan een patiënt, zonder hem de mogelijkheid van palliatieve verzorging aan te bieden? Jammer genoeg zijn er nu reeds getuigenissen in die zin van bepaalde families en zelfs van patiënten. Het gevaar bestaat ook dat men aan een patiënt die in zijn laatste levensfase is beland, voorstelt om over te stappen naar palliatieve zorg en dat men hem tegelijkertijd euthanasie suggereert als een alternatief»(3).

Dokter Bouckenaere deelt dit standpunt, en voegt eraan toe dat artsen nood hebben aan een bepaalde coherentie in hun praktijk(4).

Sommige sprekers hebben hun twijfels bij gecontroleerde sedatie in de palliatieve zorgverlening, wanneer die niet met tussenpozen wordt gebruikt maar steeds verder wordt opgedreven tot de patiënt overlijdt(5). Dokter Mullie neemt een meer genuanceerd standpunt in en zegt over gecontroleerde sedatie in het kader van palliatieve zorg terecht het volgende: «Wij zijn geen organisatie die primair euthanasie uitvoert (...). Palliatieve zorg — inclusief gecontroleerde sedatie — en euthanasie blijven hierbij duidelijk te onderscheiden begrippen maar kunnen in extreme

À cet égard, plusieurs intervenants ont souligné l'importance de maintenir la distinction entre soins palliatifs et euthanasie. Toutes les chartes d'associations de soins palliatifs américaines, canadiennes, australiennes, il est dit que les unités de soins palliatifs ne recourent pas à l'euthanasie. La Charte initiale de la Fédération nationale des soins palliatifs (aujourd'hui scindée parce que régionalisée) mentionnait également à l'origine que les soins palliatifs excluaient l'acharnement thérapeutique et le recours à l'euthanasie(1). La Charte française des soins palliatifs, pour citer un exemple proche, exclut totalement l'euthanasie de la pratique des soins palliatifs. Au Foyer Saint-François à Namur, comme à l'Unité de soins palliatifs Saint-Jean à Bruxelles, il est dit expressément que des euthanasies ne sont pas pratiquées, ce qui ne veut pas dire que les demandes ne sont pas entendues et prises en considération(2).

Selon Mme Vandeville, soins palliatifs et euthanasie relèvent d'un esprit différent. Elle pose la question: «Ne va-t-on pas vers une dérive si par une loi, l'on en venait à proposer l'euthanasie à un patient sans lui proposer les soins palliatifs? Malheureusement, déjà maintenant, des témoignages de certaines familles et même de patients nous confortent dans ce sens. Dans la même idée de dérive, si on proposait les soins palliatifs à un patient en fin de vie, pourrait-on admettre qu'on lui propose par la même occasion l'euthanasie comme alternative?»(3).

C'est la position du docteur Bouckenaere, qui précise que les médecins ont besoin d'une certaine cohérence dans leur pratique(4).

Seule la sédation contrôlée, pratiquée en soins palliatifs, lorsqu'elle n'est pas intermittente mais pratiquée de manière de plus en plus profonde jusqu'au décès du patient, est sujette à caution au regard de certains intervenants(5). Le docteur Mullie, plus nuancé, a dit avec justesse à propos de la sédation contrôlée pratiquée dans le cadre des soins palliatifs: «Nous ne sommes pas un service qui pratique systématiquement l'euthanasie ... Soins palliatifs (en ce compris la sédation contrôlée) et euthanasie sont deux notions différentes. Toutefois, dans certains cas

(1) Mevrouw Cambron-Diez, auditie van 26 april 2000, blz. 175.

(2) Professor Vandeville, auditie van 1 maart 2000, blz. 293; de heer A. Schoonvaere, auditie van 1 maart 2000, blz. 276.

(3) Professor Vandeville, *o.c.*, blz. 293; zie ook de heer A. Schoonvaere, *o.c.*, blz. 267.

(4) Dokter Bouckenaere, auditie van 29 maart 2000, blz. 38.

(5) Professor M. Baum, hoorzitting van 22 februari 2000, blz. 152; *contra*: dokter B. Van den Eynden, *o.c.*, blz. 16; dokter Menten, hoorzitting van 5 april 2000, blz. 86 en volgende.

(1) Mme Cambron-Diez, audition du 26 avril 2000, p. 175.

(2) Professeur Vandeville, audition du 1^{er} mars 2000, p. 293; M. A. Schoonvaere, audition du 1^{er} mars 2000, p. 276.

(3) Professeur Vandeville, *o.c.*, p. 293; voir aussi M. A. Schoonvaere, *o.c.*, p. 267.

(4) Docteur Bouckenaere, audition du 29 mars 2000, p. 38.

(5) Professeur M. Baum, audition du 22 février 2000, p. 152; *contra*: docteur B. Van den Eynden, *o.c.*, p. 16; docteur Menten, audition 5 avril 2000, pp. 86 et suivantes.

gevallen in mekaar overgaan»(1). Voor dokter Bouckenaere is het «het minste kwaad». Gecontroleerde sedatie gedurende de langere tijd kan het leven van de patiënt verkorten, zegt dokter Bouckenaere, niet vanwege de geneesmiddelen maar omdat de patiënt de hele tijd in bed blijft en niet meer gehydrateerd wordt(2). De bedoeling is het de patiënt draaglijk te maken(3). Volgens dokter Menten kan gecontroleerde sedatie niet beschouwd worden als een «slow euthanasia»(4).

Er dient gewezen op twee studies die aantonen dat de levensduur van bepaalde patiënten onder gecontroleerde sedatie zelfs langer kan zijn omdat ze minder te lijden hebben van pijn en stress(5).

Euthanasie is slechts het topje van de ijsberg. Aan dit probleem gaan andere kwesties vooraf

In de eerste plaats gaat het dan om de manier waarop in onze samenleving met de dood wordt omgegaan, namelijk slecht, om de manier waarop de dood in het ziekenhuis of in de rust- en verzorgingstehuizen wordt ervaren, wat dan weer te maken heeft met de werking van de ziekenhuizen en rust- en verzorgingstehuizen (sociale en economische aspecten ...), en de manier waarop de dood thuis wordt ervaren (relaties met de naasten, met de huisarts ...). Kernbegrippen die we in dit verband vaak hebben gehoord zijn: luisterbereidheid, partnerschap, overleg, raadpleging, beschikbaarheid, allemaal concepten die niet in het Strafwetboek staan, maar die behoren tot het domein van de mentaliteit en de medische praktijk.

Dokter Philippart benadrukt in dit verband: «Is het niet paradoxaal dat men, op het ogenblik dat de gemeenschap oproept tot een meer humane zorgverlening, vaststelt dat er minder personeel beschikbaar is, zodat er te weinig tijd overblijft om aan die humanisering te werken? De levensbeëindiging vertoont verschillende aspecten waarmee rekening moet worden gehouden. Haar herleiden tot euthanasie als enige mogelijkheid zou spijtig zijn, omdat daardoor alle belangrijke elementen en noden die we dringender vinden, verloren dreigen te gaan.»(6).

extrêmes, elles peuvent se superposer»(1). Pour le docteur Bouckenaere, c'est «un moindre mal». La sédation contrôlée, lorsqu'elle est continue, peut abrégé l'existence du patient, nous dit le docteur Bouckenaere, non à cause des médicaments, mais «par le fait que le patient est alité en permanence et qu'il n'est plus hydraté»(2). L'intention est toujours de soulager le patient(3). Pour le docteur Menten, la sédation contrôlée ne peut pas être considérée comme une «slow euthanasia»(4).

Il convient de signaler l'existence de deux études qui montrent que la durée de vie de certains patients sous sédation contrôlée serait même allongée, en raison de la diminution de la souffrance et du stress(5).

L'euthanasie n'est que le sommet de l'iceberg. Elle renvoie à d'autres questions plus fondamentales qui se situent en amont du problème

Elle renvoie à la façon dont la mort est acceptée et vécue dans notre société, en l'occurrence comme elle est mal acceptée et mal vécue, à la façon dont la mort est vécue à l'hôpital ou en maisons de repos ou maisons de repos et de soins, ce qui renvoie au mode de fonctionnement des hôpitaux/MR(S) (aspects sociaux, économiques ...), à la façon dont la mort est vécue à domicile (relations avec les proches, avec le médecin de famille ...). Les mots clés que l'on a entendus en la matière sont: le temps d'écoute, le partenariat, la concertation, la consultation, la disponibilité, tous concepts qui relèvent non du Code pénal, mais des mentalités et des pratiques médicales.

Ainsi que le souligne le docteur Philippart, «à l'heure où la société appelle de tous ses vœux l'humanisation des soins, n'est-il pas paradoxal de constater une réduction des effectifs qui sont ainsi mis dans l'incapacité de contribuer à cette humanisation, par manque de temps minimal nécessaire à une relation de qualité? La vie finissante devrait être envisagée sous ses différents aspects. La réduire à la seule possibilité de pouvoir solliciter une euthanasie serait regrettable car occulterait momentanément d'autres composantes non négligeables et d'autres besoins, à notre sens plus urgents.»(6).

(1) Dokter Mullie, hoorzitting van 22 maart 2000, blz. 446.

(2) Dokter Bouckenaere, o.c., blz. 48.

(3) Dokter Bouckenaere, hoorzitting van 29 maart 2000, blz. 38 en 46.

(4) Dokter Menten, hoorzitting van 5 april 2000, blz. 86.

(5) Zie referenties vermeld door dokter B. Van den Eynden, o.c., blz. 16.

(6) Dokter Philippart, hoorzitting van 16 februari 2000, blz. 81.

(1) Docteur Mullie, audition du 22 mars 2000, p. 446.

(2) Docteur Bouckenaere, o.c., p. 48.

(3) Docteur Bouckenaere, audition du 29 mars 2000, pp. 38 et 46.

(4) Docteur Menten, audition du 5 avril 2000, p. 86.

(5) Voir les références citées par le docteur B. Van den Eynden, o.c., p. 16.

(6) Docteur Philippart, audition du 16 février 2000, p. 81.

De kwestie van euthanasie houdt ook verband met heter soort relatie dat tussen de patiënt en de arts moet bestaan: overdreven paternalisme is uit den boze, maar het andere uiterste, waarbij de autonomie van de patiënt als enige leidraad geldt, wordt eveneens verworpen. Alle sprekers zijn het erover eens dat de stervende en de patiënt in het algemeen, opnieuw de centrale plaats moet innemen die hem toekomt in het debat. «De opleiding van artsen en verpleegkundigen gaat nog al te vaak uit van de idee dat de patiënt een object is van verzorging in plaats van uit te gaan van relationele verzorging die de patiënt in het middelpunt stelt van het zorgproces», verduidelijkt mevrouw Cambron-Diez(1). Anderen zijn voorstander van een contractuele relatie, waarbij de patiënt, goed geïnformeerd over zijn rechten, een echte partner zou zijn in een contractuele zorgrelatie(2). Volgens dokter Cosyns moet de relatie met de zieke gebaseerd zijn op overleg en vertrouwen(3). Volgens hem moet niet de vraag centraal staan, maar het overleg. In de relatie tussen arts en patiënt is elke vraag in werkelijkheid een vraag om hulp waarbij het de bedoeling is via overleg en de bespreking van het probleem samen de beste beslissing te nemen(4). Volgens mevrouw Diricq is er nood aan samenhang en vertrouwen(5).

Mevrouw Aubry maakt een scherp onderscheid tussen curatieve zorg waar de artsen en de verpleegkundigen zichzelf als deskundigen beschouwen omdat zij weten wat nodig is voor de genezing, en de palliatieve zorg waar de patiënt de deskundige is met betrekking tot zijn eigen lijden omdat de levenskwaliteit op dat moment belangrijker wordt dan de levensduur(6).

De meeste sprekers vinden dat het debat niet beperkt mag blijven tot euthanasie omdat men op die manier kan voorbijgaan aan de echte problemen.

Dit is niet zonder belang. De vraag is of men de problemen vooraf of achteraf moet aanpakken. Zo bepaalt het wetsvoorstel betreffende de euthanasie van een aantal senatoren van de meerderheid dat de arts zich ervan moet vergewissen dat de patiënt de

La question de l'euthanasie renvoie au type de relation à établir entre patient et médecin: si le paternalisme à outrance est rejeté, l'autre extrême qui consisterait à ne prôner que l'autonomie du patient est aussi écartée. L'ensemble des intervenants s'accorde, à cet égard, pour redonner au mourant, et au patient en général, la place centrale qui lui revient dans le débat. «La formation des médecins et des infirmières est encore trop basée sur le patient objet de soins et non sur des soins relationnels qui permettent au patient de se mettre au centre du processus de soins» précise Mme Cambron-Diez(1). D'aucuns prônent une relation véritablement contractuelle, où le patient, au courant de ses droits agirait en partenaire véritable dans la relation contractuelle de soins(2). Pour le docteur Cosyns, la relation avec le malade est basée sur la concertation et la confiance(3). Selon lui, ce n'est pas la demande qui doit être centrale, mais la concertation. Dans la relation médecin-patient une demande est en réalité une demande d'aide pour sortir du problème par la concertation et l'approfondissement de la question et ensemble prendre la meilleure décision(4). Pour Mme Diricq, il est question d'alliance et de confiance(5).

Mme Aubry distingue finement les soins curatifs où les médecins et les infirmières se considèrent comme experts, parce qu'ils savent ce qui est nécessaire pour arriver à la guérison, et les soins palliatifs où le patient devient l'expert en ce qui concerne sa propre souffrance parce que, à ce moment, le plus en qualité de vie l'emporte sur le plus en quantité(6).

La majorité des intervenants ont, en tout cas, démontré que limiter la question à l'euthanasie sans élargir le débat était réducteur et comportait le risque de passer à côté des vrais problèmes.

Cette considération n'est pas sans importance. La question est de savoir si l'on prend les problèmes en aval ou en amont. Ainsi, la proposition de loi de certains sénateurs de la majorité concernant l'euthanasie, précise que le médecin doit s'assurer que le

(1) Mevrouw Cambron-Diez, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 150.

(2) Zie ook mevrouw Pesleux, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 204.

(3) Dokter M. Cosyns, hoorzitting van 15 maart 2000, blz. 323.

(4) Dokter M. Cosyns, *ibidem*, blz. 326.

(5) Mevrouw C. Diricq, hoorzitting van 15 maart 2000, blz. 356.

(6) Mevrouw C. Aubry, hoorzitting van 15 maart 2000, blz. 362.

(1) Mme Cambron-Diez, audition du 26 avril 2000, p. 150.

(2) Voir aussi Mme Pesleux, audition du 26 avril 2000, p. 204.

(3) Docteur M. Cosyns, audition du 15 mars 2000, p. 323.

(4) Docteur M. Cosyns, *ibidem*, p. 326.

(5) Mme C. Diricq, audition du 15 mars 2000, p. 356.

(6) Mme C. Aubry, audition du 15 mars 2000, p. 362.

gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met alle personen die hij wenst te ontmoeten, met inbegrip van het verplegend personeel. Tijdens verschillende hoorzittingen is evenwel vermeld dat palliatieve zorg niet voor iedereen beschikbaar is en dat het verplegend personeel ondanks alle goede wil gewoon niet de tijd heeft om een echt contract met de patiënt op te bouwen en naar zijn problemen te luisteren, en dat het bovendien soms niet over de nodige kennis beschikt om de problemen rond het levenseinde aan te pakken. Mevrouw Cambron-Diez benadrukt dat de eerstelijnssteams nood hebben aan ondersteuning en opleidingen: opleiding in het luisteren(1), in de ethiek en vooral in de oprechte relatievorming met de patiënt(2), opleiding in de rouwverwerking(3). Artsen worden opgeleid om te vechten voor de genezing. Zij voelen zich machteloos ten overstaan van wat zij beschouwen als een mislukking. Zij zijn niet opgeleid om symptomen te verlichten noch om de problemen rond het levenseinde globaal aan te pakken.

Bovendien beschikken de artsen nog niet over ethische reflectieinstrumenten die hen bij hun handelingen kunnen leiden. Slechts in enkele diensten is er interdisciplinaire samenwerking(4). Mevrouw Pesleux heeft het uitgebreid gehad over de moeilijke levensomstandigheden in het ziekenhuis (het ziekenhuis moet een rendabele onderneming zijn, werklast van het medisch en het verplegend personeel, gebrek aan communicatie tussen verpleegkundigen en artsen, het fenomeen van de *burn-out*...). «In het ziekenhuis is er geen geld voor overleg, bezinning, luisterbereidheid, ondersteuning», voegt zij eraan toe(5).

Als de voorwaarden die onontbeerlijk worden geacht voor de toepassing van de wet, in de praktijk — en met name in de ziekenhuizen — niet aanwezig zijn, bestaat het risico dat de wettekst, zonder dat de indieners dat willen, een dode letter blijft. Zal dit alles niet leiden tot ongevroegde toepassingen van euthanasie?(6) Met andere woorden moet niet eerst werk worden gemaakt van de problemen die de kwestie euthanasie voorafgaan? In dat verband heeft

(1) Zie ook mevrouw Pesleux, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 184.

(2) Mevrouw Cambron-Diez, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 152.

(3) Mevrouw Cambron-Diez, *o.c.*, blz. 156.

(4) Zie met name: dokter D. Bouckenaere, hoorzitting van 29 maart 2000, blz. 31.

(5) Mevrouw Pesleux, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 188.

(6) Zie in dat verband de opmerkingen van mevrouw C. Aubry, *ibidem*; dokter B. Van den Eynden, *o.c.*, blz. 13.

patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec toutes les personnes qu'il souhaitait rencontrer, notamment les membres de l'équipe soignante. Il nous est rapporté toutefois lors des auditions que les soins palliatifs ne sont pas accessibles à tout le monde, et que le personnel infirmier, malgré toute sa bonne volonté, manque de temps pour réellement entrer en contact avec le patient et écouter ses angoisses et préoccupations, et/ou ne dispose parfois pas des compétences nécessaires pour aborder les problèmes de fin de vie. Mme Cambron-Diez souligne, en ce qui concerne les équipes de première ligne, le besoin de soutien et de formations: formations à l'écoute(1), formations à l'éthique et surtout «à la relation en vérité»(2), formation pour le travail du deuil(3). Les médecins sont formés pour se battre pour la guérison. Ils se sentent désarmés et impuissants face à ce qu'ils ressentent comme un échec. Ils ne sont pas formés pour soulager les symptômes ni pour approcher globalement les situations de fin de vie.

En outre, les médecins ne disposent pas, à l'heure actuelle, d'outils de réflexion éthique pour guider leur action. L'interdisciplinarité n'est appliquée que dans de rares services(4). Mme Pesleux nous a décrit longuement les conditions de vie difficiles en milieu hospitalier (l'hôpital, entreprise performante qui doit être rentable, la charge de travail du personnel médical et infirmier, la communication déficiente entre infirmières et médecins, l'épuisement professionnel...). «Il n'y a pas de financement pour la concertation, la réflexion, l'écoute, le support», ajoute-t-elle(5).

Si la réalité notamment hospitalière ne permet pas la réalisation de conditions considérées comme indispensables pour l'application de la loi, ces conditions ne risquent-elles pas en définitive de se résumer à de simples clauses de style, même en dehors de toute volonté de leurs auteurs et engendrer en bout de course des euthanasies non demandées?(6) En d'autres termes, l'urgence n'est-elle pas de s'atteler d'abord aux questions situées en amont du problème?

(1) Voir aussi Mme Pesleux, audition du 26 avril 2000, p. 184.

(2) Mme Cambron-Diez, audition du 26 avril 2000, p. 152.

(3) Mme Cambron-Diez, *o.c.*, p. 156.

(4) Voir notamment à ce sujet: docteur D. Bouckenaere, audition du 29 mars 2000, p. 31.

(5) Mme Pesleux, audition du 26 avril 2000, p. 188.

(6) Voir à ce sujet les réflexions de Mme C. Aubry, *ibidem*; docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 13.

mevrouw Aubry de verschillen benadrukt tussen België en Nederland:

— mentaliteitsverschillen (meer openheid, communicatie, opleiding in de communicatie);

— de rechten van de patiënt zijn er reeds verworven;

— er zijn meer verpleegsters in de ziekenhuizen en zij hebben meer tijd voor de begeleiding van de patiënten omdat zij minder medisch-technische handelingen moeten verrichten.

Doctor Clumeck heeft ook benadrukt dat de problematiek van de euthanasie in een ruimere context moet worden beschouwd van patiëntenrechten, het levenseinde, de begeleiding van patiënten ... (1).

«Vooraleer zich op de euthanasie te concentreren, moet men zich eerst toeleveren op wat er aan voorafgaat. Ik wil palliatieve equipes niet idealiseren, maar ik denk dat zij daaraan kunnen meewerken.» (2).

Tijdens een informele hoorzitting antwoordde de voorzitter van de vereniging voor gerontologie op de vraag «Wat moeten we doen?», met twee woorden «luisteren» en «spreken» (3).

Belang van een geneeskunde die gericht is op het verlichten van pijn en palliatieve zorg

Eén unanieme vaststelling: Palliatieve zorgverlening is onvoldoende ontwikkeld en niet overal en voor iedereen toegankelijk. De mogelijkheden van de palliatieve zorg moeten volledig worden ingezet. De patiënt moet vrij kunnen kiezen voor een bepaalde vorm van begeleiding en de toegang tot palliatieve zorg moet voor iedereen gelijk zijn (kostprijs thuiszorg/ziekenhuis/rust- en verzorgingstehuizen).

Zoals dokter Clumeck heeft benadrukt, moeten de middelen rechtvaardig verdeeld worden onder de mensen. Het is niet normaal dat patiënt A over een televisie en een waterbed beschikt en patiënt B niet, en dat patiënt B daar misschien zo wanhopig over wordt dat hij vraagt om euthanasie. Dokter Clumeck meent dat voor sommige ziekten moet worden vastgesteld welke middelen vereist zijn: de prognose moet worden gemaakt en de optimale opvang gedefinieerd.

(1) Dokter Clumeck, hoorzitting van 22 maart 2000, blz. 388.

(2) Mevrouw Diricq, o.c., blz. 352.

(3) Zie ook mevrouw Pesleux, hoorzitting van 26 april 2000, blz. 184.

À cet égard, Mme Aubry a notamment souligné les divergences qui existent entre notre pays et les Pays-Bas:

— divergence de mentalité (plus d'ouverture, de communication, formation en communication);

— les droits du patient sont déjà bien implantés;

— il y a plus d'infirmières dans les hôpitaux et elles sont plus disponibles pour l'accompagnement des patients, parce qu'on leur délègue moins d'actes médico-techniques.

Le docteur Clumeck a également insisté sur la nécessité de situer la problématique de l'euthanasie dans un contexte plus large des droits des patients, de la fin de vie, de la prise en charge des patients ... (1).

«Avant de tout focaliser sur l'euthanasie», nous dit Mme Diricq, «il y a un travail à accomplir en amont. Je ne veux pas idéaliser les équipes de soins palliatifs, mais je pense qu'elles peuvent grandement participer à ce travail.» (2).

À la question posée au président de la société de gérontologie lors d'une audition informelle: «que faut-il faire?», celui-ci a répondu en deux mots: «écouter» et «communiquer» (3).

Importance de la médecine axée sur le soulagement de la douleur et des soins palliatifs

Un constat unanime: Les soins palliatifs sont insuffisamment développés, et ne sont pas développés partout de manière égalitaire, ils doivent être entièrement exploités. Il faut garantir au patient la liberté de choix au niveau de la forme d'accompagnement qu'il souhaite à cet égard en garantissant l'égalité de traitement dans l'accès aux soins palliatifs [coût domicile/hôpital/MR(S)].

Comme l'a souligné, le docteur Clumeck, il faut que les moyens soient justement répartis entre les gens. Il n'est pas normal qu'un patient A ait une télévision et un matelas à eau et un autre n'en dispose pas, et que cette situation engendre un état de désespoir chez la seconde personne et éventuellement une demande d'euthanasie. Le docteur Clumeck préconise donc qu'il faut définir les moyens nécessaires pour certaines maladies: le pronostic doit être posé et la prise en charge optimale doit être définie.

(1) Docteur Clumeck, audition du 22 mars 2000, p. 388.

(2) Mme Diricq, o.c., p. 352.

(3) Voir aussi Mme Pesleux, audition du 26 avril 2000, p. 184.

Meerdere sprekers hebben de noden op dit vlak benadrukt:

— meer tijd en middelen, meer gemengde projecten met de eenheden over palliatieve zorg én de mobiele palliatieve zorgteams in de ziekenhuizen(1);

— een betere financiering(2);

— eenheden voor palliatieve zorgen: eenheden van 6 of van 12 bedden. De eenheid voor palliatieve zorg van Sint-Jan in Brussel moet 30 % van de aanvragen weigeren. De bezettingsgraad bedraagt 80 %. Voor alles wat boven dit percentage ligt, worden het extra werk van het personeel en de werkingskosten niet meer terugbetaald. De dagverblijfprijs in de eenheden dekt de intellectuele kant van de zaak en het beheer van een pluridisciplinair team niet. Ook de opleidingen, de gesprekken met de psychotherapeuten, de rouwbegeleiding en de praktische contacten die de eenheden onderhouden met de rust- en verzorgingstehuizen zijn niet gedekt(3). Bovendien is het toezichtshonorarium van de artsen in de rust- en verzorgingstehuizen onvoldoende(4).

— ziekenhuis: de ziekenhuizen moeten palliatieve zorg aanbieden, maar krijgen slechts 450 000 tot 750 000 frank (afhankelijk van het aantal bedden) om dit te doen. Dat is onvoldoende(5);

— rust- en verzorgingstehuizen: hier komen de meest schrijnende situaties voor. Dokter Mullie meent dat in de rusthuizen 1 voltijds equivalent verpleegkundige nodig is per 120 bewoners van het rusthuis. Dat vraagt een bijkomend budget van 1 350 miljard(6).

Volgens dokter Mullie dekken de middelen die nu voor de palliatieve zorg worden uitgetrokken de noden van één stervende op drie(7). Hij voegt eraan toe: «De wetgeving in verband met palliatieve zorg dient niet voor einde 2001 een plan uit te werken in verband met PZ, maar het al 10 jaar bestaande plan van uitbouw te bevestigen en er voldoende bijkomende (ongeveer 2 miljard) budgetten voor vrij te maken; op heden zijn er hoogstens middelen om de zorg van één op drie stervenden te ondersteunen.»

— onderricht in de begeleiding van zieken en hun familieleden(8), in de begeleiding van het rouwpro-

Plusieurs intervenants ont souligné les besoins à cet égard:

— davantage de temps et de moyens, davantage de projets mixtes USP/équipes mobiles de soins palliatifs dans les hôpitaux(1);

— meilleur financement(2);

— unités de soins palliatifs: unités de 6 ou de 12 lits. Sur l'USP Saint-Jean à Bruxelles, 30 % des demandes ne peuvent être honorées. Le quota d'occupation est de 80 %. Au-delà, le supplément de charge de travail du personnel ainsi que les frais de fonctionnement ne sont pas remboursés. Le prix de journée dans les unités ne couvre pas l'acte intellectuel et la gestion d'une équipe pluridisciplinaire. Les activités de formation, les entretiens avec les psychothérapeutes, l'accompagnement du deuil, les liens fonctionnels que les unités doivent avoir avec les MRS ne sont pas couverts(3). Par ailleurs, les honoraires de surveillance des médecins dans les USP sont insuffisants(4);

— hôpital: la fonction palliative est obligatoire, mais 450 000 francs/750 000 francs (selon le nombre de lits) sont alloués à l'hôpital pour cette fonction. C'est insuffisant(5);

— maisons de repos (et de soins): c'est là où les besoins sont les plus criants. Le docteur Mullie parle de la nécessité d'1 ETP infirmier pour 120 occupants de maisons de repos, ce qui signifie un budget supplémentaire de 1 350 milliard(6).

Selon le docteur Mullie, à l'heure actuelle, les moyens mis à la disposition du secteur palliatif permet de couvrir les soins d'un mourant sur trois(7). Il précise: «La loi en préparation concernant les soins palliatifs ne doit pas élaborer un plan de soins palliatifs avant la fin 2001, mais confirmer le plan de développement qui existe depuis déjà dix ans et libérer pour ce faire les budgets nécessaires (environ 2 milliards); les moyens actuels permettent tout au plus d'encadrer un mourant sur trois.»

— enseignement sur l'accompagnement des malades et de leurs familles,(8) dans leur processus de

(1) Mevrouw C. Diricq, *o.c.*, blz. 352.

(2) Dokter De Bouckenaere, *o.c.*, blz. 32.

(3) Dokter Vandeville, *o.c.*, blz. 293-294.

(4) Dokter Mullie, *o.c.*, blz. 447.

(5) Dokter Vandeville, *o.c.*, blz. 294; dokter Mullie, *o.c.*, blz. 447.

(6) Dokter A. Mullie, *o.c.*, blz. 448; dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 37.

(7) Dokter A. Mullie, *o.c.*, blz. 444.

(8) De heer A. Schoonvaere, hoorzitting van 1 maart 2000, blz. 269.

(1) Mme C. Diricq, *o.c.*, p. 352.

(2) Docteur De Bouckenaere, *o.c.*, p. 32.

(3) Docteur Vandeville, *o.c.*, pp. 293-294.

(4) Docteur Mullie, *o.c.*, p. 447.

(5) Docteur Vandeville, *o.c.*, p. 294; docteur Mullie, *o.c.*, p. 447.

(6) Docteur A. Mullie, *o.c.*, p. 448; docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 37.

(7) Docteur A. Mullie, *o.c.*, p. 444.

(8) M. A. Schoonvaere, audition du 1^{er} mars 2000, p. 269.

ces, nadruk op de opleiding en de voortgezette opleiding(1);

— stages in de eenheden voor palliatieve zorg(2);

— kwalitatieve en kwantitatieve evaluatieprogramma's met betrekking tot de palliatieve zorg in de eenheden, in de mobiele urgentieteam van de ziekenhuizen, in de rusthuizen en in de thuiszorg(3).

Alle sprekers zijn het erover eens dat palliatieve zorg in de meeste gevallen een adequaat antwoord is op de euthanasieverzoeken van de patiënten(4):

— «Palliatieve zorg is een juist antwoord op het uitzichtloos lijden (...) Wij staan niet voor palliatieve hardnekkigheid (...) maar wel 'er zal geen menswaardigheid zijn, er zullen optimaal menswaardige zorgen echt aan bod komen bij de naderende dood' ... het aantal suicides beperken door een gedegen aanbod van psychiatrische zorg, het aantal euthanasieuitvoeringen beperken door een gedegen aanbod van palliatieve zorg.»(5).

— «Als de continue zorg correct wordt aangepakt, blijft slechts 1% herhaalde en ondubbelzinnige verzoeken om euthanasie overeind.»(6).

— «Goed uitgebouwde palliatieve verzorging en gecontroleerde sedatie kunnen het aantal euthanasievragen overigens tot een minimum reduceren.»(7).

— «Optimale palliatieve zorg doet, zeker in de oncologie, het merendeel van de euthanasievragen verdwijnen. De zeldzame restraintsituaties of refractaire symptomen behandelden wij met succes door een zorgvuldige toepassing van gecontroleerde intermitterende of continue sedatie.»(8).

(1) Dokter A. Mullie, *o.c.*, blz. 449; dokter Menten, hoorzitting van 5 april 2000, blz. 89; dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 13.

(2) De heer A. Schoonvaere, *o.c.*, blz. 269.

(3) De heer A. Schoonvaere, *ibidem*.

(4) Zie ook : de heer Schoonvaere, *o.c.*, blz. 264; dokter B. Van den Eynden, *o.c.*, blz. 12.

(5) Dokter Mullie, *o.c.*, blz. 445; dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 14-16.

(6) Dokter D. Bouckenaere, hoorzitting van 29 maart 2000, blz. 32 (gemiddelde in vergelijking met de Cliniques Europe Saint-Michel 0,5% en instellingen als Bordet, 2%).

(7) Dokter B. Van den Eynden, hoorzitting van 29 maart 2000, blz. 12.

(8) Dokter Menten, *o.c.*, blz. 90.

deuil également, insistance sur la formation et la formation continuée(1);

— stages en unités de soins palliatifs (USP)(2);

— programmes d'évaluation qualitative et quantitative des pratiques de soins palliatifs sur le terrain, des unités, des équipes mobiles de l'hôpital, dans les maisons de repos et au domicile(3).

Or, les soins palliatifs, et il y a unanimité des intervenants à cet égard, apportent dans la grande majorité des cas une réponse aux demandes d'euthanasie formulées par les patients(4):

— «Les soins palliatifs constituent une réponse appropriée à une souffrance sans issue (...) Nous ne sommes pas des partisans de l'acharnement palliatif (...) Notre position est au contraire de dire «rien ne sera fait qui aille à l'encontre de la dignité humaine ... Il s'agit de limiter le nombre de suicides grâce à une offre valable de soins psychiatriques, de limiter le nombre d'euthanasies grâce à une offre valable en matière de soins palliatifs.»(5).

— «Lorsque l'approche des soins continus est correctement appliquée, il ne persiste que de l'ordre de 1% de demandes d'euthanasie répétitives et non ambivalentes.»(6).

— «Des soins palliatifs bien développés et la sédation contrôlée peuvent d'ailleurs permettre de réduire à un minimum le nombre des demandes d'euthanasie.»(7).

— «Des soins palliatifs optimaux permettent d'éliminer la plupart des demandes d'euthanasie, en particulier dans l'oncologie. Quant aux rares situations résiduelles ou symptômes réfractaires, nous les traitons avec succès par une application minutieuse de sédation contrôlée intermittente ou continue.»(8).

(1) Docteur A. Mullie, *o.c.*, p. 449; docteur Menten, audition du 5 avril 2000, p. 89; docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 13.

(2) M. A. Schoonvaere, *o.c.*, p. 269.

(3) M. A. Schoonvaere, *ibidem*.

(4) Voir aussi: M. Schoonvaere, *o.c.*, p. 264; docteur B. Van den Eynden, *o.c.*, p. 12.

(5) Docteur Mullie, *o.c.*, p. 445; docteur B. van den Eynden, *o.c.*, pp. 14-16.

(6) Docteur D. Bouckenaere, audition du 29 mars 2000, p. 32 (moyenne par rapport à Cliniques Europe Saint-Michel 0,5% et des institutions comme Bordet, 2%).

(7) Docteur B. Van den Eynden, audition du 29 mars 2000, p. 12.

(8) Docteur Menten, *o.c.*, p. 90.

De ontwikkeling van de palliatieve zorg komt in feite neer op een verschuiving naar een nieuwe zorgcultuur, de zogenaamde continue zorg

De palliatieve zorg wordt momenteel ontwikkeld, maar enkel voor patiënten in de laatste levensfase. Vele sprekers hebben benadrukt dat er sprake moet zijn van continue, veeleer dan van palliatieve zorg. De ontwikkeling van de palliatieve zorg komt op middellange en lange termijn neer op een verschuiving naar een nieuwe zorgcultuur, de zogenaamde continue zorg(1). Voor deze nieuwe zorgcultuur is er nood aan(2):

— specifieke medische bekwaamheden (verlichten van pijn);

— een relationele aanpak (begeleiding van patiënt en naasten, ook in rouwperiodes);

— ethische bakens en een ethische vraagstelling (discussie tussen collega's interdisciplinair overleg ...).

Het gaat niet alleen om de laatste weken van het leven. Zoals een spreker benadrukt, «aan menswaardig sterven gaat menswaardig ziek zijn en menswaardig oud zijn vooraf. Het concept van palliatieve zorg zou dus in de hele gezondheidszorg ingang moeten vinden en dan pas kunnen we spreken van een echte continuïteit van zorgen waar «de zorg» voor mensen een prioriteit wordt.»(3).

Mevrouw Pesleux benadrukt dat de verspreiding van de palliatieve zorgcultuur in het ziekenhuis bijdraagt tot de erkenning en de bevordering van de rechten van de patiënten(4).

Sommigen spreken zelfs van «ondersteunende» zorg (zie de onlangs opgerichte eenheid in Bordet), die tot doel heeft de toestand van de patiënt te verlichten, zelfs als hij zich niet in de terminale fase bevindt.

A priori raadpleging

De ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur impliceert dat ruimte moet worden geschapen voor pluridisciplinair collegiaal overleg(5). Het is niet de bedoeling de kwestie voor een soort tribunaal te brengen, maar licht te werpen op de moeilijke beslissing. De laatste levensfase moet altijd op een globale manier worden beschouwd: de medische, psychische,

(1) Mevrouw Cambron-Diez spreekt liever van geïntegreerde palliatieve zorg. Zie mevrouw Cambron-Diez, *o.c.*, blz. 149.

(2) Dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 30.

(3) Zie ook mevrouw Pesleux, 26 april 2000, blz. 181.

(4) Mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 181.

(5) Zie met name dokter Menten, *o.c.*, blz. 89.

S'orienter vers la culture palliative signifie en réalité développer une nouvelle culture de soins dite soins continus

Les soins palliatifs connaissent à l'heure actuelle un développement plutôt limité aux patients en fin de vie. Or, beaucoup d'intervenants ont souligné la nécessité de parler de soins continus, plutôt que de soins palliatifs. S'orienter vers la culture palliative signifie à moyen/long terme une nouvelle culture de soins dite soins continus(1). Cette culture suppose(2):

— une compétence médicale spécifique (soulagement douleur);

— une approche relationnelle [accompagnement patient et proches (y compris deuil)];

— des éléments de repérage éthique et un questionnement éthique (discussion collégiale, concertation interdisciplinaire ...).

Il ne s'agit pas seulement du problème des dernières semaines de la vie. Comme le souligne une intervenante, «avant de mourir dans la dignité, il y a être malade et être vieux dans la dignité. C'est seulement quand le monde médical au sens large aura accepté le concept des soins palliatifs que nous pourrions réellement parler de «continuité» des soins et que ceux-ci deviendront une priorité.»(3).

Mme Pesleux souligne que la diffusion de la culture palliative au sein de l'hôpital contribue à la reconnaissance et au développement des droits du patient(4).

Certains parlent même de soins «supportifs» (*cf.* l'unité récemment créée à Bordet), qui visent à soulager le patient, même s'il n'est pas en phase terminale.

Consultation a priori

S'orienter vers la culture palliative implique nécessairement faire place à la consultation collégiale pluridisciplinaire(5). Il ne s'agit en rien d'une tribunalisation, mais bien d'éclairer une décision grave. Toute situation de fin de vie doit faire l'objet d'une approche globale où les problèmes tant médicaux que psychologiques, sociaux, familiaux, spirituels ou philoso-

(1) Notons que Mme Cambron-Diez préfère parler de soins palliatifs intégrés. Voir Mme Cambron-Diez, *o.c.*, p. 149.

(2) Docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 30.

(3) Voir aussi Mme Pesleux, 26 avril 2000, p. 181.

(4) Mme Pesleux, *o.c.*, p. 181.

(5) Voir notamment, docteur Menten, *o.c.*, p. 89.

sociale, familiale, geestelijke en levensbeschouwelijke problemen van de patiënt moeten met zijn toestemming het onderwerp vormen van een interdisciplinaire collegiale discussie tussen de arts, de leden van het verplegend team en mogelijke derden [psychologen die gespecialiseerd zijn in pijnbestrijding, psychiaters (bijvoorbeeld: Bordet), diëtisten, kinesitherapeuten, ergotherapeuten ...] en eventueel de naasten. De palliatieve geneeskunde toont aan hoe belangrijk communicatie is voor de preventie van problemen.

De meeste sprekers hebben dit benadrukt.

— De arts moet de mogelijkheid hebben om als hij dat wenst het verplegend team, de verplegers, hulpverplegers, psychologen, maatschappelijke assistenten, eventueel de naasten en een vertegenwoordiger van de levensbeschouwelijke strekking die de patiënt aanhangt, samen te brengen(1). Dit moet niet beschouwd worden als een tribunaal.

— Binnen de vertrouwensrelatie met zijn patiënt, is de arts degene die de eindbeslissing neemt. Om niet alleen de last van bijwijlen zeer moeilijke beslissingen te moeten dragen, moet hij, naast het advies van een onafhankelijke deskundige collega, de vraag van de patiënt toetsen aan het advies van het verplegend team en, in voorkomend geval, van het lokale palliatieve team(2).

— Dokter Mullie heeft lang stilgestaan bij de noodzaak van een «*a priori* toetsing via de palliatieve zorg». Volgens hem is het palliatief team daarvoor de meest geschikte ethische instantie. Als er al een wetgeving moet komen, moet die het palliatief team veel nauwer bij de zaak betrekken, de rol van de tweede arts uitbreiden (hij moet niet alleen advies geven over de ongeneeslijke aard van de ziekte, maar ook over de voorwaarden met betrekking tot het verzoek van de patiënt, het aanhoudend en ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden), het verplegend team bij de zaak betrekken en een evaluatie-instantie oprichten die zich buigt over het advies van het palliatief team en van de tweede arts teneinde de toepassing van de wet te beoordelen(3).

— Andere sprekers stellen ook voor dat verwezen wordt naar een instantie, een «comité van wijzen». De instantie zou geen beslissingsbevoegdheid hebben,

phiques du patient doivent faire l'objet, avec son accord, d'une discussion collégiale interdisciplinaire entre le médecin et les membres de l'équipe soignante ou les tiers concernés [psychologues spécialisés en traitement de la douleur, psychiatres (exemples: Bordet), diététiciens, kinés, ergos, ...] et éventuellement les proches. La médecine palliative nous montre l'importance de la communication dans la prévention des problèmes.

C'est ce qui a été souligné par la majorité des intervenants.

— Le médecin devrait avoir la possibilité de réunir l'équipe soignante, infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistants sociaux, éventuellement les proches et un représentant de ses options philosophiques, s'il le désire(1). Il ne s'agit en aucun cas d'une tribunalisation.

— Dans le colloque singulier avec son patient, le médecin est le seul détenteur de la décision finale. Afin qu'il ne porte pas seul le poids parfois lourd d'une décision difficile, outre l'avis d'un collègue indépendant expert en la matière, il devrait également éclairer la demande du patient de l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe de soins palliatifs si elle existe localement(2).

— Le docteur Mullie a insisté longuement sur la nécessité d'un «contrôle *a priori* via les soins palliatifs». Pour lui, l'équipe palliative est l'instance éthique la mieux adaptée. Si une législation devait être prise, elle devrait impliquer l'équipe palliative beaucoup plus directement, élargir le rôle du deuxième médecin (son avis devrait porter non seulement sur le caractère incurable de la maladie, mais également sur les conditions posées relatives à la demande du patient, au caractère insupportable et persistant de sa souffrance qui ne peut être apaisée), impliquer l'équipe soignante et prévoir une instance d'évaluation vers laquelle les avis de l'équipe palliative et du deuxième médecin seraient envoyés afin de pouvoir évaluer l'application de la loi(3).

— Ce renvoi vers une instance, un «comité des sages» est aussi avancé par d'autres intervenants. Il ne s'agirait pas d'une structure décisionnelle, mais d'une

(1) Mevrouw Vandeville, *o.c.*, p. 259; zie ook mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 185.

(2) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 383.

(3) Dokter Mullie, *o.c.*, blz. 447.

(1) Mme Vandeville, *o.c.*, p. 259; voir aussi notamment Mme Pesleux, *o.c.*, p. 185.

(2) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 383.

(3) Docteur Mullie, *o.c.*, p. 447.

maar de arts helpen om zijn intern debat te verdiepen(1).

— Het voorafgaand collegiaal overleg moet verplicht worden gemaakt teneinde ongevraagde toepassingen van euthanasie te voorkomen, de patiënt zekerheid te bieden(2), en ervoor te zorgen dat euthanasie niet wordt toegepast uit moedeloosheid of uit lafheid(3). De interdisciplinaire aanpak maakt bovendien een globale benadering van de laatste levensfase en een meer diepgaande ethische analyse(4) mogelijk. Er mag geen categorie van geneesheren-euthanasieerders ontstaan, een soort van subspecialiteit met almachtige en alwetende artsen die het overbodig vinden enig advies in te winnen omdat ze nu eenmaal specialisten zijn, benadrukt dokter Clumeck.

— Professor Baum benadrukt dat gebruik moet worden gemaakt van de bestaande cellen voor hulp bij de besluitvorming in de ziekenhuizen(5).

— De naasten moeten worden betrokken bij de beslissingen, maar dat moet oordeelkundig gebeuren en met toestemming van de patiënt. Dat vraagt tijd en luisterbereidheid.

— De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor elke medische handeling berust bij de arts. Overleg betekent niet dat verantwoordelijkheden worden gespreid of gedeeld(6)! Daarom moet de arts zijn behandelingsvrijheid behouden. De eerste opdracht van de arts is zijn patiënt te verzorgen. Men mag de mogelijke behandelingen niet *a priori* opgeven: er moet een duidelijk onderscheid worden gemaakt tussen hardnekkigheid en koppigheid in de behandeling. Er moeten meerdere meningen voorhanden zijn(7).

— In dergelijke omstandigheden dient de arts in samenspraak met de patiënt, het verzorgend team, de naastbestaanden of vertrouwenspersonen en minstens één bevoegde collega een beslissing te nemen die hij steeds moeten kunnen verantwoorden(8).

structure qui amènerait le médecin à approfondir sa réflexion(1).

— Cette consultation collégiale préalable doit prendre un caractère obligatoire pour éviter toute dérive vers des euthanasies non demandées, pour garantir une sécurité au patient(2), afin que des euthanasies ne soient pas pratiquées par lassitude ou par lâcheté(3), et aussi parce que cette interdisciplinarité permet d'approcher globalement les situations de fin de vie et permet d'avoir une analyse éthique plus approfondie(4). Il ne faudrait pas en arriver à définir une catégorie de médecins « euthanasieurs », qui serait une sous-spécialité de la médecine, avec des médecins omnipotents, omniscients, qui n'estiment pas nécessaire de s'entourer d'avis puisque ce sont des spécialistes et qu'ils en ont vu d'autres, appuie le Dr Clumeck.

— Le professeur Baum insiste sur la nécessité d'en référer aux cellules d'aide à la décision existantes dans les hôpitaux(5).

— Il est important d'associer les proches aux décisions mais avec discernement, avec l'accord du patient. Cela demande du temps, de la disponibilité, de l'écoute.

— La responsabilité ultime de tout acte médical doit toutefois rester celle du médecin. La concertation ne signifie pas dilution ou partage de responsabilités(6)! D'où l'importance de laisser au médecin son espace de liberté thérapeutique. Il ne faut pas oublier que la première mission du médecin est de soigner son patient. Il ne faut pas en arriver à pratiquer un abandon thérapeutique et bien distinguer l'acharnement thérapeutique de l'obstination thérapeutique. Ce qu'il faut avoir c'est une pluralité d'éclairages(7).

— « Dans des telles circonstances, le médecin doit, en concertation avec le patient, l'équipe soignante, les proches ou personnes de confiance et au moins un collègue compétent, prendre une décision qu'il doit toujours pouvoir justifier. »(8).

(1) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 386.

(2) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 386 en 393; zie ook *supra* professor M. Baum.

(3) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 389.

(4) Dokter D. Bouckenaere, hoorzitting van 29 maart 2000, blz. 34.

(5) Zie ook: dokter Bouckenaere, *o.c.*, blz. 34.

(6) Mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 185.

(7) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 392.

(8) Dokter Hache, hoorzitting van. 16 februari 2000, blz. 84.

(1) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 386.

(2) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 386 et 393; voir aussi *supra* professeur M. Baum.

(3) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 389.

(4) Docteur D. Bouckenaere, audition du 29 mars 2000, p. 34.

(5) Voir aussi: docteur Bouckenaere, *o.c.*, p. 34.

(6) Mme Pesleux, *o.c.*, p. 185.

(7) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 392.

(8) Docteur Hache, audition du 16 février 2000, p. 84.

— Voorafgaandelijk overleg met collega's, dat vermeld wordt in het medisch dossier (korte weergave van de adviezen, van de uitgevoerde handelingen, enz.) biedt de beste garantie voor het voorkomen van clandestiene euthanasie(1).

— «Het euthanasiegebeuren inkapselen in de «colloque singulier» alleen is mijns inziens de deur openzetten naar misbruiken», verklaart professor Schotsmans, die voorstander is van voorstel 3 van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek(2).

— Sommige sprekers benadrukten de noodzaak van een derde persoon: volgens professor Van Neste moet de ethische toets, die een totaalbenadering van de patiënt omvat in al zijn dimensies, niet enkel fysiek maar ook psychologisch, spiritueel en sociaal, gebeuren door een lid van het palliatieve team in plaats van door een ethicus(3).

Sommige sprekers hebben benadrukt dat de procedure voor voorafgaand overleg momenteel moeilijk kan worden toegepast in bepaalde ziekenhuisdiensten, zoals bijvoorbeeld de intensieve zorgen, de thuisverpleging en de rust- en verzorgingstehuizen(4). Toch moet elke patiënt op dezelfde manier behandeld worden, ongeacht zijn sociale, economische of culturele positie en ongeacht de manier waarop hij wordt opgevangen. Dokter Mullie wil de palliatieve zorg erbij betrekken via de coördinator voor de palliatieve zorg, het thuisbegeleidingsteam (met de vertrouwensarts als sleutelfiguur) en de palliatieve teams van de RVT's en de ziekenhuizen(5). Waar er nog geen procedures zijn, moeten er opgesteld worden.

Dokter Clumeck zegt eveneens: «Euthanasie is geen dringende medische ingreep, al kan euthanasie soms in hoogdringende omstandigheden moeten worden gepleegd.»(6).

Aangifte a posteriori

De controle *a posteriori*, als voorgesteld in het gemeenschappelijk wetsvoorstel van de zes senatoren, houdt verscheidene problemen in waarop meerdere sprekers hebben gewezen(7):

(1) Zie ook mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 185.

(2) Professor Schotsmans, hoorzitting van 22 februari 2000, blz. 114.

(3) Professor Van Neste, hoorzitting van 15 februari 2000, blz. 52.

(4) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 53.

(5) Dokter Mullie, *o.c.*, blz. 449-550.

(6) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 392.

(7) Dokter Philippart, hoorzitting van 16 februari 2000, blz. 79.

— La consultation collégiale préalable, notifiée au dossier médical (indication des avis, des gestes posés, etc.) est la meilleure garantie contre les euthanasies clandestines(1).

— «N'enfermer l'événement d'euthanasie que dans un «colloque singulier» ouvre la porte à des abus», déclare le professeur Schotsmans, partisan de la position 3 du Comité consultatif de bioéthique(2).

— Certains intervenants ont insisté sur la nécessité d'une tierce personne: pour le professeur Van Neste, le contrôle éthique, qui implique une approche globale du patient tant physique, que psychologique, spirituelle ou sociale, doit venir d'un membre de l'équipe palliative, plus que d'un éthicien proprement dit(3).

Certains intervenants ont souligné que la procédure de consultation *a priori* pouvait difficilement être réalisée à l'heure actuelle au niveau de certains services à l'hôpital, comme les soins intensifs, ou au niveau du domicile ou encore dans les MR(S)(4). Or, il importe que le patient soit traité de la même façon quelle que soit son appartenance sociale, économique ou culturelle et quel que soit également son mode de prise en charge. Le docteur Mullie soutient, à cet égard, une large implication des soins palliatifs via le coordinateur en soins palliatifs, l'équipe de soutien du domicile (avec le médecin de confiance comme personne-clé), les équipes palliatives dans les MRS et les hôpitaux(5). Il faut créer ces procédures là où elles n'existent pas.

Le docteur Clumeck précise aussi: «L'acte euthanasique n'est pas une urgence médicale. Mais on peut être amené à la pratiquer dans l'urgence.»(6).

Déclaration a posteriori

Le contrôle *a posteriori* instauré par la proposition de loi commune des six sénateurs pose différents problèmes, qui ont été soulignés par certains intervenants(7):

(1) Voir aussi Mme Pesleux, *o.c.*, p. 185.

(2) Professeur Schotsmans, audition du 22 février 2000, p. 114.

(3) Professeur Van Neste, audition du 15 février 2000, p. 52.

(4) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 53.

(5) Docteur Mullie, *o.c.*, p. 449-550.

(6) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 392.

(7) Docteur Philippart, audition du 16 février 2000, p. 79.

— Om te beginnen kan men zich afvragen of het gerecht in staat zal zijn een beslissing te nemen binnen de erg korte termijn van drie dagen.

— Er zal zowel voor de betrokken arts als voor de familie een periode van bang afwachten zijn. De familie kan het rouwproces nog niet aanvatten, iets wat nog pijnlijker zou kunnen zijn als er een autopsie wordt uitgevoerd.

— De arts kan geconfronteerd worden met een lawine aan bureaucratische rompslomp.

— Aangezien vervolging nog steeds mogelijk is als de procureur meent dat bepaalde van de voorgestelde criteria niet zijn nageleefd, zal de rechtszekerheid van de arts niet onvoorwaardelijk gegarandeerd zijn (tenzij er, zoals professor Messine zei, wordt aanvaard dat het wel degelijk gaat om een wettelijke machtiging, met een eenvoudige formele controle van de voorwaarden waaronder tot euthanasie is overgegaan. Dit zou echter de rechtszekerheid van de patiënt schaden).

— Een verklaring *a posteriori* is zinloos. Wie zal een daad aangeven als hij weet dat hij een overtreding heeft begaan? Waarschijnlijk zullen, net zoals in Nederland, twijfelgevallen niet worden gemeld(1).

Dokter Philippart besloot: «Alleen een verklaring *a priori* kan de arts, het gezin en de maatschappij de nodige zekerheid bieden.» Hier zijn meerdere sprekers het mee eens.

Sommige sprekers toonden zich veeleer voorstander van een controle *a posteriori*, naar analogie van de «toetsingscommissie» uit het Nederlands recht, waaraan eventueel wetsdokters kunnen deelnemen(2).

De hoorzitting met professor Sicard, voorzitter van het Comité d'éthique français, was erg indrukwekkend.

Spreekster onthoudt daaruit dat het volledige comité gekant is tegen het uit de strafwet halen. Om het met de woorden van professor Sicard te zeggen, de samenleving moet geconvoeerd worden voordat euthanasie wordt toegepast (controle *a priori*) en het gerecht moet controle kunnen uitoefenen nadat de euthanasie is toegepast (controle *a posteriori*).

Hij stelt een processuele exceptie voor, waaruit wij onthouden dat, wanneer een dossier aanhangig wordt gemaakt bij een magistraat, deze hulp moet kunnen krijgen van bekwame deskundigen uit andere disciplines.

(1) Zie dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 383.

(2) Professor Schotsmans, *o.c.*, blz. 133.

— On peut s'interroger d'abord sur la disponibilité de la justice à prendre une décision en un laps de temps aussi court que trois jours.

— Il y aura immanquablement une période d'attente pénible à la fois pour le médecin concerné, et encore plus pour la famille dont l'entrée en deuil sera différée, pénibilité qui pourrait être encore accrue dans le cas d'une autopsie.

— Pour le médecin, cela pourra signifier une bureaucratie exponentielle.

— La sécurité juridique ne sera certainement pas assurée de manière absolue pour le médecin puisque les poursuites resteront toujours possibles si le procureur estime que certains critères proposés semblent ne pas avoir été respectés (sauf à admettre, comme le prof. Messine le soutenait, qu'il s'agit effectivement bel et bien d'une autorisation de la loi, avec un simple contrôle formel des conditions d'administration de l'acte, ce qui nuirait alors à la sécurité juridique à l'égard du patient).

— Une déclaration *a posteriori* n'a aucun sens. Qui va déclarer quelque chose alors qu'il sait être en infraction? Le plus probable c'est que dans les cas douteux, il n'y aura pas de déclaration, comme cela se passe aux Pays-Bas(1).

Le docteur Philippart concluait: «seule une déclaration *a priori* est susceptible d'apporter au médecin, comme à la famille, et à la société, cette sécurité désirée», ce qui est la position adoptée par de nombreux intervenants.

Certains intervenants se sont toutefois déclarés preneurs d'un contrôle *a posteriori*, à l'instar de la «toetsingscommissie» de droit néerlandais, avec éventuellement une intervention des médecins légistes(2).

L'audition du professeur Siccard, président du Comité d'éthique français, a fait impression.

L'intervenante retient de celle-ci que l'ensemble du comité est contre une dépenalisation et pour reprendre les mots du professeur Siccard, qu'en matière d'euthanasie, la société doit être convoquée avant que l'acte ne soit posé (contrôle *a priori*), et que la justice doit pouvoir exercer son contrôle une fois l'acte accompli (contrôle *a posteriori*).

De l'exception de procédure qu'il propose, nous retenons l'idée que si un magistrat est saisi d'un dossier, il doit pouvoir bénéficier de l'éclairage interdisciplinaire d'experts compétents.

(1) À ce sujet, voir docteur Clumeck, *o.c.*, p. 383.

(2) Professeur Schotsmans, *o.c.*, p. 133.

Vertrekken vanuit de zieke en zijn verzoek

Er moet een duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen de vraag van de zieke en wat hij werkelijk wil. Wat vraagt de patiënt wanneer hij om euthanasie vraagt? Houdt zijn vraag werkelijk een verlangen om te sterven in?

Spreekster heeft het antwoord van mevrouw Diricq erg geapprecieerd, die net als andere sprekers(1) de dubbelzinnigheid van het verzoek van de patiënt benadrukt heeft. Als de patiënt om euthanasie vraagt, vraagt hij niet om te sterven, «hij vraagt om in leven te blijven en op een andere manier te leven»(2). Zoals een andere spreker het verwoordde, is het in veel gevallen «een hulpkreet van een zieke en/of van zijn familie om beter of minder slecht te leven»(3).

De vraag rijst dus: wat wil de zieke echt? Welke behoefte spreekt uit deze vraag?

Het kan gaan om de vraag naar hoe hij zich de dood moet voorstellen, waaruit de nood spreekt aan een beeld van de onvoorstelbare overgang van leven naar dood. Het kan ook een vraag zijn naar contact, een vraag naar erkenning. De stervende zieke vraagt ons of de anderen met hem nog een relatie willen hebben, of hij daartoe nog waardig wordt bevonden(4). Uit bepaalde medische dossiers blijkt dat «de notities stelselmatig verminderen naarmate de patiënt aftakelt en de dood nadert. Men komt trouwens ook minder vaak bij hem langs (...)». De sociale dood gaat de klinische dood vooraf. Men spreekt al in de onvoltooid verleden tijd over de patiënt. De patiënt moet zich net niet verontschuldigen dat hij er nog is! Marie de Hennezel zegt dat de arts de patiënt twee keer doodt als hij op een dergelijk moment ingaat op de vraag van zijn patiënt. Hij doodt hem dan echt, maar ook symbolisch, door zijn gevoel van nutteloosheid te bevestigen.

«Een menselijk wezen is voor zijn bestaan afhankelijk van de aanwezigheid van anderen, vanaf zijn geboorte tot aan zijn dood (...). De blik van de andere vormt tot op het einde van ons leven de grondslag van onze menselijkheid», zegt mevrouw Diricq ons nog(5). De zieke mag niet alleen als zieke

Importance de partir du malade et de sa demande

Il est important de faire la distinction entre la demande du malade et son désir. Que demande un patient lorsqu'il demande l'euthanasie? Sa demande exprime-t-elle littéralement un désir de mourir?

L'intervenante déclare avoir beaucoup apprécié la réponse de Mme Diricq, qui souligne, comme d'autres intervenants(1), l'ambiguïté de la demande du patient. Quand le patient demande l'euthanasie, il ne demande pas la mort, «il demande de rester en vie, mais de vivre autrement»(2). C'est, dans la grande majorité des cas, souligne un autre intervenant, «un appel à l'aide venant du malade et/ou de sa famille, pour vivre mieux ou moins mal»(3).

Il faut se poser la question: que désire en réalité le malade? Quel besoin cette demande traduit-elle?

Il peut s'agir d'une demande de représentation, qui traduit le besoin de se représenter l'inimaginable passage de la vie à la mort, d'une demande de relation surtout, d'une demande de reconnaissance. Le malade en train de mourir nous demande s'il est encore digne de relation avec les autres êtres humains(4). Or, l'on constate à la lecture de certains dossiers médicaux, que «plus l'état du patient se dégrade, plus il approche de la mort, plus les notes dans son dossier diminuent, au même rythme parfois que les passages dans sa chambre (...). La mort sociale précède la mort clinique. On parle déjà de lui à l'imparfait. C'est tout juste si le patient ne s'excuse pas d'être encore là!». C'est ce qui fait dire à Marie de Hennezel que si à ce moment, le médecin accède à la demande du patient, il le tue deux fois, réellement et symboliquement en lui confirmant son sentiment d'inutilité.

«Exister pour un être humain dépend de la présence de l'autre depuis l'origine de la vie jusqu'à la mort (...). Ce regard de l'autre sur soi sera, jusqu'au bout de la vie, le fondement de notre humanité», dit encore Mme Diricq(5). Il s'agit de penser la personne humaine dans sa globalité, c'est-à-dire dont

(1) Zie met name: mevrouw Cambron-Diez, *o.c.*, blz. 162; mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 185; dokter Bouckenaere, *o.c.*, blz. 30.

(2) Mevrouw C. Diricq, *o.c.*, blz. 342.

(3) De heer A. Schoonvaere, hoorzitting van 1 maart 2000, blz. 266.

(4) Mevrouw C. Diricq, *o.c.*, blz. 343.

(5) Mevrouw C. Diricq, *ibidem*.

(1) Voir notamment: Mme Cambron-Diez, *o.c.*, p. 162; Mme Pesleux, *o.c.*, p. 185; docteur Bouckenaere, *o.c.*, p. 30.

(2) Mme C. Diricq, *o.c.*, p. 342.

(3) M. A. Schoonvaere, audition du 1^{er} mars 2000, p. 266.

(4) Mme C. Diricq, *o.c.*, p. 343.

(5) Mme C. Diricq, *ibidem*.

beschouwd worden, hij moet gezien worden als een menselijk wezen, dat zijn waardigheid ontleent aan zijn betrokkenheid op anderen(1).

De sprekers die de patiënt in het middelpunt van het besluitvormingsproces plaatsen, benadrukten dat de patiënt «in relatie» staat, «in een context», en dat die context niet genegeerd mag worden. Mevrouw Baum verwerpt te theoretische definities van autonomie en vrijheid. «Vrijheid staat altijd in een bepaalde context en de context van de stervende is die van een juridisch erkende autonomie en een feitelijke kwetsbaarheid. De wetsvoorstellen lijken mij wat idealistisch op dit vlak aangezien ze geen rekening houden met de fenomenologie van het sterven», benadrukt zij(2) (= bijdrage menswetenschappen).

Autonomie — Waardigheid

Dit leidt tot de vraag naar de autonomie van de patiënt. Nagenoeg alle sprekers wensen dat «de patiënt het middelpunt blijft», maar velen van hen hebben ook benadrukt dat de autonomie van de stervende patiënt erg beperkt is, aangezien hij erg afhankelijk is (hij is afhankelijk van de welwillendheid van de verzorgers en van zijn naasten en hij is uiterst gevoelig voor druk, zelfs als die onuitgesproken blijft, ...). Zoals mevrouw Baum het erg juist verwoordt, «lijkt sterven een fenomeen te worden dat steeds minder cultureel en steeds meer socio-economisch is. Alles gebeurt alsof de afhankelijkheid van de stervende persoon en het ideaal van de autonomie, dat de westerse mens in goede gezondheid hoog in het vaandel voert, onverenigbaar zijn(3). Bovendien belangt een beslissing over het levenseinde niet alleen de patiënt aan (hoewel hij wel de enige is die deze beslissing kan nemen): zij belangt ook zijn naaste, het verplegend team en de hele samenleving aan. Het debat moet dus niet zozeer gaan over wie mag beslissen als wel over wat in een bepaalde situatie de juiste beslissing is(4).

Mevrouw Baum voegt eraan toe dat niet moet worden gezocht naar de juiste oplossing, maar naar de minst slechte voor iedereen. Om haar uitgebreid te citeren: «De geëiste vrijheid moet dus een vrijheid inhouden met gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt, wat volgens mij het tegendeel is van een verwatering van de verantwoordelijkheid.» Zij voegt daaraan toe: «Men kan niet beweren pluralistisch te zijn en tegelijkertijd minachting hebben voor

la dignité s'inscrit dans la relation à l'autre et ne pas seulement penser le malade(1).

La plupart des réflexions des intervenants, si elles resituaient le patient au centre du processus de décision, soulignaient en effet le fait que le patient était «en relation», «en contexte», et qu'il était inopportun de faire abstraction de ce contexte. Mme Baum réfute les définitions principalistes de l'autonomie et de la liberté. «Une liberté est toujours en contexte et le contexte du mourant, c'est une autonomie de droit et une vulnérabilité de fait. Les projets de loi me paraissent un peu idéalistes sur ce plan, car ils ne prennent pas en compte la phénoménologie du mourir», souligne-t-elle(2) (= apport des sciences humaines).

Autonomie — Dignité

Cela mène à la question de l'autonomie du patient. Presque tous les intervenants ont souhaité que le «patient soit au centre», mais beaucoup d'entre eux ont souligné les limites de l'autonomie du patient mourant, vu son extrême dépendance (dépendance à l'égard de la bienveillance des soignants, des proches, sa réceptivité particulière aux pressions même non dites ..). Comme le souligne justement Mme Baum, «le mourir tend à devenir un phénomène de moins en moins culturel et de plus en plus socio-économique. Tout se passe comme si la dépendance de la personne mourante et l'idéal d'autonomie vénéré par l'homme occidental en bonne santé étaient inconciliables.»(3). Par ailleurs, une décision de fin de vie, bien qu'elle ne puisse être prise que par le patient lui-même, ne touche pas que le patient: elle touche les proches, l'équipe soignante et toute la société. Le débat ne porte donc pas tant sur qui peut décider, que sur quelle est la bonne décision dans une situation déterminée(4).

Mme Baum précise qu'il ne s'agit pas tant de chercher la bonne solution, que de chercher la moins mauvaise pour chacun. Je me permettrai ici de la citer *in extenso*: «La revendication de la liberté devrait dès lors être celle d'une liberté corresponsable entre médecin et patient, ce qui est pour moi le contraire d'une dilution de la responsabilité.» «On ne peut prétendre, ajoute-t-elle, être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la

(1) Mevrouw C. Diricq, hoorzitting van 15 maart 2000, blz. 341.

(2) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 156.

(3) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 143.

(4) Mevrouw C. Aubry, *o.c.*, blz. 364.

(1) Mme C. Diricq, audition du 15 mars 2000, p. 341.

(2) Mme Baum, *o.c.*, p. 156.

(3) Mme Baum, *o.c.*, p. 143.

(4) Mme C. Aubry, *o.c.*, p. 364.

het relativeren van de autonomie door andere waarden, bijvoorbeeld door de kwetsbaarheid van de patiënt. Het gaat hier niet om een debat tussen individu en gemeenschap, want zoals Sartre zei: «Alleen kan men niet vrij zijn.»(1). «Men hoort vaak zeggen dat de legalisering van euthanasie de autonome mensen vertegenwoordigt die de moed hebben hun eigen dood te beheersen. Achter deze eis voor autonomie, en daar ligt nu het probleem, verbergen zich socio-economische determinismen die ervoor zorgen dat deze wens geen vrije maar een geïnduceerde wens is.

De sociologe Anita Hocquard heeft aangetoond in haar studie, die gebaseerd is op een onderzoek bij de mensen van de ADMD (vereniging voor recht op waardig sterven), dat de schaamte over de aftakeling leidt tot de vraag naar een «burgerschap» ten aanzien van de dood. Kan men in dit verband van een autonome eis spreken? Moeten we geen rekening houden met de feitelijke kwetsbaarheid van de aanvragers van vrijwillige euthanasie zonder te vervallen in een paternalisme dat hun daden beoordeelt? Wat is dan de eis van het recht tot sterven? Een eenvoudige vrijheid of een schuldvordering?», vraagt zij.

Mevrouw Baum benadrukt de toename van het individualisme dat onze moderne samenleving kenmerkt, een legitimatie-individualisme, dat geëvolueerd is naar een pluraliteit van conflicterende individualismen. «Deze conflicten zetten aan tot reflectie over de grenzen van het individualisme in een pluralistische democratie. Wij zijn overgegaan van een universaliserend individualisme, dat aan de basis lag van de rechten van de mens, naar een narcistisch individualisme.» Zij gaat verder met: «Het profiel van de leden van de ADMD is dat van een individualist die probeert de controle over zijn dood te gebruiken om op die manier lijden te vermijden, zo toonde Anita Hocquard aan. Dit profiel doet ons nadenken over zaken zoals de politieke rechtvaardiging van euthanasie door een bepaalde sociale klasse die zich misschien niet bewust is van de gevolgen ervan voor patiënten die economisch zwak staan en minder goed zijn opgeleid.»(2).

Mevrouw Aubry toonde ook aan dat stervende patiënten in extreme situaties het niet makkelijk hebben om volledig autonoom te blijven. «De grens tussen vrijheid en druk is erg smal. Als degenen die de patiënt de keuze zouden moeten aanbieden, bovendien zelf belang hebben bij de uitkomst van de keuze, is het gevaar voor ervaren druk nog groter.»(3).

vulnérabilité du patient, par exemple. Il s'agit d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre «On ne peut être libre seul.»(1). «On entend souvent dire, poursuit-elle, que la légalisation de l'euthanasie représente les autonomes qui ont le courage de maîtriser leur propre mort. Mais derrière cette revendication d'autonomie, et là réside le problème, se cachent des déterminismes socio-économiques qui font que ce désir n'est pas un désir libre, mais un désir induit.

La sociologe Anita Hocquard a montré dans son étude conduite auprès des membres de l'ADMD que la honte provoquée par la dégradation provoquait la demande d'une «citoyenneté létale». Pouvons-nous parler dans ce contexte de revendication autonome? Ne devons-nous pas tenir compte de la vulnérabilité de fait des demandeurs d'euthanasie volontaires sans tomber dans le paternalisme qui consisterait à juger leurs actes? Qu'est-ce alors la revendication du droit de mourir? Une simple liberté ou une créance?», demande-t-elle.

Mme Baum poursuit en soulignant la montée de l'individualisme qui caractérise notre modernité, un individualisme de légitimation, qui a évolué vers une pluralité d'individualismes conflictuels. «Ces conflits invitent à penser les limites de l'individualisme dans une démocratie pluraliste. Nous sommes passés d'un individualisme universalisant qui a donné naissance aux droits de l'homme à un individualisme narcissique.» Le profil des adhérents de l'ADMD, profil d'individualistes visant à utiliser le contrôle de la mort pour éviter la souffrance, tel que l'a démontré la sociologe Anita Hocquard, «nous donne», souligne-t-elle, «des éléments de réflexion en termes de légitimation politique de l'euthanasie par une certaine classe sociale peu consciente peut-être de ses conséquences pour des patients économiquement plus faibles et moins privilégiés en termes d'éducation.»(2).

Mme Aubry a aussi montré toute la difficulté pour les patients mourants, dans des situations aussi extrêmes, d'exercer leur autonomie de manière pleine et entière. «La frontière entre liberté et pression est ténue. Le risque de pression est d'autant plus grand si ceux qui devraient donner le choix au patient sont eux-mêmes intéressés au choix qui est fait.»(3).

(1) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 144.

(2) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 146.

(3) Mevrouw Aubry, *o.c.*, blz. 366.

(1) Mme Baum, *o.c.*, p. 144.

(2) Mme Baum, *o.c.*, p. 146.

(3) Mme Aubry, *o.c.*, p. 366.

Euthanasie-aanvragen: door wie? Waarom?

Uit de hoorzittingen blijkt:

— dat zij vaker uitgaan van de verwanten dan van de patiënt zelf(1). Zoals mevrouw Henry eraan herinnerde in naam van de Alzheimer Liga: is men niet in de eerste plaats verplicht zorg te verlenen en een zekere levenskwaliteit te bieden aan de patiënt alvorens een voorafgaande richtlijn uit te voeren(2)? Met betrekking tot euthanasie-aanvragen, die meestal door de familie — die de situatie als zeer pijnlijk ervaart — geformuleerd worden, verklaarde mevrouw Henry: «Actief luisteren helpt mij om deze verzoeken te ontcijferen(3) en te zeggen: «U kan niet meer; maar ja, dit verhaal heeft geen einde.» De ziekte van Alzheimer is ook zeer duur. «Men moet deze verzoeken kunnen ontvangen en behandelen zoals het past. Dat wil niet zeggen dat er moet gepleit worden voor een palliatieve hardnekkigheid maar men zou eerder de raad moeten geven na te denken over het probleem en ondertussen psycho-medisch-sociale hulp moeten verlenen.»(4). Hiermee wordt het belang aangetoond van ondersteunende en begeleidende maatregelen voor de verwanten, die vaak te kampen hebben met gevoelens van uitputting of van onmacht. Deze aandacht voor de verwanten maakt integraal deel uit van de palliatieve bijstand;

— dat zij een gevolg kunnen zijn van het hardnekkig voortzetten van zinloze behandelingen(5). Vandaar dat het belangrijk is de medische beslissingen omtrent het levenseinde in een algemeen kader te plaatsen. Dit hangt samen met de idee dat euthanasie niet afzonderlijk van de andere problemen aangaande het levenseinde behandeld mag worden;

— dat zij veroorzaakt kunnen worden door fysieke of psychische pijn:

- slecht beheerste fysieke pijn,
- psychische pijn en vooral(6): het verpletterende en ontmoedigende gevoel van alleen te zijn, overbodig, niet meer waardig (angst voor aftakeling), niet meer waard bemind te worden en niet meer bemind, de angst om alleen en verlaten te sterven, de angst om afhankelijk te zijn, een last voor de anderen, zorgen omtrent de financiële gevolgen voor de ver-

(1) Mevrouw C. Diricq, *o.c.*, blz. 350; mevrouw Henry, hoorzitting van 23 februari 2000, blz. 178-179; mevrouw Cambron-Diez, *o.c.*, blz. 164; mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 183.

(2) Mevrouw Henry, *o.c.*, blz. 178.

(3) Over het belang van de ontcijfering van de aanvraag, zie ook: dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 42.

(4) Mevrouw Henry, *o.c.*, blz. 179.

(5) Mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 181.

(6) Zie de verhelderende uiteenzetting van mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 181 tot 184.

Demandes d'euthanasie: par qui? pourquoi?

En ce qui concerne les demandes d'euthanasie, les auditions nous révèlent:

— qu'elles émanent davantage des proches que du patient lui-même(1). Comme le rappelle Mme Henry, au nom de la Ligue Alzheimer, avant d'exécuter une directive anticipée, n'y a-t-il pas d'abord l'obligation de soigner et d'apporter une qualité de vie au patient(2)? Lorsque des demandes d'euthanasie sont formulées, le plus souvent par la famille, qui éprouve d'énormes difficultés à vivre cette situation, poursuit Mme Henry, «l'écoute active m'aide à décoder ces demandes(3) et à dire: «Vous n'en pouvez plus; mais, oui cette histoire n'en finit pas.» La maladie d'Alzheimer est aussi très coûteuse. «Il faut pouvoir recevoir ces demandes et les traiter comme il convient. Non pas préconiser un acharnement palliatif mais plutôt conseiller, réfléchir au problème en apportant une aide psycho-médico-sociale.»(4). Cela souligne toute l'importance des mesures de soutien et d'accompagnement des proches, qui sont souvent en proie à des sentiments d'épuisement, ou d'impuissance. Cette attention aux proches fait partie intégrante de l'accompagnement palliatif;

— elles peuvent faire suite à un acharnement thérapeutique(5), d'où l'importance d'un encadrement général des décisions médicales de fin de vie. Cela rejoint l'idée qu'il ne faut pas examiner l'euthanasie indépendamment des autres problèmes liés à la fin de vie;

— elles peuvent être provoquées par les douleurs physiques ou psychiques:

- douleurs physiques mal dominées,
- douleurs psychiques et, plus encore(6), le sentiment écrasant et désespérant d'être seul, d'être de trop, de n'être plus digne [l'angoisse face à la détérioration (déchéance)], de n'être plus aimable et aimé, la peur de mourir seul, abandonné, l'angoisse de dépendance, souci d'être une charge pour les autres, souci quant aux conséquences financières pour les

(1) Mme C. Diricq, *o.c.*, p. 350; Mme Henry, audition du 23 février 2000, p. 178-179; Mme Cambron-Diez, *o.c.*, p. 164; Mme Pesleux, *o.c.*, p. 183.

(2) Mme Henry, *o.c.*, p. 178.

(3) Sur l'importance du décodage de la demande, voir aussi: docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 42.

(4) Mme Henry, *o.c.*, p. 179.

(5) Mme Pesleux, *o.c.*, p. 181.

(6) Voir les développements éclairants de Mme Pesleux, *o.c.*, p. 181 à 184.

wanten(1), verkeerde voorstelling van de prognose of van de ontwikkeling van de ziekte(2) ...

Dokter Van den Eynden(3) gaf aan dat sommige euthanasie-aanvragen veroorzaakt werden door existentieel of spiritueel lijden. Dokter Bouckenaere benadrukte dat het belangrijk was een psychiater in te schakelen om het verschil te bepalen tussen een zwaar depressieve toestand en een vastberaden weigering om te blijven leven(4).

Hier moet de aanzienlijke vooruitgang van de geneeskunde in de strijd tegen de pijn benadrukt worden (bijvoorbeeld het experiment van dokter Lossignol aan het Bordet-Instituut).

Mevrouw Pesleux verduidelijkt: «Momenteel kunnen de meeste vormen van pijn worden verlicht, wat niet wil zeggen dat ze helemaal worden uitgeschakeld. Inderdaad kan de pijn in zeldzame gevallen slechts gedeeltelijk worden verlicht. Moet de wetgeving echter gewijzigd worden alleen voor deze uitzonderlijke situaties?»(5). Deze kennis moet echter nog verspreid worden. De opleiding in de strijd tegen de pijn is nog onvoldoende verspreid en sommige artsen zijn terughoudend wat betreft het gebruik van sommige medicamenten zoals morfine(6).

Verskillende sprekers hebben aangetoond dat de wens om te sterven meestal verdween indien gepaste palliatieve zorgverlening gegeven werd. Vandaar dat deze zorgverlening ontwikkeld moet worden, zoals ik reeds heb aangegeven (zie hoger).

Desondanks bestaan er situaties, die de meeste sprekers als uitzonderlijk bestempeld hebben, waarbij er een blijvende vraag is naar actieve, directe euthanasie of hulp bij zelfdoding. Volgens dokter Bouckenaere worden «echte verzoeken om euthanasie» ingegeven door een «fysiek lijden dat de huidige geneeskunde niet kan verlichten, of door een persoonlijke filosofische opvatting van de waardigheid waartegen de meest respectvolle begeleiding niet vermag»(7).

(1) De heer A. Schoonvaere, hoorzitting van 1 maart 2000, blz. 266; dokter Menten, *o.c.*, blz. 82.

(2) Dokter Menten, *o.c.*, blz. 82.

(3) Dokter Van den Eynden, *o.c.*, blz. 3.

(4) Zie ook: Dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 3, die het probleem van de levensmoeheid bij terminale patiënten in het licht heeft gesteld.

(5) Mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 181.

(6) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 398.

(7) Dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 34.

proches(1), mauvaise représentation du pronostic ou de l'évolution de la maladie(2) ...

Le docteur Van den Eynden(3) a souligné l'existence de demandes d'euthanasies provoquées par des souffrances existentielles ou spirituelles. Le docteur Bouckenaere insiste sur l'importance de faire appel à un psychiatre pour faire la différence entre un état dépressif profond et un refus ferme de continuer à vivre(4).

Il faut souligner ici les progrès considérables de la médecine dans le combat contre la douleur (par exemple l'expérience du docteur Lossignol à l'Institut Bordet).

Mme Pesleux précise: «Aujourd'hui, la plupart des douleurs peuvent être soulagées, ce qui ne veut pas dire qu'elles le sont parfaitement. Il subsiste, il est vrai, quelques situations exceptionnelles, dans lesquelles la douleur n'est que partiellement soulagée.» Elle conclut: «Faut-il dès lors légiférer pour des situations d'exception?»(5). Ce savoir doit toutefois encore être diffusé. La formation à la lutte contre la douleur est encore insuffisamment répandue et les réticences de certains médecins à l'égard de l'usage de certains médicaments, telle la morphine, sont réelles(6).

Plusieurs intervenants ont souligné que le désir de mourir disparaissait la plupart du temps si des soins palliatifs étaient prodigués dans les règles de l'art. D'où l'importance du développement de ces soins, comme je l'ai déjà souligné (voyez *supra*).

Malgré tout, il subsiste des situations, que la plupart des intervenants ont qualifiées d'exceptionnelles, où persiste une demande réelle d'euthanasie active directe ou assistance au suicide. Pour le docteur Bouckenaere, les «vraies demandes d'euthanasie» sont celles qui sont «motivées par une souffrance physique que la médecine actuelle est incapable de soulager et celles qui sont motivées par une conception philosophique personnelle de la dignité que l'accompagnement le plus respectueux ne parvient pas à réduire»(7).

(1) M. A. Schoonvaere, audition du 1^{er} mars 2000, p. 266; docteur Menten, *o.c.*, p. 82.

(2) Docteur Menten, *o.c.*, p. 82.

(3) Docteur Van den Eynden, *o.c.*, p. 3.

(4) Voir aussi: Docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 3, qui a souligné le problème de la dépression chez les patients terminaux («levensmoeheid»).

(5) Mme Pesleux, *o.c.*, p. 181.

(6) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 398.

(7) Docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 34.

Rekening houdende met de aanzienlijke vooruitgang van de geneeskunde op het vlak van pijnverzachting, mag men er van uitgaan dat uiteindelijk voornamelijk aanvragen die ingegeven worden door een persoonlijke filosofische opvatting (intellectuele of rationele euthanasie-aanvragen) zullen blijven bestaan. De volgende vragen moeten dus gesteld worden:

— Heeft men werkelijk het recht het ogenblik van zijn dood te kiezen? Geen enkel voorstel voorziet in dit subjectief recht.

— Kan men van autonomie spreken wanneer men deze vraag stelt, aangezien deze vraag noodzakelijkerwijze het bestaan van een derde impliceert?

Hier wordt verwezen naar de pertinente vraagstelling van mevrouw Baum, die de sociologe A. Hocquard aanhaalt (zie hoger): «Wat is de coherentie van een recht van schuldvordering, die de tussenkomst van een derde impliceert? Hoe kunnen we begrijpen dat een individu er de sociale solidariteit bijhaalt — en daar legt de auteur de paradox — om te ontsnappen aan de sociale omgeving en haar solidariteit? Kunnen we tegenwoordig zeggen dat er een dodelijk burgerschap opduikt, dat er een suïcidogene strekking bestaat? Het is onmogelijk aan te tonen dat een legalisatie van euthanasie een suïcidogene strekking zou aanmoedigen, maar het is eveneens onmogelijk aan te tonen dat het niet zo is.» (1).

— Mag men aan artsen zulk een macht geven (2)?

Ontsporingen — Gestolen doden — Klandestiene euthanasie

Mevrouw Baum is waarschijnlijk de spreekster die op de meest overtuigende manier heeft aangetoond dat economische ontsporingen niet denkbeeldig zijn, zoals professor Englert beweerde, maar een reëel gevaar betekenen, met name voor de oudste patiënten. Zij baseert zich op een studie van de sociologe Anita Hocquard. Daaruit blijkt dat:

— het hardnekkig voortzetten van zinloze behandelingen geen gevolg is van overdreven rationalisme maar van een gebrek aan rationaliteit in de zorgverlening.

— het onderbreken van behandelingen ingegeven is door een subjectief oordeel van de arts over de afwezigheid van toekomstig kwalitatief leven. Vervolgens gelden de criteria van de nuttelosheid van zorg-

Vu les progrès considérables de la science médicale dans le soulagement de la douleur, on peut estimer que subsisteront, en définitive, essentiellement les demandes induites par une conception philosophique personnelle de la dignité (demandes d'euthanasie intellectuelles ou rationnelles). Il faut donc se poser la question:

— Existe-t-il réellement un droit à choisir le moment de sa mort? Aucune proposition ne prévoit ce droit subjectif.

— Peut-on parler d'autonomie lorsque l'on pose cette question, lorsque cette question implique nécessairement un tiers?

Il est renvoyé ici aux interrogations pertinentes de Mme Baum, qui se réfère à la sociologue A. Hocquard (voyez *supra*): «Quelle est la cohérence d'un droit de créance qui implique l'intervention d'un tiers? Comment comprendre qu'un individu en appelle à la solidarité sociale — et c'est là qu'elle met le paradoxe — pour échapper au social et à ses solidarités? Y a-t-il aujourd'hui une émergence d'une citoyenneté létale, l'existence d'un courant suicidogène? Il n'y a pas moyen de montrer qu'une légalisation de l'euthanasie encouragerait un courant suicidogène, mais il n'y a pas non plus moyen de montrer que cela ne l'encouragerait pas.» (1).

— Peut-on donner aux médecins un tel pouvoir (2)?

Dérives — Morts volées — Euthanasies clandestines

Mme Baum est, sans doute, l'intervenante qui a souligné avec le plus de force que la dérive économique n'était pas un fantasme, comme l'avait affirmé le professeur Englert, mais une menace réelle notamment pour les patients les plus âgés. Elle renvoie à une étude réalisée par la sociologue Anita Hocquard. On apprend ainsi que:

— l'acharnement thérapeutique ne provient en réalité pas des excès de rationalité mais qu'il est consécutif à une absence de rationalité de soins.

— les interruptions de traitement sont motivées par un jugement subjectif du médecin sur l'absence de qualité de vie future. Viennent ensuite comme critères l'inutilité des soins et l'âge du patient. La demande de

(1) Mevrouw Baum, hoorzitting van 22 februari 2000, blz. 152.

(2) Zie onder andere: Dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 3.

(1) Mme Baum, audition du 22 février 2000, p. 152.

(2) Voir notamment: Docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 3.

verlening en de leeftijd van de patiënt. De vraag van de familie komt slechts op de derde plaats. Economische overwegingen spelen mee in 4 tot 8 % van de gevallen en leiden tot de levensbeëindiging van patiënten die dat niet gevraagd hebben.

In de komende jaren verwacht men dat in de zorgafdelingen het aantal 75-jarigen zal verdrievoudigen en het aantal 85-jarigen en meer zal verviervoudigen. Het economisch gewicht van de vergrijzing in onze oude wereld leidt tot een vermindering van de medische behandeling van de oudsten en, daarentegen, een grotere afhankelijkheid van deze bevolkingsgroep. Tegen 2040 verwacht men een stijging van ten minste 30 % van de kosten ten gevolge van de vergrijzing.

Voor haar biedt een *a priori* regeling de enige bescherming tegen socio-economische ontsporing en ongevraagde euthanasie. «Daarom lijkt het mij essentieel om een regeling *a priori* te treffen om er zo voor te zorgen dat de perceptie van de menselijke waardigheid door de patiënt wel degelijk voortkomt uit een visie op de persoonlijke waardigheid, zodat ze door bepaalde patiënten, die een andere opvatting hebben over de menselijke waardigheid, niet als een inbreuk op hun fysieke en socio-economische kwetsbaarheid wordt beschouwd.» (1).

Zij verduidelijkt deze stelling als volgt: «Door het voorstel voor een regeling *a priori* is het volgens mij mogelijk om een juridische regeling uit te stellen, terwijl het op de eerste plaats aanzet om vragen te stellen over de clandestiene en gebagatelliseerde euthanasiepraktijken in de ziekenhuizen. Deze eerste etappe zou er moeten voor zorgen dat het recht zich kan afstemmen op de werkelijkheid.» (2).

Dit gevaar voor economische ontsporingen is reëel wanneer men weet dat 10 % van de zieken 75 % van de uitgaven voor hun rekening nemen. Sommige westerse landen weigeren eenvoudigweg een aantal levensbelangrijke behandelingen terug te betalen. De laatste weken en vooral de laatste dagen van een leven zijn de duurste (3).

Verscheidene andere sprekers hebben gewezen op dit reële gevaar voor euthanasie om sociaal-economische redenen (4).

Euthanasie wordt soms ongevraagd uit demotivatie, wegens tijdsgebrek, gebrek aan bekwaamheid,

la famille n'arrive qu'en troisième position. Les considérations économiques apparaissent entre 4 et 8 % des cas et conduisent à provoquer la mort de patients n'ayant pas fait de demande.

On s'attend dans les années à venir à un triplement du nombre de personnes âgées de 75 ans et à un quadruplement des personnes de 85 ans et plus dans les unités de soins. Le poids économique du vieillissement de la population de notre vieux continent a mené à une diminution de la médicalisation du quatrième âge et, par contre, à une augmentation de la dépendance de cette même population. On s'attend à une augmentation d'au moins 30 % des coûts liés au vieillissement d'ici 2040.

Pour elle, le seul rempart contre des dérives de type socio-économique, contre les euthanasies non demandées, c'est une régulation *a priori*. «Il me semble essentiel, dit-elle, qu'une régulation *a priori* permette de vérifier que la perception de la dignité humaine par le patient vient d'une conception de la dignité personnelle afin qu'elle ne soit pas vécue par certains patients, qui ont d'autres convictions sur la dignité humaine, comme une violence faite à leur vulnérabilité physique et socio-économique.» (1).

Elle précise: «Une procédure de régulation *a priori* permet de postposer une régulation juridique en invitant d'abord à s'interroger sur la clandestinité des pratiques banalisées d'euthanasie en milieu hospitalier. Cette première étape devrait permettre au droit de se mettre en phase avec la réalité de terrain.» (2).

Ce danger de dérive économique est réel lorsqu'on sait que 10 % des patients malades entraînent 75 % des dépenses. Certains pays occidentaux refusent déjà tout simplement d'accorder le remboursement de certains soins vitaux. Les dernières semaines et surtout les derniers jours de vie sont les plus coûteux (3).

Ces menaces réelles de dérive vers des euthanasies socio-économiques a été souligné par plusieurs autres intervenants (4).

Certaines euthanasies non demandées se produisent par lassitude, manque de temps, manque de

(1) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 146.

(2) De heer Baum, *o.c.*, blz. 147.

(3) Zie ook: Dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 11.

(4) Mevrouw Aubry, *o.c.*, blz. 366; dokter Hache, *o.c.*, blz. 85.

(1) Mme Baum, *o.c.*, p. 146.

(2) M. Baum, *o.c.*, p. 147.

(3) Voir aussi: Docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 11.

(4) Mme Aubry, *o.c.*, p. 366; docteur Hache, *o.c.*, p. 85.

gebrek aan communicatie tussen de arts en het verplegend team, gebrek aan gehoor voor de patiënt(1). De voorzitter van de Vereniging voor de gerontologie bevestigde dat de begrippen «communicatie» en «tijd» essentieel zijn.

Wij denken hierbij opnieuw aan de uitspraken van mevrouw Baum, die A. Hocquard citeerde: in een maatschappij die de ouderdom in ere houdt, is de vrijheid om al dan niet te kiezen voor een verzoek tot euthanasie volgens haar groter, minder bepaald dan wanneer men zich nutteloos voelt. Hoe moeten we deze vierde levensfase, die de biogeneeskunde ons heeft geboden, in de samenleving integreren opdat het recht om te sterven nooit een plicht wordt(2)?

De beste manier om ongevraagd euthanasie tegen te gaan is een *a priori* regeling in te voeren voor de beslissingneming met betrekking tot het levenseinde (zie ook *infra*). Dit is de zienswijze die in voorstel 3 van ons Raadgevend Comité voor de bio-ethiek aangedragen wordt, en die trouwens uitdrukkelijk door vele spelers gesteund wordt(3). Deze procedure *a priori* maakt integraal deel uit van de palliatieve cultuur, die noodzakelijkerwijze communicatie en wederzijdse mededeling impliceert:

Zo benadrukt mevrouw Baum dat «palliatieve zorg, en dan vooral de mobiele palliatieve zorg, die probeert een revolutie tot stand te brengen in de geneeskunde, namelijk een overgang van de curatieve geneeskunde naar de continue geneeskunde, probeert met al deze aspecten rekening te houden om het verzoek om te sterven te contextualiseren en om ervoor te zorgen dat men geen depressief verzoek goedkeurt, maar dat het verzoek in alle vrijheid kan worden uitgedrukt»(4).

Het tweede onontbeerlijke middel in de strijd tegen clandestiene euthanasie is het bijhouden van een nauwkeurig, gedetailleerd en volledig medisch dossier. (In de beschouwingen over de toekomst van de geneeskunde van juni 2000, stelt dokter Wynen zich vragen bij het medisch geheim indien de gevallen van euthanasie aan de overheid of instanties gemeld moeten worden.)

De getuigenis van mevrouw Diricq heeft aange-toond hoezeer de omgeving — zelfs indien het mensen van goede wil zijn die gehoor hebben voor de patiënt — en de zieke zelf zeer uiteenlopende zienswijzen kunnen hebben over wat men met «kwaliteit van het

compétence, manque de communication entre le médecin et l'équipe soignante, manque d'écoute du patient(1). Le président de l'Association de gérontologie a bien confirmé que ces mots «communication» et «temps» étaient les maîtres-mots.

L'on songe ici encore aux paroles de Mme Baum, qui cite A. Hocquard: dans une société qui valorise la vieillesse, la liberté de choisir ou non une demande de mort est plus libre, moins déterminée que lorsque l'on se sent inutile. Comment faire pour réintégrer cette quatrième tranche de vie que nous a offerte la biomédecine dans l'ensemble du corps social pour que le droit de mourir ne devienne jamais un devoir de mourir(2)?

Le meilleur moyen de lutter contre les euthanasies non demandées est d'instaurer une régulation *a priori* des prises de décisions en fin de vie (voir également *infra*). C'est l'orientation de la position dite position 3 retenue par notre Comité consultatif de bioéthique, qui est d'ailleurs expressément soutenue par beaucoup d'intervenants(3). Cette procédure *a priori* fait partie intégrante de la culture palliative, qui implique nécessairement la communication, la circulation de parole:

Mme Baum souligne ainsi que «les soins palliatifs, essentiellement les soins palliatifs volants, qui essaient de développer une révolution de la médecine, de la médecine curative vers la médecine continue, tentent de prendre en compte toute ces dimensions pour contextualiser la demande du mourir et faire en sorte qu'on n'avalise pas une demande dépressive mais qu'on permette à la demande de s'exprimer dans une liberté»(4).

Le deuxième garde-fou indispensable contre les euthanasies clandestines est aussi la tenue minutieuse et détaillée d'un dossier médical complet. (Dans les méditations sur l'avenir de la médecine de juin 2000, le docteur Wynen se pose la question de l'euthanasie et du secret médical dans l'hypothèse où les euthanasies devraient être déclarées à des autorités ou instances).

Le témoignage de Mme Diricq a montré combien l'entourage — même s'il est de bonne volonté et à l'écoute du patient — et le malade lui-même peuvent avoir des notions très différentes de ce qu'on entend par qualité de fin de vie. Cette série de questions

(1) Mevrouw C. Aubry, *o.c.*, blz. 362; mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 183-184.

(2) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 153.

(3) Onder andere: Professor Baum, *o.c.*, blz. 143; mevrouw Henry, *o.c.*, blz. 178.

(4) Mevrouw Baum, *o.c.*, blz. 158.

(1) Mme C. Aubry, *o.c.*, p. 362; Mme Pesleux, *o.c.*, p. 183-184.

(2) Mme Baum, *o.c.*, p. 153.

(3) Notamment: Professeur Baum, *o.c.*, p. 143; Mme Henry, *o.c.*, p. 178.

(4) Mme Baum, *o.c.*, p. 158.

levenseinde» bedoelt. Deze vragen omtrent de betekenis van woorden roepen andere vragen op: wie moet over de beëindiging van het leven beslissen? De arts en de patiënt? De arts, zijn team en de omgeving? Iedereen samen(1)?

Onderscheid terminale patiënt-niet-terminale patiënt

Zoals vele sprekers wil spreekster dat het onderscheid tussen terminale patiënt en niet-terminale of ongeneeslijke patiënt behouden blijft. Ook wil zij duidelijk het samengaan van onherroepelijk fysisch lijden, dit wil zeggen dat in de huidige stand van de geneeskunde niet verzacht kan worden, en ondraaglijk lijden voor de patiënt als voorwaarden behouden voor het toepassen van euthanasie. Fysisch lijden alleen is dus niet voldoende. Het is inderdaad zeer moeilijk om het louter psychisch lijden of de ontreding te aanvaarden als verantwoording voor het toepassen van euthanasie.

Verskillende sprekers hebben benadrukt dat de ondraaglijke wanhoop die ongeneeslijk zieke patiënten kan overmannen, een existentieel probleem is dat euthanasie niet kan rechtvaardigen(2), maar volgens sommigen eventueel wel hulp bij zelfdoding.

De gevaren voor ontsparingen indien het toepassingsgebied van een eventuele wet uitgebreid wordt tot de patiënten die niet in een terminale fase zijn, zijn te groot om zulk een uitbreiding toe te laten.

Het probleem dat zich in zulke gevallen voordoet is veelal een probleem van aanvaarding, door de samenleving, van mensen met hun eigen kenmerken en verschillen(3).

De ambiguïteit in de redenering van professor Englert hieromtrent moet verworpen worden wanneer hij de volgende vraag stelt: Wat zou de zin van een maatschappij zijn die de gehandicapten verworpt en hen geen enkele plaats geeft, hen in een hoek laat zonder hen te voeden maar elk verzoek tot euthanasie weigert, wegens de discriminatie die dat zou veroorzaken? Dezelfde ambiguïteit vindt men terug in de volgende verklaring van professor Englert: «Aanvaarden dat ouderen in afschuwelijke gasthuizen creperen zonder hen ooit te bezoeken en tegelijk zeggen dat hun leven zeker niet mag worden afgebro-

autour de la sémantique des mots invite à poursuivre la réflexion sur d'autres questions: qui doit décider de cette fin de vie? Le médecin et le patient? Le médecin, son équipe et l'entourage? Tout le monde ensemble(1)?

Distinction patient terminal-patient non terminal

À l'instar de beaucoup d'intervenants, l'intervenante veut maintenir la distinction entre patient terminal et patient non terminal ou patient incurable. Tout comme elle veut clairement maintenir la conjugaison des souffrances physiques irréductibles, c'est-à-dire qui ne peuvent être soulagées dans l'état actuel de la médecine, et insupportables pour le patient au niveau des conditions pouvant justifier l'accomplissement d'un acte d'euthanasie et exclure les seules souffrances psychiques. Il est, en effet, extrêmement difficile d'accepter les seules souffrances psychiques ou la détresse comme pouvant justifier la réponse à une demande d'euthanasie.

Plusieurs intervenants ont souligné que le désespoir insupportable, qui peut toucher les patients atteints d'une affection incurable, est un problème existentiel, qui ne pourrait justifier une euthanasie(2), mais éventuellement, selon certains, une assistance au suicide.

Les risques de dérive liés à l'extension du champ d'application d'une loi éventuelle aux patients ne se trouvant pas dans une phase terminale sont trop importants que pour consentir à une telle extension.

Le problème qui se pose dans ces cas est souvent un problème d'acceptation, par la société, des êtres humains, dans leur particularité, avec leurs différences(3).

L'ambiguïté du raisonnement du professeur Englert à cet égard doit être rejetée lorsqu'il pose la question: «Quel serait le sens d'une société qui rejetterait les personnes handicapées et ne leur donnerait aucune place, les laisserait dans un coin sans les nourrir, mais leur refuserait l'euthanasie, si elles la demandent, en raison de la discrimination que cela pourrait entraîner?» La même ambiguïté apparaît lorsque le professeur Englert affirme: «Accepter de laisser les vieux croupir dans d'affreux hospices sans jamais aller les voir mais dire que surtout il ne faut pas les tuer n'est pas digne d'une société respectueuse des

(1) Mevrouw Diricq, *o.c.*, blz. 341.

(2) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 58; doctor Clumeck, *o.c.*, blz. 403; doctor B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 12.

(3) Professor Schotsmans, *o.c.*, blz. 128; mevrouw Kempeneers, hoorzitting van 23 februari 2000, blz. 221.

(1) Mme Diricq, *o.c.*, p. 341.

(2) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 58; docteur Clumeck, *o.c.*, p. 403; docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 12.

(3) Professeur Schotsmans, *o.c.*, p. 128; Mme Kempeneers, audition du 23 février 2000, p. 221.

ken, is een maatschappij die de rechten van de mens en van haar burgers respecteert, of zij al dan niet economisch actief zijn, onwaardig»(1). Dit komt erop neer dat euthanasie in onze samenleving gewettigd wordt louter door het feit dat de opvang van ouderen en gehandicapten niet altijd ideaal is. Ziet men dan niet in dat euthanasie een verkeerd antwoord biedt in deze gevallen waar het juist gaat om de aanvaarding en de erkenning van elk individu in de samenleving, en tot welke ontsporingen een legalisatie van de euthanasie in deze gevallen kan leiden?

Er is veel gediscussieerd over het moeilijk te bepalen begrip «terminale fase». Het beperkende criterium van het «naderende levenseinde» werd door dokter Philippart voorgesteld(2).

Mevrouw Cambron-Diez wijst in dit verband op het belang om voldoende ruimte te laten voor onzekerheid, inzonderheid wat betreft de diagnoses of de prognoses. «Ik maak het de patiënt mogelijk in het middelpunt van het zorgproces te gaan staan». «De onzekerheid voorkomt dat wij van ons «weten» gebruik maken om macht over de andere te verwerpen»(3), verduidelijkt zij.

Noodzaak om wetten uit te vaardigen over de rechten van de patiënt en om de bestaande geneeskundige praktijk in te kaderen — voorafgaande wilsverklaring

i. Rechten van de patiënt

Mevrouw Baum opperde dat een controle *a priori*, aangevuld met een wetgeving houdende een Charter van de rechten van de patiënt, haar de beste waarborg leek te zijn om clandestiene euthanasie te voorkomen. Dit aspect werd door vele andere sprekers benadrukt(4).

Hierbij is het essentieel zich te laten leiden door internationale voorbeelden zoals het Verdrag over de rechten van de mens en de biogeneeskunde (Oviedo, 4 april 1997), de Verklaring van de rechten van de patiënt (Verklaring van Lissabon, 1995), van de Wereldgeneeskundige Associatie, of van de Verklaring betreffende de bevordering van de rechten van de patiënt in Europa (zogenoemde Verklaring van Amsterdam) van de Wereldgezondheidsorganisatie.

(1) Professor Englert, hoorzitting van 15 februari 2000, blz. 31 en 45.

(2) Dokter Philippart, *o.c.*, blz. 79.

(3) Mevrouw Cambron-Diez, *o.c.*, blz. 153.

(4) Zie ook mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 189.

droits de l'homme et des citoyens, qu'ils soient ou non économiquement actifs»(1). Cela revient à justifier la légitimation de l'euthanasie dans notre société parce que la prise en charge des personnes âgées ou des personnes handicapées n'est pas toujours assurée de manière adéquate. Ne voit-on pas clairement la mauvaise réponse que l'euthanasie apporte dans ces cas précis où le vrai débat est précisément l'acceptation et la reconnaissance de tout être humain au sein de la société et les dérives qu'une légalisation de l'euthanasie pourrait avoir dans ces cas?

Beaucoup de discussions ont eu lieu autour de la notion difficile à définir de «phase terminale». Le critère restrictif de «mort imminente» est proposé par le docteur Philippart(2).

Mme Cambron-Diez souligne, à cet égard, l'importance de laisser suffisamment de place à l'incertitude, en particulier en ce qui concerne les diagnostics ou les pronostics. «L'incertitude permet au patient de se mettre au centre du processus de soins.» «Elle nous évite, précise Mme Cambron, de passer de notre savoir au pouvoir sur l'autre.»(3).

Nécessité de légiférer sur les droits du patient et d'encadrer les pratiques médicales existantes — déclaration anticipée de volonté

i. Droits du patient

Mme Baum a précisé qu'un contrôle *a priori*, renforcé par une légalisation d'une Charte des droits du patient, lui paraissait la meilleure garantie contre les euthanasies clandestines. Cet aspect a été souligné par beaucoup d'autres intervenants(4).

À cet égard, il est essentiel de s'inspirer des exemples internationaux de codification, tels la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Oviedo, 4 avril 1997), la Déclaration sur les droits du patient (Déclaration dite de Lisbonne, 1995), de l'Association médicale mondiale, ou encore de la Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe (Déclaration dite d'Amsterdam, 1994) de l'Organisation mondiale de la santé.

(1) Professeur Englert, audition du 15 février 2000, p. 31 et 45.

(2) Docteur Philippart, *o.c.*, p. 79.

(3) Mme Cambron-Diez, *o.c.*, p. 153.

(4) Voir aussi Mme Pesleux, *o.c.*, p. 189.

Tijdens de hoorzittingen was er meer sprake van de informatie van de patiënt dan van de instemming van de patiënt en van het ingaan op de weigering van de patiënt om behandelingen of medische verzorging te ondergaan.

— Informatie: het gaat er niet zozeer om de koude en harde waarheid te vertellen, maar de werkelijkheid van de toestand. Er moet een authentieke relatie tot stand komen, die de persoon dicht benadert en respecteert.

— Wetten uitvaardigen om het hardnekkig voortzetten van zinloze behandelingen te voorkomen impliceert tevens dat er over de instemming nagedacht wordt:

Wie mag instemmen? Welke zijn de betrokken categorieën van patiënten?

Onder de patiënten bij bewustzijn, kan men de instemming van de meerderjarigen en wilsbekwamen inwinnen, alsook van de ontvoogde minderjarigen.

Wilsonbekwamen: welke regeling?

Wat de goederen betreft, bestaat er een vertegenwoordigingsregeling (onder curatele gestelden, verlengde minderjarigen, ...). Hoe regelt men beslissingen aangaande de persoon? Men moet ook nadenken over het onderscheid tussen minderjarigen met en zonder oordeelsvermogen. Dokter Moulin heeft tijdens zijn hoorzitting bijzonder interessante uitspraken gedaan over het luisteren naar wat adolescenten zeggen.

Met betrekking tot goederen werd een bijstandsregeling ingevoerd voor personen die onder curatele gesteld zijn, namelijk de verkwisters en zwakzinnigen. Hoe dient men beslissingen aangaande hun persoon te nemen?

Wat moet er gebeuren met de geesteszieken (wet van 26 juni 1990) en personen onder een voorlopige bewindvoerder (bedoeld in de wet van 18 juli 1991)?

In het geval een patiënt niet bij bewustzijn verkeert: wie moet men informeren? Wie geeft de instemming? Mevrouw Pesleux merkte op dat in het algemeen, de meeste probleemgevallen betrekking hebben op patiënten die buiten bewustzijn zijn (1).

Mevrouw Kempeneers benadrukte dat, afgezien van de moeilijkheden die het opstellen van een wet over de rechten van de patiënt met zich meebrengen, het gezamenlijke voorstel van sommige senatoren van de meerderheid gevaren inhoudt ten aanzien van de meerderjarige gehandicapten wiens goederen onder een voorlopige bewindvoerder geplaatst werden en de gehandicapten die geen aanspraak kunnen maken op een juridische beschermingsregeling.

(1) Mevrouw Pesleux, *o.c.*, blz. 190.

Lors des auditions, il a plus été question de l'information du patient que du consentement du patient et du respect du refus du patient à l'égard de traitements ou de soins médicaux.

— Information: il ne s'agit pas tellement de la vérité, froide et crue, que de la réalité de la situation. Il faut développer une relation authentique, proche et respectueuse de la personne.

— Légiférer pour lutter contre l'acharnement thérapeutique implique aussi une réflexion sur le consentement:

Qui peut consentir? Quelles sont les catégories de patients concernés?

Dans les patients conscients, on peut certes recueillir le consentement des personnes majeures et capables, ainsi que des mineurs émancipés.

Incapables: quid?

Au niveau des biens, il existe un régime de représentation (interdits judiciaires, mineurs prolongés ...). Qu'en est-il des décisions concernant la personne? Il faut également réfléchir sur la distinction entre mineurs doués/non doués de discernement. L'audition du docteur Moulin a été particulièrement intéressante sur la question de l'écoute de la parole de l'adolescent.

En matière de biens, un régime d'assistance a été prévu pour les personnes mises sous conseil judiciaire, à savoir les prodiges et les faibles d'esprit. *Quid* en matière de décisions concernant leur personne?

Qu'en est-il à l'égard des malades mentaux (loi du 26 juin 1990) et des administrés provisoires (visés par la loi du 18 juillet 1991)?

Face à un patient inconscient: qui informer dans ce cas? Qui consent dans ce cas? Mme Pesleux, de manière générale, a souligné que les situations les plus fréquentes et les plus problématiques concernent les patients inconscients (1).

C'est Mme Kempeneers qui a souligné, en dehors des difficultés liées à l'élaboration d'une législation sur les droits du patient, les dangers de dérive que pouvait comporter la proposition commune déposée par certains sénateurs de la majorité à l'égard des handicapés majeurs sous administration provisoire de leurs biens et les handicapés ne bénéficiant pas de régime de protection juridique.

(1) Mme Pesleux, *o.c.*, p. 190.

Hoewel het voorliggende voorstel geen betrekking heeft op de wilsbekwamen, is het ook zo dat deze personen geen «onbekwamen» zijn in de ogen van de wet(1). Het is dus nodig verder klaarheid te scheppen. Dat toont eveneens dat het debat moet worden beperkt tot terminale patiënten, om elk misbruik te voorkomen.

Als algemeen beginsel is naar voren gekomen dat de patiënt in de mate van het mogelijke ingelicht moet worden over zijn gezondheidstoestand, en dit op de meest passende wijze naar gelang van zijn onderscheidingsvermogen, zijn fysieke, mentale en psychologische toestand, en dat hij het recht moet hebben om deel te nemen aan de beslissingen die hem binnen de grenzen van zijn vermogens aanbelangen.

Elke bezinning over de rechten van de patiënt houdt noodzakelijkerwijs ook een bezinning in over het te bewaren evenwicht tussen de instemming van de patiënt met bepaalde behandelingen en zijn recht om bepaalde behandelingen te weigeren, enerzijds, en de therapeutische vrijheid van de arts, anderzijds, een evenwicht dat niet gemakkelijk is.

ii. Wilsbeschikking

Dit soort beschikkingen vertoont grote minpunten:

— de vervanging van de «menselijke» relatie die steunt op wederzijds vertrouwen tussen verzorger en verzorgde door een «papieren» relatie die blind blijft voor de complexiteit van een bepaald tijdstip. De wilsbeschikking ontmenselijkt de medische relatie en doet nog voordat de toestand van het levenseinde zich voordoet, een sfeer van wantrouwen ontstaan. Dat kan tot gevolg hebben dat de arts, op wie plots een wilsverklaring weegt, een mechanisch gedrag gaat vertonen;

— het is onmogelijk het ondraaglijke fysieke of morele lijden te beoordelen van de bewusteloze patiënt die dat lijden zelf niet meer kan beschrijven, en dat levert problemen op;

— de aanwijzing van een lasthebber die de rechten van de patiënt moet uitoefenen, zoals in het gemeenschappelijke voorstel van de zes senatoren is bepaald, levert ook problemen op. Deze toestand veroorzaakt bij de zieke een toenemende afhankelijkheid ten opzichte van anderen, afgezien van de zware verantwoordelijkheid die op de lasthebber rust. Het risico bestaat dat men wordt geconfronteerd met een «papieren» vertrouwenspersoon wiens relatie met de zieke inmiddels verslechterd is.

(1) Mevrouw Kempeneers, *o.c.*, blz. 219.

S'il est vrai que la proposition dont question ne vise pas les incapables, il est vrai également que ces personnes ne sont pas des «incapables» aux yeux de la loi(1). Des précisions s'imposent donc. Cela montre également la nécessité de circonscrire le débat aux patients en phase terminale afin d'éviter tout abus.

Le principe général qui s'est dégagé est que le patient doit être informé dans toute la mesure du possible sur son état de santé, de la manière la plus appropriée en fonction de sa capacité de discernement, de son état physique, mental, et psychologique et doit avoir le droit de prendre part aux décisions le concernant dans toute la mesure de ses capacités.

Toute réflexion sur les droits du patient implique aussi nécessairement une réflexion sur l'équilibre à conserver entre le consentement du patient à certains traitements et son droit de refuser certains traitements, d'une part, et la liberté thérapeutique du médecin, d'autre part, équilibre qui n'est pas facile.

ii. Déclaration anticipée de volonté

Ce type de directives présente de grandes faiblesses :

— le fait de substituer une relation papier, incapable de saisir la complexité du moment, à la relation humaine basée sur la confiance réciproque entre le soignant et le soigné. La directive anticipée déshumanise la relation médicale, en instaurant en amont d'une situation de fin de vie, un contexte de méfiance. Elle risque d'induire un comportement mécanique dans le chef du médecin, effrayé par le poids de la directive;

— l'impossibilité d'évaluer la souffrance physique ou morale intolérable dans le chef du patient inconscient qui n'est plus à même de l'exprimer pose problème;

— la désignation d'un mandataire amené à exercer les droits du patient, comme le prévoit la proposition commune des six sénateurs, pose aussi problème. Cette situation génère dans le chef du malade une dépendance accrue vis-à-vis d'autrui, sans compter la lourde responsabilité à laquelle se trouve confronté le mandataire. Le danger est aussi de se trouver face à une personne de confiance «sur papier» dont les relations avec le malade se seraient dégradées.

(1) Mme Kempeneers, *o.c.*, p. 219.

Deze gevaren worden aangehaald door mevrouw Vandeville, die eveneens wijst op de begrenzing van de vrije wilsbeschikking van de patiënt door de therapeutische vrijheid van de arts(1).

Er zij eveneens opgemerkt dat bij vele terminale patiënten die wilsverklaringen hebben opgesteld waarin gekozen werd voor euthanasie, de euthanasievraag verdwijnt wanneer er degelijke palliatieve zorg en een goede begeleiding worden verleend(2).

De meeste sprekers hebben gewezen op de waarde van de wilsbeschikking als eventueel beoordelings-element in het kader van het overlegproces dat rond de patiënt wordt opgezet. Voor dokter Clumeck is het zeer belangrijk «de aanvragen te aanhoren en nota te nemen van het levenstestament. (...) Deze laatste wilsbeschikking geeft mijns inziens echter niets meer dan een indicatie.»(3).

Professor Van Neste(4) heeft erop gewezen dat aanbeveling nr. 1418 van de Raad van Europa over de bescherming van de rechten van de mens en van de waardigheid van de ongeneeslijk zieken en de stervenden de lidstaten van de Raad van Europa ertoe aanzet de nodige maatregelen te nemen om de vooraf gegeven instructies of vooraf afgelegde formele verklaring («*living will*») tot afwijzing van bepaalde medische handelingen te doen naleven van ongeneeslijk zieken of stervenden die niet langer in staat zijn hun wil uit te drukken. De aanbeveling verzoekt de lidstaten eveneens de criteria vast te stellen voor de geldigheid van de instructies en de volmachten van de wettelijke vertegenwoordigers van de betrokkenen. Er zij evenwel opgemerkt dat de aanbeveling er in het volgende lid onmiddellijk aan toevoegt dat de wil van een ongeneeslijk zieke of van een stervende met betrekking tot een bijzondere vorm van behandeling in aanmerking moet worden genomen, onverminderd de uiteindelijke therapeutische verantwoordelijkheid van de arts.

Ook artikel 9 van het Verdrag over de rechten van de mens en de biogeneeskunde gesloten in de Raad van Europa (Oviedo, 4 april 1997) handelt hierover: «les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte».

Voor professor Van Neste gaat het om een «medebeslissend element». Tegenover de mening van

Ces dangers sont soulignés par Mme Vandeville, laquelle relève également la limite à l'autonomie de la volonté du patient que constitue la liberté thérapeutique du médecin(1).

On remarque également que chez beaucoup de patients terminaux qui ont rédigé des déclarations de volonté anticipée où figurait l'option de l'euthanasie, la question de l'euthanasie disparaît quand il y a une bonne prise en charge palliative et un bon accompagnement(2).

La majorité des intervenants ont souligné la valeur de la directive anticipée à titre d'éventuel élément d'appréciation dans le cadre d'un processus de concertation élaboré autour du patient. Pour le docteur Clumeck, «il est important d'entendre les demandes et de prendre note du testament de vie (...). Ce testament de vie n'est toutefois qu'une indication.»(3).

Le professeur Van Neste(4) a rappelé que la Recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants exhorte les États membres du Conseil de l'Europe à prendre les mesures nécessaires pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle («*living will*») rejetant certains traitements médicaux, données ou faites par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. La recommandation invite également les États à définir les critères de validité relatifs aux instructions ainsi qu'aux pouvoirs des représentants légaux des intéressés. Il faut cependant noter que la recommandation, dans son alinéa suivant, ajoute immédiatement que la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement devrait être prise en compte, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin.

La Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine conclue au sein du Conseil de l'Europe (Oviedo, 4 avril 1997) dispose, quant à elle, en son article 9: «les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte».

Pour le professeur Van Neste, il s'agit d'un élément qui doit concourir à la prise de décision. L'avis du

(1) Mevrouw Vandeville, *o.c.*, blz. 296.

(2) Dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 14.

(3) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 390.

(4) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 51.

(1) Mme Vandeville, *o.c.*, p. 296.

(2) Docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 14.

(3) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 390.

(4) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 51.

de patiënt moet altijd de diagnose en het medisch oordeel van de arts worden geplaatst(1). Dokter B. van den Eynden merkt op dat het om een element gaat in de communicatie tussen patiënt, familie, verzorgend personeel, om een consensus te vinden(2).

«Alvorens te denken aan een bepaalde verplichting om voorafgaande richtlijnen uit te voeren die men moet nemen voor wat ze waard zijn, zijn we verplicht de patiënt te verzorgen en hem een zekere levenskwaliteit te bieden. Op dat vlak kunnen we reeds werken», verklaart mevrouw Henry, afgevaardigde van de *Ligue Alzheimer*(3).

Dokter Cosyns lijkt als enige een doorslaggevend belang te hechten aan een wettelijke regeling van de handelingsbeschikking.

Er moet echter worden aangenomen dat de wilsbeschikkingen van de patiënt deel moeten uitmaken van het medisch dossier(4).

iii. Begeleiding van de beslissingen tot levensbeëindiging

Er bestaat geen eensgezindheid om euthanasie als dusdanig te legaliseren of te reglementeren. Het is daarentegen juist te zeggen dat er enige consensus ontstaan is voor een doorzichtige regeling van de processen van beslissingen tot levensbeëindiging.

Professor Van Neste pleit aldus voor een algemene reglementering van wat «legitiem medisch handelen» wordt genoemd. Voor hem moeten de codes die aan het levenseinde worden toegepast (codes 0 tot 3 (zelfs 4 en 5) met name betreffende het niet- of niet langer toepassen van behandelingen en het afbouwen van de therapie), in de ziekenhuizen verplicht worden gesteld terwijl de rechten van de patiënt in de toepassing van deze codes geëerbiedigd moeten worden. Professor Schotsmans pleit eveneens voor een transparant beslissingsproces, dat volgens hem een «teamegebeuren» is, maar hij spreekt niet over legalisering. Hij wenst veeleer deontologische richtlijnen opgesteld door de Orde der geneesheren(5).

Voor dokter Cosyns moet er een wettelijke regeling komen voor wat hij de «behandelingsbeschikking» noemt.

Voor mevrouw Vandeville, zoals voor vele sprekers, moet het ontwerp voor de ontwikkeling van de palliatieve verzorging voorrang krijgen. De verschei-

patient doit toujours être contrebalancé par le diagnostic et le jugement médical du médecin(1). Le docteur B. van den Eynden souligne qu'il s'agit d'un élément de communication entre patient, famille, soignants pour trouver un consensus(2).

«Avant de penser à une certaine obligation d'exécuter les directives anticipées qui valent ce qu'elles valent, nous avons l'obligation de soigner et d'apporter une qualité de vie au patient. C'est à ce niveau que nous pouvons déjà agir», souligne Mme Henry, représentante de la *Ligue Alzheimer*(3).

Le docteur Cosyns semble être le seul à accorder une importance décisive à la légalisation des directives anticipées («élément d'aide à la décision»).

Il semble toutefois nécessaire de considérer que les déclarations anticipées de volonté du patient doivent faire partie du dossier médical(4).

iii. Encadrement des décisions de fin de vie

Aucune unanimité ne s'est dégagée pour une légalisation ou une réglementation de l'euthanasie en tant que telle. Par contre, il est plus juste de dire qu'un certain consensus s'est fait jour en faveur d'une réglementation transparente du processus de décisions de fin de vie.

Le professeur Van Neste prône ainsi une réglementation globale de ce qu'il appelle le «traitement médical légitime». Pour lui, il convient de rendre les codes appliqués en fin de vie (Codes 0 à 3 (voire 4 ou 5) relatifs notamment à l'abstention ou l'arrêt de traitement et la désescalade thérapeutique) obligatoires dans les hôpitaux tout en assurant le respect des droits du patient dans l'application de ces codes. Le professeur Schotsmans prône également la transparence du processus de décision, qui est, nous rappelle-t-il, prise par une équipe, mais il ne parle pas de légalisation. Il souhaite plutôt des directives déontologiques élaborées par l'Ordre des médecins(5).

Pour le docteur Cosyns, il importe de légaliser ce qu'il appelle la «décision de traitement».

Pour Mme Vandeville, comme pour beaucoup d'intervenants, le projet de développement des soins palliatifs est prioritaire. Par ailleurs, la diversité de

(1) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 65.

(2) Dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 14.

(3) Mevrouw Henry, *o.c.*, blz. 178.

(4) Dokter Cosyns, hoorzitting van 15 maart 2000, blz. 324.

(5) Zie ook dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 12.

(1) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 65.

(2) Docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 14.

(3) Mme Henry, *o.c.*, p. 178.

(4) Docteur Cosyns, audition du 15 mars 2000, p. 324.

(5) Voir aussi docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 12.

denheid van situaties maakt het moeilijk om wetgevend op te treden. Zij acht het beter een regelgeving en een ondersteunende regeling voor te stellen voor de medische beslissingen in de belangrijkste situaties die zich in de laatste levensfase kunnen voordoen.

Juridisch benadering

i. Strafwetboek

Bi de gehoorde personen is een vrij grote meerderheid naar voren gekomen die niet wil raken aan de verbodsbepaling van het Strafwetboek. De motieven daarvoor zijn uiteenlopend:

— Mevrouw Vandeville: euthanasie moet een uitzonderlijke ingreep blijven en moet beschouwd worden als een overtreding van het fundamentele verbod op moord. Men dient immers tegen elke prijs te vermijden dat euthanasie gemakshalve het antwoord wordt op de economische problemen in verband met de gezondheidszorg, die steeds duurder wordt omdat de geneeskunde vooruitgang maakt en de bevolking vergrijsst(1).

— Dokter Bouckenaere: «Het Strafwetboek moet zeker niet worden gewijzigd. Het verbod om te doden is een krachtig signaal, een duidelijke aanwijzing van de noodzaak om elk menselijk leven te beschermen. Het is des te belangrijker nauwlettend op die ethische grens te blijven toezien, daar de confrontatie met de dood moeilijk is»(2).

— Los van alle religieuze overwegingen kant de heer Schoonvaere zich tegen euthanasie, vooral omdat die praktijk het vertrouwen tussen de arts en de patiënt ernstig kan schaden en bij de patiënt zware ongerustheid kan opwekken(3). Welke rol dringt de maatschappij op aan een arts die van de patiënt de opdracht krijgt om hem te doden(4)? De uiteenzetting van mevrouw Diricq heeft aangetoond hoe belangrijk antropologie, psychologie en menswetenschappen in het algemeen zijn in het debat over de euthanasie. Zij benadrukte de drie principes die onze maatschappij schragen: «Gij zult niet doden, is een van die principes. De twee andere verboden betreffen incest en cannibalisme. Het is en blijft altijd gevaarlijk dat een strafwet *a priori* tegen een van deze verboden ingaat, die ons ethisch gevoel schragen en borg staan voor menswaardige betrekkingen (...). Al is deze handeling door een menselijke wet toegestaan,

chaque situation rend difficile toute législation. Il lui paraîtrait préférable de proposer une réglementation et un encadrement de la décision médicale dans les situations les plus importantes concernant la fin de vie.

Aspect juridique

i. Code pénal

Une assez forte majorité s'est dégagée dans les personnes auditionnées pour ne pas toucher à l'interdit du Code pénal. Les motivations sont diverses:

— Mme Vandeville: l'euthanasie doit rester un acte d'exception considéré comme une transgression de l'interdit fondamental de tuer, car il faut éviter à tout prix que l'euthanasie ne devienne une réponse facile aux problèmes économiques liés au coût de plus en plus important des soins de santé face aux progrès de la médecine et à l'augmentation de l'âge de la population(1).

— Docteur Bouckenaere: «Il ne faut surtout pas modifier le Code pénal. L'interdit de tuer est un signal fort, une indication claire de la nécessité de protéger toute vie humaine. Il est d'autant plus important de préserver la vigilance de cette barrière éthique que la confrontation avec la mort est difficile»(2).

— Indépendamment de toute considération d'ordre religieux, M. Schoonvaere est contre la pratique de l'euthanasie, en particulier parce qu'elle risque d'entamer gravement la confiance entre le médecin et le patient et de provoquer chez ce dernier une lourde inquiétude(3). Quel rôle la société risque-t-elle de faire jouer au médecin chargé par le patient de porter la mort(4)? Mme Diricq, dont les propos révèlent l'importance de l'anthropologie, de la psychologie et des sciences humaines en général dans le débat sur l'euthanasie, rappelle avec force les trois principes fondateurs de notre société. «Tu ne tueras point» est un de ces principes. Les deux autres interdits étant l'inceste et l'anthropophagie. Il est et restera toujours dangereux qu'une loi pénale aille *a priori* à l'encontre d'un de ces interdits, fondements de notre éthique et garants des relations humaines (...). Même si cet acte est autorisé par une loi humaine, il restera au niveau

(1) Mevrouw Vandeville, *o.c.*, blz. 294.

(2) Dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 33.

(3) De heer Schoonvaere, *o.c.*, blz. 258.

(4) Mevrouw Diricq, *o.c.*, blz. 341.

(1) Mme Vandeville, *o.c.*, p. 294.

(2) Docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 33.

(3) M. Schoonvaere, *o.c.*, p. 258.

(4) Mme Diricq, *o.c.*, p. 341.

toch wordt zij ervaren als een reële overtreding ervan, die onmogelijk zonder grote psychische gevolgen kan blijven»(1). Ook andere sprekers haalden het idee aan van de overtreding van een fundamentele norm van menselijkheid in een democratische maatschappij(2).

— Dokter Bouckenaere herinnert aan de symbolische impact van de wet: «Welke voorstelling van de dood zullen wij meegeven aan de maatschappij van morgen?» Zij benadrukt dat ziekte en dood opnieuw moeten worden beschouwd als feiten die deel uitmaken van het maatschappelijk leven en niet als problemen die moeten worden weggemoffeld.

— Professor Messine herinnert aan de rol van een strafwet: «De strafwet heeft niet alleen als functie degenen te straffen die de wet overtreden en zo de maatschappij te beschermen. Zij vormt de uitdrukking van een maatschappelijke en morele waarde die zó belangrijk wordt geacht dat de schending ervan wordt bestraft (...). In onze samenleving worden het leven en de fysieke en morele integriteit opgevat als mensenrechten, die als zodanig erkend zijn door internationale rechtsinstrumenten als het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten en het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. De voorstellen die ter bespreking voorliggen, hebben evenwel tot doel deze schending toe te staan in de beschreven omstandigheden. Dat betekent dat de bescherming van het leven tegen degenen die er een aanslag op willen plegen, in die gevallen geen fundamentele waarde meer is en dat de wetgever bijgevolg de mening zou verkondigen dat bepaalde levens méér of minder beschermingswaardig zijn dan andere»(3).

— Risico dat de betrokkenen in de praktijk te snel van hun verantwoordelijkheid worden ontdaan(4).

— Risico dat de handeling banaal wordt(4).

— Risico op ontsporingen: een, zelfs gedeeltelijke, depenalisering stelt patiënten die aan de «voorwaarden» voldoen, bloot aan morele druk om euthanasie te vragen, en die druk zal voor de meest kwetsbare patiënten des te sterker zijn. De patiënt beseft dat hij de oplossing in handen heeft. Hij kan zich zelfs schuldig gaan voelen omdat men hem doet verstaan dat hij aan de voorwaarden voldoet. Elders is reeds gewezen op het gevaar van euthanasie om economische redenen.

(1) Dokter Philippart, *o.c.*, blz. 79.

(2) Professor Schotsmans, *o.c.*, blz. 114, 121 en 130.

(3) Professor Messine, hoorzitting van 2 mei 2000, blz. 211-212.

(4) Dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 33.

symbolique, de l'ordre d'une transgression radicale et impossible sans grandes répercussions psychiques(1). Cette idée de transgression d'une norme fondamentale de l'humanité dans une société démocratique a été soulevée par d'autres intervenants(2).

— Le docteur Bouckenaere rappelle le registre symbolique de la loi: «Quelle représentation de la mort allons-nous créer pour la société de demain?» Elle insiste sur la nécessité de réinscrire la maladie et la mort comme des dimensions constitutives de la vie sociale, et non comme des réalités à occulter.

— La fonction de la loi pénale est rappelée par le professeur Messine. «La loi pénale n'a pas pour seule fonction du punir ceux qui la transgressent et de protéger ainsi la société. Elle exprime une valeur sociale et morale dont l'importance est telle que sa transgression appelle la répression (...). Dans notre société, la vie et l'intégrité physique et morale sont conçues comme des droits de l'homme au point qu'ils ont été reconnus comme tels dans des instruments juridiques internationaux comme le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. L'objet des propositions à l'étude est d'autoriser leur transgression dans les cas qu'elles décrivent. Cela signifie que dans ces cas, la protection de la vie de chacun contre ceux qui veulent y attenter n'est plus une valeur essentielle et que par conséquent, le législateur considérerait qu'il y a des vies plus — ou moins — dignes de protection que d'autres»(3).

— Risque de déresponsabiliser trop rapidement les acteurs de terrain(4).

— Risque de banaliser l'acte(4).

— Risque de dérives: Toute dépenalisation même partielle expose le patient qui satisfait aux «critères d'accession» à une pression morale, celle de demander l'euthanasie, pression d'autant plus forte à l'égard des patients les plus vulnérables. Le patient sait que la solution est entre ses mains. Il peut lui-même se sentir coupable, et on peut aussi lui faire sentir qu'il satisfait aux conditions. Le danger des euthanasies économiques a, par ailleurs, déjà été évoqué.

(1) Docteur Philippart, *o.c.*, p. 79.

(2) Professeur Schotsmans, *o.c.*, pp. 114, 121 et 130.

(3) Professeur Messine, audition du 2 mai 2000, pp. 211-212.

(4) Docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 33.

— Euthanasie past hoegenaamd niet in het denk-kader van de palliatieve zorg. De depenalisering kan de ontwikkeling van de palliatieve zorg afremmen. «Als euthanasie gedepenaliseerd wordt (...) gaat het deel uitmaken van de mogelijke oplossing en kunnen we ons de moeite besparen om naar andere mogelijkheden te zoeken», zegt dokter Bouckenaere(1). Voor hem moet «euthanasie de overtreding van een norm blijven en mag het nooit deel uitmaken van een norm. Euthanasie moet een uitzonderingsmaatregel blijven die wordt genomen in een noodtoestand.»(2).

— Het strafrecht heeft trouwens een algemene werkingssfeer. Men mag geen wetgeving in het Strafwetboek invoeren die enkel betrekking heeft op uitzonderingen(3). Men moet steeds bedenken voor hoeveel gevallen men eigenlijk een wetgeving uitwerkt [2% volgens professor Van Neste en dokter Menten(4); volgens de studie-Deliens, een officieuze studie waarvan de betrouwbaarheid soms in twijfel wordt getrokken(5), zou het om 1 geval op 56 gaan (van 56 000 gemelde gevallen, zou het 1 600 maal gaan om euthanasie (wat verstaat men daar precies onder?) zonder dat de patiënt daarom verzocht heeft, 1 000 van die euthanasiegevallen zouden ongegrond zijn en 600 gegrond].

— Bovendien vinden sommigen dat euthanasie maar een beroepsgroep aangaat, namelijk de artsen. Het gaat om een specifieke handeling in het kader van de uitoefening van een medisch beroep, wat niet in het Strafwetboek moet worden geregeld maar in een regelgeving van de beroepsorde zelf(6).

— Medische praktijk: de geneeskunde is een kunst en geen exacte wetenschap. Van medische hardnekkigheid kan nog worden teruggekomen, maar van euthanasie niet.

— Er is ook gewezen op het verband tussen de depenalisering van euthanasie (of zelfs de legalisering ervan?) en het ontstaan van zelfmoordtendenzen in de samenleving.

(1) Dokter D. Bouckenaere, *o.c.*, blz. 33.

(2) Dokter Bouckenaere, *o.c.*, blz. 34.

(3) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 55, die daarentegen voorstander is van een regelgeving via koninklijk besluit nr. 78; dokter B. van den Eynden, *o.c.*, blz. 22.

(4) Dokter Menten, *o.c.*, blz. 82.

(5) Senator H. Vandenberghe, hoorzitting van professor Vermeersch van 15 februari 2000, blz. 24; dokter Philippart (Orde van geneesheren), hoorzitting van 16 februari 2000, blz. 76.

(6) Professor Van Neste, *o.c.*, blz. 54.

— L'euthanasie ne s'inscrit pas du tout dans la philosophie des soins palliatifs. Toute dépenalisation comporte le risque de freiner le développement des soins palliatifs. «Si l'euthanasie est dépenalisée (...), elle fera d'emblée partie des options envisageables et nous permettra de faire l'économie de la recherche d'autres possibilités», nous dit le docteur Bouckenaere(1), pour qui «l'euthanasie doit rester la transgression d'une norme et ne peut jamais devenir quelque chose qui fait partie de la norme. Elle doit rester un geste d'exception pris dans un état de nécessité.»(2).

— Le droit pénal a, par ailleurs, une portée générale. On ne légifère pas via le Code pénal pour régler des cas d'exception(3). Il faut rappeler l'importance des cas pour lesquels on légifère [2% selon professeur Van Neste et le docteur Menten(4); selon l'étude Deliens, étude officieuse dont la fiabilité est parfois mise en cause(5), il s'agirait d'1 cas sur 56 (sur 56 000 cas rapportés, 1 600 cas seraient des euthanasies (qu'entend-on exactement par là?) sans demande du patient, dont 1000 seraient injustifiées et 600 justifiées].

— Par ailleurs, l'euthanasie ne concernerait, selon certains, qu'un groupe professionnel spécifique, à savoir les médecins. Il s'agit d'un acte spécifique dans l'exercice d'un métier médical, qui ne ressort pas du Code pénal mais d'une réglementation liée à l'ordre professionnel qu'elle concerne(6).

— Pratique médicale: la médecine est un art et pas une science exacte. On peut revenir sur un acharnement thérapeutique inutile. On ne peut pas revenir sur une euthanasie.

— Les liens entre une dépenalisation de l'euthanasie (voire une légalisation de celle-ci?) et l'émergence d'un courant suicidogène dans la société a aussi été évoqué.

(1) Docteur D. Bouckenaere, *o.c.*, p. 33.

(2) Docteur Bouckenaere, *o.c.*, p. 34.

(3) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 55, qui défend par contre l'inscription d'une réglementation dans l'arrêté royal n° 78; docteur B. van den Eynden, *o.c.*, p. 22.

(4) Docteur Menten, *o.c.*, p. 82.

(5) Sénateur H. Vandenberghe, audition du professeur Vermeersch du 15 février 2000, p. 24; docteur Philippart (Orde des médecins), audition du 16 février 2000, p. 76.

(6) Professeur Van Neste, *o.c.*, p. 54.

— Er is ook op gewezen dat het schuldgevoel dat met euthanasie gepaard het rouwproces bemoeilijkt. In dat opzicht kan euthanasie ook op de komende generaties impact hebben(1).

— Bovendien moeten de internationale en Europese democratische samenhang worden geërbiedigd; in dat verband dient gewezen op internationale teksten zoals het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (artikel 2) en andere internationale teksten (zie *supra*). Dokter Clumeck heeft zeer ernstige bedenkingen bij de depenalisering en benadrukt eveneens dat België op dat vlak in een Europees kader moet blijven en geen betwistbare uitzondering mag gaan vormen. Hij is voorstander van een wetgeving die beperkt blijft tot uitzonderlijke gevallen en die voorziet in een evaluatie(2).

— Tot nu toe is euthanasie in geen enkel ander land gedepenaliseerd:

— Nederland: het Strafwetboek is niet gewijzigd, maar er is regelgeving uitgewerkt over alle beslissingen met betrekking tot het levenseinde. In het Nederlandse strafrecht is moord op verzoek van het slachtoffer uitdrukkelijk strafbaar gesteld.

— Frankrijk: men heeft zich daar eenparig uitgesproken tegen een wijziging van het Strafwetboek en voor een uitzonderingsprocedure met betrekking tot euthanasie. Zelfmoord en hulp bij zelfdoding zijn niet strafbaar maar aanzetten tot zelfmoord is dat wel.

— Duitsland: indirecte actieve en passieve euthanasie worden toelaatbaar geacht maar zijn niet uitdrukkelijk geregeld.

— VS:

- De VS erkennen unaniem het recht van de patiënt met onderscheidingsvermogen om medische behandelingen te weigeren, ook als dat de dood tot gevolg heeft. Het weigeren van een behandeling die nodig is om te overleven wordt door het Hoogerechtshof erkend als een fundamenteel recht (zaak Nancy Cruzan).

- Staat Oregon: hulp bij zelfdoding is hier gelegaliseerd.

— Zwitserland: het Zwitsers strafrecht bestraft moord, moord op verzoek van het slachtoffer (moord

— La difficulté à vivre le processus de deuil en raison de la culpabilité qui entoure l'acte d'euthanasie a été relevé. De ce point de vue, l'euthanasie pourrait avoir des répercussions sur les générations à venir(1).

— Il faut rester par ailleurs dans une cohérence démocratique européenne et internationale et rappeler à cet égard les textes internationaux tels la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (article 2) et les autres textes internationaux en la matière (voir *supra*). Le docteur Clumeck exprime ses extrêmes réserves à l'égard d'une dépenalisation et insiste également sur la nécessité pour la Belgique, à ce niveau, de se situer dans une cohérence européenne et pas dans une singularité contestable. Il prône une législation qui se limite aux cas exceptionnels et qui fasse l'objet d'une évaluation(2).

— Il n'existe en effet pas de dépenalisation de l'euthanasie à ce jour dans les autres pays:

— Pays-Bas: pas de modification du Code pénal, mais réglementation de toutes les décisions de fin de vie. Le droit pénal hollandais punit spécifiquement le meurtre sur la demande de la victime.

— France: avis unanime rejetant toute modification du Code pénal, et appuyant une exception de procédure en ce qui concerne l'euthanasie. Suicide et assistance au suicide non punissables. La provocation au suicide est, par contre, réprimée.

— Allemagne: euthanasie active indirecte et euthanasie passive considérées comme admissibles, mais pas explicitement réglementées.

— États-Unis:

- Les États-Unis reconnaissent unanimement le droit du patient capable de discernement de refuser tout traitement médical, y compris lorsque ce refus entraîne la mort. Refus d'un traitement de survie est un droit fondamental reconnu par la Cour Suprême (affaire Nancy Cruzan).

- État d'Oregon: légalisation de l'assistance au suicide.

— Suisse: Le droit pénal suisse punit le meurtre, le meurtre sur la demande de la victime (meurtre atté-

(1) Mevrouw Diricq, *o.c.*, blz. 351; zie ook dokter Bouckenaere, *o.c.*, blz. 29.

(2) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 396.

(1) Mme Diricq, *o.c.*, p. 351; voir aussi docteur Bouckenaere, *o.c.*, p. 29.

(2) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 396.

onder verzachtende omstandigheden, met eervol motief) en passionele moord. Passieve en indirecte actieve euthanasie worden in de geneeskunde en de rechtsleer toelaatbaar geacht.

Noodtoestand

In het Belgisch recht is de noodtoestand een objectieve rechtvaardigingsgrond die door de rechtsleer en de jurisprudentie erkend wordt. De noodtoestand betreft de situatie waarin een persoon redelijkerwijze geen andere mogelijkheid heeft dan een misdrijf te plegen om een gelijkwaardig of hoger belang te vrijwaren dan dat wat hij schendt door het misdrijf te plegen. Als de rechter het bestaan van deze rechtvaardigingsgrond aanvaardt, houdt het misdrijf op te bestaan.

Er zijn stringente voorwaarden vastgesteld om van een noodtoestand te kunnen spreken en om deze rechtvaardigingsgrond te kunnen aanvoeren (1).

1. Voorwaarden om van de noodtoestand te kunnen spreken: opdat de noodtoestand een schending van de strafwet toelaatbaar zou maken, moet er in de eerste plaats sprake zijn van een uitzonderlijke crisissituatie, die gekenmerkt wordt door een waardenconflict. Het naleven van de strafwet zou nefaste gevolgen hebben die de nadelen van de schending zo ver zouden overtreffen, dat de wetgever zich in dit geval zelf zou uitspreken voor de schending van de strafwet.

2. Voorwaarden om van deze rechtvaardigingsgrond gebruik te maken: de elementaire wettelijkheid van de crisissituatie:

1° Strafbare handelingen die er niet toe kunnen bijdragen om het bedreigde goed te vrijwaren, zijn uitgesloten. Alleen nuttige handelingen worden aanvaard.

2° Uitgesloten zijn de strafbare handelingen die leiden tot letsels die niet beperkt zijn tot wat strikt noodzakelijk is om het doel te bereiken.

3° Uitgesloten zijn de strafbare handelingen die leiden tot een offer dat niet in verhouding staat tot de omvang van het beschermde belang.

De noodtoestand is een algemene rechtvaardigingsgrond die geldt voor alle misdrijven.

Er is geen algemeen noodrecht. Er zijn noodgevallen en de vraag of er sprake is van een noodgeval is steeds een feitelijke kwestie.

(1) C. Hennau en J. Verhaegen, «*Droit pénal général*», Bruylant, Brussel, 1995, blz. 179 en volgende; zie ook: Cass., 13 mei 1987, *RCJB*, 1989, blz. 589.

nué, mobile honorable) et le meurtre passionnel. Large consensus dans la médecine et la doctrine quant à l'admissibilité de l'euthanasie dite passive et active indirecte.

État de nécessité

L'état de nécessité en droit belge est une cause de justification objective reconnue par la doctrine et la jurisprudence: c'est la situation dans laquelle se trouve une personne qui n'a raisonnablement d'autre ressource que de commettre une infraction pour sauvegarder un intérêt égal ou supérieur à celui que cette infraction sacrifie. Si le juge reconnaît l'existence d'une telle cause, l'infraction disparaît.

L'état de nécessité est soumis à des conditions d'ouverture et à des conditions d'exercice qu'il n'est sans doute pas inutile de rappeler (1).

1. Conditions d'ouverture du droit: l'état de nécessité qui permet d'enfreindre la loi pénale vise essentiellement une situation de crise, exceptionnelle, caractérisée par un conflit de valeurs. Si la loi pénale était observée, cette obéissance entraînerait des conséquences néfastes, dépassant à ce point l'inconvénient de la transgression que le législateur se prononcerait certainement lui-même en faveur de la désobéissance.

2. Conditions d'exercice du droit: la légalité élémentaire de crise:

1° Sont exclus les actes délictueux inaptes à sauvegarder le bien menacé. Seuls sont admis les actes utiles.

2° Sont exclus les actes délictueux entraînant des lésions non limitées au strict nécessaire pour atteindre l'objectif.

3° Sont exclus les actes délictueux qui entraînent un sacrifice disproportionné par rapport à l'importance de l'intérêt sauvegardé.

L'état de nécessité est une cause de justification générale qui vaut pour toutes les infractions.

Il n'y a pas de droit général de nécessité. Il y a des cas de nécessité et la question de savoir si la nécessité existe sera toujours une question de fait.

(1) C. Hennau et J. Verhaegen, *Droit pénal général*, Bruylant, Bruxelles, 1995, p. 179 et suiv.; voir aussi: Cass., 13 mai 1987, *RCJB*, 1989, p. 589.

De fractie van spreekster wil binnen deze perken blijven: euthanasie moet een ethische en strafrechtelijke normoverschrijding blijven. Ze kan worden gerechtvaardigd wanneer aan de gebruikelijke voorwaarden van een noodtoestand is voldaan.

Professor Messine heeft precies gewezen op de verschillen tussen noodtoestand en wettelijke machtiging: «De ethiek van de noodtoestand is een verantwoordelijkheidsethiek: volgens de welbekende formule handelt de persoon «bleek maar vastbesloten» — bleek omdat hij de wet overtreedt en zich daarvan bewust is, maar vastbesloten omdat hij zijn plicht doet — en hij legt daarvan rekenschap af. Terwijl de handelende persoon bij de machtiging door de wet geen rekenschap hoeft af te leggen indien hij zich richt naar de wettelijk bepaalde voorwaarden: alles zal beperkt blijven tot een soort formele controle.»(1).

Bij de noodtoestand heeft de controle van de samenleving betrekking op de redenen waarom tot euthanasie is overgegaan. Bij een machtiging door de wet heeft de controle slechts betrekking op de voorwaarden waaronder tot de handeling wordt overgegaan(2).

Rekenschap afleggen over zijn daden betekent niet dat men aan de willekeur van de rechter overgeleverd is. Wie een misdrijf pleegt, moet hier uiteindelijk rekenschap over afleggen precies omdat hij een basisregel van het leven in een gemeenschap overtreden heeft; indien hij een punt aanvoert dat in zijn voordeel pleit en dat aannemelijk is — bijvoorbeeld een rechtvaardigingsgrond — wordt hij geloofd, indien het openbaar ministerie niet het bewijs levert dat dit punt niet bestaat. Dit alles wordt weliswaar ter beoordeling voorgelegd aan de rechter, maar beoordeling is geen synoniem van willekeur.

Zoals dokter N. Clumeck het samenvat met betrekking tot een geval dat hij beschrijft: «Deze euthanasie was ingegeven door uitzonderlijke omstandigheden en was vooraf binnen het team besproken. Het leek een humane daad die in mijn ogen een overtreding van de wet verantwoordde.»(3). Hij voegt eraan toe: «De euthanasievragen zoals ze worden omschreven in het wetsvoorstel zijn marginaal en zeldzaam. Zij kunnen niettemin het enige alternatief zijn in uitzonderlijke omstandigheden.»(4). Net zoals andere sprekers acht hij het noodzakelijk dat «het debat over euthanasie en permanente zorg niet wordt losgekop-

C'est dans ce cadre que le groupe de l'intervenante souhaite rester: l'euthanasie doit rester une transgression éthique et pénale. Elle peut être justifiée aux conditions habituelles de l'état de nécessité.

Le professeur Messine a rappelé précisément les différences entre l'état de nécessité et l'autorisation de la loi: «l'éthique de l'état de nécessité est une éthique de responsabilité: selon la formule bien connue, l'agent «agit pâle mais résolu» — pâle parce qu'il transgresse la loi et qu'il le sait, mais résolu parce qu'il fait son devoir — et il en rend compte. Tandis que dans l'autorisation de la loi, celui qui agit, s'il se conforme aux conditions que la loi énonce, n'aura aucun compte à rendre: tout se réduira à un contrôle de type formel.»(1).

Avec l'état de nécessité, le contrôle de la société portera sur les raisons pour lesquelles la mort aura été administrée. Avec une autorisation de la loi, le contrôle ne portera que sur les conditions de son administration(2).

Le fait de devoir rendre des comptes de ce qu'on a fait ne signifie pas, poursuit-il, qu'on est livré à l'arbitraire d'un juge. Quiconque commet une infraction doit pouvoir être amené à en rendre compte, parce que, précisément, il a transgressé une règle fondamentale de la vie sociale; s'il invoque un élément en sa faveur avec un minimum de vraisemblance — par exemple une cause de justification —, il est cru dès lors que le ministère public n'apporte pas la preuve de l'inexistence de cet élément. Certes, tout cela est soumis à l'appréciation d'un juge, mais appréciation ne signifie pas arbitraire.

Comme le paraphrase le docteur N. Clumeck en ce qui concerne un cas qu'il relate: «Cet acte d'euthanasie fut dicté par des circonstances exceptionnelles et il avait fait l'objet d'une discussion préalable avec l'équipe. Il apparaissait comme un acte d'humanité et en cela, il pouvait à mes yeux se situer dans une transgression de la loi.»(3). Il ajoute «les demandes d'euthanasie telles que définies dans la proposition de loi, sont marginales et rares. Elles peuvent néanmoins présenter la seule alternative dans des circonstances exceptionnelles.»(4). Il insiste, comme beaucoup d'autres intervenants, sur «la nécessité de ne pas

(1) Professor J. Messine, hoorzitting van 2 mei 2000, blz. 212.

(2) Professor J. Messine, *o.c.*, blz. 213.

(3) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 382.

(4) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 383.

(1) Professeur J. Messine, audition du 2 mai 2000, p. 212.

(2) Professeur J. Messine, *o.c.*, p. 213.

(3) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 382.

(4) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 383.

peld van een echt maatschappelijk debat over de rechten van de patiënt, het recht op gezondheid en het soort geneeskunde dat wij wensen in een land waar de groep van economisch niet actieven en van bejaarden steeds groter wordt»(1). De belangrijke sociale economische context binnen welke het wetsvoorstel moet worden toegepast, mag dus niet uit het oog worden verloren.

Veel sprekers hebben benadrukt dat euthanasievragen uitzonderlijk zijn (marginale en zeldzame vragen) en hebben gewezen op de aanpassing van de jurisprudentiële constructie van de noodtoestand aan het euthanasieprobleem.

Volgens P.A. Foriers en Messine is het niet mogelijk de noodtoestand te objectiveren. Voor professor Messine voeren de verschillende wetsvoorstellen hoewel ze verwijzen naar het begrip nood of noodtoestand eigenlijk een wettelijke machtiging in(2).

Professor Van Neste gaat ervan uit dat het begrip noodtoestand een belangrijke rol heeft gespeeld bij het zoeken naar objectieve criteria die een legitimering van euthanasie mogelijk maken. Zodra die objectieve voorwaarden voorhanden zijn, zoals in het voorstel van de PSC, is het — zo merkt professor Van Neste op — niet meer noodzakelijk een beroep te doen op het begrip noodtoestand en is het evenmin nodig het Strafwetboek te wijzigen.

In de wetsvoorstellen onderscheidt professor Van Neste een aantal voorwaarden die het plegen van euthanasie kunnen rechtvaardigen :

— de subjectieve voorwaarden (die betrekking hebben op de vraag van de patiënt);

— de objectieve voorwaarden (die betrekking hebben op de medische criteria in verband met pijn);

— de procedurevoorwaarden (die betrekking hebben op het voorafgaand overleg en het informeren van de patiënt).

Op het niveau van de objectieve voorwaarden zou er sprake kunnen zijn van een noodtoestand.

Opgemerkt zij dat wij ons op dit punt distantiëren van professor Messine en professor Van Neste. Hoewel in ons wetsvoorstel de voorwaarden voor het ontstaan van het recht op het invoeren van de noodtoestand enigszins worden geobjectiveerd, worden de voorwaarden voor de uitoefening van het recht zoals

dissocier le débat sur l'euthanasie et les soins continus d'un véritable débat de société sur le droit des patients, le droit à la santé et le type de médecine que nous souhaitons dans un pays où le nombre de personnes non économiquement productives et de personnes âgées est en constante évolution»(1). C'est l'importance du contexte social et économique dans lequel doit s'appliquer la proposition de loi qu'il convient de ne pas perdre de vue.

Beaucoup d'intervenants ont insisté sur le caractère exceptionnel des demandes d'euthanasie («demandes marginales et rares» ...) et l'adéquation de la construction jurisprudentielle de l'état de nécessité au problème de l'euthanasie.

Comme le disent P.A. Foriers et Messine, il n'est pas possible d'objectiver l'état de nécessité. Pour le prof. Messine, les différentes propositions de loi bien que renvoyant à la notion de «nécessité» ou d'«état de nécessité» mettent en place en réalité une autorisation de la loi(2).

Le professeur Van Neste considère, pour sa part, que la notion d'état de nécessité a joué un rôle important dans la recherche des critères objectifs visant à permettre la légitimation de l'euthanasie. Une fois, ces conditions objectivées, comme dans la proposition PSC relève le professeur Van Neste, il n'est plus nécessaire de faire appel à la notion d'état de nécessité et il n'est plus nécessaire de modifier le Code pénal.

Au niveau des conditions qui pourraient justifier la pratique de l'euthanasie, le professeur Van Neste distingue, au départ des propositions de loi :

— les conditions subjectives (celles qui ont trait à la demande du patient);

— les conditions objectives (celles qui ont trait aux critères médicaux liés à la souffrance);

— les conditions procédurales (celles qui ont trait à la consultation préalable et à l'information du patient).

Ce serait au niveau des conditions objectives que l'état de nécessité jouerait.

Il faut signaler sur ce point que nous nous distançons du professeur Messine et du professeur Van Neste. Si, de fait, une certaine objectivation des conditions d'ouverture du droit à invoquer l'état de nécessité se retrouve dans notre proposition de loi, il n'en demeure pas moins que les conditions d'exercice

(1) Dokter Clumeck, *o.c.*, blz. 383.

(2) Professor J. Messine, *o.c.*, blz. 213.

(1) Docteur Clumeck, *o.c.*, p. 383.

(2) Professeur J. Messine, *o.c.*, p. 213.

omschreven door de rechtsleer en de jurisprudentie niet geobjectiveerd en blijft de controle van de rechter geenszins beperkt tot een formele controle op de voorwaarden waaronder tot die euthanasie wordt overgegaan. De euthanasiehandelingen die beantwoorden aan de voorwaarden die we in ons wetsvoorstel hebben bepaald, zouden gerechtvaardigd zijn indien aan de gebruikelijke voorwaarden van de noodtoestand is voldaan.

Het is immers absoluut noodzakelijk geval per geval te blijven beoordelen want dat maakt het verschil met de gewone wettelijke machtiging.

Bestaan er, om het gevaar te bezweren, verschillende middelen die even doeltreffend doch steeds op een andere manier schadelijk zijn, dan is het duidelijk dat gekozen moet worden voor het minst schadelijke middel. Er mag geen ander alternatief denkbaar zijn (voorwaarde voor de uitoefening nr. 2).

Opgemerkt zij eveneens dat andere geraadpleegde strafrechtsspecialisten het niet vreemd vinden dat de noodtoestand binnen bepaalde grenzen wordt gezien. Men vindt overigens een objectivering van de voorwaarden voor de opening van het recht op het inroepen van de noodtoestand bij de wettige zelfverdediging die in het bijzonder strafrecht ondergebracht is in het hoofdstuk betreffende de gerechtvaardigde opzettelijke slagen en verwondingen en die een bijzondere toepassing is van de noodtoestand.

De voorwaarden voor de uitoefening van het recht (elementaire wettigheidsvoorwaarden met betrekking tot de crisistoestand) moeten evenwel vervuld zijn zoals voor elke handeling die in een noodtoestand verricht wordt (*cf.* nuttige handeling die strikt noodzakelijk is en in verhouding staat tot de feiten). Er is evenwel geen machtiging door de wet. In de rechtsleer wordt overigens gepreciseerd dat buiten de gevallen die door de wet beoogd worden, de noodtoestand nog bestaat (bijvoorbeeld in geval van aantasting van goederen, niet van personen).

Indien er evenwel een juridisch probleem blijkt te zijn, waarom van de jurisprudentiële rechtvaardigingsgrond die de noodtoestand dan toch is, geen wettelijke rechtvaardigingsgrond maken door hem in de artikelen 70 en 71 op te nemen, zoals professor Messine voorstelt (1).

De raadpleging vooraf en het bijhouden van een gedetailleerd medisch dossier moeten de arts ook in staat stellen zich in voorkomend geval gemakkelijker te verantwoorden want er moet steeds rekenschap kunnen worden afgelegd.

du droit, telles que définies par la doctrine et la jurisprudence, ne font pas l'objet d'une telle objectivation et que le contrôle du juge ne se limite en aucun cas à un contrôle formel des conditions d'administration de l'euthanasie. Seraient justifiables aux conditions habituelles de l'état de nécessité, les actes d'euthanasie répondant aux conditions que nous avons définies dans notre proposition de loi.

Il est, en effet, absolument nécessaire de conserver cette appréciation au cas par cas qui fait toute la différence avec l'autorisation pure et simple de la loi.

En particulier, s'il existe plusieurs moyens également efficaces mais diversement dommageables pour conjurer la menace, il est évident que le choix doit se porter sur le moins préjudiciable. Il faut qu'il n'existe aucune autre alternative possible (condition d'exercice n° 2).

Il faut signaler également que d'autres pénalistes consultés ne considèrent pas comme étrange d'accompagner l'état de nécessité de certaines balises. On retrouve d'ailleurs une objectivation des conditions d'ouverture du droit à invoquer l'état de nécessité pour la légitime défense qui est classée dans le droit pénal spécial dans le chapitre relatif aux coups et blessures volontaires justifiés, et qui est une application particulière de l'état de nécessité.

Toutefois, les conditions d'exercice du droit (les conditions de la légalité élémentaire de crise) doivent être réunies comme pour tout acte accompli en état de nécessité (*cf.* acte utile, strictement nécessaire, proportionnel). Il n'y a pas pour autant autorisation de la loi. Par ailleurs, la doctrine précise qu'en dehors des cas visés par la loi, l'état de nécessité subsiste (exemple en cas d'atteinte aux biens et non aux personnes).

Si toutefois le problème juridique se confirme, pourquoi ne pas faire de la cause de justification jurisprudentielle que constitue l'état de nécessité une cause de justification légale, en l'insérant dans les articles 70 et 71, comme le suggère le professeur Messine (1).

La procédure de consultation *a priori* et la tenue d'un dossier médical détaillé doivent permettre au médecin également de pouvoir, le cas échéant, se justifier plus aisément, car il faut toujours pouvoir rendre des comptes.

(1) Professor J. Messine, *o.c.*, blz. 217.

(1) Professeur J. Messine, *o.c.*, p. 217.

Sommigen hebben zich afgevraagd en doen dat nog steeds of een wetgevend optreden inzake euthanasie noodzakelijk is(1). Het strafrechtelijk verbod en de rechtsfiguur van de noodtoestand zijn immers voldoende. Kan men beweren dat de arts geen rechtszekerheid heeft wanneer er tijdens de jongste 40 jaar geen enkele vervolging is geweest? Het is vooral de patiënt die getroffen wordt door onzekerheid. Die vraag heeft de verdienste dat onze aandacht gevestigd wordt op de ingewikkeldheid van de problematiek en meer nog op de aard van de behandelde aangelegenheid: veel van wat gezegd werd heeft te maken met deontologische normen, medische praktijken die deel uitmaken van de kunst om te genezen en te verzorgen en te begeleiden en niet van het recht.

Het zou in dit verband interessant zijn dat de medische praktijken in ieder geval kunnen worden bijgestuurd en dat de Orde van geneesheren ertoe wordt aangezet de Code van geneeskundige plichtenleer te verbeteren op alle punten waarover na de hoorzittingen een consensus bleek te bestaan, in het bijzonder op het stuk van de begeleiding van het medische besluitvormingsproces rond het levenseinde (waarbij bijvoorbeeld uitdrukkelijk verwezen wordt naar de noodzakelijke raadpleging van collega's). Lig de oplossing per slot van rekening niet zoals dokter Philippart heeft opgemerkt in een legalisering van de Code van geneeskundige plichtenleer, en zelfs van een herwerkte Code van geneeskundige plichtenleer, waarbij rekening wordt gehouden met de lessen die uit de in de Senaat georganiseerde hoorzittingen kunnen worden getrokken?

De legalisering van «codes» of «richtsnoeren» met betrekking tot een aandoening of ziektebeeld heeft meer te maken met de geneeskunde en met de ethiek dan met het recht. Het is in ieder geval onontbeerlijk dat elke regelgeving over het besluitvormingsproces rond het levenseinde rekening houdt met alle categorieën van patiënten. Men moet niet geloven dat men alle ingewikkelde medische gevallen juridisch kan verantwoorden. Elke toestand is immers anders (voorgeschiedenis van de patiënt, familiale omgeving, de wijze waarmee met ziekte of lijden wordt omgegaan en die zeer subjectief is). De geneeskunde is vooral een kunst en het recht is beperkt in het definiëren van die kunst.

*
* *

Een lid vraagt of men uit de uiteenzetting van vorige spreker mag afleiden dat zij het eens zou zijn

(1) Zie voor dit onderwerp de hoorzittingen van mevrouw Cambron-Diez (26 april 2000) en van mevrouw Pesleux (26 april 2000) die vragen hebben bij de toepasbaarheid van zulke wet in de praktijk gezien de dagelijkse werkelijkheid.

Certains se posent encore et toujours la question du besoin de légiférer en matière d'euthanasie(1), l'interdit pénal et la figure de l'état de nécessité étant suffisantes. Peut-on parler d'insécurité juridique pour le médecin alors qu'aucune poursuite n'a eu lieu pendant 40 ans? L'insécurité se situe davantage du côté du patient. Cette question a le mérite d'attirer notre attention sur la complexité de la problématique et plus encore sur la nature de la matière traitée: beaucoup de ce qui a été dit relève de normes déontologiques, de pratiques médicales faisant partie de l'art de guérir, de soigner et d'accompagner, et non du droit.

Il serait à cet égard intéressant de pouvoir en tout cas affiner les pratiques médicales et inciter l'Ordre des médecins à améliorer le Code de déontologie médicale en ce qui concerne tous les points de consensus qui seront dégagés à la suite des auditions, particulièrement en ce qui concerne l'encadrement des processus de décisions médicales en fin de vie (en renvoyant expressément à la nécessité d'une consultation collégiale par exemple). La solution n'est-elle pas, en définitive, comme l'a souligné le docteur Philippart, dans une légalisation du Code de déontologie, et même d'un Code de déontologie retravaillé en tenant compte des enseignements tirés des auditions au Sénat?

La légalisation de «codes» ou «directives» face à telle affection ou pathologie relève davantage du médical et de l'éthique que du juridique. Il est en tout cas indispensable que toute réglementation des processus de décisions en fin de vie prenne en compte toutes les catégories de patients. Il est exclu de croire pouvoir rendre compte en droit de toute la complexité des cas médicaux, étant donné que toute situation est particulière (histoire du patient, environnement familial, façon de vivre une maladie ou de supporter une souffrance qui est éminemment subjective). La médecine est avant tout un art et le droit a ses limites pour le définir.

*
* *

Une membre demande si l'on peut déduire de l'exposé de la précédente oratrice qu'elle serait

(1) Voir à ce sujet les auditions de Mme Cambron-Diez (26 avril 2000) et de Mme Pesleux (26 avril 2000), qui s'interrogent sur l'applicabilité d'une telle loi dans la pratique vu les réalités de terrain.

om in het Strafwetboek in te schrijven dat euthanasie niet strafbaar is in gevallen waarin de filosofie van de noodtoestand kan worden gehanteerd.

Spreekster antwoordt dat haar uiteenzetting genuanceerder was. Verschillende juristen hebben gezegd dat het niet oninteressant zou zijn de noodtoestand — die een begrip uit de rechtsleer en de jurisprudentie is — als algemene rechtvaardigingsgrond in het Strafwetboek op te nemen.

Een bijkomende stap is de oplossing die subsidiair gesuggereerd wordt door de heer Dalcq volgens wie in het Strafwetboek een algemene definitie van de noodtoestand kan worden opgenomen. Men zou ook een uitzondering voor euthanasie kunnen formuleren in het bijzonder in het kader van de noodtoestand en in een afzonderlijke tekst (over gezondheidsaangelegenheden) waarin de grenzen van de noodtoestand voor euthanasie worden afgebakend.

Men moet voorkomen dat sommigen de invoeging van een dergelijke bepaling in het Strafwetboek interpreteren als een wettelijke machtiging met nauwkeurige voorwaarden waardoor euthanasie *a priori* en automatisch legitiem wordt gemaakt.

*
* *

Op de vraag of het nuttig was dat de Senaat openbare hoorzittingen heeft georganiseerd over een zeer belangrijk onderwerp als het debat over de toepassing van het recht op palliatieve zorgverlening, de begeleiding van het levenseinde en euthanasie, verklaart een senator dat zij daarop volmondig ja antwoordt. Zonder te willen minimaliseren wat die hoorzittingen voor sommigen hebben bijgebracht, lijkt het haar vooral essentieel in dit openbaar gevoerde debat dat de media, de universiteiten en de burgers van die openbaarheid hebben gebruikt gemaakt om hun mening te kennen te geven. Zo werd er zelfs in de ziekenhuizen, in de rusthuizen en de verzorgingstehuizen over euthanasie gepraat. Het is een perfect voorbeeld van een maatschappelijk debat geworden.

Dit debat is mogelijk geworden omdat zes senatoren besloten hebben wetsvoorstellen in te dienen. Die voorstellen poogden reeds bestaande teksten samen te vatten alsook de besprekingen die de commissie voor de Justitie van de Senaat en het Comité voor bioëthiek hadden aangevat.

Spreekster deelt haar collega's mee dat zij dit initiatief alleen maar kan toejuichen. De wetsvoorstellen over euthanasie die door de zes senatoren zijn ingediend en de wetsvoorstellen die door de CVP en de PSC zijn ingediend werden fel bekritiseerd door juristen en door een grote meerderheid in de medische wereld. Spreekster meent dat nu de lessen moeten worden getrokken uit die hoorzittingen.

d'accord d'inscrire dans le Code pénal une exception d'euthanasie pour des cas qui relèvent de ce qu'elle appelle « la philosophie de l'état de nécessité » ?

L'oratrice répond qu'elle a été plus nuancée. Plusieurs juristes ont dit qu'il ne serait pas inintéressant d'inscrire l'état de nécessité — notion jurisprudentielle et doctrinale — comme cause de justification générale dans le Code pénal.

Un pas supplémentaire serait de s'engager dans la solution suggérée à titre subsidiaire par M. Dalcq, qui estime qu'on pourrait définir l'état de nécessité d'une manière générale dans le Code pénal, et formuler une exception pour l'euthanasie en particulier dans le cadre de l'état de nécessité et dans un texte séparé (du domaine de la santé), où des balises de l'état de nécessité seraient définies pour l'euthanasie.

Il ne faudrait pas que certains puissent interpréter l'insertion d'un tel dispositif dans le Code pénal comme une autorisation de la loi avec des conditions tout à fait précises, et qui rendraient l'euthanasie légitime, automatique, *a priori*.

*
* *

À la question de savoir s'il était utile que le Sénat procède à des auditions publiques sur un sujet aussi essentiel qu'est le débat sur la mise en œuvre du droit aux soins palliatifs, l'accompagnement de la fin de vie et le recours à l'euthanasie, une sénatrice déclare que sa réponse, sans aucune hésitation, est positive. Sans négliger ce que ces auditions ont pu apporter à certains, ce qui lui semble essentiel dans la publicité de ce débat, c'est justement qu'il a été approprié par les médias, par les universités, par les citoyens qui ont trouvé diverses tribunes pour s'exprimer. On a même entendu qu'on en parlait dans les hôpitaux, dans les maisons de repos et de soins. C'est devenu un débat de société de manière assez exemplaire.

Ce débat a été rendu possible parce que six sénateurs ont décidé de déposer des propositions de loi. Ces propositions tentaient de faire la synthèse des textes déjà existants, des débats que la commission de la Justice du Sénat et que le Comité de bioéthique avaient entamés.

L'intervenante exprime à ses collègues sa profonde adhésion à l'initiative. Les propositions de loi concernant l'euthanasie déposées par six sénateurs et celles déposées par le CVP et le PSC ont fait l'objet de fortes critiques de la part des juristes et d'une grande majorité du corps médical. Il semble à l'intervenante qu'il s'agit maintenant de tirer les enseignements de ces auditions.

Palliatieve zorg beantwoordt aan een niet meer te omzeilen maatschappelijke behoefte. Spreekster meent dat dit een eerste vaststelling is die nochtans niet nieuw is aangezien de zes senatoren ook een wetsvoorstel hebben ingediend dat het recht op een veralgemeende toegang tot palliatieve zorg invoert.

Vermeldenswaard is dat de palliatieve aanpak een invloed lijkt uit te oefenen op de algemene geneeskundige praktijk, omdat het individu er als een geheel behandeld wordt: met zijn medische aspecten, natuurlijk, maar ook zijn existentiële, familiale en sociale aspecten. De uitdagingen zijn enorm. Spreekster hoopt dat de regering zal kunnen bekendmaken hoeveel zij in de toekomst zal uittrekken.

Het betreft een geavanceerde vorm van geneeskunde, die slechts traag op gang komt. Ook dit is een uitdaging. Ten slotte werd bevestigd dat in onze samenleving waar de levensverwachting steeds groter wordt, de toestand in de rust- en verzorgingstehuizen op het vlak van de toegang tot palliatieve zorg prioritair moet worden.

Deze aspecten worden geregeld in het wetsvoorstel over de palliatieve zorg. De hoorzittingen hebben bevestigd dat dit de goede benadering was en hebben de Senaat aangemoedigd om wetgevend op te treden.

Wat betreft het voorstel om onder bepaalde voorwaarden euthanasie toe te staan, hebben de hoorzittingen de meest uiteenlopende zaken aan het licht gebracht.

Enerzijds lijkt het erop dat het verlenen van palliatieve zorg de euthanasie-aanvragen aanzienlijk vermindert, wat een goede zaak is, maar anderzijds zijn er gevallen waarbij deze vraag gehandhaafd wordt en waaraan voldaan moet kunnen worden. Uit de hoorzittingen blijkt nergens, of het zou op een verdoken manier moeten zijn, dat de patiënt dit recht geweigerd kan worden. Wel heeft spreekster discussies gehoord over het toepassingsgebied van de voorstellen, en over de manier waarop dit wettelijk geregeld moet worden.

Sommigen vinden het toepassingsgebied te ruim, aangezien het voorstel toelaat dat euthanasie toegepast wordt op een patiënt die lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke aandoening veroorzaakt door een ongeval (bijvoorbeeld tetraplegie) of een ziekte (bijvoorbeeld multiple sclerose)(1). Deze *a priori* wettelijke mogelijkheid (directe euthanasie — de patiënt bevindt zich niet in de stervensfase) wordt door sommigen aangevochten aangezien een «bewust en duidelijk verzoek» slechts mogelijk is op grond van de kwaliteit van de ontvangen informatie inzake therapeutische of palliatieve perspectieven en inzake de

Les soins palliatifs correspondent à une demande sociale incontournable. L'intervenante croit qu'il s'agit d'un premier constat, qui n'est pas nouveau puisque les six sénateurs ont également déposé une proposition de loi qui instaure le droit d'accès généralisé aux soins palliatifs.

Ce qui semble important à signaler, c'est combien l'approche palliative semble influencer la pratique générale de la médecine, parce qu'il s'agit d'une approche globale de la personne, dans ses aspects médicaux, bien sûr, mais aussi existentiels, familiaux et sociaux. Les défis sont énormes. L'intervenante espère que le gouvernement aura l'occasion de dire quels sont les moyens qu'il va dégager à l'avenir.

Il s'agit aussi d'une médecine de pointe qui demande une formation adéquate, qui semble ne se mettre en place que bien lentement. Là aussi, il y a un défi à relever. Enfin, il a été confirmé que, dans notre société où l'espérance de vie est de plus en plus grande, la situation dans les maisons de repos et de soins en matière d'accès aux soins palliatifs devait devenir une priorité.

Ces questions sont abordées dans la proposition de loi organisant l'accès aux soins palliatifs. Les auditions ont confirmé la justesse de cette approche et encouragé le Sénat à légiférer.

En ce qui concerne la proposition autorisant dans certaines conditions le recours à l'euthanasie, les auditions ont mis en évidence des éléments plus contrastés.

D'une part, il semble qu'il est possible de dire que le recours aux soins palliatifs réduit de manière importante la demande d'euthanasie et c'est heureux, mais, d'autre part, il apparaît aussi que dans certains cas, cette demande persiste et doit pouvoir être rencontrée. L'intervenante n'a pas entendu, dans les auditions, à moins que ce soit de manière voilée, de refus à ce droit pour le patient. Ce qu'elle a entendu, ce sont plus des questions sur le champ d'application des propositions, et sur la manière dont la question était résolue du point de vue du droit.

Selon certains, le champ d'application est trop large, en ce que la proposition permet l'euthanasie du patient qui souffre d'une affection accidentelle (par exemple un tétraplégique) ou pathologique (par exemple un patient atteint de sclérose en plaques) grave et incurable(1). Cette possibilité (euthanasie directe — le patient n'est pas en fin de vie), en tant qu'elle est légale *a priori*, se heurte aux résistances de certains dans la mesure où «une demande lucide et ferme» n'est possible qu'en fonction de la qualité de l'information reçue en termes de perspective thérapeutique ou palliative et de pronostic. Aujourd'hui,

(1) Toelichting, blz. 1; artikel 3.

(1) Développements, p. 1; article 3.

voorzichten. Vandaag ontvangt enkel een socioculturele elite op haar verzoek de volledige informatie die het mogelijk maakt om met volledige kennis van zaken een beslissing te nemen over het verzoek om een voortijdige dood.»(1).

Voor dokter Clumeck en dokter Dalcq is een wetgeving die euthanasie mogelijk maakt voor personen die niet in de stervensfase zijn, onaanvaardbaar.

Voor anderen is het toepassingsgebied te eng omdat de wet niet toestaat dat euthanasie toegepast wordt op personen die buiten bewustzijn zijn of geen oordeelsvermogen hebben (*cf.* de hoorzitting met dokter Vincent).

De euthanasie die wordt uitgevoerd zonder vraag van de patiënt blijft voor de indieners van het voorstel een moord.

Er dient eraan herinnerd te worden dat in het strafrecht, de instemming van een persoon geen enkele invloed heeft op al dan niet strafbaar zijn van de daad waarvan deze persoon het voorwerp is.

Professor Dalcq meent dat indirecte euthanasie (voor personen in de stervensfase) moreel aanvaardbaar kan zijn, zelfs als zij toegepast wordt op personen die niet meer bij bewustzijn zijn.

Het Comité voor de bio-ethiek is van mening dat de uitzonderlijke toepassing van euthanasie noodzakelijkerwijze toegespitst moet zijn op de noties «instemmen» en «instemming»: «zonder instemming kan er geen sprake zijn van euthanasie. Daarom is deze daad ronduit onaanvaardbaar bij afwezigheid van derden (bijvoorbeeld voor daklozen).»(2). Het Comité sluit dus niet uit dat euthanasie kan worden toegepast op een patiënt die niet meer bij bewustzijn is. De essentiële vereiste van de instemming wordt door het comité dus niet per individu toegepast, maar collectief, als een gedeelde verantwoordelijkheid (mee-leven), als het resultaat van een gezamenlijke beschouwing.

Het al te individualistische karakter van het voorstel heeft tijdens de hoorzittingen ook commentaar uitgelokt.

Volgens artikel 3 van het voorstel mag een arts ingaan op een euthanasie-aanvraag van een patiënt die «zich in een toestand bevindt van aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden». Volgens professor Adams berust het voorstel dus duidelijk op een subjectieve benadering, met andere woorden voornamelijk op het verlangen van de patiënt zelf. Het onaanvaardbare karakter van de

seule une élite socioculturelle reçoit, à sa demande, l'information complète qui lui permet de prendre en toute lucidité cette décision de demander l'accès à une mort anticipée.»(1).

Pour le docteur Clumeck et le professeur Dalcq, la légalisation des euthanasies pratiquées sur des personnes qui ne sont pas en fin de vie ne paraît pas acceptable.

Selon d'autres, le champ d'application est trop restreint en ce qu'il ne permet pas la pratique d'une euthanasie sur les personnes qui sont inconscientes ou dépourvues de discernement (*cf.* l'audition du docteur Vincent).

L'euthanasie pratiquée sans demande du patient reste un meurtre pour les auteurs de la proposition.

Il convient de rappeler que le consentement d'une personne n'a, en droit pénal, aucune incidence sur le caractère infractionnel de l'acte dont cette personne fait l'objet.

Le professeur Dalcq considère que les euthanasies indirectes (sur des personnes en fin de vie) peuvent être moralement acceptables, même administrées à des personnes inconscientes.

Le Comité de bioéthique, quant à lui, estime que les ouvertures exceptionnelles à l'euthanasie doivent nécessairement s'articuler autour de la notion de consentir et de consentement: «hors consentement, aucun acte euthanasique ne saurait être envisagé. Aussi, en l'absence de tiers (pour des personnes sans domicile fixe, par exemple), cet acte se révèle-t-il tout simplement inacceptable.»(2). Le Comité n'exclut donc pas toute euthanasie sur un patient inconscient. L'exigence essentielle de consentement est envisagée par lui non de manière individualiste, mais bien de manière collective comme une responsabilité partagée (sentir avec), comme le résultat d'une réflexion consensuelle.

Le caractère trop individualiste de la proposition a également suscité des commentaires lors des auditions.

L'article 3 de la proposition permet au médecin de donner suite à la demande d'euthanasie du patient qui «fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée». Ainsi, selon le professeur Adams, la proposition repose fortement sur une approche subjective, essentiellement sur les souhaits exprimés par le patient lui-même. Le caractère inacceptable des souffrances est

(1) Hoorzitting van mevrouw Bron, blz. 4.

(2) Advies over het levenseinde, levensbeëindiging, euthanasie van 27 januari 2000, blz. 9.

(1) Audition de Mme Bron, p. 4.

(2) Avis sur fin de vie, arrêt de vie, euthanasie du 27 janvier 2000, p. 9.

pijn wordt exclusief door de betrokkene bepaald zonder rekening te houden met de symptomen of met de ervaringen van andere patiënten met betrekking tot het lijden. In het voorstel zoals het nu opgesteld is, moet de arts instemmen zodra de patiënt van zulk een toestand gewag maakt. Psychisch lijden kan natuurlijk niet geëvalueerd worden. Men hoeft echter maar te denken aan de depressieve toestand die volgt op een ongeval of een ernstige ziekte. Het feit dat de pijn als ondraaglijk ervaren wordt, is het rechtstreekse gevolg van de depressie en niet van de fysieke toestand van de patiënt. Kan men in dergelijke gevallen aanvaarden dat vanaf het ogenblik dat een patiënt gewag maakt van een toestand van pijn die hij als onaanvaardbaar ervaart, een wettelijke euthanasieregeling toegepast wordt? Volgens Adams is het inschrijven van deze mogelijkheid in de wet moeilijk verenigbaar met artikel 2 EVRM(1).

Het Comité voor de bio-ethiek onderstreept het belang van de vereiste dat de euthanasiebeslissing consensueel genomen wordt. De artsen hebben ook aangedrongen op het feit dat er geen sprake is van het uitvoeren van een beslissing van de patiënt of van zijn familie, maar dat zij wel degelijk een beslissing moeten nemen. Het is namelijk zo dat de arts verantwoordelijkheid opneemt, zowel op moreel als op juridisch vlak. De arts kan alleen een oordeel vellen (en niet rekenschap afleggen) indien de wetgever duidelijk volgens de geest en de letter van zijn wet aangeeft dat euthanasie niet uitsluitend als een antwoord van een arts op een vraag opgevat kan worden, maar dat zij een volwaardige beslissing vanwege deze arts onderstelt.

Tijdens de hoorzittingen werden enkele tegenstrijdigheden in het wetsvoorstel in het licht gesteld.

Sommigen verwijzen naar het feit dat de wetgever zowel het recht op waardigheid van de ouders, als de opvattingen van de artsen en het recht op leven van de patiënten (economische euthanasie vermijden) wil vrijwaren. Deze drie overwegingen worden echter door elkaar gehaald.

Het invoeren van een recht op euthanasie schept namelijk een dubbele tegenstrijdigheid. Enerzijds kan men niet én het recht op euthanasie vrijwaren én de artsen het recht geven om euthanasie niet toe te passen. Anderzijds, wanneer men aan de patiënt een dergelijke waarborg verleent, ziet men niet in waarom men aan de arts procedurele beperkingen oplegt. Ofwel verplicht men de arts het verzoek in te willigen, ofwel gaat men ervan uit dat de beslissing zowel door de arts als door de patiënt genomen moet worden, in welk geval men het recht op euthanasie voor de patiënten juridisch niet kan waarborgen.

déterminé exclusivement par l'intéressé sans considération des symptômes, ni de l'expérience de souffrance d'autres patients. Telle que la proposition est rédigée, dès lors que le patient fait état d'une telle situation, le médecin doit l'accepter. On ne peut bien entendu évaluer les souffrances psychiques. Toutefois, on pense à l'état de dépression consécutif à un accident ou une maladie grave. Le caractère insupportable des souffrances résulte aussi directement de l'état dépressif et non de la situation physique du patient. Peut-on accepter, dans ces cas, que dès le moment où le patient exprime une situation de souffrance qu'il qualifie d'inacceptable, une procédure d'euthanasie légale se déclenche? Selon M. Adams, une telle possibilité, consacrée légalement, paraît difficilement compatible avec l'article 2 CEDH (1).

Le Comité de bioéthique insiste, quant à lui, sur l'exigence du caractère consensuel de la décision d'euthanasie. Les médecins ont également insisté sur le fait qu'il n'est pas question d'exécuter une décision du patient ou de sa famille mais qu'il y a bien lieu pour eux de prendre une décision. Le médecin prend, en effet, une responsabilité tant sur le plan moral que sur le plan du droit. Le médecin ne peut rendre compte (et non rendre des comptes) que dans la mesure où le législateur intègre pleinement, dans son esprit et dans sa loi, qu'une euthanasie ne peut être conçue exclusivement comme une réponse d'un médecin à une demande, mais qu'elle implique, au sens plein du terme, une prise de décision par ce dernier.

Lors des auditions, certaines contradictions de la proposition de loi ont été mises en évidence.

Le législateur souhaite, disent certains, préserver à la fois le respect du droit à la dignité des patients, le respect des conceptions du médecin et le respect du droit à la vie des personnes malades (éviter les euthanasies économiques). Toutefois, il crée un amalgame entre ces trois ordres de considérations.

En effet, la consécration d'un droit à l'euthanasie crée une double contradiction. D'une part, on ne peut pas à la fois assurer le respect du droit à l'euthanasie, et en même temps, assurer aux médecins le droit de ne pas pratiquer une euthanasie. D'autre part, dès lors qu'il s'agit de conférer une telle garantie au patient, on ne comprend pas pourquoi on impose des contraintes procédurales au médecin. Soit on oblige un médecin à faire droit à cette demande, soit on considère qu'il s'agit d'une décision qui appartient tant au médecin qu'au patient, et dans ce cas, on ne peut pas juridiquement garantir aux personnes le droit à l'euthanasie.

(1) Nota van professor Adams, blz. 11 tot 13.

(1) Note du professeur Adams, pp. 11 à 13.

Men zou kunnen overwegen om twee verschillende wettelijke regelingen in te voeren. De eerste zou gelden voor het geval dat een patiënt uitdrukkelijk en herhaaldelijk om euthanasie gevraagd heeft. De tweede zou gelden voor het toepassen van euthanasie op personen die niet meer bij bewustzijn zijn.

Wat betreft het begrip euthanasie

De wetgever moet duidelijk de hypothese bepalen, alsook de definitie van euthanasie die de basis vormt van zijn optreden, te weten een daad die niet door een derde, maar door een arts gesteld wordt.

Euthanasie moet beschouwd worden als een geneeskundige daad, een verleende zorg op het einde van het leven met de bedoeling het lijden van de zieke te verzachten, of het verlies aan waardigheid en het verdwijnen van zijn mogelijkheden tot relaties met anderen te verlichten wanneer alle andere mogelijkheden uitgeput zijn. Deze situatie wordt bedoeld in artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer, terwijl directe euthanasie op een patiënt die zich niet in de stervensfase bevindt verboden is krachtens artikel 95 van diezelfde Code. Hieraan moet toegevoegd worden dat het verzorgen ook betekent dat men de pijn vermindert of verzacht, zelfs indien dat het leven kan verkorten.

Euthanasie moet niet langer beschouwd worden vanuit de optiek van het gevolg ervan, de levensbeëindiging, maar wel van de oorzaak ervan: het verzachten van de pijn. De levensbeëindiging is niet de reden van de medische hulp in de stervensfase, maar een eventueel gevolg ervan. Er moet niet langer verduidelijkt worden onder welke voorwaarden euthanasie zoals bepaald door het Comité voor de bio-ethiek wettelijk is, maar wel onder welke voorwaarden medische euthanasie niet gelijkstaat aan moord.

Wat betreft de plaats van de instemming in de regeling en de wenselijkheid om een dubbele wettelijke regeling in te voeren

Het lijkt erop dat een van de problemen voortvloeit uit het feit dat het wetsvoorstel een enkele regeling invoert om een oplossing te bieden voor twee verschillende problemen: enerzijds wil men vermijden dat artsen weigeren om euthanasie toe te passen uit angst voor gerechtelijke vervolgingen, en anderzijds wil men duidelijk economische euthanasie buiten de wet stellen.

Een gedeeltelijke wetgeving, gebaseerd op de verplichte toestemming, zou het eerste probleem oplossen. Het tweede probleem zou hierdoor echter slechts gedeeltelijk worden aangepakt. Dat men de patiënt verplicht om zijn toestemming te geven, sluit immers niet uit dat men kan overgaan tot economische eutha-

On pourrait envisager d'instaurer deux dispositifs juridiques distincts. Le premier viserait l'hypothèse où le patient exprime ou a exprimé une demande expresse et répétée d'euthanasie. Le second dispositif répondrait à l'hypothèse des euthanasies pratiquées sur des personnes inconscientes.

Quant à la conception de l'euthanasie

Le législateur doit préciser clairement l'hypothèse, la définition de l'euthanasie qui sous-tend son intervention, soit un acte pratiqué, non pas par un tiers, mais par un médecin.

Il convient de partir de la conception de l'euthanasie comme un acte médical, comme un acte de soin donné en fin de vie pour soulager les souffrances du malade, pour atténuer sa perte de dignité ou la disparition de ses possibilités de relations avec les autres alors que toutes les autres possibilités ont échoué. Cette situation est celle visée par l'article 96 du Code de déontologie médicale alors que l'euthanasie directe sur un patient qui n'est pas en fin de vie est proscrite par l'article 95 du même code. Il faut préciser que l'on considère que diminuer ou apaiser la douleur, c'est nécessairement soigner le patient même si c'est de nature à raccourcir sa vie.

Il s'agit non plus de considérer l'acte d'euthanasie sous l'angle de sa conséquence, l'arrêt de vie, mais bien sous l'angle de sa cause: soulager les souffrances. L'arrêt de vie n'est pas le motif de l'acte médical d'assistance en fin de vie mais sa conséquence éventuelle. Il s'agit non pas de préciser à quelles conditions l'euthanasie telle qu'elle est définie par le Comité de bioéthique est légale mais bien de préciser à quelles conditions l'euthanasie médicale n'est pas constitutive de meurtre.

Quant à la place du consentement dans le dispositif mis en place et quant à l'opportunité de prévoir un double dispositif juridique

Un des problèmes, semble-t-il, résulte du fait que la proposition de loi organise un dispositif unique pour répondre à deux problématiques différentes: d'une part, éviter que le refus des médecins de pratiquer une euthanasie ne repose que sur la crainte d'être traduit devant une juridiction répressive, et, d'autre part, placer clairement les euthanasies économiques dans le domaine de l'illégalité.

Une légalisation partielle reposant sur l'exigence d'un consentement permet de répondre au premier problème. Elle ne répond cependant que partiellement au second. En effet, l'exigence du consentement du patient n'exclut pas l'euthanasie économique. En outre, cette exigence crée un autre problème, celui

nasie. Deze verplichting brengt bovendien een ander probleem met zich mee, namelijk dat het toepassen van euthanasie op personen die niet bij bewustzijn zijn, volkomen buiten de wettelijke bepalingen valt.

Spreekster denkt dat het beter is om in het geval van euthanasie van de wens die door de patiënt is uitgesproken (de toestemming) geen voorwaarde te maken, maar een mogelijkheid.

Wanneer iemand de wens uitspreekt om te sterven, is het niet die wens maar wel het bewijs van toestemming dat de wettelijke basis voor het levensbeëindigend handelen vormt. Ervan uitgaande dat deze wens duidelijk is uitgedrukt, moeten de wettelijke bepalingen voorwaarden opleggen. Enerzijds moet de patiënt op de hoogte worden gebracht van alle middelen die beschikbaar zijn om zijn lijden te verzachten — voorwaarde die in het wetsvoorstel van de zes indieners vermeld staat — en anderzijds moet er een dialoog met de patiënt op gang worden gebracht over de diepere beweegredenen van zijn verzoek (waaruit misschien een schuldgevoel, een depressie of economische en sociale wantoestanden kunnen blijken).

Voor het geval de patiënt niet bij bewustzijn is en hij zijn wens niet heeft uitgedrukt in de vorm die door de wet als eerste mogelijkheid is voorgeschreven, organiseert de wetgever een gezamenlijke beslissingsprocedure waarbij de familieleden van de patiënt en het medisch team betrokken zijn.

In dit stadium van de bespreking zijn er vier politieke opties:

1. Behoud van de *status quo*

Deze optie bestaat erin gewoon iedere wettelijke omkadering van euthanasie te weigeren. Euthanasie blijft gelijkgesteld aan doodslag (Strafwetboek, artikel 393) of zelfs aan moord (doodslag met voorbedachten rade, Strafwetboek, artikel 394) en kan *a posteriori* worden verantwoord door middel van een rechterlijke beslissing die de noodtoestand inroept(1).

Dit standpunt bevestigt de jurisprudentiële benadering van de kwestie.

Spreekster vindt dit een onmogelijke en weinig wenselijke houding. De wetgever is een belangrijke discussie begonnen en zij vindt dat deze afgesloten

(1) In het strafrecht hoort de «noodtoestand» bij de rechtvaardigingsgronden, dat wil zeggen de gronden die de onwettigheid van de handeling opheffen en die uitgaan van het feit dat deze handeling strafbaar is. De andere rechtvaardigingsgronden zijn de wettige verdediging (artikelen 416 en 417 van het Strafwetboek), de toelating van de wet en het bevel van de overheid (artikel 70 van het Strafwetboek) en het wettig verzet tegen misbruik van gezag (jurisprudentie). Voor meer details, zie nota IW «Clarification des questions relevant du droit pénal» van 16 februari 2000.

d'exclure tout encadrement légal des euthanasies pratiquées sur des personnes inconscientes.

L'intervenante pense qu'il y a lieu de ne pas faire de la volonté exprimée par le patient (consentement) une condition de l'euthanasie mais de la considérer comme une hypothèse.

Dans le cas où une personne exprime sa volonté de mourir, ce n'est pas cette volonté mais bien la preuve de ce consentement qui doit constituer une condition de légalité de l'euthanasie. Dans les cas où cette volonté est exprimée clairement, le dispositif légal devrait reposer sur des conditions visant, d'une part, à éclairer le patient sur tous les moyens qui peuvent être mis en œuvre pour alléger ses souffrances — condition figurant dans la proposition des six auteurs —, et d'autre part, à dialoguer avec lui sur le fondement profond de cette demande (qui révélera peut-être la figure de la culpabilité, de la dépression ou de la misère économique et sociale ...).

Dans les cas où le patient est inconscient et que sa volonté n'a pas été exprimée selon les formes que la loi prévoit dans la première hypothèse, le législateur organiserait une procédure de décision collective impliquant les membres de la famille du patient et l'équipe médicale.

À ce stade des débats, on peut dégager quatre approches politiques:

1. Maintien du *statu quo*

Il s'agit de renoncer purement et simplement à tout encadrement légal des pratiques d'euthanasie. L'euthanasie reste un meurtre (article 393 du Code pénal), voire un assassinat (meurtre avec préméditation, article 394 du Code pénal) susceptible d'être justifié *a posteriori* par une décision judiciaire admettant un état de nécessité(1).

Cette position entérine l'approche jurisprudentielle de la question.

Elle n'apparaît pas à l'intervenante comme possible, et souhaitable. Le législateur a ouvert un débat important, il lui semble qu'il doit le clôturer non pas

(1) En droit pénal, l'«état de nécessité» est rangé parmi les causes de justification, c'est-à-dire les causes qui font disparaître l'illégalité de l'acte, et partant le caractère infractionnel de celui-ci. Les autres causes de justification sont la légitime défense (articles 416, 417 du Code pénal), la permission de la loi (article 70 du Code pénal), le commandement de l'autorité (article 70 du Code pénal), et la résistance légitime aux abus de l'autorité (jurisprudentiel). Pour plus de détails, voir note IW «Clarification des questions relevant du droit pénal» du 16 février 2000.

hoort te worden, niet met het aannemen van een consensusstekst maar wel met het aannemen van een tekst waarover een ruim akkoord bestaat. Dit is een conditio sine qua non. Als men kijkt naar het politieke en sociale debat dat is losgebrand, lijkt het er niet op dat er veel vraag is naar een status quo. Er zijn teveel argumenten geuit die voor een optreden van de wetgever pleiten.

2. De wettelijke vaststelling van de voorwaarden die in het geval van euthanasie een noodtoestand uitmaken: het gaat hier om het voorstel van de PSC

Hiervoor worden in de wet de voorwaarden vastgelegd volgens welke de euthanasie kan worden teruggevoerd tot een noodtoestand. Er wordt dus een rechtvaardigingsgrond gecreëerd (waardoor de onwettigheid van de handeling wordt opgeheven) die specifiek geldt voor de euthanasie, door het begrip «noodtoestand» uit de strafwet te hanteren. Eigenlijk creëert men dus een specifieke wettelijke noodtoestand, waarbij men twee opmerkingen kan maken:

De noodtoestand (waarbij er een conflict bestaat tussen twee waarden, waarvan er een — het respect voor de waardigheid — gevrijwaard wordt door het begaan van een overtreding en dus belangrijker wordt dan het leven, met andere woorden dan de waarde die door de overtreding wordt prijsgegeven) kan *a priori* niet van tevoren worden vastgesteld.

Door een «wettelijke noodtoestand» te creëren zorgt men er eigenlijk voor dat de wet als rechtvaardigingsgrond voorziet in een toelating. De onwettigheid van de handeling wordt immers opgeheven, niet door de noodtoestand maar door de wet zelf.

Dit lijkt sterk op een jezuïtische redenering, die vrij onduidelijk is en waartegen prof. Messine zich verzet.

3. Het gedeeltelijk uit de strafwet halen van euthanasie

De bedoeling hiervan is om in de wet een aantal omstandigheden te omschrijven waarin euthanasie niet langer een misdrijf is. De rechtvaardigingsgrond van euthanasie is dus duidelijk een toelating van de wet.

Door de bepalingen die nu in het voorstel van de zes indieners staan, wordt de strafbaarheid op twee manieren opgeheven, of wordt er een dubbele toelating van de wet gecreëerd:

— enerzijds op indirecte wijze (in de tweede graad): de wet verleent een wettige grond voor bepaalde euthanasiepraktijken;

— anderzijds op directe wijze (in de eerste graad): het Strafwetboek bepaalt dat er geen misdrijf plaatsvindt indien de euthanasie wordt toegepast overeenkomstig de wet van ...

par l'adoption d'un texte de consensus, mais par l'adoption d'un texte qui recueille une large adhésion; il s'agit là d'une condition sine qua non. Au vu du débat politique et social qui s'est ouvert, il ne semble pas qu'il existe une demande pour le maintien du statu quo. Trop d'éléments ont été avancés en faveur d'une action du législateur.

2. Détermination légale des conditions de l'état de nécessité en cas d'euthanasie: c'est la proposition du PSC

Il s'agit de définir dans la loi les conditions dans lesquelles l'euthanasie est susceptible d'être constitutive d'un état de nécessité. On crée ici une cause de justification (cause qui supprime l'illégalité de l'acte) propre à l'euthanasie en empruntant au droit pénal l'institution de l'état de nécessité. Ce faisant, on crée un état de nécessité légal spécifique qui soulève deux observations:

L'état de nécessité (conflit entre deux valeurs dont celle qui est protégée par la commission de l'infraction — le respect de la dignité — apparaît comme supérieure, en l'espèce, à celle qui est sacrifiée par la commission de l'infraction — la vie) n'est, par essence, pas susceptible d'être déterminé *a priori*.

En instituant un «état de nécessité légal», on ne fait pas autre chose que de prévoir, comme cause de justification, une permission de la loi. En effet, ce n'est plus l'état de nécessité mais la loi elle-même qui fait disparaître l'illégalité de l'acte.

Il s'agit bien d'une position jésuitique, peu claire et que le professeur Messine conteste.

3. Décriminalisation/dépénalisation partielle de l'euthanasie

Il s'agit d'inscrire dans la loi les conditions dans lesquelles l'euthanasie n'est pas constitutive d'infraction. La cause de justification de l'euthanasie est clairement une permission de la loi.

Le dispositif prévu actuellement par la proposition des six auteurs prévoit une double décriminalisation ou une double permission de la loi:

— une décriminalisation indirecte (au second degré): la loi confère une base légale à certaines pratiques d'euthanasie;

— une décriminalisation directe (au premier degré): le Code pénal prévoit qu'il n'y a pas d'infraction lorsque les euthanasies sont pratiquées conformément à la loi du

Opmerking: zodra de wet zelf een kader creëert voor bepaalde vormen van euthanasie (en dus aan bepaalde vormen van euthanasie een wettelijk karakter geeft), is een wijziging van de strafwet niet meer noodzakelijk om te voorkomen dat de arts vervolgd wordt, aangezien er sprake is van een «toelating van de wet».

4. De euthanasie *in se* afkeuren

Een amendement stelt voor om in een nieuw artikel 397*bis* van het Strafwetboek euthanasie als dusdanig specifiek af te keuren. Euthanasie wordt er bestraft met een opsluiting van 10 tot 15 jaar. Dit is bedoeld als een geruststelling voor zij die menen dat het leven niet in alle omstandigheden wordt beschermd en als een bevestiging van het principe van het leven (door een verbod op euthanasie), terwijl men tevens voor bepaalde vormen van euthanasie een wettige rechtvaardiging inbouwt.

Wat het toepassingsgebied van dit amendement betreft, wordt euthanasie losgekoppeld van de andere vormen van doding (doodslag, moord, oudermoord, kindermoord, dodelijke vergiftiging, onvrijwillige doodslag). Deze benadering is op het eerste gezicht verleidelijk, omdat euthanasie in het collectieve bewustzijn niet op dezelfde manier wordt ingeschat als de andere vormen van opzettelijke doding, of ten minste niet als moord wordt beschouwd. Bij nader inzien is de voorgestelde oplossing echter niet zo coherent, aangezien het net de bedoeling is dat de vormen van euthanasie die door het «collectief bewustzijn» als legitiem worden beschouwd, aan het etiket «misdrijf» ontsnappen en niet vervolgd worden. Het zijn natuurlijk de moreel onaanvaardbare vormen van euthanasie (die niet binnen het toepassingsgebied van het wetsontwerp vallen) die men in de strafwet wil laten staan. Deze vormen zijn echter reeds strafbaar door de artikelen in verband met moord. Het is bovendien moeilijk om zich vormen van euthanasie voor te stellen die onwettelijk zijn (dus niet overeenkomstig de toekomstige wet) en bovendien onwettig (dus niet verschoonbaar op grond van de noodtoestand in het geval van doodslag), zonder dat zij als doodslag of moord kunnen worden bestempeld.

Na de hoorzittingen en de bespreking die reeds hebben plaatsgehad, is het doel van de fractie van spreekster — die zo dan ook de besluiten trekt uit de gezamenlijke bedenkingen die hier zijn uitgesproken en niettegenstaande het feit dat elkeen, waar het om ethische kwesties gaat, zijn persoonlijke overtuiging moet volgen:

1° het ontwikkelen van de toegankelijkheid van de palliatieve zorg, die zowel wat de financiering als wat de opleiding betreft voorrang moet krijgen;

2° het wettelijk toelaten van euthanasie.

Remarque: Dès lors que la loi elle-même offre un cadre à certaines pratiques d'euthanasie (confère donc à certaines euthanasies un caractère légal), il n'est pas nécessaire de modifier le Code pénal pour éviter les poursuites du médecin puisqu'il existe une permission de la loi.

4. Incriminer l'euthanasie *in se*

Un amendement propose d'incriminer spécifiquement l'euthanasie en tant que telle dans un nouvel article 397*bis* du Code pénal. L'euthanasie y est punie d'une peine de réclusion de 10 à 15 ans. Il s'agit de rassurer ceux qui ont l'impression que la vie n'est pas protégée dans toutes les situations, de réaffirmer le principe de la protection de la vie (une interdiction de principe de l'euthanasie) en même temps que l'on prévoit une justification légale de certaines pratiques d'euthanasie.

Quant à la portée de l'amendement, la disposition dissocie l'euthanasie des autres espèces d'homicides (meurtre, assassinat, parricide, infanticide, empoisonnement mortel, homicide involontaire). À première vue, cette démarche est séduisante tant il est vrai que dans la conscience collective, l'euthanasie n'est pas perçue de la même manière que les autres homicides volontaires, ou plus précisément, comme un assassinat. À y regarder de plus près, la solution proposée paraît toutefois manquer quelque peu de cohérence, car ce sont précisément les euthanasies «légitimées par la conscience collective» qui doivent échapper à la qualification d'infractions et non être incriminées. Ce sont bien entendu les euthanasies non moralement acceptables (qui ne tomberont pas sous le champ d'application de la loi en projet) que l'on veut maintenir sous le coup de la loi pénale. Or, c'est déjà le cas via les articles incriminant le meurtre. Au surplus, il est difficile d'envisager des euthanasies illégales (non conformes à la loi à venir) et illégitimes (non susceptibles de bénéficier de l'état de nécessité en cas d'homicide) qui échappent à la qualification de meurtre ou d'assassinat.

En conclusion, après les auditions et le débat qui a déjà eu lieu, il s'agit, pour le groupe de l'intervenante, qui livre ainsi le résultat de réflexions collectives qui y sont menées, même s'il est très clair que sur ces questions éthiques, chacun se prononcera selon ses propres convictions:

1° de développer l'accès aux soins palliatifs, qui doit représenter une réelle priorité en termes de financement et de formation;

2° d'autoriser l'acte d'euthanasie par la loi.

Het is de bedoeling euthanasie uit de strafwet te halen, dan wel euthanasie toe te staan door middel van een wettekst die de vereiste voorwaarden bepaalt.

Het voorstel om — zoals de PSC dit wenst — de «noodtoestand» in de wet te omschrijven legaliseert dit begrip uit de jurisprudentie en komt erop neer dat er een wettelijke toelating wordt gecreëerd, wat vele nadelen inhoudt.

Het is trouwens niet wenselijk om *a priori*, naast de gevallen van wettelijke euthanasie en die waarin euthanasie als doodslag wordt beschouwd, nog een derde categorie van euthanasiegevallen te creëren.

Niettegenstaande het voorwaardelijk uit de Strafwet halen zou de rechter, ten aanzien van een uitzonderlijk geval dat niet onmiddellijk aan de voorwaarden beantwoordt, van oordeel kunnen zijn — zoals thans het geval is — dat de arts niet schuldig is aan vrijwillige doodslag maar dat hij handelt in een noodtoestand.

3^o Het niet opnemen in het Strafwetboek van dit uit de strafwet halen.

Het onrechtstreekse of in de tweede graad uit de Strafwet halen, waardoor een specifieke wet een wettige grondslag zou kunnen geven aan sommige euthanasiepraktijken, is volgens specialisten strafrecht voldoende. Op dezelfde manier als de arts die een patiënt opereert met het doel hem te verzorgen, zich niet schuldig maakt aan slagen en verwondingen, zou de arts die het levenseinde van een patiënt bespoedigt om hem te verzorgen (in dit geval om zijn lijden te verzachten), in sommige omstandigheden ook niet schuldig zijn aan doodslag.

Wanneer men dit in de strafwet opneemt, brengt dit als nadeel met zich mee dat men de mensen die vinden dat dit symbolisch een negatief signaal inhoudt ten opzichte van de wet die de waarde uitdrukt waarop onze samenleving gebaseerd is — namelijk de eerbied voor het leven — onnodig voor het hoofd stoot.

Bovendien dient men bepaalde, belangrijke voorwaarden in acht te nemen:

— Over het verzoek van de patiënt bijvoorbeeld, moet overlegd worden met de leden van het verzorgend team die regelmatig met de patiënt in contact zijn.

Dit overleg dient als een aanwijzing beschouwd te worden en zorgt ervoor dat de beslissing door drie partijen wordt genomen, met inachtneming van de relatie die de leden van het verzorgend team met hun patiënt hebben.

Verschillende sprekers hebben hier de nadruk op gelegd. Men hoeft bijvoorbeeld maar te denken aan de uiteenzetting van professor Dalcq, die volgens spreekster de mening van een heleboel andere spre-

Il s'agit de «décriminaliser» l'acte d'euthanasie, soit de l'autoriser par un texte de loi qui définirait les conditions qui doivent être réunies.

La proposition de définir l'état de nécessité par la loi, comme le proposait le PSC, «légalise» cette notion jurisprudentielle et revient aussi à établir une permission de la loi, avec beaucoup d'inconvénients.

Il ne convient pas non plus de créer, *a priori*, à côté des euthanasies légales et des euthanasies assimilées aux meurtres, une troisième catégorie d'euthanasie.

Nonobstant la décriminalisation conditionnelle, le juge pourrait, en présence d'un cas exceptionnel n'entrant pas strictement dans les conditions, considérer, comme c'est le cas actuellement, que le médecin n'est pas coupable d'homicide volontaire mais qu'il a agi en état de nécessité.

3^o de ne pas inscrire cette dépénalisation dans le Code pénal.

Une décriminalisation indirecte, ou au second degré, suivant laquelle une loi spécifique conférerait une base légale à certaines pratiques d'euthanasie, est suffisante, selon les pénalistes. De la même manière que le médecin qui opère un patient dans le but de le soigner ne se rend pas coupable de coups et blessures, le médecin qui hâterait la fin de vie du patient, dans le but de le soigner (dans ce cas, pour soulager sa souffrance), et dans certaines conditions, ne se rendrait pas coupable d'homicide.

L'inscription dans le Code pénal comporte l'inconvénient de heurter inutilement ceux qui estiment qu'inscrire cette disposition dans le code pénal donne un signal symbolique négatif par rapport à la valeur du texte de loi qui affirme le fondement de notre société: l'interdit de tuer.

Par ailleurs, il semble que certaines conditions importantes doivent être respectées:

— Se concerter avec les membres de l'équipe soignante en contact régulier avec le patient au sujet de la demande du patient.

Cette concertation serait indicative et viserait à «triangler» la décision en respectant la relation que les membres de l'équipe soignante ont avec leur patient.

Nombre d'intervenants ont mis en évidence la nécessité de faire cela. L'on se référera notamment à l'intervention du professeur Dalcq, qui semble à l'intervenante en résumer beaucoup d'autres: «Même s'il

kers samenvat wanneer hij zegt dat het toch wenselijk is — ook al gaat het er zelfs bij levensverkorting altijd om de pijn te verzachten en dus te verzorgen — dat de arts eerst informatie inwint, vooraleer hij beslissingen neemt die het levenseinde zouden kunnen versnellen. Hij vindt dat het volledige verzorgende team, verpleegkundigen en artsen samen, deelneemt aan de discussie over het al dan niet ongeneeslijk ziek zijn van de patiënt. Die ongeneeslijke toestand moet indien mogelijk bevestigd worden door een andere arts en de familie en de naasten moeten, indien mogelijk, op een psychologisch verantwoorde manier worden ingelicht, zodat zij hun mening kunnen geven.

Over de kwestie van het verplichte controlesysteem *a posteriori* bij euthanasie meent spreekster dat men moet terugrijpen naar wat de zes indieners hierover hebben gezegd.

Artsen die euthanasie hebben toegepast zijn verplicht om — anoniem — een registratiedocument naar de evaluatiecommissie te sturen. In geval erover getwijfeld wordt of al dan niet voldaan is aan de wettelijke voorwaarden, kan de commissie beslissen om de anonimiteit op te heffen en indien noodzakelijk het dossier naar het parket te sturen.

Het risico bestaat dat de arts bepaalde handelingen niet volledig of niet correct aangeeft, of dat hij het verslag niet opmaakt om aan de controle te ontkomen. Dit is wat men met betrekking tot Nederland heeft gezegd. Anderzijds kan men ook vermoeden dat de arts de neiging zal hebben om nauwkeurig en zonder onderbreking alle beoordelingselementen waarmee hij rekening heeft gehouden te noteren, aangezien hij al deze aanwijzingen moet laten ondertekenen door een ander lid van zijn team.

Alle voorgestelde oplossingen, zowel die van de zes indieners als de voorstellen die tijdens de discussie zijn gedaan, lijken onhaalbaar.

Spreekster vindt dus dat deze voorwaarde geen discussiepunt meer mag vormen.

Het feit dat men het mogelijk zou maken om in te gaan op het verzoek tot levensbeëindiging van patiënten die niet binnen korte termijn zullen overlijden, moet trouwens apart en met veel omzichtigheid besproken worden.

Spreekster besluit met een spreuk: «Mensen die twijfelen, stellen mij gerust». Wij hebben allen het recht sterke overtuigingen te hebben en deze ook luidop te verkondigen. Maar men mag niet negeren wat hele delen van de samenleving die bij het onderwerp betrokken zijn hierover te vertellen hebben; in de vorm van twijfels, angsten en voorstellen. Het is de taak van de verenigde commissies en van de Senaat om dit alles in overweging te nemen.

Spreekster denkt niet dat een consensus tot de mogelijkheden behoort. Men moet echter tot een

s'agit toujours d'apaiser la douleur et donc de soigner tout en abrégant la vie, je crois effectivement qu'il est souhaitable qu'un médecin puisse s'éclairer avant de prendre la décision concernant des soins qui pourraient également raccourcir la survie du malade. Il faut donc selon moi que l'ensemble de l'équipe soignante, aussi bien infirmières que médecins, participe à la discussion au sujet de l'état incurable ou non du patient et que cet état soit si possible confirmé par un autre médecin, que la famille ou des proches soient informés si c'est psychologiquement possible, et puissent donner leur avis.»

En ce qui concerne la question du système de contrôle *a posteriori* obligatoire des euthanasies, l'intervenante pense qu'il faut revoir ce qui était proposé par les six auteurs.

Les médecins ayant pratiqué une euthanasie doivent obligatoirement, mais sous le couvert de l'anonymat, communiquer un document d'enregistrement à la Commission d'évaluation. En cas de doute sur la réunion des conditions légales, la Commission pourrait décider de lever l'anonymat et, le cas échéant, envoyer le dossier au parquet.

On peut craindre que le médecin n'indique pas certaines démarches de manière complète et correcte, voire qu'il ne se conforme pas à l'obligation de rapport pour éviter le contrôle. C'est ce qui a été dit en ce qui concerne notamment la situation aux Pays-Bas. On peut penser aussi que le médecin aura tendance à indiquer minutieusement, (puisque'il doit présenter toutes les indications à la signature d'un autre membre de l'équipe soignante) et de manière continue, tous les éléments d'appréciation dont il aura tenu compte.

Les solutions qui ont été avancées, que ce soit dans la proposition des six auteurs ou au cours du débat, apparaissent toutes impraticables.

L'intervenante estime donc que cette condition devrait être retirée de la proposition.

Par ailleurs, le fait de permettre d'accéder à la demande d'euthanasie de patients dont le décès n'interviendra pas à brève échéance doit faire l'objet d'une approche distincte et certainement entouré de beaucoup de précautions.

Pour terminer, l'intervenante cite une maxime: «Les gens qui doutent me rassurent.» Chacun peut avoir des convictions fortes, et les exprimer de manière affirmative. Mais on ne peut refuser d'entendre ce que des pans entiers de la société intéressés par la question disent et expriment comme doutes, comme craintes et comme propositions. Il est donc du devoir des commissions réunies et du Sénat de les prendre en considération.

L'intervenante ne pense pas qu'un consensus soit possible. Mais il faut arriver à un texte de loi qui soit

wettekst komen die sociaal aanvaardbaar is, meer bepaald voor degenen die hem moeten toepassen en erover moeten oordelen. Die wettekst mag in de samenleving geen angst opwekken, maar instemming. Hij moet bescherming bieden en geen bedreiging vormen.

Dit is wat de fractie van spreekster ertoe heeft aanzegget om met een reeks denksporen naar voren te treden.

*
* *

Een lid stelt vast dat men tijdens de discussie alles al gezegd heeft, maar dat niet iedereen het gezegd heeft.

Spreekster zal dus kort zijn en het hebben over «waardig leven en sterven».

Na alle hoorzittingen stelt men vast dat de voorgestelde teksten er niet toe dienen om euthanasie uit te vinden of in te voeren. Er wordt inderdaad al aan allerlei vormen van levensbeëindiging gedaan.

Het enige doel van de wet is dan ook de huidige praktijken te kunnen controleren.

Het zou beter zijn om niet zomaar een ideologische of filosofische strijd te voeren. Het gaat er immers om:

— een sociale en juridische controle op te bouwen voor de bestaande passieve en actieve vormen van euthanasie die in de Belgische ziekenhuizen worden toegepast;

— eerst en vooral hierover de dialoog tussen de arts en de patiënt, en indien nodig met wie de patiënt nabij staat, te herstellen;

— het hele arsenaal van de palliatieve zorg die menselijkerwijze aan de stervende patiënt kan worden verstrekt, ook toe te passen.

Men dient er zich van bewust te zijn dat er in bijna alle Belgische ziekenhuizen aan levensbeëindiging wordt gedaan, soms zonder instemming van de patiënt en zelfs zonder dat de patiënt of zijn verwanten op de hoogte zijn gebracht. Dit wordt vaak beslist door de arts en uitgevoerd door het verzorgend personeel.

De politici hebben de morele plicht om deze gewoonte niet langer te negeren.

Men vraagt hun al het mogelijke te doen opdat de waardigheid en de vrijheid van de patiënt, zowel wat zijn leven als zijn dood betreft, worden geëerbiedigd.

Men vraagt hun controle uit te oefenen over een handelwijze die, in haar huidige vorm, niemand goedkeuring kan wegdragen.

sociallement acceptable, notamment par ceux qui sont en charge de l'appliquer et de juger. Ce texte doit trouver un écho, non pas de crainte, mais d'adhésion dans la société, parce qu'il apparaîtrait comme une protection et non comme une menace.

C'est ce qui a amené le groupe de l'intervenante à proposer une série de pistes de réflexion.

*
* *

Un membre constate que, durant les débats, tout a été dit, mais que tout le monde ne l'a pas encore dit.

C'est pour cette raison que l'intervenant sera bref dans son intervention, qu'il souhaite intituler «Vivre et mourir dignement».

Après toutes ces auditions, on peut constater que les textes en projet n'inventent ni n'instaurent l'euthanasie, qui est bel et bien pratiquée dans toutes ses formes.

Le seul et unique but serait d'instaurer un contrôle sur la pratique actuelle.

Il serait souhaitable que l'on ne crée pas sous n'importe quelle forme une lutte idéologique ou philosophique. En réalité, il s'agit:

— de créer un contrôle social et juridique sur une pratique existante d'euthanasie passive et active dans les hôpitaux belges;

— en priorité, de rétablir un dialogue entre médecin et patient, et si nécessaire, avec les alliés du patient, sur ce thème;

— d'épuiser tout le potentiel de soins palliatifs qui, selon des considérations humaines, peuvent être accordées au patient mourant.

Il faut être conscient que, dans pratiquement tous les hôpitaux belges, l'euthanasie est pratiquée, en partie sans l'autorisation du patient, et même sans que le patient ou ses proches soient informés, sur décision des médecins et souvent exécutée par le personnel soignant.

Les politiciens ont le devoir moral de ne plus fermer les yeux devant cette pratique.

On exige d'eux qu'ils fassent tout le nécessaire pour que la dignité et la liberté des patients dans leur vie et dans leur mort soit respectée.

On réclame d'eux de faire contrôler une pratique avec laquelle personne ne peut être d'accord dans sa forme actuelle.

In de eerste plaats is zolang de patiënt in leven is alle hulp welkom, of het er nu om gaat hem vrijuit zijn wensen te laten uiten wat het beëindigen van zijn ondraaglijke pijn betreft, dan wel hem waardig te laten sterven met behulp van de palliatieve zorg.

Wanneer men die wensen verkeerd inschat, kan men de waardigheid van de patiënt aantasten of schenden.

De meeste mensen wensen vredig en in huiselijke kring te sterven.

Jammer genoeg kan dit voor een aantal mensen niet. Velen sterven met zeer veel pijn en vaak ook alleen.

Als men de dood door euthanasie als natuurlijk en niet gewelddadig wil beschouwen, moet er echter aan strikte en onweerlegbare criteria worden voldaan, wil de levensbeëindiging niet strafbaar zijn.

Het gaat er dus vooral om de levensbeëindiging op sociaal en juridisch vlak te controleren, maar ook de dialoog tussen arts en patiënt te herstellen, aangezien dit precies de problemen zijn die de clandestiene gebruiken tot op heden hebben gekenmerkt.

De voorstellen van de zes indieners omschrijven duidelijk de houding van de arts ten opzichte van de patiënt. Hij dient de patiënt een beschrijving van diens gezondheidstoestand te geven, hem in te lichten over alle vormen van palliatieve zorg en de mening van een onafhankelijke collega te vragen wat het ongeneeslijke karakter van de ziekte betreft.

Dit alles moet aan de patiënt worden meegedeeld. De arts moet zich ervan vergewissen dat zijn lijden en wanhoop blijven bestaan en dat de patiënt zijn verzoek blijft herhalen. Hiertoe moet hij met de patiënt een dialoog aangaan op een manier die rekening houdt met de evolutie van diens gezondheidstoestand.

De arts moet zich ervan vergewissen dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om met alle personen die hij hierbij wil betrekken, over zijn wens te praten.

Indien de patiënt dit wenst, moet de arts zich met het verplegend personeel en met de naasten van de patiënt onderhouden.

De voorstellen van de zes indieners bemoeien zich niet met de medische deontologie, maar trachten de communicatie tussen de patiënt en zijn arts op een democratische manier te doen verlopen, met de garantie van juridische veiligheid.

De prime d'abord, toute assistance joue un rôle durant la période où le patient est encore en vie, que ce soit pour exprimer librement ses volontés s'il désire qu'il soit mis fin à ses douleurs insupportables, ou pour mourir dignement avec l'aide des soins palliatifs.

Mésestimer cette volonté comporte le danger d'offenser ou de violer la dignité du patient.

La plupart des gens revendiquent une mort paisible dans un entourage intime.

Malheureusement, pour un certain nombre de personnes, ce désir ne se réalise pas. Beaucoup meurent dans d'énormes souffrances, et très souvent seuls.

Reconnaître la mort par euthanasie comme naturelle, et non comme une mort violente, exige des critères rigoureux et irréprochables qui doivent être remplis pour que l'acte soit impuni.

Il s'agit surtout d'amener la pratique de l'euthanasie sous contrôle social et juridique, mais aussi de réinstaurer le dialogue entre patient et médecin parce que cette situation marque précisément la pratique clandestine de ce jour.

Les propositions des six auteurs définissent clairement le comportement du médecin envers le patient. Il doit lui expliquer son image de santé, lui communiquer toutes les possibilités de soins palliatifs, demander conseil à un confrère indépendant concernant le caractère incurable de la maladie.

Tout cela doit être communiqué au patient. Le médecin doit s'assurer si la souffrance et la détresse persistent, et si le patient maintient sa demande. Pour tout cela, il doit dialoguer avec le patient de façon adaptée à l'évolution de l'état de ce dernier.

Le médecin doit s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa volonté avec toutes les personnes de son choix.

Si le patient le désire, le médecin doit s'entretenir avec le personnel soignant et avec les personnes proches du patient.

Les propositions des six auteurs ne s'immiscent pas dans la déontologie médicale, mais s'efforcent de trouver un chemin démocratique entre le patient et le médecin, avec la garantie d'une sécurité juridique.

Dit is de manier waarop de politici het onderwerp en de discussie over de verschillende artikelen moeten benaderen.

*
* *

Een lid stelt met voldoening vast — zoals anderen dat al eerder hebben gedaan — dat er tijdens de hoorzittingen zeer veel verschillende personen aan het woord zijn gekomen en dat die in hun uiteenzettingen en — vaker nog — in hun antwoorden op de vragen van de commissieleden een overvloed aan informatie hebben bezorgd.

Hij denkt ook aan al die mensen wier geschiedenis door de getuigenissen aan het licht is gekomen.

De hoorzittingen hebben zijn dubbel gevoel van vertrouwen en ongerustheid alleen maar kunnen bevestigen.

Hij heeft vertrouwen omdat de hoorzittingen hebben uitgewezen dat men zich geen zorgen hoeft te maken over de kennis, de manier van handelen, de beroepsethiek en de menslievendheid van de medici en hun teams. De wetgever moet duidelijk maken dat hij vertrouwen heeft in die teams en erop toezien dat er geen zwaard van Damocles boven het hoofd hangt van hen die met respect voor de persoon en volgens de regels van de medische praktijk aan bepaalde handelingen meewerken.

Hij is echter ongerust over de gevolgen van de eis tot onmiddellijk rendement die onder sociale en economische druk aan de gezondheidszorg — en trouwens aan de hele samenleving — wordt gesteld. Ongerst ook over het feit dat onvoldoende werk wordt gemaakt van de opleiding in algemene palliatieve zorg, het luisteren naar zieken en stervenden, het begeleiden van de naasten, al zijn er op dat punt wel vorderingen gemaakt, ongerust over het gebrek aan middelen om de algemene en palliatieve zorg toegankelijk te maken voor alle patiënten die er voordeel uit kunnen trekken. Ongerst ten slotte omdat al die factoren van grote invloed zijn op de keuzen die iemand op het einde van zijn leven zal maken.

Wie deze aspecten minimaliseert, sluit zijn ogen voor de werkelijkheid. Iedereen kan zich daar trouwens rekenschap van geven bij een onverwacht bezoek aan een bejaardentehuis « van een lagere categorie ». Uit een recente enquête van de landsbond van socialistische ziekenfondsen, verschenen in hun tijdschrift nr. 37 van januari-februari 2000, blijkt eveneens dat er nogal wat mensen zijn die om sociaal-economische redenen tijdelijk of zelfs definitief afzien van medische verzorging.

C'est dans ce sens que les politiciens doivent aborder le sujet, et la discussion sur les différents articles.

*
* *

Un membre se réjouit, comme d'autres l'ont déjà fait, de la diversité des personnes auditionnées et de la richesse d'informations et d'expériences qui ressort de leurs interventions et souvent, plus encore, des réponses données aux questions des commissaires.

Il pense aussi à toutes les histoires humaines qui ont nourri le contenu des témoignages.

Ces auditions l'ont confirmé dans un double sentiment de confiance et d'inquiétude.

Confiance parce qu'elles ont montré combien on peut être rassuré quant au savoir-faire, aux pratiques et à la conscience professionnelle et humaine de tant de praticiens et d'équipes. Par rapport à ces équipes, le législateur doit pouvoir montrer sa confiance et veiller à ce qu'il n'y ait pas d'épée de Damoclès pesant sur les partenaires d'actes posés dans le plus profond respect des personnes et des bonnes pratiques de l'art de soigner.

Mais inquiétude par rapport aux effets des contraintes socio-économiques de rentabilité immédiate qui pèsent sur les soins de santé comme sur l'ensemble de la société. Inquiétude par rapport aux manques de formation plus généralisée en soins palliatifs globaux, à l'écoute du malade et du mourant, à l'accompagnement des proches, malgré plusieurs avancées, inquiétude quant à l'insuffisance de moyens pour rendre les soins globaux et palliatifs accessibles à tous les patients qui pourraient en bénéficier, et inquiétude quant à l'incidence de ces contraintes et carences sur les choix en fin de vie.

Minimiser ces aspects de la réalité serait verser dans un angélisme qui ne résiste pas à une visite imprévue dans une maison de retraite « bas de gamme », réalité également remise en lumière par l'enquête récente de l'union nationale des mutualités socialistes sur le renoncement temporaire ou définitif aux soins pour des raisons socio-économiques, parue dans le n° 37 de la revue *Renouer* de janvier-février 2000.

1. Continue en palliatieve zorg

Uitbreiding van de continue en palliatieve zorg

Na deze voorafgaande overwegingen wenst spreker eerst in te gaan op de palliatieve zorg, die tijdens de hoorzittingen uitgebreid ter sprake is gekomen. Vandaag de dag lijkt over palliatieve zorg een ruime consensus te bestaan — wat nog bevestigd moet worden door concrete verbintenissen en financiële toezeggingen — en zijn er ook tal van specifieke voorstellen gedaan.

Al in april 1996 stond in de toelichting van het voorstel van resolutie «streckende om informatie te verzamelen en een debat op gang te brengen over de problemen die met het levenseinde te maken hebben» van de heer Lallemand c.s. te lezen dat:

«De ontwikkeling van de palliatieve zorg, of ze nu wordt verstrekt binnen gespecialiseerde eenheden in de ziekenhuizen dan wel ambulante, is ongetwijfeld een aanzienlijke vooruitgang bij de begeleiding van patiënten bij wie alle curatieve behandeling is stopgezet.

Tal van artsen klagen nochtans aan dat de eenheden voor palliatieve zorg niet voldoende uitgerust zijn en dat vele zieken die op het einde van hun leven op passende begeleiding aanspraak zouden moeten kunnen maken, nog steeds aan hun lot worden overgelaten.»

Sommige hoorzittingen hebben trouwens aan het licht gebracht dat de arbeidsomstandigheden van het verplegend personeel er alleen maar op achteruitgegaan zijn wat hun beschikbaarheid voor de patiënten en hun werklast betreft.

Mevrouw Pesleux, directrice van de verpleegafdeling van een groot ziekenhuis, heeft de getuigenis van een verpleegster als volgt onder woorden gebracht (blz. 187):

«Ik kreeg onlangs een verpleegster in mijn bureau die ervoor gekozen had om 's nachts te werken om meer beschikbaar te zijn voor patiënten die een mastectomie hadden ondergaan, dat wil zeggen vrouwen bij wie een borst was afgezet. De verpleegster zei me dat deze vrouwen immers vooral 's nachts angstig waren. Zij vertelde mij dat ze gedurende haar twaalf uren nachtdienst geen tijd had om een kopje koffie te drinken en nog minder om te luisteren naar de patiënten. Zij wou dan ook van dienst veranderen.

Overdag is er meer personeel maar dat moet de patiënten voorbereiden op hun operatie, toezicht houden op de patiënten die geopereerd zijn en bovendien zo'n vijftientig patiënten driemaal per dag eten geven.

1. Soins continus et palliatifs

Développement des soins continus et palliatifs

Après ces considérations préalables, l'intervenant souhaite parler d'abord de l'approche palliative qui a été largement abordée pendant les auditions, qui semble aujourd'hui rassembler un large consensus à confirmer par les engagements concrets et financiers, et qui fait l'objet de propositions spécifiques.

Déjà en avril 1996, dans les développements de leur proposition de résolution «en vue de rassembler des informations et d'organiser un débat sur les problèmes de fin de vie», Roger Lallemand et consorts insistaient sur le fait que:

«Le développement des soins palliatifs, qu'ils soient mis en œuvre au sein d'unités spécialisées dans des hôpitaux ou dispensés de manière ambulatoire, constitue incontestablement un progrès considérable dans l'accompagnement des patients pour lesquels tout traitement curatif a été abandonné.

De nombreux médecins dénoncent pourtant l'insuffisance des unités de soins palliatifs, et l'état d'abandon dans lequel sont encore laissés de nombreux malades qui pourraient, en fin de vie, bénéficier d'un encadrement adéquat.»

Il ressort même de certaines auditions que les conditions de travail du personnel soignant se sont dégradées en ce qui concerne la disponibilité aux patients et la charge de travail.

Mme Pesleux, directrice du département infirmier d'un grand hôpital, rapporte ainsi le témoignage d'une infirmière (p. 187):

«Dernièrement, j'ai reçu dans mon bureau une infirmière qui avait choisi de travailler de nuit pour pouvoir être disponible pour les patientes mastectomisées, c'est à dire qui ont subi une ablation du sein, car c'est la nuit, me disait-elle, que toutes les angoisses se réveillent. Aujourd'hui, durant ses douze heures de nuit, elle n'a même plus le temps de s'arrêter pour prendre une tasse de café et n'a certainement plus le temps de se montrer disponible pour les patientes qui souhaitent se confier. Elle venait me voir pour un changement d'affectation.

Le jour, le personnel est un peu plus nombreux mais il doit, en outre, préparer les futurs opérés, assurer la surveillance postopératoire ou encore arriver à alimenter, par exemple, vingt-cinq patients trois fois par jour.

Hoe kan een patiënt in al dat tumult de tijd krijgen om te sterven, hoe kan zijn familie de rituelen uitvoeren die de dood dragelijk maken? In deze context moeten wij naar de patiënt luisteren: zowel naar de patiënt die geneest en die tegelijk verlangt en vreest om naar huis terug te keren, als naar de patiënt die gaat sterven en die bang is voor de dood.»

(...)

Daarna heeft mevrouw Pesleux de volgende vraag gesteld (blz. 188):

«U begrijpt toch wel dat in deze context de wensen van patiënten soms genegeerd worden, euthanasie gepleegd wordt uit vermoeidheid, overhaaste beslissingen worden genomen, en palliatieve zorg achterwege blijft?»

De huisartsen, onder wie dokter Leroy, die zijn getuigenis gedeeltelijk met gesloten deuren heeft afgelegd, hebben er eveneens op gewezen dat het ontzettend moeilijk is om dag en nacht palliatieve thuiszorg te verstrekken aan patiënten die in een stervensfase verkeren, hoofdzakelijk wegens het tekort aan ziekenoppassers en wegens de kostprijs.

Onlangs hebben degenen die verantwoordelijk zijn voor de openbare ziekenhuizen van het Brusselse Gewest, hun verslag voorgesteld. Daarin stellen zij met voldoening vast dat zij er na jaren van inspanningen en reorganisatie in geslaagd zijn de financiële situatie recht te trekken, maar spreken zij ook de vrees uit dat de kwaliteit van de zorgverlening wegens gebrek aan verplegend personeel zal achteruitgaan.

Er blijkt dus een ruime consensus te bestaan over het belang van de palliatieve zorg en over de noodzaak om die zorg verder uit te breiden en beschikbaar te stellen voor iedereen die dat wenst, zonder dat daarbij financiële, levensbeschouwelijke, geografische of institutionele belemmeringen in de weg mogen staan. Dat neemt echter niet weg dat de wetgever er scherp zal moeten op toezien dat de tekst die hij aanneemt, een reële oplossing aanreikt voor de problemen van de patiënten, hun naasten en het verplegend personeel.

Begripsomschrijving

Tijdens de hoorzittingen is gebleken dat het begrip «palliatieve zorg» nader omschreven dient te worden en dat het misschien beter is te spreken van continue en palliatieve zorg: het gaat hier immers om een *continuum* in de zorg, waarbij vaak wordt overgestapt van curatieve naar palliatieve handelingen zonder dat de zorgverlening aan de patiënt wordt onderbroken. Bovendien moet die zorg zoveel mogelijk geïntegreerd worden in de behandeling van de aandoeningen die

«Au milieu de cette effervescence, comment permettre au patient de prendre le temps de mourir, comment offrir à la famille le luxe d'un rituel qui permet d'appivoiser la mort? C'est dans un tel contexte qu'il nous faut écouter chaque patient: celui qui guérit et espère et craint en même temps le retour à domicile; celui qui se meurt et craint de mourir.»

(...)

Ensuite, Mme Pesleux se fait interrogative (p. 188):

«Dans ce contexte, pouvez-vous comprendre qu'il y ait parfois des demandes de patients qui restent ignorées, des euthanasies par lassitude, des décisions hâtives, des soins palliatif non dispensés?»

Les médecins généralistes dont le docteur Leroy, qui a partiellement témoigné à huis clos, ont également fait état des grandes difficultés rencontrées pour pouvoir assurer des soins palliatifs à domicile jour et nuit, à un patient en fin de vie et cela surtout pour des raisons de disponibilité et de coût des gardes malades.

Dans leur dernier bilan, présenté tout récemment, les responsables du réseau hospitalier public de la Région bruxelloise, tout en se réjouissant d'avoir abouti après des années d'efforts et de réorganisation au redressement de la situation financière, font état de leurs craintes pour la qualité future des soins, à cause de la pénurie de personnel infirmier.

Donc, s'il se dégage un large consensus sur l'importance des soins palliatifs, sur la nécessité de leur développement pour que chacun puisse, s'il le souhaite, y accéder sans barrière financière, philosophique, géographique ou institutionnelle, il reste qu'il faut veiller à ce que le texte législatif que le législateur votera rencontre réellement les problèmes tels qu'ils se posent aux patients, à leurs proches et au personnel soignant.

Problèmes de définition et de concept

Les auditions ont indiqué qu'il fallait préciser le concept de soins palliatifs, qu'il valait mieux utiliser les termes de soins continus et palliatifs; en effet, ceux-ci sont à situer dans un *continuum* de soins passant fréquemment du curatif au palliatif sans discontinuité de soins au patient. De plus, il convient de les concevoir le plus possible intégrés à l'ensemble des soins des diverses affections qui finissent par conduire à un stade palliatif pour éviter, autant que

uiteindelijk tot het palliatieve stadium leiden: het doel daarvan is zoveel mogelijk voorkomen dat de patiënt tijdens zijn laatste levensdagen telkens naar andere afdelingen wordt overgeplaatst en telkens door andere teams wordt verpleegd.

Vanuit zijn eigen ervaring heeft professor Clumeck daar de aandacht op gevestigd (blz. 380):

«Aanvankelijk gebeurde dit op de tast, zonder enige opleiding terzake ... Geleidelijk is gebleken dat deze aanpak, die de autonomie en de waardigheid van de patiënten respecteerde, op «natuurlijke wijze» aansloot bij onze totaalbenadering van de patiënt. Die aanpak beantwoordde zowel aan de noden van de patiënt als aan de vragen van de familie en de verwachtingen van de zorgverstrekkers. In sommige gevallen, waar de permanente verzorging meerdere weken duurde, waren wij genoodzaakt om, wegens de financiële beperktheden van een universitaire intensievezorgafdeling, sommige van onze patiënten over te brengen naar één van de weinige toen bestaande afdelingen voor palliatieve zorg.»

Het is zeer bemoedigend te horen dat er bij de geïntegreerde multidisciplinaire palliatieve aanpak therapeutische vorderingen zijn gemaakt om het fysiek en het psychologisch lijden te verzachten.

Er bestaan middelen die het lijden grotendeels lenigen. Er moet dus voor gezorgd worden dat die middelen voor iedereen beschikbaar zijn.

Concreet betekent dit dat men zowel voor patiënten die thuis verpleegd worden als voor patiënten in bejaardentehuizen een beroep moet kunnen doen op een hooggekwalificeerd multidisciplinair team dat een geïntegreerde palliatieve behandeling kan verstrekken, waarbij niet alleen gedacht mag worden aan intensieve zorg, maar ook aan het voorkomen van nieuw lijden en acute complicaties. Dat is een van de punten waarop de aandacht is gevestigd tijdens het colloquium van 23 juni 2000 naar aanleiding van de ingebruikneming van de kliniek voor ondersteunende en palliatieve zorg van het Instituut Bordet te Brussel.

Complexiteit van het probleem

Om alle misverstanden uit de weg te ruimen omtrent het complexe karakter van de problemen inzake palliatieve zorg waarmee patiënten, familie en verplegers geconfronteerd worden, citeert spreker eerst dokter A. Ronson, verantwoordelijk voor de afdeling psycho-oncologie van de kliniek voor ondersteunende zorg van het Instituut Bordet, en vervolgens dokter Lossignol, verantwoordelijk voor de kliniek voor pijnbestrijding en palliatieve zorg:

Dokter A. Ronson:

«À cet égard, la phase dite palliative, celle où les préoccupations sont focalisées sur le confort du

faire se peut, des transferts et changements d'équipes soignantes lors des derniers jours de vie du patient.

C'est ce qu'a notamment bien fait ressortir de son expérience le professeur Clumeck (p. 380):

«Au début, nous avons tâtonné, nous n'avions aucune formation dans ce domaine (...). Mais il est apparu progressivement que cette approche respectant l'autonomie et la dignité des patients se situait «naturellement» dans le *continuum* de notre prise en charge globale et qu'elle répondait tant aux besoins des patients qu'aux demandes des familles et à l'attente du personnel soignant. Dans certains cas où les soins continus se prolongeaient pendant plusieurs semaines, devant les contraintes financières imposées par une unité universitaire de soins aigus, il nous fallait transférer certains de nos malades dans les rares unités de soins palliatifs existant à l'époque.»

C'était très encourageant d'entendre confirmer les progrès thérapeutiques réalisés en approche palliative pluridisciplinaire intégrée tant pour apaiser les souffrances physiques que psychologiques.

Les capacités de soulager la très grande majorité des souffrances existent. Il faut donc décider d'assurer à tous la possibilité d'y recourir.

Pour y arriver concrètement, il faut, tant à domicile qu'en maison de repos ou à l'hôpital, pouvoir faire appel à une équipe pluridisciplinaire, de haute compétence, capable d'intégrer un ensemble de soins palliatifs parfois intensifs, mais aussi préventifs de nouvelles souffrances et complications aiguës évitables. Cela a encore été bien exposé lors du colloque organisé ce 23 juin 2000 à l'occasion de l'inauguration de l'Unité de soins supportifs et palliatifs de l'Institut Bordet à Bruxelles.

Progrès et complexité des soins continus et palliatifs

Cependant, pour ne pas être mal compris sur la complexité des problématiques de soins palliatifs auxquelles patients, proches et soignants sont confrontés, l'intervenant cite d'abord le docteur A. Ronson, responsable de l'unité de psycho-oncologie de la clinique des soins supportifs de l'Institut Bordet et le Docteur Lossignol, responsable de la clinique de la douleur et des soins palliatifs:

Le docteur A. Ronson:

«À cet égard, la phase dite palliative, celle où les préoccupations sont focalisées sur le confort du

patient et non plus sur le traitement anti-tumoral, se révèle être d'une complexité extrême. En effet, les interactions entre les phénomènes physiques liés à l'évolution de la maladie, effets secondaires de traitements, fonctionnement intrafamilial et symptômes psychologiques doivent inciter à la plus grande attention dans l'interprétation de toutes les situations cliniques. De cette interprétation dépendront les décisions thérapeutiques optimales à mettre en œuvre. »

Ceci explique, par exemple, que le diagnostic de dépression s'avère particulièrement délicat en phase avancée de la maladie cancéreuse. Des symptômes caractéristiques de la dépression, comme la fatigue, le manque d'appétit, les difficultés de concentration, les troubles gastro-intestinaux, peuvent aussi s'inscrire dans le cadre du cancer. Comment les différencier? Comment interpréter des sentiments de désespoir lorsque, précisément, il n'existe plus d'espoir de guérison? Il s'avère en fait que chaque symptôme doit faire l'objet d'une attention toute particulière, afin de permettre à l'équipe soignante dans son ensemble d'avoir une perception globale mais précise de la situation. On comprend donc de ce qui précède que le contexte psychologique s'intègre naturellement à la prise en charge palliative. »

Dokter D. Lossignol :

«Des questions concernant l'initiation ou l'interruption d'un traitement, la nécessité d'une transfusion sanguine en fin de vie, la gestion des conflits familiaux, les demandes d'aide à mourir, les questionnements de l'équipe soignante, la nécessité d'une sédation terminale, les relations entre confrères, ses propres interrogations, sont autant d'éléments complexes qu'il convient pourtant d'aborder avec sérénité. Le Cadre de l'unité autorise tous ces échanges et a déjà permis de résoudre bien des situations qui à première vue apparaissaient insolubles. En outre, la relation de confiance qui s'est forgée au fil des mois entre les membres de l'équipe est le garant d'une pratique médicale respectueuse des idées de tout un chacun.

Chaque situation difficile est débattue en équipe et des réunions à thèmes sont organisées en dehors de tout contexte trop chargé sur le mode émotionnel. Un des éléments majeurs qui guide notre réflexion est que personne ne détient la vérité absolue et que nul ne peut prétendre connaître la solution à tous les problèmes. C'est dans le débat contradictoire que nous enrichissons nos connaissances en matière d'éthique, et c'est bien souvent le patient lui-même qui nous apporte l'élément essentiel de la décision à prendre.

La médecine (re)découvre son humanité. »

Wordt de verzorging zodanig georganiseerd dat de patiënt een behandeling krijgt die zijn individualiteit en zijn levensopvattingen respecteert, dan daalt het aantal euthanasieverzoeken fors en neemt de mogelijkheid toe dat er vóór het overlijden betere relaties

patient et non plus sur le traitement anti-tumoral, se révèle être d'une complexité extrême. En effet, les interactions entre les phénomènes physiques liés à l'évolution de la maladie, effets secondaires de traitements, fonctionnement intrafamilial et symptômes psychologiques doivent inciter à la plus grande attention dans l'interprétation de toutes les situations cliniques. De cette interprétation dépendront les décisions thérapeutiques optimales à mettre en œuvre. »

Ceci explique, par exemple, que le diagnostic de dépression s'avère particulièrement délicat en phase avancée de la maladie cancéreuse. Des symptômes caractéristiques de la dépression, comme la fatigue, le manque d'appétit, les difficultés de concentration, les troubles gastro-intestinaux, peuvent aussi s'inscrire dans le cadre du cancer. Comment les différencier? Comment interpréter des sentiments de désespoir lorsque, précisément, il n'existe plus d'espoir de guérison? Il s'avère en fait que chaque symptôme doit faire l'objet d'une attention toute particulière, afin de permettre à l'équipe soignante dans son ensemble d'avoir une perception globale mais précise de la situation. On comprend donc de ce qui précède que le contexte psychologique s'intègre naturellement à la prise en charge palliative. »

Le docteur D. Lossignol :

«Des questions concernant l'initiation ou l'interruption d'un traitement, la nécessité d'une transfusion sanguine en fin de vie, la gestion des conflits familiaux, les demandes d'aide à mourir, les questionnements de l'équipe soignante, la nécessité d'une sédation terminale, les relations entre confrères, ses propres interrogations, sont autant d'éléments complexes qu'il convient pourtant d'aborder avec sérénité. Le Cadre de l'unité autorise tous ces échanges et a déjà permis de résoudre bien des situations qui à première vue apparaissaient insolubles. En outre, la relation de confiance qui s'est forgée au fil des mois entre les membres de l'équipe est le garant d'une pratique médicale respectueuse des idées de tout un chacun.

Chaque situation difficile est débattue en équipe et des réunions à thèmes sont organisées en dehors de tout contexte trop chargé sur le mode émotionnel. Un des éléments majeurs qui guide notre réflexion est que personne ne détient la vérité absolue et que nul ne peut prétendre connaître la solution à tous les problèmes. C'est dans le débat contradictoire que nous enrichissons nos connaissances en matière d'éthique, et c'est bien souvent le patient lui-même qui nous apporte l'élément essentiel de la décision à prendre.

La médecine (re)découvre son humanité. »

Les soins organisés en vue d'une prise en charge globale du patient dans le respect de son individualité et de ses options de vie, tous les témoignages l'ont confirmé, réduisent donc de façon très significative les demandes persistantes d'euthanasie et favorisent des

tot stand komen, wat voor de patiënt en zijn naasten vaak erg belangrijk is.

Verbeteringen die in de voorstellen aangebracht dienen te worden

1. Om vrijheid en sociale rechtvaardigheid te kunnen garanderen moeten de gebreken worden weg-gewerkt die nog overblijven in de organisatie en de toegankelijkheid van de continue en palliatieve zorg. Dat moet gebeuren vóór er een degelijk onderbouwde euthanasiewetgeving tot stand komt, of althans gelijktijdig daarmee. Spreker wijst erop dat de Franse wet die de toegang tot de palliatieve zorg garandeert, al op 10 juni 1999 in het «*Journal officiel*» verschenen is.

2. Alle patiënten die ervoor in aanmerking komen, dienen dus toegang te krijgen tot continue en palliatieve zorg van hoge kwaliteit en die zorg moet op drie niveaus georganiseerd zijn:

— op het niveau van de eerstelijnszorg moet die zorg geïntegreerd worden in de geneeskunde die bij de zieke thuis en in bejaardentehuizen en rusthuizen verstrekt wordt;

— op het niveau van de tweedelijnszorg moeten gespecialiseerde teams de eerstelijnsvoorzieningen aanvullen door aan het bed van de thuispatiënt intensieve palliatieve zorg te verlenen. Men moet overdag en ook 's nachts een beroep kunnen doen op ziekenoppasdiensten en dit niet alleen tijdens de week maar ook tijdens het weekeinde. De hoorzittingen hebben duidelijk gemaakt dat dit een moeilijk punt blijft, niet alleen wat betreft de kostprijs maar ook wat betreft de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel;

— het derde niveau wordt gevormd door de ziekenhuisdiensten, de multidisciplinaire mobiele teams, de zogeheten «palliatieve bedden», de dagklinieken.

Elk ziekenhuis dient dus te beschikken over een mobiel team voor geïntegreerde palliatieve zorg en in sommige meer gespecialiseerde instellingen moet er een specifieke palliatieve afdeling zijn. De wetsvoorstellen betreffende de palliatieve zorg moeten op dit punt nader uitgewerkt worden.

3. De pluralistische Vlaamse, Waalse en Brusselse federaties voor palliatieve zorg hebben (in februari 2000) voorstellen gedaan voor een evenwichtige uitbreiding van de palliatieve zorg. Die voorstellen vormen een uitstekend uitgangspunt voor het opstellen van het federaal plan betreffende de palliatieve zorg, waarin artikel 5 van het wetsvoorstel van de zes senatoren van de meerderheidspartijen voorziet.

4. Om te garanderen dat alle burgers gelijke toegang krijgen tot de continue en palliatieve zorg, moet

possibilités et avancées relationnelles souvent importantes pour le patient et ses proches avant son décès.

Indications d'améliorations des propositions

1. Il est donc indispensable pour garantir liberté et justice sociale que soient comblées les carences qui persistent dans l'organisation et l'accessibilité pour tous des soins continus et palliatifs de qualité. Cela doit précéder ou au moins être concomitant à une ouverture législative bien cadrée au sujet de l'euthanasie. L'intervenant signale qu'en France, la loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs est déjà parue au *Journal officiel* du 10 juin 1999.

2. Il convient donc de rendre accessibles à tous les patients qui pourraient en bénéficier des soins continus et palliatifs de qualité organisés à trois niveaux :

— au niveau de la 1^{re} ligne, ces soins doivent être intégrés à la médecine à domicile et dans les maisons de repos et résidences du 3^e âge;

— au niveau de la 2^e ligne : les équipes plus spécialisées d'appui à la 1^{re} ligne doivent permettre d'assurer des soins palliatifs plus intensifs au lit du patient à domicile. Coordonné avec ces deux lignes, il faut pouvoir assurer également le recours aux services de garde malade de nuit et de jour, semaine et week-end compris. Les témoignages entendus ont fait clairement état des difficultés persistantes à ce sujet tant en termes de coût que de personnels formés disponibles;

— la 3^e ligne est constituée des services hospitaliers, équipes mobiles multidisciplinaires, lits dits palliatifs, cliniques de jour.

Dans chaque institution hospitalière, il conviendrait donc qu'il y ait une équipe mobile de soins palliatifs intégrés et dans certaines institutions plus spécialisées, une unité de soins palliatifs spécifique. Des précisions à ce sujet devraient être apportées aux propositions sur les soins palliatifs.

3. Pour compléter les dispositifs déjà en place, les propositions des trois fédérations pluralistes flamandes, wallonnes et bruxelloises des soins palliatifs pour un développement harmonieux de ces soins (février 2000) paraissent une des excellentes références pour l'élaboration d'un plan fédéral relatif aux soins palliatifs tel que prévu à l'article 5 de la proposition des six sénateurs membres de la majorité.

4. Pour assurer une égalité entre citoyens, quant à l'accessibilité aux soins continus et palliatifs, leur

die zorg gefinancierd worden door de algemene solidariteitsregeling van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

5. De definitie van «palliatieve patiënt» in artikel 3 van het koninklijk besluit van 2 december 1999 (*Belgisch Staatsblad* van 30 december 1999) «tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994» moet zo snel mogelijk gewijzigd worden. Het 4^o van dat artikel 3 bepaalt immers dat onder «palliatieve patiënt» moet worden verstaan de patiënt «bij wie de prognose van de aandoening(en) slecht is en het overlijden op relatief korte termijn verwacht wordt (levensverwachting meer dan 24 uur en minder dan drie maand)».

Voor de definitie van een palliatieve patiënt die in een stervensfase verkeert, mag men immers niet uitgaan van de levensverwachting aangezien het levens-einde vrij onvoorspelbaar is. Het criterium dat in deze definitie gehanteerd dient te worden, is dus niet in de eerste plaats de prognose in verband met de vermoedelijke tijd die de patiënt nog te leven heeft, maar wel het soort verzorging dat hem, gelet op zijn gezondheidstoestand, gegeven kan worden teneinde zijn lijden te verzachten, zijn comfort te verbeteren en zijn wensen in te willigen.

6. Er moet voor worden gezorgd dat de basisopleiding en de bijscholing die aan het verplegend personeel gegeven wordt, van degelijke kwaliteit is. Nu is het nog altijd zo dat de huisartsen zelf voor hun bijscholing zorgen.

7. De termijnen voor het opstellen, het voorleggen en het uitvoeren van een federaal plan betreffende de palliatieve zorg moeten zo kort mogelijk zijn aangezien dat plan van grote invloed is voor de patiënten, hun naasten en de verpleegkundigen en bovendien een maatschappelijke betekenis heeft: de burgers dienen gerustgesteld te worden omtrent de mogelijkheden en de kwaliteit van palliatieve behandelingen die binnen het bestaande systeem voor gezondheidszorg gegeven worden.

8. Spreker weet niet of de Orde van geneesheren is beïnvloed door de besprekingen in de verenigde commissies, maar het recente standpunt van die orde over de plicht van artsen om hun patiënten voor te lichten sluit nagenoeg volkomen aan bij de formulering van artikel 6 van het wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg van de zes ondertekenaars van de meerderheidspartijen. Binnen onze samenleving zijn er dus ontwikkelingen gaande die wel degelijk in dezelfde richting wijzen.

9. Tijdens de hoorzittingen zijn specialisten inzake palliatieve thuiszorg en palliatieve zorg in ziekenhui-

financement doit être assuré par le système de solidarité général de l'assurance maladie invalidité.

5. Dans l'immédiat, la définition qui est donnée du «patient palliatif» à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 paru au *Moniteur Belge* du 30 décembre 1999 «déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994» doit être modifiée, spécialement en son point 4 qui précise en effet que «le patient palliatif» est celui «pour qui le pronostic de(s) l'affection(s) est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref (espérance de vie de plus de 24 heures et de moins de trois mois)».

En effet, le patient en phase palliative, dans un contexte d'approche de la fin de vie ne peut pas être défini en fonction d'un délai de survie puisque l'échéance de la fin de vie est assez imprévisible et que ce ne sont donc pas des pronostics de durée de survie qui doivent intervenir en premier lieu dans cette définition mais le type de soins dont le patient peut bénéficier en fonction de son état, au mieux de son apaisement, de son confort et de ses demandes.

6. Il faudrait viser à ce qu'un socle de formation de base et continue de qualité suffisante soit assuré au personnel soignant. Actuellement, des généralistes assument bénévolement leur formation continue.

7. Les délais prévus pour l'établissement, la présentation et la réalisation d'un plan fédéral devraient être les plus courts possibles, vu leurs conséquences pour les patients, leurs proches, les soignants et l'importance sociale de rassurer les citoyens au sujet des possibilités et de la qualité des prises en charges palliatives par le système de soins de santé.

8. L'intervenant ne sait pas si les débats des commissions réunies ont influencé ou non les réflexions de l'Ordre des médecins, mais la récente prise de position de cet ordre sur les devoirs d'information du médecin au patient rencontre quasiment la formulation de l'article 6 de la proposition sur les soins palliatifs des six signataires de la majorité. Ce qui indique des évolutions et convergences intéressantes au sein de la société.

9. Si l'on a auditionné des spécialistes des soins palliatifs à domicile et en institution hospitalière, il

zen aan het woord geweest, maar volgens spreker blijft er nog een grijze zone over wat betreft de rusthuizen en bejaardentehuizen. Bij wijze van voorzorg zal men allicht moeten aangeven wat de basiseisen zijn in verband met het aantal personeelsleden en de mogelijkheden van continue en palliatieve zorg in bejaardentehuizen.

10. Tot slot van zijn uiteenzetting wenst spreker te benadrukken dat de hele genees- en verpleegkunde doordrongen moet worden van de menselijke en therapeutische ervaring die de teams voor continue en palliatieve zorg hebben opgebouwd en die door sommigen «de palliatieve cultuur» wordt genoemd. De mythe van de curatieve almacht en de gevoelens van mislukking wanneer de curatieve benadering niets meer vermag, moeten daarom de plaats ruimen voor de goed begrepen en maatschappelijk aanvaarde opvatting dat de geneeskunde niet alleen «de kunst van het genezen» is maar ook «de kunst van het verplegen», zowel preventief als curatief of palliatief. Aangezien herhaaldelijk op het symbolische aspect van een aantal zaken is gewezen, dienen de wetteksten «de kunst van het verplegen» voortaan te koppelen aan «de kunst van het genezen». Kenmerkend voor die «kunst van het verplegen» is dat er voor de verpleegkundigen voldoende garanties zijn en dat de patiënt kan rekenen op respect en luisterbereidheid. Alleen in een dergelijke context kan men denken aan vormen van menswaardig sterven die zoveel als mogelijk in overeenstemming zijn met de opvattingen van de patiënt over leven en dood. Uiteraard moet er ook een passend kader zijn dat voorziet in juridische voorzorgsmaatregelen, deskundigheid, zorgvuldigheid en dat steunt op beginselen als bespreekbaarheid, verantwoordelijkheid en solidariteit.

Uit de hoorzittingen met zowel Nederlandstalige als Franstalige specialisten in de palliatieve zorg is gebleken dat er over al deze punten grote overeenstemming bestaat.

Spreker besluit het deel van zijn uiteenzetting dat betrekking heeft op de continue en palliatieve zorg met een citaat van een vrijwilliger die een patiënt bezoekt:

«Ik kom zachtjes de kamer binnen en stel me voor. Ze opent haar ogen, praat over haar zoon die arts is en niet bij haar kan zijn en zegt me: «Ik ben bang alleen», waarop ik antwoord: «Ik ben ook bang, maar ik blijf bij u. Samen zijn we wellicht minder bang ...».

De patiënte sluit de ogen en houdt mijn hand vast. Na twee uren zegt ze me dat ze zich helemaal kalm voelt, niet meer bang is en rustig zal sterven.»

2. Stervensbegeleiding

Wat de debatten en de hoorzittingen over de eigenlijke euthanasie betreft, verklaart spreker dat zijn

semble à l'intervenant qu'il reste encore une zone d'ombre au sujet des maisons de repos et autres lieux de résidence collective de personnes âgées. Par précaution, des références de bases quant aux normes d'encadrement ou aux possibilités de recours spécialisés aux soins continus et palliatifs de qualité en maison de repos devront sans doute être indiquées.

10. Pour terminer ce qu'il voulait dire dans cette intervention sur les soins continus et palliatifs, l'intervenant souhaite insister sur la nécessité de veiller à ce que la richesse humaine et thérapeutique acquise par l'expérience des équipes de soins continus et palliatifs, ce que certains appellent la culture palliative, imprègne l'ensemble de l'art de guérir et de soigner. Pour cela, le mythe d'une toute puissance curative et les sentiments d'échec quand l'approche curative est dépassée doivent céder la place à une conception bien comprise et socialement admise que la médecine, c'est autant «l'art de soigner» que de guérir, tant au niveau préventif que curatif ou palliatif. Donc, d'autant plus que l'aspect symbolique des choses a été plusieurs fois abordé, il conviendrait dorénavant dans les textes légaux d'associer à l'art de guérir, «l'art de soigner». Car c'est aussi dans cet «art de soigner», avec les garanties suffisantes pour les soignants et avec le respect et l'écoute auxquels a droit le patient, que devraient pouvoir trouver place l'accompagnement de fin de vie et les différentes formes de mort dans la dignité qui correspondent le mieux possible aux options de vie et de mort du patient dans un cadre adéquat de précaution juridique, de compétence, de minutie et d'éthique de discussion, de responsabilité et de solidarité.

De façon générale, sur ces points, on peut trouver beaucoup de convergences dans l'ensemble des auditions des intervenants spécialistes en soins palliatifs tant néerlandophones que francophones.

L'intervenant conclut cette partie sur les soins continus et palliatifs en citant une bénévole qui rentre dans la chambre d'un patient:

«J'entre et lui parle doucement en me présentant. Elle ouvre les yeux, parle de son fils médecin qui ne peut être près d'elle et dit: «J'ai peur toute seule». Je réponds: «J'ai peur aussi, mais je reste près de vous. À deux, on a déjà moins peur, non? ...»

La patiente ferme les yeux et me tient la main. Au bout de deux heures, elle me dit être tout à fait calme. Elle n'a plus peur, dit-elle, et elle va mourir tranquillement.»

2. Accompagnement de fin de vie

Au sujet du débat et des auditions sur «l'euthanasie», l'intervenant confirme qu'en grande

huidig standpunt grotendeels overeenstemt met dat van de voorgaande sprekers.

Het voeren van een debat over het levenseinde, over de verzorging van patiënten die in een stervensfase verkeren, over de euthanasieverzoeken, over het kader waarbinnen oplossingen aangereikt kunnen worden en over de verbetering van het contact en de dialoog tussen patiënten, verplegers en de naaste omgeving, behoort wel degelijk tot de taken van de Senaat als bezinningskamer, die zijn wijsheid (een vernuftige cocktail van twijfel, omzichtigheid en durf) moet aanwenden om de grootste moeilijkheden uit de weg te ruimen.

Spreker acht het ook bijzonder zinvol dat voor dit debat voldoende tijd is uitgetrokken en hij vraagt dat gezocht wordt naar punten van overeenstemming, het wegwerken van tegenstellingen, het volgen van denksporen en het opstellen van teksten die een veel bredere grondslag hebben dan de traditionele levensbeschouwelijke en sociaal-democratische overtuigingen. Om dat te bereiken moet rekening worden gehouden met allerlei ontdekkingen op het gebied van de geneeskunde en de vragen die we ons daarbij moeten stellen, met nieuwe ontwikkelingen in het filosofisch en ethisch denken, met de economische groei. Dit zoeken naar punten van overeenstemming heeft nog een ander doel, namelijk het bewerkstelligen van wat mevrouw Baum «het samengaan van tegenstijdige overtuigingen» heeft genoemd toen zij het had over het handvest van de rechten van de patiënt.

Het zoeken naar punten van overeenstemming, naar een zo ruim mogelijke consensus betekent niet dat iedereen dezelfde denkwijze toegedaan moet zijn. Spreker meent dat deze zoektocht ertoe kan bijdragen dat rekening wordt gehouden met het lijden en de hoop die in de getuigenissen tot uiting zijn gekomen, wat tot gevolg zal hebben dat de teksten die het resultaat zullen zijn van de werkzaamheden van de verenigde commissies, blijf geven van meer menselijkheid.

Uiteraard moeten nog een hele reeks problemen worden opgehelderd en hinderpalen uit de weg geruimd. Spreker wijst erop dat veel van de gebruikte termen onduidelijk blijven en dat de wet niet dezelfde regeling mag treffen voor situaties die verschillende of althans genuanceerde vragen en antwoorden op medisch, ethisch en juridisch vlak oproepen.

Zo bijvoorbeeld medische handelingen die in een terminale fase het levenseinde kunnen bespoedigen of medische handelingen die in een ander stadium van een zware en ongeneeslijke ziekte datzelfde effect kunnen hebben. Andere punten waarop nader moet worden ingegaan, zijn het luisteren naar en het begrijpen van de wensen van de patiënt en dus ook de opleiding van het medisch en verplegend personeel in luis-

partie, son point de vue actuel rejoint celui qu'ont développé de précédents orateurs.

L'ouverture et la conduite d'un débat sur la fin de vie, les soins aux patients en phase terminale, les demandes d'euthanasie, le cadre des réponses à pouvoir y apporter, et les progrès de communication et de dialogue à faire entre patients, soignants et entourage, ressortent bien des missions d'un Sénat, chambre de réflexion où la sagesse, savant cocktail de doutes, de prudence et d'audace devrait déblayer le terrain.

Il paraît réellement utile à l'intervenant d'avoir trouvé un accord pour consacrer le temps nécessaire au développement de ce débat, et il aspire à la recherche des convergences, à la clarification des divergences et à la construction de pistes et de textes sur les bases philosophiques et socio-démocratiques plus larges que celles des clivages traditionnels. Et pour y tendre, il convient de prendre en compte les acquis, questions et risques nouveaux liés aux progrès de la médecine, aux avancées des réflexions philosophiques et éthiques, à la croissance économique. Cette recherche de larges convergences vise aussi à assurer ce que Madame Baum a appelé «la convivialité des convictions conflictuelles» en parlant d'une charte des droits du patient.

Recherche de convergence, de consensus les plus larges possibles ne veut pas dire unanimité. L'intervenant pense que cette recherche donne plus de chance pour que les souffrances et espérances humaines qui ont forgé les témoignages entendus se retrouvent en progrès d'humanité dans les textes qui pourraient résulter des travaux des commissions réunies.

Il reste bien sûr une série de problèmes, sinon des obstacles, à éclaircir et à surmonter. L'intervenant rappelle que beaucoup de termes utilisés prêtent à confusion et que des réalités différentes qui appellent des questionnements et des réponses médicales, éthiques et juridiques différenciées ou nuancées ne devraient pas, à son avis, être traitées sans distinction sur le plan législatif.

Ainsi, les actes médicaux qui sont susceptibles de hâter la fin de vie en phase terminale ou ceux qui provoquent ce même effet à un autre stade d'évolution d'une maladie incurable et grave. Autres questions cruciales qui demandent clarification, celles concernant l'écoute du patient et la compréhension de ses demandes et donc aussi celles de la formation à l'écoute des malades et de leurs proches, à la

terbereidheid, het communiceren met de patiënt en zijn naasten, de garanties die hun geboden kunnen worden.

Spreker heeft reeds gewezen op het complexe karakter van de stervensfase (intense psychische belasting, de problemen die men ervaart om tot uiting te brengen of zelfs om in te zien wat de eigen wensen zijn, ...) terwijl het bewustzijn op dergelijke momenten zeer sterk kan variëren, zoals is opgemerkt door tal van specialisten in palliatieve of intensieve zorg (bijvoorbeeld de voorzitter van de vereniging voor gerontologie en geriatrie die buiten de hoorzittingen door verschillende senatoren is ondervraagd).

In het eerste gedeelte van zijn uiteenzetting heeft spreker gewezen op de moeilijkheid om bij kankerpatiënten de diagnose van depressie te stellen. Bij psychogeriatricie is dat eveneens het geval.

Zelfs bij patiënten zonder ernstige fysieke aandoening is deze diagnose moeilijk te stellen omdat het niet eenvoudig is de complexe eigen wil tot uiting te brengen, mee te delen en te begrijpen.

Om niet in overdreven psychologisme te vervallen neemt spreker niet de term «decodering» over, maar verwijst hij — gelet op het belang van het probleem — naar het genoemde boek van Guy Haarscher «*Le fantôme de la liberté*». Die auteur schrijft:

«Ainsi, la perception directe du «réel» ne peut-elle manquer de se réduire à supposer que l'on y porte une attention suffisante, comme une peau de chagrin: la part de monde que je perçois ici et maintenant n'est «rien» par rapport à l'immensité de l'espace non visible, ou du temps écoulé et à venir; au sein même de cette «tranche» infinitésimale, le caractère et les motivations d'autrui — ce qu'il «est» vraiment, c'est-à-dire le plus important — ne me sont livrés que par des signes partiels et partiels et contradictoires. Comment m'orienter, dès lors, si ce dans quoi je suis tenu d'évoluer se rétrécit à un tel point? Les limites naturelles, celles que m'impose la condition humaine, se rapprochent dangereusement.»

«Les choses s'arrangeront-elles si je me tourne vers moi-même et essaye de faire la clarté sur mes motifs, sur ce que je veux vraiment? La réponse est malheureusement absolument négative: je ne me révèle à moi-même qu'en acte, quand je suis déjà engagé dans la recherche d'orientations.»

«Heureusement, il nous reste la possibilité de jeter une sorte de «pont» entre ce visible (ce peu de réalité vraiment «présente») et l'invisible (l'ailleurs, le passé, l'alter ego). Ce point, c'est l'interprétation. (...). La plupart du temps, le visible, le tangible ou le sensible ne veulent rien dire en eux-mêmes (un visage, l'impression d'un instant, une trace dans la mémoire), mais renvoient à un invisible qui seul leur donne sens et que l'on doit donc, au risque de l'erreur et du malentendu, deviner. Interpréter, c'est jeter un tel

communication avec eux, et aux garanties à leur offrir.

L'intervenant a déjà précédemment abordé la complexité des situations de fin de vie, (charge psychique intense, fréquentes difficultés d'exprimer si pas même de discerner soi-même ses propres volontés, ...) alors qu'à ces moments, l'état de conscience peut varier fortement, comme l'ont rapporté beaucoup d'intervenants spécialistes en soins palliatifs ou intensifs, ainsi que le président de la société de gérontologie et de gériatrie auditionné en parallèle aux séances officielles par plusieurs sénateurs.

Dans la première partie de son intervention, l'intervenant a évoqué les difficultés du diagnostic de dépression chez les patients cancéreux. C'est également vrai en psychogériatrie.

D'ailleurs, même chez ces personnes sans affection physique grave, ce diagnostic peut être très difficile à établir et l'expression d'une volonté propre complexe à élaborer, à communiquer et à comprendre.

Pour éviter de psychologiser excessivement, l'intervenant ne reprend pas le terme de décodage, mais, vu l'importance du problème, il fait référence, comme lors des premières discussions, au livre de Guy Haarscher, *Le fantôme de la liberté*. Cet auteur écrit:

«Ainsi, la perception directe du «réel» ne peut-elle manquer de se réduire à supposer que l'on y porte une attention suffisante, comme une peau de chagrin: la part de monde que je perçois ici et maintenant n'est «rien» par rapport à l'immensité de l'espace non visible, ou du temps écoulé et à venir; au sein même de cette «tranche» infinitésimale, le caractère et les motivations d'autrui — ce qu'il «est» vraiment, c'est-à-dire le plus important — ne me sont livrés que par des signes partiels et partiels et contradictoires. Comment m'orienter, dès lors, si ce dans quoi je suis tenu d'évoluer se rétrécit à un tel point? Les limites naturelles, celles que m'impose la condition humaine, se rapprochent dangereusement.»

«Les choses s'arrangeront-elles si je me tourne vers moi-même et essaye de faire la clarté sur mes motifs, sur ce que je veux vraiment? La réponse est malheureusement absolument négative: je ne me révèle à moi-même qu'en acte, quand je suis déjà engagé dans la recherche d'orientations.»

«Heureusement, il nous reste la possibilité de jeter une sorte de «pont» entre ce visible (ce peu de réalité vraiment «présente») et l'invisible (l'ailleurs, le passé, l'alter ego). Ce point, c'est l'interprétation. (...). La plupart du temps, le visible, le tangible ou le sensible ne veulent rien dire en eux-mêmes (un visage, l'impression d'un instant, une trace dans la mémoire), mais renvoient à un invisible qui seul leur donne sens et que l'on doit donc, au risque de l'erreur et du malentendu, deviner. Interpréter, c'est jeter un tel

«pont» à partir du visible donné mais trivial vers un invisible essentiel mais caché. On conçoit qu'une telle situation, propre à la condition humaine et non pas inventée par des intellectuels pervers, donne aisément le tournis: notre rapport au monde serait-il si précaire, un «presque rien» dont pourtant nos orientations dépendent décisivement?»

«Certains auront alors tendance, si on ne leur apprend pas ce difficile destin d'interprète qui est le leur, à fuir leur commune condition de deux manières opposées.»

«Les paranoïaques fixeront pour ainsi dire l'interprétation, ils auront une fois pour toutes décidé, dans les tréfonds obscurs de leur âme, de toujours comprendre les événements dans le même sens.»

«Le schizophrène, lui, réagit pour ainsi dire à l'inverse. Au lieu d'introduire une cohérence factice dans le réel (en l'interprétant toujours dans le même sens), il flotte parmi les mille interprétations possibles, infiniment ballotté sur les vagues de l'existence, fragmenté, sans identité propre.»

«L'attitude «normale» consiste à se situer, de nouveau, à la bonne distance entre la fausse rationalité paranoïaque et le chaos schizophrénique: tenter d'interpréter les quelques signes dont on dispose pour se forger une image (toujours révisable) du monde, et à toujours chercher d'autres signes qui permettront, avec quelque vraisemblance, de distinguer un sens de l'autre, l'amour de l'indifférence.»

Spreker wil daarmee niet zeggen dat vrijheid onbereikbaar is, maar wel dat het formuleren van een onafhankelijk verzoek als uiting van de vrije wil een ingewikkeld proces kan zijn dat weliswaar moeilijk te begrijpen is, maar dat zeker gestimuleerd wordt door het respect, de aandacht en het geduld van iemand die luistert, die reeds de confrontatie is aangegaan met zijn eigen subjectiviteit en dat ook blijft doen.

De hoorzittingen hebben hem er ook van overtuigd dat het beter is een meer algemene regelgeving betreffende het levenseinde op te stellen en daarbij te verwijzen naar de rechten van de patiënt. Juristen en internisten hebben de aandacht gevestigd op de gevaren van een wetgeving die een regeling zou treffen voor bepaalde situaties en een beperkt aantal medische handelingen betreffende het levenseinde, waardoor al teveel andere situaties en medische handelingen buiten de werkingssfeer van de wet zouden blijven.

Spreker meent vervolgens dat het niet al te moeilijk kan zijn om overeenstemming te bereiken over de voorlichting van de patiënt, wegens het genuanceerde standpunt dat de Orde van geneesheren onlangs heeft ingenomen, alsook over de toestemming en de wilsverklaringen.

«pont» à partir du visible donné mais trivial vers un invisible essentiel mais caché. On conçoit qu'une telle situation, propre à la condition humaine et non pas inventée par des intellectuels pervers, donne aisément le tournis: notre rapport au monde serait-il si précaire, un «presque rien» dont pourtant nos orientations dépendent décisivement?»

«Certains auront alors tendance, si on ne leur apprend pas ce difficile destin d'interprète qui est le leur, à fuir leur commune condition de deux manières opposées.»

«Les paranoïaques fixeront pour ainsi dire l'interprétation, ils auront une fois pour toutes décidé, dans les tréfonds obscurs de leur âme, de toujours comprendre les événements dans le même sens.»

«Le schizophrène, lui, réagit pour ainsi dire à l'inverse. Au lieu d'introduire une cohérence factice dans le réel (en l'interprétant toujours dans le même sens), il flotte parmi les mille interprétations possibles, infiniment ballotté sur les vagues de l'existence, fragmenté, sans identité propre.»

«L'attitude «normale» consiste à se situer, de nouveau, à la bonne distance entre la fausse rationalité paranoïaque et le chaos schizophrénique: tenter d'interpréter les quelques signes dont on dispose pour se forger une image (toujours révisable) du monde, et à toujours chercher d'autres signes qui permettront, avec quelque vraisemblance, de distinguer un sens de l'autre, l'amour de l'indifférence.»

Le propos de l'intervenant n'est pas de dire que la liberté est inaccessible, mais que l'avènement d'une demande autonome par l'expression d'une liberté personnelle fondamentale peut être un processus complexe difficile à comprendre, mais certainement favorisé, stimulé même par l'écoute respectueuse, attentive, patiente, par un autre qui s'est déjà lui-même confronté à sa propre subjectivité et continue à le faire.

Il retire aussi des auditions qu'il vaut mieux une réglementation plus globale sur la fin de vie, en référence aussi aux droits du patient. Les juristes et les internistes ont attiré l'attention sur les risques d'une législation qui réglerait une partie précise et très limitée, en terme de nombre, des situations et actes médicaux de fin de vie en en laissant trop d'autres hors de son champ.

Sur l'information du patient, avec les récentes positions nuancées à ce sujet de l'Ordre des médecins, et sur le consentement et les directives anticipées, l'intervenant ne croit pas non plus qu'il devrait y avoir, *in fine*, de grandes difficultés de convergence.

Ook lijkt vast te staan dat er dat overleg moet zijn met het verplegend team. Na een gedetailleerde getuigenis met gesloten deuren over levensverkortende handelingen was het antwoord op de vraag of het mogelijk was dat daarover geen overleg werd gepleegd, zeer duidelijk: «absoluut niet». Spreker heeft niemand horen pleiten voor een of andere vorm van medebeslissing en de wetgever mag ook geen perken stellen aan de mogelijkheid voor de arts om zich te wenden tot alle collega's en medewerkers wier advies hij dienstig acht voor het nemen van een beslissing. Dat behoort tot de vrijheid van handelen van de arts!

Het advies van een tweede arts staat weliswaar niet ter discussie, maar tijdens de hoorzittingen hebben verschillende sprekers toch verklaard dat dit advies niet alleen betrekking moest hebben op de ongeneeslijke aard van de aandoening maar ook op de vraag of de verzorging wel adequaat is, en dat collegiaal overleg over argumenten voor of tegen een bepaalde beslissing noodzakelijk was. De arts die dat wenst, moet een beroep kunnen doen op een cel die hem bijstaat bij het nemen van een beslissing, maar dat veronderstelt natuurlijk dat dergelijke organen ook bestaan.

Over het belang van sommige vermeldingen in het medisch dossier zal allicht niet getwist worden, maar over andere formaliteiten blijft er verschil van mening bestaan.

Wat de juridische kant van de zaak betreft, is het volgens de huidige wetgeving zo dat alle euthanasiepraktijken illegaal zijn. Toch lijken sommige praktijken ethisch gerechtvaardigd, terwijl andere dat niet zijn.

Hoewel al die praktijken illegaal zijn, worden ze slechts zelden vervolgd. Al kan deze straffeloosheid in sommige gevallen een geluk lijken, toch kan ze niet als algemene regel aanvaard worden, zo niet zou men alle vormen van euthanasie kunnen goedpraten, ook die welke ethisch betwistbaar of ethisch zelfs verwerpelijk zijn. Die laatste praktijken dienen wel vervolgd en berecht te worden.

Daarom lijkt het noodzakelijk duidelijker te omschrijven wat wettelijk is, zodat al wat niet wettelijk is, vervolgd kan worden.

Een meer algemene benadering van de stervensfase lijkt echter de voorkeur te verdienen: een wetgeving die euthanasie zou loskoppelen van andere praktijken met betrekking tot stervensbegeleiding, zal bij de burgers de angst doen toenemen dat de wetgever raakt aan het grondbeginsel dat men niemand mag doden.

Men kan zich er alleen maar over verheugen dat zoveel waarde wordt gehecht aan de bescherming van het leven. De belangrijkste kwestie lijkt niet te zijn of men al dan niet zal raken aan dat verbod om te doden

Le point de vue qu'une concertation avec l'équipe soignante doit se faire a, semble-t-il, été confirmé. Après le témoignage à huis clos plus précis sur des actes hâtant la fin de vie, la réponse à une question de l'intervenant sur la possibilité de ne pas en parler en équipe, a été des plus nettes: «*absoluut niet*». Il n'a entendu personne défendre une forme ou l'autre de codécision et le législateur ne doit pas non plus limiter les possibilités pour le médecin de pouvoir prendre l'avis de tous les collègues et collaborateurs qu'il juge utiles de consulter pour éclairer sa décision. Cela relève de l'autonomie du médecin!

Si l'avis d'un deuxième médecin n'est pas discuté, lors des auditions, plusieurs intervenants ont confirmé que pour eux, cet avis devrait porter non seulement sur le caractère incurable de l'affection, mais également sur l'adéquation des soins en cours, et accepter de discuter confraternellement les arguments décisionnels. Le médecin, s'il le souhaite, doit pouvoir faire appel à une cellule d'aide à la décision, c'est-à-dire que cela suppose que de tels organes d'aide existent.

L'importance des annotations dans le dossier médical ne devrait pas rencontrer beaucoup d'objections, mais les avis restent partagés quant à d'autres formalités.

Au sujet des considérations juridiques, dans l'état actuel du droit, toutes les pratiques d'euthanasie sont illégales. Certaines, pourtant, paraissent éthiquement justifiées, et d'autres ne le sont pas.

Bien que ces pratiques soient illégales, quelles qu'elles soient, elles ne sont que très exceptionnellement poursuivies. Si cette impunité paraît heureuse dans certains cas, on ne peut l'admettre de manière générale, sous peine de couvrir toutes les euthanasies qui sont éthiquement contestables, voire éthiquement condamnables. Ces dernières mériteraient d'être poursuivies et jugées.

À cette fin, il est donc nécessaire, semble-t-il, de définir plus clairement ce qui est légal, afin que ce qui ne l'est pas puisse être poursuivi.

Mais l'adoption d'une approche plus globale de la fin de vie paraît préférable car l'isolement législatif de l'euthanasie, par rapport aux autres pratiques relatives à l'accompagnement de fin de vie, exacerbe la peur des citoyens de voir le législateur toucher à l'interdit fondateur et fondamental de tuer.

Et l'on doit se réjouir de cet attachement à la protection de la vie. La question essentielle, semble-t-il, n'est pas de toucher ou non à l'interdit de tuer — il est évident que le législateur n'entend pas relativiser

— het ligt nogal voor de hand dat de wetgever niet van plan is de waarde van het leven te relativiseren — maar wel hoe men ieders recht op leven zo goed mogelijk kan beschermen, niet alleen vanuit juridisch oogpunt (wanneer kan iemand aangeklaagd worden wegens doodslag, moord, niet bijstaan van een persoon in levensgevaar), maar ook vanuit ethisch oogpunt (iedereen moet de zekerheid hebben dat zijn opvattingen over de zin van zijn eigen leven en over menswaardig sterven gerespecteerd zullen worden).

De wet heeft niet alleen een pedagogisch doel, maar vervult ook een symbolische functie: de wet moet waarden waarover een maatschappelijke consensus bestaat, onder woorden brengen en die waarden in het collectieve bewustzijn prenten. We moeten het leven beschermen maar er tegelijkertijd voor zorgen dat mannen en vrouwen hun waardigheid kunnen bewaren. Beide waarden moeten in de toekomstige wet terug te vinden zijn.

Aangezien er niet alleen moet worden gestreefd naar een waardige dood maar ook naar een waardig levenseinde, lijkt het raadzaam de levensverkortende medische handelingen te situeren binnen het ruimere kader van de stervensbegeleiding.

Spreker meent dat de richtlijnen met betrekking tot stervensbegeleiding bevestigd moeten worden en dat duidelijke en precieze voorschriften betreffende levensverkortende handelingen daar op hun plaats zijn. Er is al vaak genoeg herhaald dat het uit de jurisprudentie en de rechtsleer bekende begrip «noodsituatie» in deze problematiek niet thuishoort.

Een wijziging van het Strafwetboek lijkt niet nodig indien een wet het kader aangeeft waarbinnen men medische handelingen kan verrichten die tot gevolg maar niet tot doel hebben het overlijden te bespoedigen.

Worden deze medische handelingen verricht binnen de context en het kader van de wet, dan zijn ze niet illegaal. Het Strafwetboek bepaalt immers dat er geen misdrijf is wanneer het feit bij wet is toegestaan.

De bepalingen van het Strafwetboek moeten, net als die van andere wetten, in samenhang met elkaar gelezen worden.

Het is dus zeker niet nodig om een nieuwe bepaling in de strafwet in te voegen aangezien er geen misdrijf is wanneer de bedoelde handelingen in overeenstemming zijn met de toekomstige wet. En *a fortiori* kan er geen sprake zijn van doodslag of moord.

Tot slot herinnert spreker aan een citaat van professor Ladrière van de UCL, waarnaar professor Englert van de ULB verwezen heeft:

la valeur que la vie représente — mais bien de savoir comment protéger au mieux le droit de chacun à la vie, non pas seulement sous l'angle juridique (l'incrimination du meurtre, de l'assassinat, de la non-assistance à personne en danger), mais également sous l'angle éthique (la garantie que chacun voie respecter le sens qu'il donne à sa propre vie et à ce qui constitue pour lui une fin de vie digne).

Si la loi a bien une vocation pédagogique, elle remplit également une fonction symbolique: traduire les valeurs qui font lien social, et les inscrire dans la conscience collective. L'on veut tout autant protéger la vie que préserver la dignité des hommes et des femmes. Ces deux valeurs doivent impérativement se retrouver dans la loi que l'on tente d'élaborer.

Dès lors qu'il ne s'agirait pas seulement de préserver la dignité dans la mort mais aussi dans la vie, il paraît plus juste d'envisager les pratiques médicales de nature à hâter le décès dans le cadre plus étendu de l'accompagnement en fin de vie.

L'intervenant pense que la consécration de principes directeurs régissant l'accompagnement en fin de vie s'impose, et que des dispositions claires et précises s'agissant des pratiques de nature à hâter le décès y trouvent naturellement leur place. On a assez dit combien le recours au concept jurisprudentiel et doctrinal de l'état de nécessité ne convenait pas dans cette problématique.

Quant à savoir s'il faut modifier le Code pénal, cela ne paraît pas nécessaire dès lors qu'une loi encadre les pratiques médicales qui ont pour conséquence et non pour fin de hâter le décès.

Ces pratiques dans le contexte et le cadre déjà évoqués rentrent certainement et nécessairement dans le champ de la légalité. Or, le Code pénal lui-même prévoit qu'il n'y a pas d'infraction lorsque le fait était permis par la loi.

Les dispositions du Code pénal, comme celles d'ailleurs de tout autre corps de la loi, doivent se lire conjointement les unes par rapport aux autres.

Il n'y a donc aucune nécessité d'insérer une disposition nouvelle dans la loi pénale, puisqu'il n'y aura pas d'infraction lorsque les pratiques visées seront conformes à la loi à venir. Il ne saurait *a fortiori* y avoir de meurtre ou d'assassinat.

Pour terminer, l'intervenant rappelle la citation, faite par le professeur Englert, de l'ULB, d'un texte du professeur Ladrière, de l'UCL:

«Niemand heeft een monopolie op deskundigheid in ethische zaken. Daarom kan een bezinning over ethische zaken alleen een collectieve onderneming zijn, waarbij verschillende standpunten met elkaar geconfronteerd worden in de hoop dat overeenstemming tot stand komt: het fundamentele geloof in de universaliteit van de rede rechvaardigt deze stelling.»

*
* *

Een lid geeft de volgende uiteenzetting:

1. Context waarbinnen het debat gevoerd wordt

1.1. Euthanasie in andere landen

Hoewel het euthanasievraagstuk in de meeste Europese landen aan de orde is, acht spreekster het toch wenselijk eraan te herinneren dat nog geen enkel land daarover een wet heeft aangenomen, althans niet door terzake de strafwet aan te passen. In Nederland is wel een administratieve regeling aangenomen maar de voorschriften betreffende de melding van euthanasiepraktijken blijken slechts door 40% van de artsen te worden nageleefd. Dat zou ons tot de grootste omzichtigheid moeten aanzetten want we mogen niet te vlug denken dat de Belgische wetgever voor dit vraagstuk een oplossing heeft die andere landen niet gevonden hebben.

Volgens spreekster dienen wij ons hier te houden aan het voorzorgsbeginsel dat ook op andere gebieden wordt toegepast, omdat het hier om een uiterst moeilijke en fundamentele discussie gaat.

1.2. De regeringsverklaring

Het lid wil ook herinneren aan de passage over dit onderwerp in de regeringsverklaring: «In het zoeken naar antwoorden op de ethische vraagstukken en uitdagingen kiest de regering voor een aanpak die breekt met het verleden. In plaats van het debat te duwen in het carcan van de regeringssolidariteit en het zo afhankelijk te maken van een consensus onder meerderheidspartijen, zal het Parlement haar volle verantwoordelijkheid kunnen opnemen en dit op basis van ieders individueel geweten en overtuiging.»

Die uiterst belangrijke zin van de eerste minister zou elke parlamentslid moeten aanzetten om openlijk voor zijn overtuiging en zijn geweten uit te komen.

In deze heikele zaak mag het partijstandpunt niet prevaleren. Spreekster vindt het jammer dat sommi-

«Personne n'a une compétence privilégiée en matière éthique. C'est pourquoi la réflexion éthique ne peut être qu'une entreprise collective où les différents points de vue doivent pouvoir se confronter, dans l'espérance d'une convergence que justifie la croyance fondamentale en l'universalité de la raison.»

*
* *

Un membre donne l'exposé suivant:

1. Rappel du contexte du débat

1.1. Les autres pays et l'euthanasie

L'intervenante ne croit pas inutile de rappeler que si la plupart des pays européens ont abordé le sujet qui occupe depuis quelques mois les commissions réunies, aucun n'a encore légiféré en la matière, du moins en adaptant sa loi pénale en la matière. Seuls les Pays-Bas ont adopté une réglementation de type administratif dont il semble que seulement 40% des médecins suivent les prescriptions en matière de déclaration des euthanasies pratiquées. Cela au moins doit inciter à la plus grande circonspection en la matière et à ne pas croire trop rapidement que le législateur belge aurait à cette question la solution que d'autres n'auraient pas trouvée.

Pourquoi n'appliquerait-on pas ici le principe de précaution que l'on réclame par ailleurs dans d'autres matières? La difficulté et la profondeur du débat justifient, selon l'intervenante, que l'on applique ici aussi ce principe.

1.2. La déclaration gouvernementale

L'intervenante voudrait également rappeler les termes de la déclaration gouvernementale en cette matière: «Dans la recherche de réponses aux questions et défis éthiques, le gouvernement opte pour une approche en rupture avec le passé. Au lieu d'enfermer le débat dans le carcan de la solidarité gouvernementale et de le faire dépendre ainsi d'un consensus parmi les partis de la majorité, le Parlement assumera pleinement ses responsabilités, et ce sur base de la conscience individuelle et de l'intime conviction de chacun.»

Cette phrase dite par le premier ministre paraît très importante aux yeux de l'intervenante, qui estime qu'elle devrait interpeller chaque parlementaire par rapport à sa propre conviction et à sa conscience.

Il ne s'agit donc pas, dans une matière aussi délicate, de faire référence à des positions de parti. L'in-

gen zich geroepen voelen om leden van hun partij die niet «in de pas lopen», tot de orde te roepen.

Dat is de lijn die spreekster heeft gevolgd van bij het begin van de werkzaamheden en dat heeft ze trouwens op 4 december laatstleden al gezegd in haar eerste uiteenzetting op een vergadering met gesloten deuren. Ze heeft toen ook beklemtoond dat haar fractie zich zou houden aan die regel van gewetensvrijheid. In deze kwestie wordt er dus geen partijstandpunt gedicteerd. Volgens haar kan een pluralistische politieke formatie op die manier het bewijs leveren van haar politieke volwassenheid. Zij heeft dan ook samen met andere senatoren een tekst kunnen indienen die een wettelijk kader schept voor de stervensbegeleiding. Volgens de indieners is het op basis van die tekst mogelijk om — over de traditionele politieke en levensbeschouwelijke grenzen heen — een zo ruim mogelijke consensus te bereiken of althans daartoe bij te dragen.

Spreekster is er net als een andere collega van overtuigd dat een regeling alleen dan opportuun en nuttig zal zijn indien ze kan rekenen op een brede maatschappelijke steun, niet alleen bij medici en verpleegkundigen maar ook bij de bevolking en dus ook in het Parlement, met andere woorden een steun die uitstijgt boven de traditionele politieke, levensbeschouwelijke, confessionele of partijdige breuklijnen.

Dit debat moet het mogelijk maken dat ieder parlamentslid zijn eigen geweten kan volgen en zich niet hoeft te schikken naar de ordewoorden van zijn partij.

2. De hoorzittingen

Spreekster wenst al diegenen te danken die bereid gevonden zijn om op de hoorzittingen van de verenigde commissies te komen getuigen van hun ervaringen en persoonlijke opvattingen. Dat was zeker geen gemakkelijke opgave, maar hun getuigenis was onontbeerlijk opdat de senatoren zich ernstig kunnen bezinnen.

De commissies hebben gewild dat het debat openbaar was, wat niet voor de hand lag omdat sommigen meenden dat over dit probleem alles al gezegd was. In haar uiteenzetting op een vergadering met gesloten deuren in december laatstleden heeft zij er al de nadruk gelegd dat in deze materie doorzichtigheid de regel moest zijn. Vergaderingen met gesloten deuren behoren voor haar tot het verleden, zeker in zaken waarin het leven en de dood van eenieder op het spel staan.

De verschillende hoorzittingen hebben volgens haar twee belangrijke resultaten opgeleverd: enerzijds is dit debat een echt maatschappelijk debat geworden omdat de hoorzittingen veel publiciteit

tervenante trouve dommage que certains croient devoir rappeler à l'ordre des membres de leur parti qui ne seraient pas dans «la bonne ligne».

C'est clairement dans cette perspective que l'intervenante se situe depuis le début des travaux. Elle a d'ailleurs eu l'occasion de le souligner dans sa première intervention qui date du 4 décembre dernier (mais à huis clos). Elle a également rappelé à cette occasion que cette règle de la liberté de conscience était aussi la règle de son groupe politique. Il n'y a donc pas de position de parti en cette matière. C'est à ses yeux une preuve de maturité politique de la part d'une formation politique pluraliste et c'est aussi ce qui lui a permis de déposer, avec d'autres sénateurs, un texte visant «un encadrement légal de l'accompagnement de fin de vie» susceptible, aux yeux des auteurs, de réunir, au-delà des clivages politiques et philosophiques traditionnels, un consensus le plus large possible dans une matière aussi délicate, ou à tout le moins d'y contribuer.

L'intervenante se dit convaincue, comme l'a souligné un collègue en terminant son intervention, qu'«une réglementation ne sera opportune et utile qu'à la condition qu'elle repose sur une large assise sociale, tant dans le monde médical et soignant qu'au sein de la population et, partant, sur une large assise parlementaire, en d'autres termes qu'elle dépasse les clivages traditionnels, politiques, philosophiques, confessionnels ou partisans».

Ce débat est un appel à la conscience de chaque parlementaire qui doit se sentir interpellé individuellement, et non pas par rapport à des mots d'ordre de son parti.

2. Les auditions

L'intervenante souhaite, avant même de faire part de ses réflexions à l'issue des auditions auxquelles les commissions réunies ont procédé, remercier ceux et celles qui ont accepté de venir témoigner et de faire part de leurs expériences, de leurs convictions personnelles, et indispensables à la réflexion. Ce n'était pas un exercice facile, il faut en convenir.

Les commissions ont voulu que le débat soit public, ce qui n'était pas gagné d'avance, d'aucuns estimant que tout avait déjà été dit sur la question. Cela n'était pas l'avis de l'intervenante. Lors de son intervention de décembre dernier (à huis clos), elle avait déjà insisté pour que la transparence soit la règle dans un domaine comme celui-là. La politique des huis clos appartient pour elle au passé, et certainement dans une matière comme celle-là, où sont en jeu la vie et la mort de tout un chacun.

Les différentes auditions auxquelles les commissions ont procédé ont eu à ses yeux deux mérites essentiels: d'une part, de donner au débat la dimension d'un véritable débat de société puisqu'une large

hebben gekregen (TV, internet, radio- en tv-interviews, persartikels, ...) en anderzijds werd het mogelijk de realiteit van alledag beter in te schatten en dat geldt voor de verpleegkundigen zowel als voor de patiënten of hun vertegenwoordigers.

Deze discussie hoort immers niet alleen thuis in het Parlement maar moet opengetrokken worden tot een echt maatschappelijk debat dat nog verder gevoerd moet worden.

Vervolgens gaat spreekster in op enkele punten die tijdens de hoorzittingen ter sprake zijn gekomen.

2.1. Onduidelijkheid van de term « euthanasie »

Tijdens de hoorzittingen is gebleken dat niet iedereen aan het woord « euthanasie » dezelfde betekenis geeft en dat er over die term zelfs verwarring bestaat aangezien de letterlijke vertaling uit het Grieks « goede dood » betekent. Wie wil er geen goede dood? Bijgevolg is het de vraag of men kan of moet instemmen met de definitie die het Raadgevend Comité voor bio-ethiek gegeven heeft. Het gebruik van het woord euthanasie levert volgens spreekster vandaag de dag veeleer problemen op dan dat het duidelijkheid schept. Zij acht het echter van essentieel belang dat de verschillende medische handelingen die men aan het einde van iemands leven kan uitvoeren, duidelijk omschreven worden. Dat is niet alleen noodzakelijk voor de artsen en de verpleegkundigen, maar ook voor de patiënten, die moeten weten wat ze kunnen verwachten. Gebeurt dat niet, dan zullen ze zich niet durven laten opnemen in het ziekenhuis, zoals dokter Clumeck heeft opgemerkt.

Spreekster verwijst ook naar wat men dagelijks in de pers kan lezen. Daaruit blijkt duidelijk dat niet iedereen hetzelfde bedoelt met begrippen als euthanasie en staken van verdere medische behandeling en dat zelfs artsen er soms een verschillende betekenis aan geven.

De wetgever moet dus zorgvuldig omspringen met die begrippen en ze zo duidelijk mogelijk in een eventuele wet omschrijven.

2.2. Palliatieve, ondersteunende of continue zorg: een andere benadering van de zieke

Volgens velen is er in de afdelingen en diensten voor palliatieve zorg een andere benadering van de zieke. De heer Siccard, voorzitter van het Franse Comité voor bio-ethiek, heeft tijdens een informele hoorzitting verklaard dat hij in zijn praktijk van traditionele internist veel heeft geleerd van de benadering die in de palliatieve zorg gebruikelijk is.

In ons land is de palliatieve zorg van recente datum: pas tien jaar geleden is er een begin mee

publicité a été donnée aux auditions (TV, internet, interview radio-tv, articles de presse, ...) et d'autre part de permettre de mieux appréhender la réalité de terrain, tant du côté des soignants que du côté des patients ou de leurs représentants.

C'était indispensable dans un tel débat, qui n'appartient pas qu'aux parlementaires, mais qui est un vrai débat de société et doit continuer à l'être.

L'intervenante souligne ensuite quelques points qui sont ressortis des auditions.

2.1. L'équivoque du mot euthanasie

Au travers des différentes auditions, on a pu constater que tous ne donnaient pas à ce mot la même signification et que même ce vocable prêtait à la confusion, tant il est vrai que, traduit du grec, il signifie littéralement « bonne mort ». Qui ne souhaite une bonne mort? Peut-on ou doit-on dès lors se rallier à la définition qu'en a donné le comité de bioéthique? L'utilisation du vocable euthanasie paraît aujourd'hui à l'intervenante plus source de problèmes que de nature à clarifier les concepts. Or, il est essentiel à ses yeux que dans une telle matière, les différents actes médicaux qui peuvent être posés en fin de vie fassent l'objet d'une clarification à la fois aux yeux des médecins et des soignants mais aussi aux yeux des patients qui doivent savoir à quoi s'en tenir, sous peine de craindre l'hospitalisation, comme l'a rappelé le docteur Clumeck.

L'intervenante se réfère aussi à ce qu'elle a pu lire dans la presse chaque jour, et qui montre combien les concepts d'euthanasie, de suspension ou arrêt d'un traitement recouvrent des situations très diverses et que les médecins eux-mêmes y donnent des sens parfois différents.

Il s'agit donc, pour le législateur, d'être extrêmement attentif à ces notions, et de les préciser le plus clairement possible dans une éventuelle loi.

2.2. Les soins palliatifs, supportifs ou continus: une autre approche du malade

Beaucoup ont dit que l'on trouve dans les unités et services de soins palliatifs une autre approche du malade. M. Siccard, président du Comité de bioéthique français, a déclaré, lors de son audition informelle qu'en tant qu'interniste, il avait beaucoup appris, dans son métier de médecin traditionnel, de l'approche développée dans les soins palliatifs, supportifs ou continus.

Le développement des soins palliatifs est encore récent dans notre pays. Il y a à peine dix ans que ceux-

gemaakt. Nu is het nog altijd zo dat die zorg niet voor iedereen beschikbaar is, hoewel die nieuwe algemene benadering van de patiënt onontbeerlijk is in de sterfensfase, hoewel niet alleen dan.

De indieners van de voorliggende wetsvoorstellen hebben eveneens teksten ingediend om in ons land de palliatieve zorg uit te breiden. Tijdens de hoorzittingen hebben de personen die in die sector werken, zowel in palliatieve afdelingen als in mobiele teams, gewezen op het belang van hun algemene benadering van de patiënt — een medische aanpak die typisch is voor de palliatieve zorg — alsook op de behoefte aan geavanceerde technieken op het gebied van pijnbestrijding. Verschillende verklaringen (*cf.* het recente bezoek aan de afdeling voor ondersteunende zorg van het Institut Bordet en de internationale bijdragen van een Franse en een Canadese deskundige) hebben spreekster in haar overtuiging gesterkt dat het belangrijk is:

— toekomstige artsen en verpleegkundigen een opleiding te geven in die medische benadering, die men niet mag reduceren tot verzorging tijdens de sterfensfase. Palliatieve, ondersteunende of voortdurende zorg is meer dan dat, het is een volkomen andere benadering van de patiënt. Er valt veel te leren van wat die teams met de zieken doen, in elk stadium van hun ziekte;

— de artsen bij te brengen dat de geneeskunde haar beperkingen heeft en dat, zelfs al is dat moeilijk te accepteren, het soms beter is een behandeling stop te zetten dan ze nodeloos te rekken;

— ook te spreken van continue zorg omdat, zelfs al is er geen hoop meer op genezing, er nog heel veel voor de patiënt gedaan kan worden. Een behandeling staken en de patiënt voor de rest aan zijn lot overlaten is onaanvaardbaar;

— de verplegende teams in afdelingen voor de behandeling van zware gevallen te steunen. Werken in teamverband is in die gevallen onontbeerlijk. Ook moeten er teams zijn die psychologische steun verlenen, maar dat valt onder de praktische regeling en is geen taak van de wetgever;

— aan artsen pijnbestrijdingstechnieken aan te leren omdat weinigen die technieken al voldoende kennen en hierin vindt men dan ook een verklaring voor de meeste euthanasieverzoeken. Meestal verdwijnen die verzoeken zodra het fysieke lijden verzacht wordt, al kunnen die technieken ook niet alle problemen oplossen.

Bovendien is in dit debat nog maar nauwelijks ingegaan op de medische zorg die artsen bij de zieke thuis verlenen want de meeste aandacht is gegaan naar de praktijk in ziekenhuizen. Over de thuiszorg

ci ont commencé à se mettre en place progressivement. Tout le monde ne peut y avoir accès alors qu'il est évident que ceux-ci constituent une approche nouvelle et indispensable dans la manière de prendre en charge le patient dans sa globalité, particulièrement en fin de vie, mais pas seulement.

Les auteurs des différentes propositions de loi à l'examen ont tous également déposé des textes relatifs au développement des soins palliatifs dans notre pays. Les personnes auditionnées qui travaillent dans ces services, qu'il s'agisse d'unités de soins palliatifs ou d'équipes mobiles, ont souligné l'importance de la prise en charge des patients dans leur globalité — ce qui fait l'originalité de cette approche médicale — tout autant que la nécessité de pouvoir maîtriser les techniques de pointe en matière de contrôle de la douleur. À les avoir entendus dans leur diversité (*cf.* la récente visite à l'unité de soins supportifs de Bordet et les contributions internationales d'un expert français et d'un expert canadien), il est apparu à l'intervenante avec encore plus d'acuité, encore combien il était important:

— de former les futurs médecins et infirmières à cette approche de la médecine que l'on ne doit pas réduire à des soins de fin de vie. Les soins palliatifs, supportifs ou continus, c'est plus que cela, c'est véritablement une autre approche du patient. Tous ont beaucoup à apprendre de ce qui se vit au sein de ces équipes et avec les malades, à chacun des stades de leur maladie;

— d'apprendre aux médecins que leur art a des limites et que même si cela est difficile à accepter, il vaut mieux parfois arrêter un traitement inutile que de s'acharner inutilement;

— de parler de soins continus dans la mesure où, s'il n'y a plus d'espoir de guérison, il y a encore tellement à faire pour le patient. L'abandon thérapeutique n'est jamais acceptable;

— de soutenir les équipes soignantes qui sont dans les unités lourdes et qui sont confrontées à des cas difficiles. Le travail en équipe est dans ces cas indispensable, de même que des équipes de soutien psychologique, ce qui relève de la pratique et non du législatif;

— d'apprendre aux médecins à maîtriser les techniques de lutte contre la douleur, douleur que bien peu maîtrisent encore suffisamment, et qui amène la plupart des demandes d'euthanasie. Celles-ci disparaissent dans la toute grande majorité des cas dès que les douleurs physiques sont maîtrisées, même si ces techniques ne résolvent pas tous les problèmes.

De plus, toute la pratique des médecins à domicile n'est que peu abordé dans le débat, car on s'est centré sur la pratique hospitalière. Il reste beaucoup à dire sur les soins à domicile (*cf.* l'audition du docteur

valt nog heel wat te zeggen (cf. de hoorzitting met dokter Leroy, die erop gewezen heeft dat artsen die zieken thuis behandelen, onder meer moeilijkheden ondervinden om voldoende hoeveelheden morfine te krijgen);

— te garanderen dat iedereen toegang heeft tot palliatieve zorg van hoge kwaliteit door te voorzien in een voldoende gediversifieerd aanbod (afdelingen, mobiele teams en thuiszorg).

In geen geval mogen «euthanasie» en palliatieve zorg tegen elkaar uitgespeeld worden want dan voert men het verkeerde debat en dat heeft zware gevolgen voor de patiënten. Als er één tijdstip en één plaats is waar de solidariteit van onze samenleving tot uiting kan komen, dan is dat volgens spreekster bij het begeleiden van stervende patiënten. Zij vindt dat de hele samenleving die solidariteit verschuldigd is.

2.3. Een centrale plaats voor de patiënt: het handvest voor de rechten van de patiënt

Welke plaats kan de patiënt in het verzorgingsproces nog innemen, vooral op het einde van zijn leven? Hoe wordt er geluisterd naar zijn standpunt en zijn woorden?

Die vraag moet centraal staan nu het euthanasievraagstuk in onze samenleving bespreekbaar geworden is en daarover ook uitspraken zijn gedaan tijdens de hoorzittingen. Tal van sprekers hebben erop gewezen dat de vertechnisering van de geneeskunde een steeds verder gaande medicalisering van het levens-einde tot gevolg heeft, wat er op zijn beurt toe leidt dat de mens zijn eigen sterven steeds meer uit handen moet geven.

Voor sommigen is een euthanasieverzoek als het ware de ultieme manier om opnieuw meester te worden van hun eigen sterven.

Zowel mevrouw Baum als andere sprekers (Van Neste, Bouckenaere, Cosyns, Aubry, Pesleux, ...) hebben gewezen op de noodzaak voor patiënten om opnieuw zeggenschap te krijgen over hun lichaam en hun ziekte.

Daarom pleit het lid voor het opstellen van een handvest voor de rechten van de patiënt. Dit handvest moet — zoals mevrouw Baum heeft gezegd — de patiënt garanderen dat een coherent therapeutisch contract wordt opgesteld met het team dat hem verpleegt, door hem medebeslissingsrecht te geven.

Door te voorzien in patiëntenrechten, onder meer het recht op informatie en het eisen van hun toestemming voor het uitvoeren van medische handelingen, krijgen de patiënten opnieuw inspraak en kan er een echte dialoog met hun arts tot stand komen. Als men echt wil dat de patiënt in zijn totaliteit centraal staat bij medische beslissingen en niet gereduceerd wordt

Leroy, qui a fait état des difficultés rencontrées dans le suivi à domicile, notamment en ce qui concerne l'accès à des quantités suffisantes de morphine);

— de garantir à chacun l'accès à des soins palliatifs de qualité par le développement d'une offre suffisante et diversifiée (unités, équipes mobiles, et pratique à domicile).

Il ne faut en aucun cas opposer «euthanasie» et soins palliatifs. L'on se tromperait de débat dans ce cas et ce serait lourd de conséquence pour les patients. Aux yeux de l'intervenante, s'il y a bien un moment ou un endroit où la solidarité de notre société peut s'exprimer, c'est bien dans l'accompagnement des patients en fin de vie. C'est un devoir de solidarité pour l'ensemble de notre société.

2.3. Une place centrale pour le patient: pour une charte des droits du patient

Quelle est encore la place du patient dans le processus de soins, particulièrement lorsque celui-ci est en fin de vie? Comment son point de vue, sa parole sont-ils entendus?

Que ce soit au niveau de l'ouverture même du débat sur la question de l'euthanasie au sein de notre société, ou des réflexions faites par plusieurs des intervenants lors des auditions, cette question est centrale dans le débat. Comme l'ont souligné beaucoup d'intervenants, la technicisation de la médecine a eu pour effet de médicaliser de plus en plus la fin de vie, et par là, a eu pour résultat de déposséder de plus en plus la personne de sa propre mort.

La demande d'euthanasie constitue en quelque sorte pour certains une manière ultime de pouvoir se réappropriier leur propre mort.

Que ce soit Mme Mylène Baum ou d'autres intervenants (Van Neste, Bouckenaere, Cosyns, Aubry, Pesleux, ...), tous ont insisté sur cette nécessaire réappropriation par le sujet-patient de sa propre parole sur son corps et sa maladie.

C'est la raison pour laquelle l'intervenante plaide, comme ils l'ont fait, pour le développement d'une charte des droits du patient, qui aurait, pour reprendre les mots de Mme Baum, «pour fonction d'assurer à ce dernier (le patient) l'établissement d'un contrat thérapeutique cohérent avec son équipe soignante en faisant de lui un partenaire de la décision.»

Aux yeux de l'intervenante, donner aux patients des droits qui doivent se traduire notamment par un droit à l'information ainsi que par la nécessité d'obtenir son consentement pour les actes médicaux dont il est l'objet, revient à rendre la parole au patient et à lui permettre de nouer un véritable dialogue avec son médecin. Si l'on veut véritablement permettre au

tot een orgaan dat behandeld moet worden, is het van fundamenteel belang dat hij recht heeft op informatie en dat zijn toestemming vereist is.

2.4. *Ambivalentie van de verzoeken*

De meeste sprekers hebben er ook op gewezen dat euthanasieverzoeken ambivalent zijn en dat er aandachtig naar geluisterd dient te worden. Zoals andere collega's spreekt het lid liever van «luisteren naar de verzoeken» dan van «de verzoeken decoderen» omdat dit in de ogen van sommigen neerkomt op een nieuwe machtsovername van de patiënt door het team. Luisteren naar betekent horen wat er achter een dergelijk verzoek schuilgaat. Daarvoor moet men veel aandacht kunnen opbrengen en vooral de patiënt kennen en weten wat die heeft meegemaakt. Echt luisteren naar een patiënt die in een stervensfase verkeert, komt erop neer dat men — om de woorden van een van de sprekers te gebruiken — alles wat een patiënt zegt, in elkaar schuift zoals de stukjes van een puzzel en op die manier inzicht krijgt in het geheel.

Alleen echt teamwerk maakt zo'n benadering mogelijk. Het lid stelt met voldoening vast dat dit soort teamwerk vandaag de dag de regel blijkt te zijn, althans voor de allermoeilijkste beslissingen. Veeleer dan er bevreesd voor te zijn, moet men dat soort teamwerk aanmoedigen omdat het zowel voor de verplegers als voor de patiënt en zijn naaste omgeving onontbeerlijk is.

2.5. *De wet en de dagelijkse praktijk*

Het lid vindt het ook opmerkelijk dat veel sprekers uit de medische sector, artsen zowel als verpleegkundigen, concrete voorbeelden uit de dagelijkse praktijk gegeven hebben.

2.5.1. *Complexe situaties*

Het is duidelijk dat stervenssituaties niet eenduidig zijn. In diensten voor intensieve zorg, oncologie, pediatrie, interne geneeskunde, ... moeten medische beslissingen van zeer verschillende aard genomen worden, is er niet altijd dezelfde urgentie, varieert de toestand van de patiënten (al dan niet bij bewustzijn). Het is dus uiterst moeilijk om het complexe karakter van al die situaties in een wettekst te persen.

2.5.2. *De mensen uit de praktijk zijn niet klaar voor een dergelijke wet*

Verscheidene sprekers hebben ook gewezen op de dagelijkse praktijk in de ziekenhuizen en op de omstandigheden waarin artsen en verpleegkundigen moeten werken. Er wordt weinig tijd uitgetrokken voor het luisteren naar patiënten. Doeltreffendheid en

patient d'être au coeur de la décision médicale dans sa globalité, et qu'il ne soit pas réduit à un un organe à soigner, lui donner le droit à l'information et au consentement est fondamental.

2.4. *L'ambivalence des demandes*

La plupart des intervenants ont aussi souligné l'ambivalence des demandes d'euthanasie, et le fait que celles-ci devaient être écoutées avec beaucoup d'attention. L'intervenante préfère, comme certains collègues, parler d'écoute de la demande plutôt que de parler de décoder la demande, ce qui pourrait paraître aux yeux de certains comme une nouvelle prise de pouvoir d'une équipe sur le patient. Écouter, cela veut dire entendre ce qu'il y a derrière une telle demande. Cela nécessite beaucoup d'attention, et surtout une bonne connaissance du patient et de son vécu. Comme l'a dit un intervenant, mettre bout à bout les différentes paroles d'un malade comme les différentes parties d'un puzzle qui seul permet de comprendre l'ensemble, telle devrait être la véritable écoute des patients en fin de vie.

Seul un véritable travail en équipe permet une telle approche. L'intervenante se réjouit de ce qu'il semble bien que ce travail d'équipe soit aujourd'hui la règle, en tout cas pour les décisions les plus difficiles. Plutôt que de le craindre, il faut au contraire l'encourager, parce qu'il est indispensable, tant pour les soignants que pour le patient et les proches.

2.5. *La loi et les réalités de terrain*

Le rappel concret à la réalité de terrain par beaucoup d'intervenants du monde médical, qu'ils soient médecins ou infirmières, a également frappé l'intervenante.

2.5.1. *La complexité des situations*

On a pu se rendre compte de la complexité des situations que l'on peut rencontrer en fin de vie. Que l'on soit dans un service de soins intensifs, en oncologie, en pédiatrie ou en médecine interne ..., la nature des décisions médicales à prendre est très différente, l'urgence n'est pas toujours la même, la situation des patients (conscients et inconscients) variable. Il est donc très difficile de réduire, dans un texte de loi, la complexité de toutes ces situations.

2.5.2. *Les praticiens de terrain ne sont pas prêts pour une telle loi*

Plusieurs intervenants ont également souligné la réalité du monde hospitalier et les conditions dans lesquelles médecins et infirmières doivent travailler. Peu de place est réservée à l'écoute des patients. Ce sont les notions d'efficacité et de rentabilité qui

rendement krijgen al te vaak voorrang. Velen hebben ook de nadruk gelegd op de permanente stress waaronder verplegers moeten werken, vooral op zware afdelingen, wat *burn out* tot gevolg heeft.

De wetgever dient dan ook op zijn hoede te zijn voor dit aspect van de zaak en voor de neveneffecten van een wetgeving die niet aansluit bij de dagelijkse praktijk. Men moet zich houden aan het voorzorgsbeginsel, waarnaar eerder is verwezen.

2.5.3. De plaats van de zwakste en kwetsbaarste patiënten

Zowel vertegenwoordigers van de Alzheimerpatiënten als vertegenwoordigers van de geesteszieken en gerieters hebben gewaarschuwd voor de negatieve gevolgen van een wet die geen rekening houdt met de specifieke situatie van die personen of van de zwakkeren in het algemeen, die juist wegens hun kwetsbaarheid of hun broosheid onder druk kunnen komen te staan of zich overbodig voelen in een samenleving die alleen waarde hecht aan jeugd en succes. Ook hier geldt de solidariteitsplicht.

3. Beginselen die aan een wettelijke regeling ten grondslag moeten liggen

Om deze netelige kwestie wettelijk te kunnen regelen — en men kan zich afvragen of het wel mogelijk is hiervoor een goede wettelijke regeling te ontwerpen — dient men eerst een aantal beginselen te bepalen.

Voor de bijdrage die het lid na de hoorzittingen samen met andere collega's heeft willen leveren, verwijst zij naar de uitvoerige en opmerkelijke uiteenzetting van een vorige spreker.

Spreekster wenst vooral de nadruk te leggen op de wijze waarop een wettelijke regeling van dit probleem aangepakt dient te worden.

3.1. Het Franse comité voor bio-ethiek

Spreekster vindt het jammer dat niet alle leden van de verenigde commissies de vergadering met de voorzitter van het Franse comité voor bio-ethiek hebben bijgewoond. De collega's die wel aanwezig waren, waren allen sterk onder de indruk van zijn benadering van het probleem.

Het advies dat het Franse comité voor bio-ethiek in januari 2000 heeft uitgebracht, is in meer dan een opzicht interessant, vooral omdat het om een eenparig advies ging: alle leden bleken bereid een stap in elkaars richting te zetten. In een pluralistische samenleving moet men elkaar immers kunnen vinden in het verdedigen van gemeenschappelijke waarden als een

priment trop souvent. Beaucoup ont également souligné le stress permanent auquel sont soumis les soignants, en particulier les unités lourdes, et qui provoque ce que l'on appelle le « *burn out* ».

Il s'agit d'une question qui est posée au législateur. Celui-ci doit être attentif à cet aspect de choses, et aux effets secondaires d'une législation qui ne serait pas en phase avec la réalité du terrain. Il y a lieu de s'en tenir au principe de précaution, déjà évoqué.

2.5.3. La place des patients les plus faibles et les plus vulnérables

Que ce soient les représentants des patients Alzheimer, ou des malades mentaux, ou les géatriers, pour ne citer que ceux-là, tous ont mis en garde contre les effets négatifs d'une loi qui ne prendrait pas en compte la situation spécifique, la fragilité de ces personnes ou des plus faibles en général, qui, en raison même de leur vulnérabilité ou de leur fragilité, pourraient faire l'objet de pressions ou se sentir de trop dans une société qui ne valorise que la jeunesse et la réussite. Le devoir de solidarité, ici aussi, est essentiel.

3. Lignes de conduite pour une réglementation

Lorsqu'on tente de légiférer dans une matière aussi délicate — et même si l'on peut toujours se poser la question de savoir s'il y a véritablement moyen de bien légiférer dans ce domaine — il faut définir un certain nombre de principes.

Pour ce qui concerne la contribution qu'avec d'autres collègues, l'intervenante a voulu faire, à l'issue des auditions, elle renvoie à l'explicitation très approfondie et remarquable d'un précédent orateur.

Pour sa part, l'intervenante souhaite insister sur la manière dont, selon elle, il faut aborder le problème dans la perspective d'une réglementation.

3.1. Le comité de bioéthique français

L'intervenante regrette vivement que tous les membres des commissions réunies n'aient pas estimé utile d'entendre le président du Comité de bioéthique français, suite à l'avis que celui-ci a rendu en janvier de cette année. Les collègues qui ont procédé à son audition ont tous été impressionnés par son approche du problème.

Le travail qu'a fait le Comité français est intéressant à plusieurs titres, mais surtout parce que l'avis rendu le fut à l'unanimité des membres. Chacun a accepté de faire un pas vers l'autre dans le cadre d'une société pluraliste où tous peuvent se rejoindre sur des valeurs communes à défendre sur un sujet aussi délicat que celui-là. Cela ne signifie pas que l'on aban-

netelige kwestie ter discussie staat. Dat betekent niet dat men afstand doet van datgene waarin men gelooft, maar wel dat men op zoek gaat naar datgene wat een toenadering kan teweegbrengen zonder dat ieders overtuiging daarbij in het gedrang komt.

«Een solidair engagement maakt van euthanasie een uitzondering» is de titel van punt 4 van het Franse advies. Die titel maakt duidelijk welke logica in het Franse advies is gevolgd. Spreekster leest enkele passages voor die zij van essentieel belang acht:

«Het Comité vindt dat de mogelijkheid om van een derde te vragen dat hij een einde maakt aan een leven, geen opeisbaar recht is. Het verbod op moord blijft een fundamentele waarde, en dat geldt ook voor het streven naar een betere levenskwaliteit voor eenieder.

De armzalige opvatting waarin de maatschappij wordt beschouwd als een som van individuele contracten voldoet niet, vooral niet wanneer ze wordt toegepast op de zorgsector, omdat de verzorger dan alleen nog als een dienstverlener zou worden beschouwd. Wat op principieel vlak en zuiver rationeel gezien onaanvaardbaar lijkt, kan begrijpelijk worden als het vanuit de menselijke solidariteit en met mededogen wordt bekeken. Wanneer men geconfronteerd wordt met ellendige situaties, waar alle medische hoop vervlogen is en het lijden werkelijk ondraaglijk wordt, blijkt steeds opnieuw dat de mens boven de regels staat en dat liefdevolle zorg soms het enige middel is om samen het hoofd te bieden aan het onvermijdelijke. Deze houding is die van het solidaire engagement.

(...) Dergelijke vreselijke situaties moeten mededogen en bezorgdheid oproepen. Deze begrippen kunnen natuurlijk op een paternalistische manier geïnterpreteerd worden, als een smeekbede om medelijden of erbarmen. Maar wanneer ze gepaard gaan met eerbied en een streven naar een waarachtige relatie tussen evenwaardige partners, zetten mededogen en bezorgdheid aan tot menselijkheid, gevoeligheid en solidariteit.

Zij overschrijden dan de moraal en de eisen daarvan, en bieden onvermoede mogelijkheden gebaseerd op een gedeelde menselijkheid.

Deze mogelijkheden die uitzonderlijk moeten blijven, draaien om de concepten toestemmen en toestemming.

Het semantische veld achter deze termen bestaat uit drie essentiële elementen die het solidaire engagement — dat per definitie slaat op meerdere mensen die een gezamenlijke strijd leveren — een specifieke betekenis geven:

1) toestemmen is uiteraard zijn toestemming geven of gegeven hebben. Dat geldt voor mensen die hun toestand kunnen of hebben kunnen beoordelen en hun wil hebben kunnen uiten;

donne ce à quoi on croit, mais bien que l'on recherche ce qui peut rapprocher les uns et les autres dans le respect des convictions de chacun.

«Engagement solidaire et exception d'euthanasie», tel est le titre du point 4 de cet avis. Il reflète bien la logique suivie par le Comité. L'intervenante en lit quelques passages qu'elle juge essentiels:

«Le Comité renonce à considérer comme un droit dont on pourrait se prévaloir la possibilité d'exiger d'un tiers qu'il mette fin à une vie. La valeur de l'interdit du meurtre demeure fondatrice, de même que l'appel à tout mettre en oeuvre pour améliorer la qualité de la vie des individus.

Par ailleurs, la perspective qui ne verrait dans la société qu'une addition de contrats individuels se révèle trop courte, notamment en matière de soins, là où le soignant ne serait plus considéré que comme un prestataire de services. Mais ce qui ne saurait être accepté au plan des principes et de la raison discursive, la solidarité humaine et la compassion peuvent le faire leur. Face à certaines détresses, lorsque tout espoir thérapeutique est vain, et que la souffrance se révèle insupportable, on peut se trouver conduit à prendre en considération le fait que l'être humain surpasse la règle, et que la simple sollicitude se révèle parfois le dernier moyen de faire face ensemble à l'inéluctable. Cette position peut être alors qualifiée d'engagement solidaire.

(...) De telles détresses appellent la compassion et la sollicitude. Certes, ces termes peuvent être compris, de façon paternaliste, comme sollicitant la pitié ou la commisération, mais conjuguées avec le respect, et marquées par la recherche d'une relation partenariale authentique, compassion et sollicitude incitent à l'humanité, à la sensibilité, à la solidarité.

Dépassant le seul registre du droit moral et de la revendication, elles marquent des ouvertures inédites autorisées par le partage d'une commune condition.

Ces ouvertures exceptionnelles s'articulent autour de la notion de consentir et de consentement.

Le champ sémantique ouvert par ces termes comporte en effet trois éléments décisifs qui structurent l'engagement solidaire dans lequel, par définition, il y va de plusieurs personnes prises dans un commun combat dans un sens spécifique et précis:

1) consentir, c'est évidemment donner ou avoir donné son consentement. Tel est le cas de personnes pouvant ou ayant pu participer à l'évaluation de leur état et exprimer leur volonté;

2) toestemmen is ook instemmen, aanvaarden dat iets gebeurt, iets niet tegen elke prijs willen beletten wanneer de uitkomst hoe dan ook onvermijdelijk is. Als de dood, het levenseinde, het einde van de strijd naderen, bestaat de waardigste houding dan niet in het confronteren en aanvaarden van de fatale afloop, veeleer dan de waarheid te verdoezelen of ervoor te vluchten?

3) toestemmen is ten slotte ook meevoelen, zich engageren in een proces waarvan de ideale uitkomst een vorm van consensus is. De eventuele beslissing om euthanaserend te handelen, zou geen eenzijdige of arbitraire daad mogen zijn, maar het resultaat van een gezamenlijke en voorzichtige zoektocht, van een eendrachtige bezinning in een team en in een omgeving die erin toestemt om in een uitzonderlijke situatie voor de minst slechte oplossing te kiezen.»

Mevrouw Mylène Baum zegt niets anders wanneer zij opmerkt: «Ik wil benadrukken dat extreme standpunten, of ze nu het absolute principe van de autonomie of het absolute principe van de onschendbaarheid van het leven verdedigen, van nature totalitair zijn. Ze weigeren elk debat en kunnen enkel verdedigd worden met gezagsargumenten of het opeisen van een recht.

De vraag hoe we willen sterven betreft echter elke burger persoonlijk en vereist een openbaar debat dat niet naar de juiste oplossing moet zoeken maar naar de minst slechte voor iedereen, een oplossing die niet radicaal maar op een rechtvaardige manier goed zal zijn. De geëiste vrijheid moet dus een vrijheid inhouden met gedeelde verantwoordelijkheid tussen arts en patiënt, wat volgens mij het tegendeel is van een verwatering van de verantwoordelijkheid (een verwijt dat men de beslissingsondersteunende cellen gemaakt heeft), omdat we met een charter van de rechten van de patiënt overstappen op een contractueel model en we op die manier zowel aan het paternalistische model als aan het model van de willekeurige beslissing ontsnappen. We kunnen onze morele overtuigingen enkel beargumenteren op het vlak van een existentiële ervaring die ons eigen is maar die niettemin gecontextualiseerd is. Minimale normen zullen rekening moeten houden met de eigenheid van de kwetsbare patiënten om te voorkomen dat we hen uitsluiten van het openbare debat omdat hun leven «niets waard is».

Het conflict dat het subjectieve recht tegenover het publiek recht stelt, moet dus opgelost worden via een derde weg.

Men kan niet beweren pluralistisch te zijn en tegelijkertijd minachting hebben voor het relativiseren van de autonomie door andere waarden, bijvoorbeeld de kwetsbaarheid van de patiënt. Het gaat hier niet om een debat tussen individu en gemeenschap, want zoals Sartre zei: «Alleen kan men niet vrij zijn.»

2) consentir, c'est acquiescer, accepter qu'une chose se fasse, ne pas s'entêter à l'empêcher quand, de toute manière, l'issue en paraît inéluctable. Face à la proximité d'une mort, en fin de vie, au bout du combat, le moyen le plus digne d'agir ne consiste-t-il pas à ne pas masquer ou fuir l'issue fatale, mais à lui faire face, et donc à y consentir;

3) consentir, c'est enfin sentir avec, s'engager dans un processus dont la finalité idéale est de l'ordre du consensus. Les éventuelles décisions d'acte euthanasique ne devraient pas se présenter comme des actes solitaires et plus ou moins arbitraires, mais comme le fruit de recherches tâtonnantes et communes, produit d'une réflexion aussi consensuelle que possible, au sein d'une équipe et d'un entourage consentant à mettre en œuvre la moins mauvaise solution face à une situation extrême.»

Mme Mylène Baum ne dit pas autre chose lorsqu'elle souligne: «Je voulais souligner que les positions extrêmes, qu'elles défendent le principe absolu de l'autonomie ou le principe absolu de la sacralité de la vie sont par nature totalitaires. Elles refusent la délibération et ne peuvent être défendues que par des arguments d'autorité ou la revendication d'un droit.

Mais la question du comment nous voulons mourir concerne chaque citoyen privé et exige un débat public qui ne devra pas chercher la bonne solution mais la moins mauvaise pour chacun, une solution qui ne serait pas radicalement bonne mais justement bonne. La revendication de la liberté devrait dès lors être celle d'une liberté coresponsable entre médecin et patient, ce qui est pour moi le contraire d'une dilution de la responsabilité, accusation que l'on a faite aux cellules d'aide à la décision, car nous passerions, avec une charte des droits du patient, à un modèle contractuel et nous échapperions à la fois au modèle paternaliste et au modèle arbitraire de décision. Nous ne pouvons argumenter nos convictions morales qu'au niveau d'une expérience existentielle qui nous est propre mais néanmoins contextualisée. Des normes minimales devront tenir compte de la spécificité des patients vulnérables sous peine de les exclure du débat public, parce que leur vie «ne vaut rien».

Le conflit qui oppose le droit subjectif au droit public doit donc se résoudre par une troisième voie.

On ne peut prétendre être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la vulnérabilité du patient par exemple. Il ne s'agit pas d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre «On ne peut être libre seul».

Deze benadering, die de patiënt centraal stelt bij de besluitvorming en hem rechten verleent waardoor hij medebeslissingsrecht krijgt, is van essentieel belang bij het opstellen van een eventuele regelgeving.

3.2. Rekening houden met de dagelijkse praktijk, dat wil zeggen met de specificiteit van de medische en de ziekenhuissector

Het lid verwijst naar de uiteenzetting van een vorige spreker die nader is ingegaan op de hoorzitting met professor Dalcq over dit onderwerp. Zij meent dat de benadering die ten grondslag ligt aan het wetsvoorstel dat zij heeft medeondertekend, aansluit bij wat artsen meemaken ten opzichte van het strafrecht.

Zij geeft er de voorkeur aan niet te raken aan de strafwet en regels voor de begeleiding van stervenden op te stellen waarin euthanasie een uitzondering blijft.

Stervensbegeleiding houdt in dat het om terminale patiënten moet gaan en dat meer aandacht gaat naar de mensen die in de praktijk staan, met andere woorden dat het verplegend team een belangrijker rol te spelen krijgt en bij de medische discussies betrokken wordt.

3.3. De patiënt staat centraal

De patiënt moet centraal staan in het stervensproces, dat wil zeggen dat hij informatie krijgt, dat zijn toestemming gevraagd wordt en dat naar zijn verzoek geluisterd wordt. Dat heeft onder meer tot gevolg dat een eventuele voorafgaande wilsverklaring een van de elementen kan zijn om te bepalen wat de patiënt wenst, mocht hij niet meer in staat zijn zijn wil kenbaar te maken.

3.4. Het medisch dossier als controlemiddel

De ervaring in Nederland wijst uit dat een externe regeling niet kan werken.

De enige echte manier om na te gaan of niet is gehandeld in strijd met de regelgeving, is het bijhouden van een medisch dossier waarin alle handelingen worden opgetekend zodat het een sleutelrol kan vervullen bij eventuele controles.

3.5. Thuiszorg en zorg in bejaardentehuizen

Geen van de wetsvoorstellen schenkt aandacht aan de specifieke situatie van de arts die patiënten thuis verzorgt (medisch team, begeleiding, entourage, hulp bij het nemen van beslissingen, ...). Die arts staat er alleen voor en dat is ook het geval met artsen in bejaardentehuizen.

Cette approche, qui met le patient au centre de la décision, et lui confère des droits qui lui permettent d'être partenaire d'une décision, est essentielle dans l'élaboration d'une éventuelle réglementation.

3.2. Tenir compte de la réalité de terrain, c'est-à-dire de la spécificité du monde médical et hospitalier

L'intervenante se réfère aux propos d'un précédent orateur, en ce qui concerne l'audition du professeur Dalcq à ce sujet. Elle pense que l'approche qui inspire la proposition qu'elle a cosignée correspond à ce que vivent les médecins par rapport au droit pénal.

Il lui paraît préférable de ne pas toucher à la loi pénale mais de travailler via une réglementation visant l'accompagnement de fin de vie dans laquelle est envisagée l'exception d'euthanasie.

L'accompagnement de fin de vie implique que l'on se situe dans la phase terminale, et que, dans le cadre de la réalité de terrain et du monde médical, le rôle des équipes soignantes puisse être valorisé, ces équipes étant considérées comme partenaires dans la discussion.

3.3. Le patient au centre

Le patient doit être au centre du processus, en termes d'information, de consentement, et d'écoute de sa demande. Cela implique notamment que l'on puisse prendre en compte, à titre indicatif, une éventuelle déclaration anticipée, comme étant l'un des éléments d'appréciation pour déterminer ce que le patient aurait souhaité, lorsqu'il n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

3.4. Le dossier médical comme outil de contrôle

L'expérience hollandaise montre qu'un autre système, externe, ne pourra pas fonctionner.

Le seul véritable moyen de contrôler si les actes ont été accomplis dans le cadre réglementaire est que le dossier médical soit complété en rapport avec les actes posés, et qu'il soit l'élément-clé de tout éventuel contrôle.

3.5. La pratique à domicile et dans les maisons de repos

Aucune des propositions de loi ne prend en compte la situation particulière du médecin à domicile (équipe médicale, accompagnement, entourage, aide aux décisions, ...). Il se trouve seul, comme il l'est aussi en maison de repos.

Dit punt vergt nader onderzoek en dat geldt ook voor andere aspecten die tijdens de hoorzittingen ter sprake zijn gekomen (onder meer dokter Moulin, die het heeft gehad over zijn ervaring in de diensten voor pediatrie; professor Siccard, volgens wie het Franse comité voor bio-ethiek zich zal buigen over de problematiek van de pasgeborenen; de Academie voor geneeskunde, die tijdens een informele bijeenkomst is gehoord en die haar bezorgdheid omtrent deze kwestie te kennen heeft gegeven).

Tot slot verklaart het lid dat het debat in dit stadium van de werkzaamheden geopend dient te worden en dat er nog veel vragen onbeantwoord blijven.

Voorts rijst nog de fundamentele vraag in hoeverre een eventuele regelgeving verenigbaar is met de dagelijkse realiteit.

Het lid sluit zich ten slotte aan bij de uitspraak van een vorige spreker: «Mensen die twijfelen, stellen mij gerust.»

In deze netelige en complexe materie moet de wetgever zich, zoals al eerder is gezegd, in alle opzichten laten leiden door het voorzorgsbeginsel.

Ook moet men niet alles op hetzelfde moment willen regelen. Het is beter stap voor stap tewerk te gaan en in een eerste fase uit te zoeken waarover men het eens kan worden. Dat moet op een pragmatische en niet-ideologische manier gebeuren om voor de nieuwe regelgeving het grootst mogelijke draagvlak te vinden, zowel in de medische sector als in de burger-samenleving.

Recente persartikels hebben aan het licht gebracht hoe verschillend iedere mens op het naderende levens-einde reageert. Het is de taak van de wetgever naar al die ervaringen te luisteren en aandacht te schenken aan de gevolgen van de regels die hij opstelt.

*
* *

Een ander lid wenst enkele korte persoonlijke beschouwingen te geven, in aansluiting bij de visie ten gronde die werd voorgesteld door de voorzitter van haar fractie. Voor spreker, maar ook voor heel wat collega's, waren de hoorzittingen bijzonder boeiend en verrijkend. Zij heeft heel wat waardering voor alle getuigen die hier goed voorbereid en met veel engagement hun ervaring en visie voorstelden. Niet alleen aan de verenigde commissies natuurlijk maar ook aan de media en aan de samenleving, dankzij de openbaarheid waartoe werd beslist. Niet alleen de senatoren hebben de kans gehad om met aandacht te luisteren, ook de samenleving heeft dat gedaan.

Wel wil het lid, zoals anderen dit reeds deden, opmerken dat de getuigen niet altijd correct werden

Il y a là matière à réflexion complémentaire, comme pour d'autres aspects évoqués lors des auditions (cf. notamment l'audition du docteur Moulin, et son expérience dans les services de pédiatrie; le professeur Siccard a indiqué que le comité de bioéthique français allait se pencher sur la problématique des nouveaux-nés; l'Académie de médecine, également entendue de façon informelle, a aussi fait part de ses préoccupations à ce sujet).

En guise de conclusion, l'intervenante déclare que ce débat mérite d'être ouvert à ce stade des travaux et qu'il reste encore de nombreux points d'interrogation.

Il reste aussi à s'interroger, fondamentalement, sur la compatibilité de n'importe quel type de réglementation avec la réalité de terrain.

L'intervenante se rallie enfin à la maxime énoncée par une précédente oratrice: «Les gens qui doutent me rassurent.»

Comme déjà indiqué, dans une matière aussi délicate et complexe, le principe de précaution doit guider le législateur à tous égards.

Il ne faut pas non plus vouloir tout régler à la fois. Il est préférable de travailler pas à pas, et de voir, en un premier temps, sur quoi l'on peut s'accorder pour travailler de manière pragmatique et non idéologique, dans le souci de trouver la plus grande assise sociale possible, que ce soit dans le monde médical ou dans la société civile.

Les articles récemment parus dans la presse ont mis en évidence la diversité des réactions humaines à l'approche de la mort. La responsabilité du législateur est d'être à l'écoute, et d'être prudent quant aux conséquences de ce qu'il pourrait faire.

*
* *

Une autre membre souhaite faire part de quelques brèves considérations personnelles dans le prolongement de la position sur le fond qu'a présentée le président de son groupe politique. Pour l'intervenante, mais aussi bon nombre de ses collègues, les auditions ont été particulièrement intéressantes et enrichissantes. Elle a beaucoup d'estime pour la préparation et l'engagement avec lesquels tous les témoins sont venus présenter leur expérience ainsi que leur point de vue. Ils se sont adressés aux commissions réunies bien sûr, mais aussi aux médias et à la société grâce à la publicité des débats. Les sénateurs ne sont donc pas les seuls à avoir eu l'opportunité d'écouter attentivement ce qui s'est dit puisque toute la société a eu cette même opportunité.

Cependant, la membre souhaite faire remarquer, comme d'autres avant elle, que les témoins n'ont pas

behandeld, dat sommige collega's steeds opnieuw met hen het politieke debat wilden voeren en dat men soms de indruk kreeg dat diegenen die de verenigde commissies hadden uitgenodigd hier op de beklagenbank waren terecht gekomen. Maar ook die harde aanpak was natuurlijk zichtbaar voor de publieke opinie en blijft de verantwoordelijkheid van de vraagstellers zelf.

Het was bijzonder verrijkend om de visie te vernemen van al wie zich professioneel engageert in wat het lid zou willen noemen «de zieke samenleving». Men kan immers niet zomaar vanuit de gezonde kant van de samenleving oordelen over wat in essentie de wereld van de zieken raakt.

De senatoren hebben kunnen vernemen hoe de gezondheidswerkers zich ten volle willen inzetten voor het welzijn van de patiënt en daarvoor de middelen en de tijd vragen. Ze hebben gehoord hoe de laatste decennia stappen vooruit zijn gezet in de comfortzorgen, in de pijnbehandeling, in de technieken voor verdoving, in het bewust afbouwen van elke overbodige behandeling of medicatie.

Ze hebben kunnen vernemen — en dit is ook een hele geruststelling voor de publieke opinie — dat met de juiste zorg euthanasie bijna nooit nodig is om de goede dood te sterven. Wel kunnen zich bij de moeilijkste ziektebeelden zeldzame uitzonderingssituaties voordoen. (Dokter Menten spreekt van 2%, dokter Bron van 1,6%, dokter Bouckaere van 1%.)

Maar in alle objectiviteit heeft men vastgesteld dat het overgrote deel van de gezondheidswerkers voor deze uitzonderingssituaties geen verandering van de maatschappelijke gedragen norm wensen.

Integendeel de meeste artsen, verplegers en palliatieve werkers zijn daar uitdrukkelijk tegenstanders van. En dit is in hun ogen — en in die van spreekster — geen hypocrisie.

Zij die werken met en voor zieke mensen willen immers tegelijkertijd en de waardigheid en de kwetsbaarheid van hun patiënten erkend zien door de samenleving.

Ze vragen geen wetwijziging die afbreuk doet aan het respect voor het leven van elke mens. Wel willen zij richtlijnen over hoe ze medisch en maatschappelijk met de uitzonderingssituaties moeten omgaan.

De kwaliteit van het leven van zieke en doodzieke mensen wordt bepaald door de kwaliteit van ons samenleven.

Daarmee is niet alleen gezegd dat de overheid moet voorzien in alle middelen, voorzieningen en perso-

toujours été traités correctement, que certains collègues ont voulu rouvrir chaque fois avec eux le débat politique et que l'on a parfois eu l'impression que les personnes invitées par les commissions réunies se retrouvaient au banc des accusés. La dureté de cette approche qui n'aura évidemment pas échappé non plus à l'opinion publique, relève de la responsabilité de ceux-là mêmes qui ont posé les questions.

Il a été particulièrement enrichissant d'entendre le point de vue des personnes engagées à titre professionnel dans ce que la membre serait tentée d'appeler «la société des malades». On ne peut en effet pas se permettre de se placer du point de vue de celles et ceux qui sont en bonne santé dans la société pour juger de ce qui touche par essence au monde des malades.

Les sénateurs ont pu apprendre comment les travailleurs du secteur de la santé désirent s'investir pleinement pour le bien-être des patients et qu'ils demandent à cet effet qu'on leur accorde les moyens et le temps nécessaire. On leur a expliqué que des pas ont été franchis durant les dernières décennies dans les domaines des soins de confort, du traitement de la douleur, des techniques de sédation, de la cessation progressive et délibérée de toute médication ou de tout traitement superflus.

Ils ont pu apprendre — et c'est fort rassurant pour l'opinion publique — que moyennant les soins appropriés, il n'est presque jamais nécessaire de recourir à «la bonne mort», à l'exception de certains cas rares pouvant se produire dans les pathologies les plus compliquées (le docteur Menten parle de 2%, le docteur Bron de 1,6% et le docteur Bouckaere de 1%).

Mais en toute objectivité, on a constaté que la grande majorité des travailleurs dans le domaine des soins de santé ne souhaitent pas que l'on modifie la norme sociale pour ces cas exceptionnels.

Au contraire, la plupart des médecins, infirmiers et membres des équipes de soins palliatifs y sont explicitement opposés. Et à leurs yeux — comme à ceux de l'intervenante —, il ne s'agit pas là d'une forme d'hypocrisie.

Les personnes qui travaillent au quotidien avec des malades et pour des malades veulent que la société reconnaisse à la fois la dignité et la vulnérabilité de leurs patients.

Ils ne sont pas demandeurs d'une modification légale portant atteinte au respect de la vie de tout individu. Ils demandent par contre des directives sur la manière d'aborder les cas exceptionnels sur le plan médico-social.

La qualité de la vie des malades et des mourants est déterminée par la qualité de notre société.

Cela ne veut pas dire seulement que les autorités doivent prévoir tous les moyens, dispositifs et effectifs

neel om het palliatief basisrecht voor iedereen zonder onderscheid te realiseren.

Daarmee wordt ook bedoeld dat onze draagkracht, onze verdraagzaamheid, onze budgettaire mogelijkheid, kortom het solidariteitsvermogen van onze samenleving wordt geïnspireerd door het beeld dat men ophangt van doodzieke, afhankelijke en zwaar-behoevende mensen.

En dit geldt ook omgekeerd: hoe doodzieke mensen hun waardigheid ervaren wordt bewust of onbewust beïnvloed door het beeld dat het gezonde deel van de samenleving zich over hen vormt en hun aanreikt.

Dokter Bron vertelde dat sinds het debat over euthanasie openlijk gevoerd wordt de vragen naar euthanasie sterk gestegen zijn, alleen komen deze vragen niet uitsluitend van de patiënten maar steeds meer van de familie en de sociale omgeving van de patiënt.

Natuurlijk legde zij dan aan die familie uit dat er op die wijze geen sprake van euthanasie kan zijn, dat er alleen maar kan gehandeld worden op vraag van de patiënt zelf.

Maar stel u deze concrete situatie als doodzieke maar heldere patiënt eens voor. «Ik vind elke dag die het leven mij nog biedt ondanks alle moeilijkheden de moeite waard, ik kijk uit naar elk bezoek, ik voer de meest intense gesprekken van mijn leven, maar ik weet dat mijn naasten wachten en blijven wachten totdat ik de vraag naar het einde stel.»

Wie zou daar tegenop kunnen als kwetsbare, overgevoelige en afhankelijke persoon op het einde van het leven. Waar is dan die geïdealiseerde menselijke autonomie om zelfstandig te beslissen over «wat goed voor mij is»? Wie ben ik nog als ik in de blik van mijn naasten de vraag naar mijn einde eerder zie, dan ze bij mezelf zou opgekomen zijn?

Welke waardigheid zullen deze patiënten toebedeeld krijgen wanneer niet alleen de familie, maar ook de hele samenleving hun persoonlijk voor de verantwoordelijkheid plaatst om zelf te beslissen of zij nog langer afhankelijk, zorgbehoevend en een last voor anderen willen zijn?

Zal dit uiteindelijk niet het sociale effect van een euthanasiewet zijn? De kwaliteit van het leven en ook de kwaliteit van het levenseinde, wordt bepaald door de kwaliteit van het samenleven. En het zijn de politici die moeten instaan voor deze samenlevingskwaliteit.

In hun evaluatie van de hoorzittingen hebben indieners van het voorstel van de zes gezegd: «Wie wordt er kwaad aangedaan als iemand volledig autonoom beslist om eruit te stappen?», of nog «Er wordt

permettant de faire du droit fondamental aux soins palliatifs une réalité pour chacun sans exception.

Cela signifie aussi que notre capacité financière, notre tolérance, nos possibilités budgétaires, en un mot le sens de la solidarité de notre société sont inspirés par l'image que l'on se fait des personnes en phase terminale, dépendantes et se trouvant en grande nécessité.

Et l'inverse est vrai également: la manière dont les patients en phase terminale vivent leur dignité est influencée consciemment ou inconsciemment par l'image que la composante en bonne santé de la société se fait d'eux et leur renvoie.

Le docteur Bron a déclaré que depuis que le débat sur l'euthanasie est mené ouvertement, le nombre de demandes d'euthanasie a fortement augmenté mais que ces demandes n'émanent plus exclusivement des patients. Elles proviennent de plus en plus de la famille et de l'environnement social du patient.

On explique bien sûr à ces familles qu'il ne peut être question d'euthanasie de cette manière-là que l'on ne peut agir qu'à la demande du patient lui-même.

Mais mettez-vous un instant dans la situation concrète du patient en phase terminale mais lucide. «Je trouve que chaque jour que la vie m'offre encore en vaut la peine en dépit de toutes les difficultés. Je me réjouis à l'avance de chaque visite, j'ai les conversations les plus intenses de toute ma vie, mais je sais que mes proches attendent et continueront à attendre que je pose la question de la fin.»

Quelle est la personne en fin de vie, et donc vulnérable, hypersensible et dépendante, qui pourrait aller à l'encontre de cela? Mais où est alors cette autonomie humaine idéalisée, censée me permettre de décider en toute indépendance «ce qui est bon pour moi»? Qui suis-je encore si c'est dans le regard de mes proches que je lis la demande de ma fin plutôt que de la sentir monter en moi-même?

Quelle dignité ces patients auront-ils encore en partage si non seulement leur famille, mais aussi la société toute entière, les placent personnellement devant la responsabilité de décider eux-mêmes s'ils veulent continuer à être dépendants, à nécessiter des soins, à être une charge pour autrui?

Tel ne serait-il pas l'effet social d'une loi sur l'euthanasie? La qualité de la vie, mais aussi la qualité de la fin de vie sont déterminées par la qualité de la vie en société. Et ce sont les hommes politiques qui sont responsables de la qualité de la vie en société.

Dans leur évaluation des auditions, les auteurs de la proposition des six se sont demandés: «Qui subit un préjudice si une personne décide de manière tout à fait autonome de s'en aller?» ou encore «on n'oblige de

toch niemand verplicht om euthanasie te vragen» of ook «Wie ben ik om te oordelen dat een persoonlijke vraag naar de dood niet kan?».

Eén van de indieners oordeelde na de hoorzittingen dat een euthanasiewet voor wilsbekwame personen niemand kwaad berokkent en dat het trouwens één van de grondprincipes van ons burgerlijk recht is dat zolang men geen schade berokkent aan anderen, men mag handelen.

Maar het zou natuurlijk de ideale samenleving zijn, waar heel de strafwet zou kunnen vervangen worden door het ene artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek.

Alleen weten wij als democratische politici, dat de wereld nog lang niet deze ideale samenleving benadert. Een aantal gemeenschappelijke waarden moeten worden vastgelegd en beschermd in strafrechtelijke normen, zo bijvoorbeeld het respect voor het leven van elke andere mens.

Maar hoe zit het dan met de zelfbeschikking als menselijke waarde?

Elke vergelijking loopt mank natuurlijk. Maar nog maar een goede maand geleden werd in de Senaat gestemd over nieuwe strafrechtelijke normen in verband met de seksuele verminking. Er werd besloten dat ook wie meewerkt aan deze praktijk op vraag van een meerderjarige wilsbekwame en zelfstandige vrouw streng bestraft wordt. Wie wordt er dan kwaad aangedaan als deze meerderjarige vrouw er oprecht van overtuigd is dat dit de enige wijze voor haar is om familiaal geluk te vinden?

Toch zijn volgens de senatoren deze vrouw en al wie meewerkt aan de ingreep terecht strafbaar. Waarom? Omdat de vrouw niet autonoom besliste en niet toestemde? Neen, duidelijk niet. Omdat er iemand anders kwaad werd berokkend? Niet echt. Of misschien toch wel. Volgens de visie van de senatoren berokkent deze vrouw niet alleen haarzelf veel kwaad maar beschadigt zij vooral het beeld van alle vrouwen in de samenleving, doordat zij als individu afstand neemt van het algemeen mensenrecht op fysieke integriteit.

De fysieke integriteit moet door de overheid voor alle personen gewaarborgd blijven en daarom kan de strafwet niet toelaten dat individuen op grond van een persoonlijke overtuiging van dit mensenrecht afstand nemen, hoe autonoom en zelfstandig zij ook zouden zijn.

Waarom zou dat wat geldt voor het recht op integriteit van het lichaam niet kunnen of moeten gelden voor het recht op leven zelf? Kunnen in een samenleving een algemeen beschermd recht op leven en een subjectief recht op de dood naast elkaar bestaan?

Als één van de collega's stelt dat hij als wetgever niet in staat is om de dood te weigeren aan wie erom

toute manière personne à demander l'euthanasie» ou encore «qui suis-je pour juger qu'il est exclu de demander la mort?»

L'un des auteurs a estimé, après les auditions, qu'une loi sur l'euthanasie pour les personnes capables d'exprimer leur volonté ne causait de tort à personne et qu'au demeurant, un des principes fondamentaux de notre droit civil veut que l'on puisse agir tant que l'on ne nuit pas aux autres.

Ce serait évidemment la société idéale, celle où l'on pourrait remplacer toute la loi pénale par le seul article 1382 du Code civil.

Nous savons pourtant, en tant qu'hommes politiques démocrates, que le monde est encore loin de s'approcher de cette société idéale. Il faut fixer une série de valeurs communes, par exemple le respect de la vie de toute autre personne, et les protéger par des normes pénales.

Mais qu'en est-il de l'autonomie en tant que valeur humaine?

Certes, comparaison n'est pas raison. Mais, il n'y a guère plus d'un mois, l'on a voté au Sénat sur de nouvelles normes pénales relatives à la mutilation sexuelle. Il a été décidé de punir sévèrement toute personne qui se livre à cette pratique à la demande d'une femme majeure, capable d'exprimer sa volonté et indépendante. À qui est-il fait tort si cette femme majeure est sincèrement convaincue que c'est la seule façon pour elle de trouver le bonheur familial?

Les sénateurs ont néanmoins estimé à juste titre que cette femme et quiconque participe à l'opération sont punissables. Pourquoi? Parce que la femme n'aurait pas pris sa décision de manière autonome et qu'elle n'aurait pas consenti? Non, pas du tout. Parce que l'on aurait fait du tort à quelqu'un d'autre? Pas vraiment. Ou peut-être que si. Les sénateurs ont estimé que cette femme ne se faisait pas seulement grand tort à elle-même, mais qu'elle nuirait surtout à l'image de l'ensemble des femmes dans la société, en se distançant en tant qu'individu du droit humain général qui est le droit à l'intégrité physique.

Les pouvoirs publics doivent garantir l'intégrité physique de tous et c'est pourquoi la loi pénale ne saurait permettre que des individus renoncent à ce droit de l'homme en fonction d'une conviction personnelle, quelles que soient leur autonomie et leur indépendance.

Pourquoi ce qui vaut pour le droit à l'intégrité physique ne vaudrait-il pas pour le droit à la vie lui-même? Un droit à la vie bénéficiant d'une protection générale et un droit subjectif à la mort peuvent-ils coexister dans une société?

Si l'un de nos collègues affirme qu'en tant que législateur, il n'est pas en mesure de refuser la mort à

vraagt, kan men daartegenover stellen of we als wetgever wel in staat zijn om te bepalen in welke omstandigheden derden het leven van anderen mogen beëindigen.

De wetgever is behoeder van samenlevingswaarden die uitgedrukt worden in algemene normen. En het zijn dan niet de uitzonderlijke individuele situaties die de norm kunnen stellen. De beschermende functie van de strafwet mag immers niet uitgehold raken. Het leven van iedereen ook van de zwaksten onder ons moet vanzelfsprekend zijn.

Tijdens de hoorzittingen heeft spreekster aan alle voorstanders van een depenalisatie van euthanasie of een legalisatie onder voorwaarden haar opmerkingen voorgelegd over de gevolgen voor de sociale cohesie, de rechtsbescherming van de zwaksten, de verdraagzaamheid naar zieken en gehandicapten, en het solidariteitsvermogen van de bevolking. De antwoorden die professor Vermeersch, professor Englert, de heer Favvyts, professor Van Camp en professor Distelmans gaven konden haar niet geruststellen. Ze waren meestal ontwijkend of verklaarden de individuele situaties belangrijker dan de sociale en de maatschappelijke effecten van een strafwetswijziging. Iedereen kan ze nalezen.

Twee bijzonder treffende verklaringen wil het lid tenslotte toch nog meegeven: één van dokter Cosyns en één van de heer Verstraete.

Een van de verhalen uit de praktijk van dokter Cosyns ging over een MS-patiënte die thuis wilde sterven. De sociale mantelzorg was daarom geoptimaliseerd: met verpleegsters, een kinesiste, een familiaal helpster en de kinderen was een praktisch zorgenplan uitgewerkt. Het ziektebeeld evolueerde echter en een residentiële opvang werd noodzakelijk. Maar vermits de patiënte thuis wilde sterven werd beslist om tot actieve levensbeëindiging over te gaan. Euthanasie was nodig omdat de kwaliteit van de thuiszorg te kort schoot en omdat in de residentiële opvang niet de kwaliteit maar wel de menselijke en familiale sfeer ontbrak. Was euthanasie hier de meest menselijke oplossing? Kunnen wij een samenleving en een gezondheidszorg aanvaarden waar beslist wordt tot levensbeëindiging omdat een residentiële opvang niet gewenst werd? Wat is dan de kwaliteit van de thuiszorg, ook de palliatieve thuiszorg waartoe we bereid zijn? Wat is de kwaliteit van de residentiële opvang die we als samenleving willen realiseren?

Kunnen we wel spreken van de meest humane oplossing zolang de motivatie van euthanasie ligt in het ontbreken van kwaliteit in onze gezondheidszorg, het ontbreken van kwaliteit in ons samenleven.

celui qui la demande, on peut se demander, par contre, si en tant que législateur, nous sommes bien en mesure de déterminer dans quelles circonstances des tiers peuvent mettre fin à la vie d'autrui.

Le législateur est le gardien des valeurs de société qui s'expriment dans des normes générales. Et ce ne sont pas les situations individuelles exceptionnelles qui peuvent alors dicter la norme. La fonction protectrice de la loi pénale ne saurait être vidée de sa substance. La vie de chacun, y compris celle des plus vulnérables d'entre nous, doit être une évidence.

Au cours des auditions, l'intervenante a soumis à tous les partisans d'une dépenalisation ou d'une légalisation sous conditions de l'euthanasie ses remarques concernant les conséquences qui en résulteraient pour la cohésion sociale, la protection juridique des plus faibles, la tolérance vis-à-vis des malades et des handicapés et le sens de la solidarité de la population. Les réponses données par les professeurs Vermeersch et Englert, M. Favvyts et les professeurs Van Camp et Distelmans ne sont pas parvenues à la rassurer. Elles étaient généralement évasives ou montraient que l'on considère que les situations individuelles sont plus importantes que les effets sociaux d'une modification de la législation pénale. Chacun peut relire ces réponses.

L'intervenante souhaite enfin rappeler deux déclarations particulièrement frappantes: l'une du docteur Cosyn et l'autre de M. Verstaete.

Un des récits tirés de la pratique du docteur Cosyn concernait une patiente souffrant de la sclérose en plaques qui souhaitait mourir à la maison. L'entourage social fut donc optimisé: des infirmières, un kinésithérapeute, une aide familiale et les enfants élaborèrent un programme concret de soins. Toutefois, le syndrome évolua et une hospitalisation résidentielle devint nécessaire. Mais comme la patiente voulait mourir chez elle, on décida de procéder à une euthanasie active. L'euthanasie a été nécessaire parce que la qualité des soins à domicile était insuffisante et que l'hospitalisation résidentielle offrait la qualité de soins, mais pas l'atmosphère humaine et familiale. L'euthanasie était-elle en l'occurrence la solution la plus humaine? Pouvons-nous accepter une société et un système de soins de santé dans lesquels on décide de pratiquer une euthanasie parce qu'une hospitalisation résidentielle n'est pas souhaitée? Quelle qualité de soins à domicile, y compris de soins palliatifs, sommes-nous prêts à accorder? Et quelle qualité d'hospitalisation résidentielle sommes-nous disposés à offrir en tant que société?

Pouvons-nous vraiment parler de la solution la plus humaine tant que l'euthanasie est dictée par le manque de qualité de notre système de soins, le manque de qualité de notre société?

Een andere treffende getuigenis kwam van een MS-patiënt zelf, de heer Mario Verstraete.

Spreekster stelde hem de vraag over het maatschappelijk psychologisch effect dat zou kunnen ontstaan wanneer de euthanasiebeslissing louter en alleen aan het individu of aan de patiënt en de arts wordt overgelaten, of er dan niet meer onverschilligheid te vrezen valt tegenover bijvoorbeeld MS-patiënten en of er dan niet minder verdraagzaamheid zal zijn ten overstaan van zieken en stervenden. Het lid laat hierover een ander MS-patiënt aan het woord.

In een Vlaams weekblad reageerde deze patiënt op een uitgebreid interview van de heer Verstraete. Zijn woorden spreken voor zich en behoeven geen verder commentaar. «Het is intriest,» schrijft hij, «hoe MS en euthanasie worden gelinkt, alsof het alleen maar een levensbedreigende ziekte zou zijn. Wat met al die MS-patiënten die gewoon doorgaan, net als iedereen, die niet bezig zijn met hun eigen dood voor te bereiden» en wat verder: «Een bijkomend stigmatiserend effect (bijvoorbeeld van de wetgever) hebben wij voor niets nodig.»

Een lid wenst, in een inleidende beschouwing bij zijn tussenkomst, te wijzen op de band tussen ethiek en politiek.

Banden tussen ethiek en politiek

Euthanasie is een ethisch probleem.

De Senaat heeft de politieke opdracht zich te bezinnen over en een juridisch kader uit te schrijven voor euthanasie. Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft hiervoor de ethische elementen aangebracht en de verantwoordelijkheid voor een juridische regeling doorgeschoven naar het politieke debat.

De maatschappij voelt zich betrokken in dit debat. Velen doen voorstellen en nemen initiatieven, zowel individuele burgers als verenigingen, ook patiëntenbewegingen en artsengroeperingen, ook voorzitters van politieke partijen en fracties — maar het zijn de senatoren zelf die in vrijheid hun verantwoordelijkheid opnemen bij dit ethisch probleem.

Het is begrijpelijk dat én getuigen én senatoren uitkomen voor hun ideologische en geestelijke achtergrond. Het is begrijpelijk dat door dezelfde senatoren ook dezelfde vragen gesteld werden aan verschillende getuigen. Het is begrijpelijk dat dezelfde getuigenis aanleiding gaf tot verschillende interpretaties, niet alleen van senatoren maar ook van journalisten.

Un autre témoignage frappant est venu d'un patient souffrant lui-même de sclérose en plaques, M. Mario Verstraete.

L'intervenante lui a demandé quel pourrait être l'impact socio-psychologique si la décision de l'euthanasie était laissé purement et simplement à l'individu ou au patient et au médecin, s'il ne faudrait pas craindre une plus grande indifférence à l'égard des malades souffrant de la sclérose en plaques et s'il n'y aurait pas moins de tolérance vis-à-vis des malades et des mourants. Elle donne à présent la parole à une autre personne atteinte de la sclérose en plaques.

Ce patient a réagi dans un magazine flamand à une longue interview de M. Verstraete. Ses mots sont éloquentes et ne nécessitent pas d'autre commentaire: «Il est navrant», écrit-il, «de voir comment on lie la sclérose en plaques et l'euthanasie, comme si ce n'était rien de plus qu'une maladie mortelle. Que fait-on des personnes atteintes de cette maladie qui continuent tout simplement à vivre, comme tout le monde, et qui ne sont pas en train de préparer leur propre mort?» et un peu plus loin «Nous n'avons vraiment pas besoin d'une stigmatisation supplémentaire (venant par exemple du législateur).»

Un membre souhaite introduire son intervention en attirant l'attention sur le lien entre éthique et politique.

Liens entre éthique et politique

L'euthanasie est un problème éthique.

Le Sénat a pour mission politique de réfléchir à propos de l'euthanasie et de définir le cadre juridique dans lequel on pourrait l'inscrire. Le Comité national consultatif de bioéthique a énoncé les éléments éthiques à prendre en considération et a estimé que l'on ne pourrait définir une réglementation juridique en la matière qu'au terme d'un débat politique.

La société se sent impliquée dans ce débat. De nombreux citoyens, de nombreuses associations, mouvements de patients ou groupements de médecins, et des présidents de partis et de groupe politiques mêmes, font des propositions et prennent des initiatives, mais, c'est aux sénateurs et à eux seuls qu'il appartient de prendre personnellement et en toute liberté leurs responsabilités face à ce problème éthique.

On peut comprendre que des témoins et des sénateurs défendent leurs conceptions idéologiques et on peut comprendre aussi que ces mêmes sénateurs aient posé les mêmes questions à divers témoins. On peut comprendre qu'un même témoignage ait été interprété de manière variable par des sénateurs et par des journalistes.

De eigen levensbeschouwing en de eigen morele overtuiging hebben een enorme impact op ons leven. Ze tekenen, kleuren, richten, oriënteren ons leven.

We leven in een pluralistische maatschappij, dit veronderstelt een veelvoud van levensbeschouwingen (dus verschillende visies op de werkelijkheid) en een veelvoud van morele inzichten (dus verschillende inzichten over goed en kwaad).

Als we dan normen willen vastleggen, moeten we in dialoog komen, dus mechanismen van besluitvorming uitbouwen, waarbij we aanvaarden dat waarheden van anderen evenwaardig zijn voor hen als onze waarheden voor ons.

De stelling dat dit debat over euthanasie een politiek machtsspel zou zijn van de meerderheid is een nefaste politieke strategie die de goede wil van de senatoren en de sereniteit van de debatten beschadigt. De stelling dat dit debat over euthanasie een strijd is tussen gelovigen en ongelovigen of tussen christenen en vrijzinnigen is een nefaste strategie die de kansen op eenheid van ethiek en politiek benadelen. Christendom en humanisme, elk vanuit eigen overtuiging en levensbeeld, willen het menselijk draagvlak verbreden, zodat geborgenheid en erkenning van waardigheid meer kansen krijgen voor uitgestotenen en vluchtelingen zowel als voor kinderen, zwakken, zieken, stervenden ... Beiden belijden dat leven en sterven ook relationeel is.

Spreker heeft daarbij dan wel vragen :

— Waarom zeggen sommige artsen dat senatoren niet weten waarover ze spreken, dat ze nooit op de rand van het bed bij een stervende hebben gezeten, dat de hoorzittingen wetenschappelijke bagage missen ?

— Waarom wordt in zoveel publicaties deze bespreking van dit voorliggend wetsvoorstel oneerlijk bejegend? Waarom wordt soms slechts een deel van de waarheid vermeld, of onduidelijk voorgesteld of helemaal niet vermeld? Deze vraag betreft de autonomie van de patiënt in ondraaglijk lijden en de autonomie van de arts in een medisch uitzichtloze situatie. Deze vraag betreft evenzeer de evaluatie van zorgvuldigheidsmaatregelen.

— Waarom is het wetsvoorstel door bepaalde mensen aangebracht als «te nemen of te laten», wijl de indieners bij herhaling hier in de commissies en elders (ook in de pers) verklaren dat ze voorstellen en amendementen verwachten en ook opnemen, zoals mag blijken in het uitwerken van bijkomende maatregelen *a priori* voor de patiënt waarvan het levenseinde niet in het vooruitzicht is gesteld, of uit het opstellen

Nos propres considérations philosophiques et nos propres convictions morales ont une incidence considérable sur notre vie. Elles la dessinent, la colorent, la dirigent, l'orientent.

Nous vivons dans une société pluraliste, ce qui suppose une multiplicité de conceptions philosophiques (et donc des visions différentes de la réalité) et une multiplicité de conceptions morales (et donc des conceptions différentes à propos du bien et du mal).

Si nous voulons définir des normes, nous devons engager un dialogue, ce qui nécessite la mise en place de mécanismes de prise de décisions et l'acceptation du principe selon lequel les vérités des autres sont aussi valables à leurs yeux que les nôtres le sont à nos yeux à nous.

La thèse selon laquelle ce débat sur l'euthanasie ne serait qu'un jeu de force politique pour la majorité participe d'une stratégie politique néfaste qui déconsidère la bonne volonté des sénateurs et qui porte atteinte à la sérénité des débats. La thèse selon laquelle ce débat sur l'euthanasie serait une lutte entre croyants et non-croyants ou entre chrétiens et libres-penseurs participe d'une stratégie néfaste qui amenuise l'espoir de réunir éthique et politique. Le christianisme et l'humanisme, chacun suivant les convictions et la philosophie qu'il véhicule, veulent élargir l'assise humaine, de manière à offrir plus de sécurité et de dignité aux exclus et aux réfugiés, mais aussi aux enfants, aux faibles, aux malades, aux mourants ... L'un et l'autre reconnaissent que la vie et la mort présentent un aspect relationnel.

L'intervenant n'en pose pas moins certaines questions :

— Pourquoi certains médecins prétendent-ils que les sénateurs ne savent pas de quoi ils parlent, qu'ils ne se sont jamais retrouvés au chevet d'un mourant, qu'il manque aux auditions un bagage scientifique ?

— Pourquoi tant de publications qualifient-elles la discussion de cette proposition de loi de déloyale? Pourquoi la vérité n'est-elle parfois pas dite ou n'est-elle que dite partiellement ou de manière imprécise? Cette question touche à l'autonomie du patient qui éprouve une souffrance insupportable et à l'autonomie du médecin qui se trouve face à une situation médicalement sans issue. Elle concerne tout autant l'évaluation des mesures de prudence.

— Pourquoi certaines personnes disent-elles que la proposition de loi est «à prendre ou à laisser», alors que ses auteurs ont dit et répété, ici, au sein des commissions, et ailleurs (y compris dans la presse) qu'ils espèrent que des propositions et des amendements seront déposés et aussi qu'ils les adopteront, ce qu'atteste l'élaboration de mesures *a priori* complémentaires pour ce qui est du patient dont la mort n'est

van een buffer tussen de arts en de procureur onder de vorm van een toetsings- of evaluatiecommissie?

— Waarom wordt het voorliggend wetsontwerp «hard» genoemd als het getuigt van mededogen/barmhartigheid om een patiënt met ondraaglijke pijn op diens eigen verzoek te verlossen uit zijn lijden in een uitzichtloze situatie volgens geldende medische normen?

— Waarom zou een «ongevraagde» procedure voorrang hebben op de vrije keuze van patiënt-arts in hun onderlinge dialoog? Temeer omdat van in den beginne en bij herhaling besproken is hoe filterdun verschillen van uitvoering zijn en hoe groot verschillen van interpretatie tussen middelen en intenties kunnen zijn, zoals bij overdosis morfine en bij al of niet gecontroleerde sedatie.

Banden tussen ethiek en recht

Het recht vervangt de moraal niet.

Het recht neemt geen standpunt over wat goed leven en waardig sterven is. Recht moet wel de ruimte beveiligen om ieder te laten handelen volgens eigen zelfbeschikking mits te verantwoorden beperkingen.

Pluralisme wordt gedragen door tolerantie.

Politiek pluralisme impliceert waarborgen in functie van de Universele Verklaring van de rechten van de mens:

— bestaansrecht en wederzijds respect van verschillen in waarheden;

— vrijheid en gelijkheid van alle levensbeschouwingen: neutraliteit;

— mogelijkheid tot uitoefenen van fundamentele rechten: samenleving op niet-agressieve wijze.

De wetgever moet erin lukken het wettelijke kader voor de euthanasie te scheppen, waarin de patiënt kan oordelen over wat hij kan vragen, en waarin de arts kan oordelen wat hij kan doen.

De hoorzittingen in de Senaat brachten een inbreng uit verschillende hoeken, pluralistisch (vrijzinnig en gelovig), pluridisciplinair (patiënten, juristen, artsen en zorgverstrekkers, intensieve zorgen en palliatieve zorgen, wetenschappers en ethici, ...).

We maken kennis met

— verschillen in terminologie voor vrijheid en autonomie;

pas prévue, d'une part, et la mise en place d'un tampon ayant la forme d'une commission de contrôle ou d'évaluation entre le médecin et le procureur?

— Pourquoi la proposition en discussion est-elle qualifiée de «dure» alors qu'elle témoigne de compassion/de miséricorde en prévoyant la possibilité de délivrer de son mal, à sa demande, le patient qui éprouve une douleur insupportable et qui se trouve dans une situation sans issue d'après les normes médicales en vigueur?

— Pourquoi une procédure «non demandée» aurait-elle la prééminence sur le libre choix fait dans le cadre du dialogue entre le patient et le médecin? La question est d'autant plus pertinente qu'on a souligné dès le début que les différences d'exécution peuvent être très minimales et que les différences d'interprétation concernant les moyens et les intentions, par exemple en cas de surdose de morphine et de sédation contrôlée ou non, peuvent être très grandes.

Liens entre éthique et droit

Le droit ne remplace pas la morale.

Le droit ne dit pas ce qu'il faut entendre par bien vivre ou mourir dignement. Le droit doit toutefois assurer la sauvegarde d'un espace dans lequel chacun puisse agir en toute autonomie, moyennant le respect de lui-même, dans certaines limites à justifier.

Le pluralisme est fondé sur la tolérance.

Le pluralisme politique implique des garanties basées sur la déclaration universelle des droits de l'homme:

— droit à l'existence et respect mutuel des différences de vérités;

— liberté et égalité de toutes les conceptions philosophiques: neutralité;

— possibilité d'exercer des droits fondamentaux: vivre ensemble d'une manière non agressive.

Le législateur doit parvenir à créer le cadre légal dans lequel on puisse inscrire l'euthanasie, dans lequel le patient pourrait évaluer ce qu'il peut demander et dans lequel le médecin pourrait évaluer ce qu'il peut faire.

Les auditions du Sénat ont permis un apport sous plusieurs angles, à la fois pluraliste (laïque et croyant) et pluridisciplinaire (patients, juristes, médecins et soignants, soins intensifs et soins palliatifs, scientifiques et éthiciens, ...).

Nous découvrons:

— des différences de terminologie en ce qui concerne la liberté et l'autonomie;

- verschillen in denkwijzen over solidariteit;
- verschillen in methodes om tot waarheden te komen;
- verschillen in rationaliteit van wetenschappelijke bevindingen;
- verschillen in moreel betoog over waarden.

Er is een consensus over het waardevolle van

1. het leven
2. een goede dood
3. de menswaardigheid

1. De waarde van het leven, ook al ligt de klemtoon verschillend:

- het lichamenlijk leven als dusdanig

Nochtans wordt zelfs dan nog een onderscheid gemaakt tussen

- vegetatief leven van posttraumatici met een vlak EEG, waar helikopters klaarstaan voor transport van organen
- vegetatief leven van dementen in ondraaglijk lijden

- het mentale leven met besef van goed en kwaad.

2. De waarde van een goede dood, ook al ligt de klemtoon verschillend:

- de lichamenlijke dood;
- de bewuste dood.

3. De waarde van de menswaardigheid wordt universeel erkend

De mens is zich bewust van zijn waarde. Die waarde heeft te maken met de overtuiging dat hij zijn natuurlijke verlangens en behoeften kan beheersen omwille van een principe, zodat hij als een redelijk handelende persoon in staat is zelf te kiezen. Waardigheid ontstaat niet zozeer uit het bezit van rechten, wel uit het bewust zijn van recht te hebben op recht. Waardigheid verwijst naar het aangeboren gevoel van eigenwaarde, verontwaardiging ontstaat door iets dat indruist tegen dat gevoel.

Er is evenwel in dit euthanasiedebat (nog) geen consensus dat deze menselijke waardigheid gedragen wordt door de autonomie van de mens, en dat het aantasten van deze autonomie ingaat tegen de menselijke waardigheid. Er is (nog) geen consensus over in

- différentes conceptions de la solidarité;
- différentes méthodes d'arriver à des vérités;
- des différences de rationalité entre les constatations scientifiques;
- des différences dans le discours moral sur les valeurs.

Un consensus se dégage pour reconnaître la valeur

1. de la vie
2. d'une bonne mort
3. de la dignité humaine

1. La valeur de la vie, malgré des différences d'accent:

- la vie corporelle en tant que telle

Pourtant même dans ce cas, on fait encore une distinction entre:

- la vie végétative de patients post-traumatiques présentant un EEG plat, avec des hélicoptères prêts à assurer le transport d'organes
- la vie végétative de personnes démentes en proie à une souffrance insupportable

- la vie mentale avec perception du bien et du mal.

2. La valeur d'une bonne mort, malgré les différences d'accent:

- la mort physique;
- la mort consciente.

3. La valeur de la dignité humaine est universellement reconnue

L'homme a conscience de sa valeur. Cette valeur est liée à la conviction qu'il peut maîtriser les désirs et les besoins de sa nature au nom d'un principe, ce qui le rend capable d'agir en être raisonnable et de choisir lui-même. La dignité résulte moins du fait de posséder des droits que de la conscience d'avoir droit au droit. La dignité renvoie au sens inné de la valeur personnelle; la perte de dignité apparaît lorsque quelque chose vient heurter ce sentiment.

Il n'y a toutefois pas (encore), dans ce débat sur l'euthanasie, de consensus sur le fait que cette dignité humaine est portée par l'autonomie de l'individu et que toute atteinte à une autonomie affecte la dignité humaine. Il n'y a pas (encore) de consensus sur la

welke mate het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt mag doorwegen op zijn maatschappelijke relaties.

Het is de overtuiging van spreker dat de menselijke waardigheid gebaseerd is op vrijheid, autonomie, zelfbeschikking. Het zelfbeschikkingsrecht in verband met euthanasie kan miskend worden om relationele redenen of om religieuze redenen.

a) Relationele redenen

Mensen staan in voor elkaar vanaf het begin van het leven tot het einde.

Mensen zullen door omstandigheden wel eens in het leven hun fundamentele belangen voor een menswaardig leven verschillend invullen, maar er is toch een minimale consensus van « goed leven ».

De relationele plichten zijn niet onbeperkt, ze zijn niet oneindig. Niemand behoeft zich verplicht te voelen tot het uiterste te gaan.

Het leven is zeer waardevol. Maar het leven is geen absolute waarde, die nooit mag worden prijsgegeven. Dit geldt zowel voor het leven van anderen (wettige zelfverdediging, oorlog, doodstraf) als voor het eigen leven (opoffering, martelaar).

De autonomie wordt miskend in collectivistische systemen en door totalitaire stelsels. Ook in de euthanasie is het een gevaar voor onze maatschappij als het zelfbeschikkingsrecht van de individuele mens zou kunnen worden afgenomen door de gemeenschap.

b) Religieuze redenen

Wie een bepaalde richting kiest, is zich bewust van de talloze richtingen die hij niet gekozen heeft. Het geloof kan mensen scheiden in plaats van hen tot elkaar te brengen als blinde gehoorzaamheid en goedgelovigheid het recht om vrij te denken verhindert.

Boven de religieuze overtuiging van een deel van deze bevolking primeert de mogelijkheid voor vrijheid in de hele bevolking. « Het leven is van God » zeggen ze « en alleen God kan het terugnemen », maar is er dan ook niet een God die de mens eigen keuzes laat maken? Dit geldt dan ook alleen voor zij die in een God geloven.

De zelfbeschikking van patiënt wordt in het beslissingsproces van euthanasie op de proef gesteld door:

— Angst voor het lijden, pijn, verstikkingsgevoel ...

— Afhankelijkheidsgevoel, verlies van gevoel voor zelfhulp.

— Verlies van het gevoel voor zelfrespect, zelfontwikkeling.

mesure dans laquelle le droit à l'autodétermination du patient peut peser sur ses relations sociales.

L'intervenant a la conviction que la dignité humaine est basée sur la liberté, l'autonomie et l'autodétermination. Le droit à l'autodétermination en matière d'euthanasie est parfois méconnu pour des motifs relationnels ou religieux.

a) Motifs relationnels

Les humains s'occupent les uns des autres du début à la fin de la vie.

Les circonstances amènent parfois les individus à interpréter différemment au cours de leur vie les intérêts fondamentaux qui leur assurent une vie conforme à la dignité humaine, mais il y a malgré tout un consensus minimal sur la notion de « bien vivre ».

Les obligations relationnelles ne sont pas illimitées, elles ne sont pas infinies. Nul ne doit se sentir contraint d'aller jusqu'à l'extrême.

La vie est très précieuse. Mais la vie n'est pas une valeur absolue à laquelle on ne peut jamais renoncer. Cela vaut tant pour la vie d'autrui (légitime défense, guerre, peine de mort) que pour sa propre vie (sacrifice, martyre).

L'autonomie est méconnue par les systèmes collectivistes et par les systèmes totalitaires. Dans le cas de l'euthanasie aussi, il y a un risque pour notre société si la collectivité peut priver l'individu de son droit à l'autodétermination.

b) Motifs religieux

Celui qui choisit une orientation déterminée a conscience des nombreuses orientations qu'il n'a pas choisies. La foi peut séparer les individus au lieu de les rapprocher, lorsque l'obéissance aveugle et la crédulité font obstacle au droit de penser librement.

La possible liberté de l'ensemble de la population prime la conviction religieuse d'une partie de cette population. Ils disent que la vie est un don de Dieu et que seul Dieu peut la reprendre, mais n'y a-t-il pas alors aussi un Dieu qui laisse l'homme faire ses propres choix? L'affirmation ne vaut par conséquent que pour ceux qui croient en un Dieu.

L'autodétermination du patient est mise à l'épreuve dans le processus de décision d'euthanasie:

— par la peur de souffrir, la peur de la douleur, le sentiment d'étouffement ...

— par le sentiment de dépendance, la perte du sentiment d'autonomie;

— par la perte du sens du respect de soi, de l'épanouissement de soi.

Het recht van vraag der patiënt impliceert niet het recht op uitvoering van euthanasie. De wil van de patiënt wordt afgewogen met het oordeel van de arts. De gevraagde artsen zullen oordelen over de uitzichtloosheid van de situatie, de ongeneeslijkheid van de ziekte, de mogelijkheid van palliatieve zorgen, het onoverkomelijke van de dood.

Als waarden van leven en dood betrokken zijn, moet er een zekere maatschappelijke waarborg zijn. De maatschappelijke waarborgen moeten worden opgesteld met respect voor de menselijke waardigheid — en die menswaardigheid steunt op autonomie en zelfbeschikking van de betrokken persoon in zijn relatie met de gemeenschap.

Autonomie is de kern in de evolutie naar bewust weten en kunnen van de mensen, een autonomie die gereguleerd wordt door eigen verantwoordelijkheidszin en begeleid wordt door de gemeenschap.

Vraag naar wetgeving

Spreeker heeft in de verenigde commissies steeds de geleidelijkheid van de werkprocedure verdedigd: eerst beslissen of een wetgeving behoort te worden uitgewerkt, daarna pas de vorm bepalen om de uitgewerkte zorgvuldigheidsmaatregelen te implementeren.

Het opzettelijk levensbeëindigend handelen door de arts op verzoek van de patiënt, is mits inachtnaam van zorgvuldigheidsmaatregelen door bijna iedereen als basisprincipe aanvaard. Er zijn dan mensen die zich afvragen of euthanasie nu echt zo nodig in een wet moet opgesteld worden. Het antwoord van het lid is: ja.

Vereist is een goede en doorzichtelijke wetgeving.

Wat betekent een rechtsstaat als er geen wetten gemaakt worden over fundamentele kwesties, omdat ze moeilijk te formuleren zijn? Dat er vandaag betwistbare euthanasiegevallen zijn, betekent niet dat er die niet meer zullen zijn wanneer een wet is goedgekeurd. Maar dat geldt voor elke wet. En dat mag geen reden zijn om geen wet te maken.

Een goede wet voor euthanasie zou een toegevoegde waarde zijn voor:

1. de kennis van de realiteit en het toekomstperspectief;
2. het uitsluiten van misbruiken;
3. het wegwerken van angsten;
4. de uitbouw van palliatieve zorgen;

Le droit du patient de demander l'euthanasie n'implique pas le droit à ce qu'il soit accédé à cette demande d'euthanasie. La volonté du patient est soumise à l'appréciation du médecin. Les médecins à qui une telle demande est adressée apprécieront le caractère sans issue de la situation, l'incurabilité de la maladie, le recours possible à une prise en charge palliative, l'issue irrémédiablement fatale de la maladie.

Lorsque des valeurs telles que la vie et la mort sont en jeu, il doit y avoir une certaine garantie sociale. Les garanties sociales doivent être conçues dans le respect de la dignité humaine, et cette dignité humaine repose sur l'autonomie et l'autodétermination de la personne concernée dans sa relation avec la collectivité.

L'autonomie est au cœur de l'évolution vers une connaissance et une action individuelle réfléchie, une autonomie qui est régulée par le sens des responsabilités et encadrée par la collectivité.

Demande d'une législation

L'intervenant a toujours défendu devant les commissions réunies la progressivité de la procédure de travail: commencer par décider s'il y a lieu d'élaborer une législation et ensuite seulement déterminer la forme des critères de prudence à mettre en œuvre.

L'acte mettant fin intentionnellement à la vie, pratiqué par le médecin à la requête du patient, est quasi unanimement admis comme principe de base, moyennant le respect de mesures de prudence. Il y a alors des gens qui se demandent si l'euthanasie doit vraiment être inscrite dans une loi. La réponse du membre est oui.

Il est nécessaire d'avoir une législation qui réunisse qualité et transparence.

Quel sens aurait un État de droit qui ne légiférerait pas sur les questions fondamentales sous prétexte qu'elles sont difficiles à formuler? Le fait qu'il existe actuellement des cas d'euthanasie contestables ne signifie pas qu'il ne s'en produira plus une fois que l'on aura voté une loi. Mais cela vaut pour toutes les lois et cela ne peut pas être une excuse pour ne pas légiférer.

Une bonne loi en matière d'euthanasie représenterait une valeur ajoutée en ce qui concerne:

1. la connaissance de la réalité et perspectives d'avenir;
2. l'exclusion des abus;
3. la dissipation des angoisses;
4. le développement de soins palliatifs;

5. het buitengewone van euthanasie bij het medisch handelen.

1. De kennis van de realiteit en het toekomstperspectief

De studie van Deliëns kreeg de aandacht die ze verdiende. De studie van Vincent die spreker hier ter bespreking aanbood kreeg spijtig genoeg niet dezelfde aandacht. Hij legt ze daarom opnieuw ter tafel.

De toekomstprospecties voor leeftijd en kanker zijn nog meer ingrijpend. Kanker is leeftijdsgebonden. Dit wil zeggen dat de incidentie toeneemt met de leeftijd. Gezien de vergrijzing van onze bevolking dient men zich te verwachten aan een toenemend aantal mensen met kanker. Dit verklaart waarom de kankersterfte de jongste 25 jaar met 7% is toegenomen, daar waar toch ook steeds meer mensen van hun kanker genezen. Zo voorziet men in de volgende jaren bij kinderen een toename van de kankers met 0,5 tot 1% maar voor de bejaarden schat men deze toename op 25 tot 30%. De toekomstige kankerpatiënt zal derhalve meestal een oudere persoon zijn met een chronische ziekte, die vaak verzorging nodig heeft. Een groot gedeelte van deze zorg zal palliatief zijn, maar ook die palliatieve zorg is beperkt in mogelijkheden. Bij een chronisch slepende ziekte is het sterven een dynamisch proces. Het kan een sluipende aftakeling zijn zonder hoop op verbetering. Het kan verlopen met abrupte momenten van verslechtering gevolgd door een relatieve en schijnbare stabilisatie. De dood is dan het gevolg van pijnlijke verwickelingen zoals bloedingen, infecties, wonden, vochtophopingen, hartritme stoornissen en ademhalingsproblemen gepaard gaande met pijn, zwakte, vermagering en vermoeidheid. Dit zijn zovele breekpunten die het levensproces ombuigen tot een stervensproces. De bewustwording van dit onomkeerbaar proces is meestal de aanzet tot de vraag naar euthanasie.

2. Het uitsluiten van misbruiken

Het is verkeerd te blijven toezien dat «euthanasie moet overgelaten worden aan het individuele oordeel van de arts». Dit gedoogbeleid heeft het probleem in mist en onzekerheid gehouden voor de patiënt, de arts, de hele gemeenschap. Dit gedoogbeleid, ook gedoogd door de Orde van de geneesheren, mag niet langer gedoogd worden. Het huidige gedoogbeleid laat wildgroei toe. Het komt aan de wetgever toe om de maatschappelijke normen voldoende duidelijk te omschrijven zodat het gedoogbeleid niet terechtkomt in een negatieve spiraal.

5. le caractère exceptionnel de l'euthanasie dans la pratique médicale.

1. La connaissance de la réalité et les perspectives d'avenir

L'étude de Deliëns a reçu l'attention qu'elle méritait. L'étude de Vincent, évoquée ici par l'intervenant, n'a malheureusement pas bénéficié de la même attention. C'est pourquoi l'intervenant la remet sur le tapis.

Les projections en matière d'âge et de cancer sont encore plus radicales. Le cancer est lié à l'âge, ce qui signifie que son incidence croît avec celui-ci. Compte tenu du vieillissement de notre population, il faut s'attendre à un nombre croissant de cancéreux. Cela explique pourquoi le nombre des décès dus au cancer a augmenté de 7% ces 25 dernières années alors même que de plus en plus de personnes guérissent de cette maladie. On prévoit ainsi pour les prochaines années une augmentation de 0,5 à 1% des cancers chez les enfants, mais pour les personnes âgées, cette augmentation est estimée à 25 à 30%. Le futur patient cancéreux sera donc généralement une personne relativement âgée souffrant d'une maladie chronique qui nécessitera souvent des soins. Une grande partie de ces soins seront palliatifs, mais les possibilités de ces soins palliatifs sont, elles aussi, limitées. Dans le cas d'une maladie chronique, la mort est un processus dynamique. Ce processus peut consister en une dégradation insidieuse, sans espoir d'amélioration. Il peut connaître des moments abrupts de dégradation, suivis d'une stabilisation relative et apparente. La mort est alors la conséquence de complications pénibles telles qu'hémorragies, infections, plaies, accumulations d'humeurs, troubles du rythme cardiaque et problèmes respiratoires, accompagnés de douleurs, de faiblesse, d'amaigrissement et de fatigue. Ce sont autant de points de rupture qui transforment le processus de vie en processus de mort. La prise de conscience de ce processus irréversible est le plus souvent à l'origine de la demande d'euthanasie.

2. L'exclusion des abus

Il ne serait pas bon de continuer à admettre que «l'euthanasie soit laissée à l'appréciation individuelle du médecin». Cette politique de tolérance a maintenu le problème dans le vague et l'incertitude pour le patient, le médecin et la société tout entière. Cette politique, avalisée aussi par l'Ordre des médecins, ne saurait être tolérée plus longtemps. La politique actuelle de tolérance autorise les abus. Il appartient au législateur de définir les normes sociales avec suffisamment de précision pour éviter que la politique de tolérance ne s'engage dans une spirale négative.

3. *Het wegwerken van angsten*

Het levensbeëindigend handelen — zonder mede-weten van patiënten en familie — jaagt terecht angst aan om «opgeofferd» te worden.

Het betoog over het gevaar van een hellend vlak «als we euthanasie mogen toepassen op terminale kankerpatiënten, waarom dan niet op comapatiënten die al jaren als een plant vegeteren en waarom niet op dementerende wilsonbekwame en fysiek afgetakelde bejaarden?», lijkt de essentie van de autonomie te missen: namelijk dat ieder mens in onze maatschappij zelf zijn eigen keuze mag maken, ook in moeilijke beslissingen over het sterven en niet dat de maatschappij beslist voor hem. Wilsbekwaamheid is essentieel in de bepaling van euthanasie.

Er zijn artsen die zeggen geen vragende partij te zijn voor een wetgeving, omdat er 40 jaren lang geen veroordeling van een arts voor euthanasie is uitgesproken. Maar kent u de ondraaglijke pijn van gerechtelijke onderzoeken, waar beschuldigde artsen en families op niets kunnen terugvallen dan op verklaringen over noodsituaties. En wat als straks ook veroordelingen komen?

Het ontbreken van de wettelijke bescherming zaait angst in de gelederen van de zorgverstrekkers. Wie van de zorgverstrekkers zal nog risico's nemen voor een patiënt met uitdrukkelijke vraag tot euthanasie? Zorgverstrekkers vragen «richtlijnen» over hoe ze medisch en wetenschappelijk met leven en dood moeten omgaan.

4. *De uitbouw van de palliatieve zorgen*

Iedereen zal akkoord gaan dat de euthanasiedebatten in de Senaat een grote dynamiek geven aan de uitbouw van palliatieve zorgen. De vraag voor euthanasie mag er niet komen omwille van ontbreken aan kwaliteiten in onze gezondheidszorg. Een psychosociaal gerichte geneeskunde en de beschikbaarheid van palliatieve zorgen zijn essentiële voorwaarden opdat de patiënt autonoom echt kan kiezen.

5. *Het buitengewone van euthanasie in het medische handelen*

Euthanasie kan niet beschouwd worden als een gewone medische handeling «zoals er veel zijn». Euthanasie kan niet zomaar op dezelfde lijn gesteld worden als een rugoperatie ondanks de risico's ervan, een beenamputatie ondanks de vermindering, een harttransplantatie ondanks de overdracht van een «levend» orgaan van een ander. Euthanasie is een uit-

3. *La dissipation des angoisses*

L'acte euthanasique — pratiqué à l'insu des patients et de leur famille — suscite légitimement l'angoisse d'être «sacrifié».

L'argumentation développée autour du risque de s'engager sur une pente glissante (si l'on peut pratiquer l'euthanasie sur des patients cancéreux en phase terminale, pourquoi pas alors sur les patients comateux qui mènent depuis des années une vie végétative ou sur les personnes âgées démentes, incapables d'exprimer leur volonté et en pleine décrépitude?) semble passer à côté de ce qui fait l'essence de l'autonomie, à savoir que dans notre société, tout individu peut faire lui-même son propre choix, y compris en ce qui concerne les décisions difficiles touchant à la mort, et que ce n'est pas la société qui décide pour lui. L'aptitude à exprimer sa volonté est essentielle dans la définition de l'euthanasie.

Il y a des médecins qui disent ne pas être demandeurs d'une législation, parce que pendant 40 ans, aucune condamnation de médecin pour motif d'euthanasie n'a été prononcée. Mais connaît-on la douleur intolérable de ces instructions judiciaires où médecins et familles, accusés, en sont réduits à rapporter des états de détresse? Et qu'en sera-t-il si, demain, des condamnations doivent être prononcées?

L'absence de protection légale sème l'angoisse dans les rangs des dispensateurs de soins. Lequel d'entre eux prendra-t-il encore des risques pour un patient qui demande expressément l'euthanasie? Les dispensateurs de soins demandent des «directives» leur indiquant la marche à suivre sur le plan médical et scientifique dans la confrontation entre la vie et la mort.

4. *Le développement des soins palliatifs*

Chacun s'accordera à reconnaître que les débats que le Sénat consacre à l'euthanasie impriment une forte dynamique au développement des soins palliatifs. La demande d'euthanasie ne peut pas trouver son origine dans l'insuffisance qualitative de nos soins de santé. Une médecine à orientation psycho-sociale et l'accessibilité des soins palliatifs sont des conditions essentielles pour que le patient puisse véritablement opérer un choix autonome.

5. *Le caractère exceptionnel de l'euthanasie dans la pratique médicale*

L'euthanasie ne peut pas être considérée comme un acte médical ordinaire «parmi d'autres». On ne saurait l'assimiler sans plus à une opération au dos, malgré les risques qu'elle comporte, à l'amputation d'une jambe, malgré la mutilation qu'elle entraîne, à une transplantation cardiaque, malgré la greffe de l'organe «vivant» de quelqu'un d'autre. L'euthanasie

zonderlijke medische handeling die specifieke waarborgen en voorwaarden moet kennen. Daarom de vraag voor wetgeving.

Niet de dood is onze vijand, maar het ondraaglijk uitzichtloos lijden.

Spreker steunt daarom ten volle de senatoren die helpen zoeken om in de zorgvuldigheidmaatregelen een onderscheid te maken tussen patiënten waarvan het levenseinde niet in zicht is en patiënten gewikkeld in een doodstrijd.

Vraag naar de vorm van de wet

Als nu niet gekozen wordt voor een bepaalde vorm van wet, wordt de vooruitgang van de besluitvorming geblokkeerd. Het lid wil vragen een einde te stellen aan de verwarring in de discussie over een euthanasie in of uit de strafwet. Het hele werk mag niet vervagen in ondoorzichtigheid van juridisch-technische termen.

Het is niet correct te zeggen dat euthanasie uit de strafwet moet gehaald worden. Euthanasie staat nu niet in de strafwet.

Waarom worden aan een strafwet symboolfuncties geplakt, die hij niet heeft. Het recht vervangt de moraal niet. Het rechtsrespect neemt geen standpunt in over wat goed leven en waardig sterven is.

Een arts kan in het kader van een zorgvuldige hulpverlening een einde stellen aan het ondraaglijk lijden van een ander, die er duurzaam en vrijwillig om vraagt in een (volgens heersend medisch inzicht) uitzichtloze situatie. Het kan ook aldus geformuleerd worden: de arts kan op zorgvuldige wijze bijdragen aan een authentiek sterven, zoals dat door de patiënt met ondraaglijk lijden in een medisch uitzichtloze situatie wordt gevraagd.

En deze verantwoorde humane daad, een getuigenis van echte solidariteit, vraagt in de mate van het mogelijke wettelijke bescherming van de patiënt, de familie, de uitvoerende arts.

Het uitgangspunt moet zijn dat euthanasie straffeeloos is mits inachtnaam van zorgvuldigheidmaatregelen. Het lid sluit zich dus uitdrukkelijk aan bij de wetgeving dat «euthanasie kan mits uitdrukkelijke voorwaarden *a), b), c), d)*»:

a) de patiënt beoordeelt het ondraaglijk karakter van zijn lijden;

b) de arts beoordeelt de uitzichtloosheid van het lijden;

est un acte médical exceptionnel, qui doit être assorti de garanties et de conditions spécifiques. D'où la demande d'une réglementation.

Ce n'est pas la mort qui est notre ennemie, mais la souffrance insupportable et sans issue.

C'est pourquoi l'intervenant soutient inconditionnellement les sénateurs qui contribuent à faire une distinction, dans les mesures de prudence, entre les patients pour qui l'issue fatale n'est pas imminente et les patients engagés dans une lutte contre la mort.

La question de la forme de la loi

Si l'on n'opte pas pour une forme de loi déterminée, toute avancée du processus décisionnel sera bloquée. L'intervenante demande que l'on mette fin à la confusion qui caractérise la discussion sur la place de l'euthanasie dans ou en dehors de la loi pénale. Tout le travail ne peut s'estomper dans l'opacité d'une terminologie juridique.

Il n'est pas correct de dire que l'euthanasie doit être retirée de la loi pénale. L'euthanasie ne se trouve pas dans la loi pénale.

Pourquoi attribue-t-on à la loi pénale des fonctions symboliques qu'elle n'a pas? Le droit ne remplace pas la morale. Le droit ne dit pas ce qu'est vivre une bonne vie et mourir dans la dignité.

Un médecin peut, dans le cadre d'une aide respectant les critères de prudence, mettre fin aux souffrances insupportables d'une personne qui se trouve dans une situation considérée comme étant sans issue (dans l'état actuel des connaissances médicales) et qui demande depuis longtemps de manière continue et en toute liberté que l'on interrompe sa vie. Autrement dit, le médecin peut contribuer, dans le respect des critères de prudence, à assurer une mort authentique comme le réclame le patient qui se trouve dans une situation médicale sans issue et dont les souffrances sont insupportables.

Cet acte d'humanité justifié, témoignage d'une véritable solidarité, nécessite, dans la mesure du possible, une protection légale du patient, de la famille et du médecin exécutant.

Il faut partir du principe que l'euthanasie pratiquée dans le respect des critères de prudence n'est pas punissable. Le membre souscrit dès lors expressément à la législation selon laquelle «l'euthanasie est possible dans la mesure où les critères *a), b), c), d)*» sont respectés:

a) évaluation par le patient du caractère insupportable de ses souffrances;

b) évaluation par le médecin du caractère sans issue des souffrances;

c) raadpleging *a priori* door een onafhankelijke arts;

d) meldingsplicht.

Euthanasie is geen strafbaar feit, als de arts aan de vereiste normen voldoet. Het wettelijk kader van de euthanasiewet dient zo te worden uitgewerkt dat de naleving van de wet inhoudt voor de arts dat hij nooit het strafrechtelijk «opzet» krijgt toegemeten om iemand het leven te ontnemen. De term «opzet» in het strafrecht impliceert dat ook de wil, de intentie aanwezig is om een misdrijf te plegen.

Het verwijtbare gedrag van de arts is niet gelegen in het verrichten van de euthanasie op zich, maar kan gelegen zijn in het schenden van de zorgvuldigheid die daarbij in acht moet worden genomen. Onzorgvuldigheid kan strafbaar zijn. Als de arts onzorgvuldig handelt, is hij burgerrechtelijk aansprakelijk en is hij strafrechtelijk vervolgbaar.

Wat de wet wel strafbaar moet stellen is:

- euthanasie en hulp bij zelfdoding door iemand anders die geen arts is;
- de arts die de wettelijke zorgvuldigheidsmaatregelen niet in acht neemt.

In die omstandigheden kunnen betrokken partijen wel nog de noodtoestand inroepen, mits rekening te houden met de feitelijkheid dat de redenen een belangrijkere rol spelen dan het louter vervullen van de voorwaarden.

Beroep doen op de «noodtoestand» uit het strafrecht moet voorbehouden worden tot de individuele correctiemogelijkheid op strafbaarheid in situaties van overmacht. De rechter zal dan oordelen of de gemaakte keuze redelijkerwijze gemaakt mag worden gezien gedetailleerde omstandigheden. Uitgemaakt moet worden of de gedwongen keuze ten gunste van het ene en ten koste van het ander — eveneens beschermde — belang (of plicht) gerechtvaardigd is.

De noodsituatie grijpt in op de ethiek van de verantwoordelijkheid. De noodsituatie kan voor sommigen somtijds een hogere ethische waarde hebben dan de wettelijke verplichtingen zoals neergeschreven in het wetsvoorstel. De euthanasiewet kan dus doorbroken worden door redenen die sterker zijn dan de wet.

Wat niet kan is de hele problematiek van de euthanasie terug te brengen tot de theorie van de «noodtoestand».

Spreeker vraagt zich af welke de redenen zijn dat gerenommeerde juristen, gespecialiseerd in de verdediging van medische fouten, de noodsituatie in de strafwet willen opnemen om de uitweg voor euthanasie te verdedigen.

c) consultation *a priori* d'un médecin indépendant;

d) obligation de communication.

L'euthanasie n'est pas un fait punissable lorsque le médecin respecte les critères imposés. Le cadre légal de la réglementation en matière d'euthanasie doit être tel qu'en respectant la loi le médecin ait l'assurance de ne jamais être accusé d'avoir ôté la vie à quelqu'un de manière «intentionnelle» au sens pénal. En droit pénal, «intentionnel» signifie qu'il y a volonté, ou dessein de commettre un délit.

Le comportement reprehensible du médecin ne réside pas dans la pratique de l'acte euthanasique en tant que tel mais il peut résider dans la violation des critères de prudence qu'il doit respecter quand il le pratique. Le manque de prudence peut être punissable. Si le médecin ne respecte pas les critères de prudence, il est civilement responsable et il est passible de poursuites pénales.

Ce qui doit en tout cas être puni par la loi, c'est:

- l'euthanasie et l'aide au suicide par un tiers qui n'est pas médecin;
- le non-respect par le médecin des critères de prudence légaux.

Dans ces circonstances, les parties concernées peuvent toutefois encore invoquer l'état de nécessité moyennant la prise en compte du fait que le simple respect des critères imposés ne suffit pas et que ce sont les motifs qui comptent.

Recourir à la notion d'«état de nécessité» du droit pénal doit être réservé à la faculté individuelle de faire rectifier une pénalisation dans des situations de force majeure. Le juge déterminera alors si le choix qui a été fait était raisonnablement admissible à la lumière de l'examen détaillé des circonstances dans lesquelles il a eu lieu. Il y a lieu de déterminer si le choix obligatoire en faveur d'un des intérêts en jeu et au détriment de l'autre — l'un et l'autre bénéficiant de la même protection — était justifié.

La notion d'état de nécessité relève de l'éthique de la responsabilité. Pour certains, la reconnaissance de l'état de nécessité peut parfois revêtir une valeur éthique plus grande que le respect des obligations légales définies dans la proposition de loi. La loi sur l'euthanasie doit dès lors pouvoir être transgressée pour des raisons primant la loi.

On ne peut toutefois pas tout ramener, en ce qui concerne l'euthanasie, à la seule notion d'«état de nécessité».

L'intervenant se demande pour quelles raisons des juristes renommés, spécialisés dans les questions de défense, en matière d'erreurs médicales, veulent insérer la notion d'état de nécessité dans la loi pénale, aux fins de justifier le recours à l'euthanasie.

Noodtoestand kan slechts in strikte voorwaarden worden toegepast:

— de waarde van hetgeen wordt prijsgegeven moet lager of hoogstens gelijk zijn aan de waarde van hetgeen men wil vrijwaren;

— het te vrijwaren recht moet een dadelijk en ernstig gevaar lopen;

— het kwaad kan alleen door het misdrijf worden voorkomen;

— de betrokkene mag de aangenomen noodtoestand niet zelf doen ontstaan.

Deze voorwaarden zullen slechts zeer uitzonderlijk samen verenigd zijn. Noodtoestand kan in de praktijk slechts zeer uitzonderlijk worden aangenomen.

En dan is er in de hoorzittingen en de algemene besprekingen onvoldoende aandacht gegeven aan de problematiek van de bewijslast. Natuurlijk ligt de bewijslast bij de aanklager (openbaar ministerie): « *in dubio pro reo* ». Is er twijfel omtrent de schuld dan geldt die in het voordeel van de beklaagde. De beklaagde moet niet meewerken aan het bewijs van zijn eigen schuld. Dit principe ligt aan de basis van het bewijs in ons strafrecht en is ook verankerd in het EVRM (artikel 6.2). Maar de bewijslast inzake rechtvaardigheidsgronden (artikel 70-78 van de strafwet) kan wel voor problemen zorgen als wettelijk voorziene uitzonderingen van toepassing zijn.

Het is bovendien niet goed om de beoordeling van de euthanasie uitsluitend in handen van de rechtbank (en van het parket) te leggen. Inzake ethische kwesties dient aan de rechter slechts een marginaal toetsingsrecht te worden toegekend. Een rechter is geen arts, zodat hij enkel moet toezien of de arts niet met een opzet om te doden heeft gehandeld (of, in het kader van een burgerlijke procedure, of de arts geen beroepsfout heeft gemaakt die zijn burgerrechtelijke verantwoordelijkheid in het gedrang brengt).

Indien aan de rechter andere beoordelingsbevoegdheden worden toegekend (bij voorbeeld: de voorwaarden van noodtoestand onderzoeken), dient hij ethische normen te hanteren en een ethisch-morele keuze te maken. Dit kan leiden tot een ongelijke behandeling afhankelijk van de beoordelende rechter (en van diens levensovertuiging).

Daarom steunt spreker ook ten volle de senatoren die in het voorliggend wetsontwerp werken aan een toetsingscommissie als buffer tussen de arts en het openbaar ministerie.

On ne peut invoquer l'état de nécessité que dans des conditions strictes:

— la valeur de ce que l'on envisage de sacrifier doit être inférieure ou tout au plus égale à celle de ce que l'on veut préserver;

— le droit à préserver doit être directement et gravement menacé;

— on ne peut prévenir le mal qu'en commettant l'infraction;

— l'intéressé ne peut pas créer lui-même l'état de nécessité invoqué.

Ces conditions ne seront réunies que dans des cas très exceptionnels. L'état de nécessité ne pourra être invoqué en pratique que très exceptionnellement.

Par ailleurs, on n'a pas accordé suffisamment d'attention, au cours des auditions et de la discussion générale, à la question de la charge de la preuve. La charge de la preuve incombe bien sûr à l'accusation (ministère public): « *in dubio pro reo* ». S'il y existe un doute à propos de la culpabilité, celui-ci bénéficie à l'accusé. Celui-ci ne doit pas contribuer à prouver sa propre culpabilité. Ce principe est en principe fondamental en matière d'administration de la preuve dans notre droit pénal et il a également été consacré dans le cadre de la CEDH (article 6.2). La charge de la preuve en matière de cause de justification (article 70-78 du Code pénal) risque néanmoins de soulever des difficultés dans les cas où il y a bien lieu de tenir compte d'exceptions prévues par la loi.

En outre, il n'est pas bon de laisser au seul tribunal, (et le parquet y compris) le soin de traiter des affaires d'euthanasie. Il convient, en matière d'éthique, de ne conférer au juge qu'un pouvoir de contrôle marginal. Comme le juge n'est pas un médecin, il doit se contenter d'examiner si le médecin n'a pas agi dans l'intention de tuer (ou, dans le cadre d'une procédure civile, si le médecin n'a pas commis de faute professionnelle pouvant engager sa responsabilité civile).

Dès le moment où l'on conférerait d'autres pouvoirs d'appréciation au juge (comme un pouvoir d'apprécier si les conditions auxquelles doit répondre l'état de nécessité étaient réunies), celui-ci devrait appliquer des normes éthiques et faire des choix éthiques et moraux. Dans de telles circonstances, l'on pourrait voir des juges différents traiter différemment les affaires d'euthanasie (leurs convictions philosophiques pourraient également jouer un rôle).

Voilà pourquoi l'intervenant soutient pleinement les sénateurs qui prévoient, dans le cadre de la proposition de loi à l'examen, la mise en place d'une commission de contrôle qui constituerait un tampon entre le médecin et le ministère public.

De overmacht van noodsituaties kan blijven bestaan en kan ook meespelen in het bepalen van de strafbaarheid van euthanasie, die er geen is.

Strafbaarheid van de niet-arts voor levensbeëindigend handelen

In de klassieke bepaling nemen we op dat euthanasie en hulp bij zelfdoding voorbehouden wordt aan artsen.

Zulks sluit nimmer de mogelijkheid uit dat een niet-arts (verpleegkundige of wie dan ook) persoonlijk onder grote drang of dwang bezwijkt en onder persoonlijke overmacht in een noodsituatie toch levensbeëindigend handelt.

Daarom kan in de euthanasiewet worden gespecificeerd:

«diegene die zonder de erkenning en kwaliteit van geneesheer te bezitten opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en herhaald verzoek beëindigt, wordt gestraft met ...».

Strafbaarheid van de arts in geval dat verzoek ontbreekt

In de gevallen dat uitdrukkelijke wilsverklaring ontbreekt, kan niet van euthanasie worden gesproken. Het verdient aanbeveling dat de wet uitdrukkelijk voorziet in een strafbaarheid van levensbeëindiging zonder verzoek.

Het ontbreken van het eigen verzoek kan om verschillende redenen:

- het verzoek kan er zijn en toch ontbreken in het dossier zonder dat daarvoor goede gronden bestaan;
- het verzoek kan ontbreken door de urgentie van de noodsituatie;
- andere uiteenlopende situaties rond een gebrekkige of afwezige wilsuiting zodat zij onder dezelfde vereisten van wederrechtelijkheid worden gebracht.

In gevallen waarin de uitdrukkelijke wilsverklaring ontbreekt, zal vermoedelijk nogal eens gepoogd worden een dergelijke wil «te reconstrueren» of het ontbreken ervan aan te vullen met de wil van de nauw betrokkenen (zoals ouders of kinderen). Hieronder gaan zeer diverse gevallen schuil, variërend van de zwaar gehandicapte pas geboren tot de oudere patiënt die te ziek is geworden om zich nog te kunnen uiten.

Het gaat er natuurlijk om dat ondraaglijk lijden van de betrokkene in uitzichtloze situatie is geconsta-

On peut continuer à apprécier le degré de force majeure qui résulte des états de détresse, notamment pour fixer la sévérité des peines à infliger en cas de fausse euthanasie.

L'incrimination du non-médecin pour un acte mettant fin à la vie

Dans la disposition classique, nous prévoyons que l'euthanasie et l'assistance au suicide sont réservées au médecin.

Cela n'exclut toutefois pas qu'un non-médecin (membre du personnel infirmier ou qui que ce soit d'autre) puisse céder personnellement à une pression considérable et, face à une détresse, pose malgré tout un acte d'interruption de vie sous l'empire d'une force majeure personnelle.

On peut donc inscrire dans la loi relative à l'euthanasie que :

«quiconque met fin intentionnellement à la vie d'autrui à sa demande expresse et réitérée, sans avoir la qualité de médecin et être reconnu comme tel, est puni de ...».

L'incrimination du médecin en l'absence de demande

Lorsqu'il n'y a pas de déclaration expresse de volonté, on ne peut pas parler d'euthanasie. Il serait judicieux que la loi prévoie explicitement la possibilité de sanctionner l'interruption de vie pratiquée en l'absence de demande.

L'absence de demande personnelle peut avoir différentes causes :

- la demande existe, mais ne figure pas au dossier, sans qu'il y ait de bonnes raisons à cela;
- l'absence de demande peut être due à l'urgence de la situation de détresse;
- diverses autres situations entourant l'absence ou la déficience de la déclaration de volonté telles qu'on peut les ranger sous les mêmes critères d'illégalité.

Lorsque la déclaration expresse de volonté fait défaut, on s'efforcera sans doute assez souvent d'en «reconstituer» une ou de combler son absence par la volonté des proches (des parents ou des enfants, par exemple). L'hypothèse recouvre des situations très diverses allant du nouveau-né gravement handicapé au patient âgé, trop malade pour pouvoir encore s'exprimer.

Il s'agit naturellement de cas où la souffrance intolérable de la personne dont la situation est sans issue a

teerd en dat hierdoor een normoverschrijding door de arts kan worden gerechtvaardigd. Dit blijft behelpen omdat de arts als verdachte van moord in de verdachtenbank terecht kan komen, omdat in deze gevallen niet van euthanasie kan gesproken worden.

Gerechtvaardigde levensbeëindiging zonder verzoek van de patiënt is en blijft hachelijk, maar kan gebeuren in bijzondere omstandigheden. De beoordeling hiervan moet dan geschieden in het kader van de vraag of de arts in noodtoestand onder overmacht handelde. Deze situatie zou kunnen opgevangen worden door een «wederrechtelijke» bepaling toe te voegen aan de wet.

Deze bepaling zou als volgt kunnen luiden:

«de arts die opzettelijk het leven van een ander in een medisch uitzichtloze situatie beëindigt zonder uitdrukkelijk verzoek van de betrokkene, terwijl het aan zijn schuld is te wijten dat de beëindiging wederrechtelijk plaatsvindt, wordt gestraft met ...».

Strafbaarheid van de arts op grond van onzorgvuldigheid

De arts die de zorgvuldigheidsnormen schendt kan dit opzettelijk doen dan wel door onachtzaamheid. Hij kan immers bewust anders handelen, maar hij kan ook door onnadenkendheid of onvoorzichtigheid één of meer aspecten daarvan over het hoofd zien.

Onzorgvuldige euthanasie moet strafbaar kunnen worden gesteld:

«De arts die opzettelijk het leven van een ander met ondraaglijk lijden in een medisch uitzichtloze situatie beëindigt op diens uitdrukkelijk verzoek, terwijl het aan zijn schuld te wijten is dat daarbij niet alle vereiste zorgvuldigheidsnormen in acht worden genomen, wordt gestraft met ...».

Deze straf dient lager te liggen dan in het geval van moord en doodslag, waar kwaad opzet aanwezig is. Deze straf dient wel aanwezig te zijn omdat het door eigen schuld is dat de arts niet alle zorgvuldigheidsmaatregelen heeft in acht genomen.

Strafbaarheid van het niet melden

Er mag niet ten onrechte een certificaat van natuurlijke dood worden afgegeven. Strafbaarheid van de schending der meldingsplicht zal zonder twijfel een preventieve werking hebben op onrechtmatig levensbeëindigend handelen.

Daarom steunt het lid ook ten volle de senatoren die in het voorliggend wetsontwerp werken aan een

été constatée et où la transgression de la norme par le médecin peut ainsi se justifier. La démarche relève toutefois de l'expédient, car le médecin peut être suspecté de meurtre et se retrouver sur le banc des accusés puisque, dans ce cas-là, on ne peut pas parler d'euthanasie.

L'interruption justifiée de la vie sans demande du patient est toujours une chose délicate, mais admissible dans des circonstances particulières. Pour en juger, il faut alors se demander si le médecin a agi en état de nécessité, sous l'empire de la force majeure. On pourrait répondre à ce type de situation en ajoutant à la loi une disposition couvrant les cas «illicites».

Cette disposition pourrait être rédigée comme suit:

«le médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne en situation médicalement sans issue sans que l'intéressé l'ait expressément demandé et alors que l'illégalité de l'interruption résulte de sa faute, est puni de ...».

L'incrimination du médecin pour cause d'imprudence

Le médecin qui ne respecte pas les normes de prudence peut le faire intentionnellement ou par inadvertance. Il peut en effet agir autrement de propos délibéré, mais il peut arriver aussi qu'il perde de vue un ou plusieurs aspects par inattention ou par imprudence.

L'euthanasie entachée d'imprudence doit pouvoir être sanctionnée comme telle:

«Le médecin qui, à la demande expresse de l'intéressé, met intentionnellement fin à la vie d'une personne en situation médicalement sans issue qui souffre de manière intolérable, alors que tous les critères de prudence requis n'ont pas été respectés par sa faute, est puni de ...».

La peine doit être inférieure à celle qui est prévue pour l'assassinat et le meurtre, où l'intention méchante est présente. Elle doit cependant exister, car c'est par la faute même du médecin que tous les critères de prudence n'ont pas été respectés.

L'incrimination pour cause de non-communication

On ne peut pas délivrer indûment un certificat de mort naturelle. Le fait de sanctionner pénalement la transgression de l'obligation de communication aura sans aucun doute un effet préventif sur l'euthanasie illicite.

Le membre soutient dès lors pleinement les sénateurs qui, dans le cadre du projet de loi à l'examen,

toetsingscommissie als buffer tussen de arts en het openbaar ministerie.

Spreeker wenst zich tenslotte — *last but not least* — aan te sluiten bij de woorden van appreciatie aan de getuigen, elk met hun ervaring en visie. Hij heeft niet de indruk dat iemand ooit aanvoelde op de beklagenbank te zitten of hard te worden aangepakt.

Woorden van appreciatie gaan ook naar de voorzitter senator Dubié en co-voorzitter senator Kelchtermans, voor de orde in de debatten in de voorbije maanden.

Woorden van waardering voor alle senatoren die een wetsvoorstel indienden, woorden voor waardering in het bijzonder voor de zes senatoren uit de meerderheid, die op basis van een vergelijkend onderzoek der verschillende wetsvoorstellen, op zoek gingen naar het gezamenlijk wetsvoorstel van 20 december 1999, waarbij ze van in den beginne vragende partij zijn voor verbeteringen en verfijningen van de tekst, naar amendering van onvolledigheden, alle voorstellen ten goede van zorgbehoevenden en zorgverstrekkers.

Spreeker drukt verder zijn dank uit voor de medewerkers van de senatoren in de verschillende fracties, die meegewerkt hebben om de senatoren in de mogelijkheid te stellen hun sereniteit te bewaren en te blijven zoeken naar op de eerste plaats een goede wetgeving, een consensus zo mogelijk, evenwel goed besefend dat een beslissing niet kan uitblijven.

Het debat in de Senaat heeft een grote impact op de maatschappelijke discussies betreffende het levens-einde. Er is nog een hele weg te gaan in de begeleiding van leven en sterven van de autonome mens.

Woorden van dank voor de aandacht van de leden van de verenigde commissies bij de interventie van spreker vandaag, vorige en volgende maanden.

*
* *

H. DEBAT BETREFFENDE PALLIATIEVE ZORG

1. Hoorzitting met de heer Manu Keirse, kabinetschef van de minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, en met de heer Rik Thys, kabinetsadviseur van de minister van Sociale Zaken en Pensioenen

INLEIDING

Een goede palliatieve zorg is belangrijk. Hoe een samenleving met de zorg rond de stervende mens

œuvrent en faveur d'une commission de contrôle pour servir d'organe intermédiaire entre le médecin et le ministère public.

Enfin et surtout, il souhaite se joindre aux marques d'appréciation qui ont été formulées à l'adresse des témoins, qui ont fait part chacun de leur expérience et de leur vision personnelle. Selon lui, personne ne doit avoir eu l'impression de se trouver sur le banc des accusés ou d'être rudoyé.

L'intervenant voudrait également remercier le président Dubié et le vice-président Kelchtermans pour le bon ordre des débats au cours des mois écoulés.

Il a félicité en outre tous les sénateurs qui ont déposé une proposition de loi et en particulier les six sénateurs de la majorité qui, après un examen comparatif des différents textes, ont entrepris de rédiger une proposition conjointe à savoir celle du 20 décembre 1999 à propos de laquelle ils se sont dits d'emblée partie prenante pour toutes améliorations, précisions, rectifications ou suggestions susceptibles de faire profit aux demandeurs comme aux prestataires de soins.

L'intervenant exprime encore sa gratitude aux collaborateurs des groupes, qui ont aidé les sénateurs à conserver leur sérénité et à s'efforcer avant tout de produire une bonne législation, si possible consensuelle, tout en sachant qu'on ne pourra pas reporter la décision indéfiniment.

Les travaux du Sénat ont un impact important sur le débat de société relatif à la fin de la vie. Il reste encore beaucoup à faire pour accompagner la vie et la mort de l'être humain autonome.

En terminant, l'intervenant remercie les membres des commissions réunies pour l'attention qu'ils ont accordée à son intervention d'aujourd'hui et à ses interventions précédentes ainsi que pour celles qu'ils voudront bien lui réserver à l'avenir.

*
* *

H. DÉBAT RELATIF AUX SOINS PALLIATIFS

1. Audition de M. Manu Keirse, chef de cabinet de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, et de M. Rik Thys, conseiller au cabinet du ministre des Affaires sociales et des Pensions

INTRODUCTION

Il importe de développer des soins palliatifs de qualité. La manière dont une société aborde les soins

omgaat, zegt veel over het sociaal en moreel klimaat dat leeft in die samenleving.

De beide ministers geloven sterk in een holistische benadering van de palliatieve patiënt. Het versterken van een palliatieve cultuur, evenzeer als het optimaliseren van de zorg in het natuurlijke milieu van de patiënt (het thuis- of het thuisvervangend milieu) zijn een rode draad in de voorgestelde maatregelen.

Het uittekenen van een beleid betekent het leggen van prioriteiten. Dit impliceert onvermijdelijk een inboeten op enkele waardevolle verwachtingen van het werkveld. Daardoor dreigen de beoogde maatregelen als opsomming naast mekaar en ten opzichte van mekaar te worden afgewogen.

Om te verduidelijken dat maatregelen uit dit beleidsplan een coherente aanzet tot een palliatief beleid zijn, maar zeker geen eindpunt, wensen wij kort te duiden dat de psychologische aspecten van de palliatieve zorg in elke beleidsprioriteit aanwezig horen te zijn. Te vaak worden deze aspecten niet benoemd en minder behartigd dan de medische en materiële facetten van palliatieve zorg.

Met palliatieve zorg bedoelen we «persoonlijke intensieve zorg». Een intensieve zorg die gericht is op alle noden van de patiënt én zijn omgeving is het uitgangspunt. Een sterfbed is iets anders dan een ziebed. Het meeleven tot de laatste dag en vooral het begeleiden van de stervende mens in relatie tot zijn omgeving is cruciaal. Voor alle duidelijkheid: ook bij de inzet van palliatieve zorg is het cruciaal dat dit gebeurt op verzoek en met instemming van de patiënt zelf.

Bij palliatieve zorg moeten vooral de basisnoden, de nood aan genegenheid, veiligheid, waardigheid en fysiek comfort, centraal staan. Onder meer een adequate pijnbestrijding neemt bij de patiënt de angst voor pijn weg en creëert een klimaat waar aandacht voor deze basisnoden in zijn geheel ruimte krijgt.

Evenzeer moeten de noden van de nabestaanden aandacht krijgen. Er moet ruimte zijn voor de beleving en het verwerkingsproces van de familieleden. De familie betrekken bij de zorg voor de patiënt, is uitermate belangrijk. Niet alleen als meerwaarde in de therapie van de patiënt zelf, maar als hulp bij de rouwverwerking achteraf.

De palliatieve zorg stopt ook niet bij het moment van het overlijden van de patiënt, de zorg voor de familie hoort verder te lopen in de rouwperiode.

Binnen deze groep van nabestaanden vergt elke subgroep een specifieke aanpak. Begeleiden van de levenspartner, de ouders, de grootouders of een goede

au mourant en dit long du climat moral et social qui règne dans cette société.

Les deux ministres croient fermement en une approche holistique du patient recevant des soins palliatifs. Le renforcement d'une culture palliative, de même que l'optimisation des soins dans le milieu naturel du patient (le domicile ou le milieu qui s'y substitue), est un fil rouge à travers les mesures proposées.

Élaborer une politique signifie fixer des priorités. Ceci implique inévitablement que l'on sacrifie certaines attentes légitimes du terrain. Les mesures visées risquent dès lors d'être évaluées les unes par rapport aux autres.

Pour montrer que les mesures contenues dans ce projet politique constituent une ébauche cohérente de politique palliative mais nullement un aboutissement, nous souhaitons brièvement souligner que les aspects psychologiques des soins palliatifs doivent être pris en considération dans toute priorité politique. Trop souvent, ces aspects ne sont pas évoqués et sont moins pris à cœur que les facettes médicales et matérielles des soins palliatifs.

Par soins palliatifs, nous entendons des «soins intensifs personnels». Des soins intensifs axés sur tous les besoins du patient et de son entourage en constituent le fondement. Un lit de mort est bien autre chose qu'un lit de malade. Il est crucial de partager la vie du patient jusqu'au dernier jour et surtout d'accompagner le mourant en relation avec son entourage. Pour préciser les choses: il est également crucial de décider de recourir aux soins palliatifs à la demande du patient lui-même et avec l'accord de celui-ci.

Ce sont surtout les besoins fondamentaux, le besoin d'affection, de sécurité, de dignité et de confort physique, qui doivent être au centre des préoccupations dans les soins palliatifs. Une lutte adéquate contre la douleur notamment dissipe la peur de la souffrance chez le patient et crée un climat permettant d'être attentif à ces besoins fondamentaux.

Il faut être tout aussi soucieux des besoins des proches. Il faut pouvoir s'intéresser au vécu et au processus d'acceptation des membres de la famille. Il est extrêmement important d'associer la famille aux soins donnés au patient. Non seulement parce que cette participation constitue une plus-value dans la thérapie du patient lui-même mais aussi parce qu'elle facilite le processus de deuil par la suite.

Les soins palliatifs ne cessent pas au moment du décès du patient, les soins dispensés à la famille doivent se poursuivre durant la période de deuil.

Au sein de ce groupe de proches, chaque sous-groupe exige une approche spécifique. L'accompagnement est différent selon qu'il s'agit du parte-

vriend is verschillend. Vooral jonge en opgroeiende kinderen zijn hier vaak een vergeten groep.

Binnen een gezin reageert elk kind op zijn manier, naargelang de relatie met bijvoorbeeld de stervende ouder. Genuanceerd luisteren en een geëigende aanpak is nodig.

Aandachtspunten in een goede begeleiding van de stervende in relatie met zijn omgeving zijn: respect voor de wil en de wensen van de patiënt, een eerlijke communicatie, het omgaan met waarheid en non-verbale communicatie, het inschatten van de psychologische draagkracht van patiënten en familieleden, het creëren van een bespreekbaarheidsklimaat (een klimaat waar gesproken kan worden over gevoelens), het leren omgaan met angst, woede, hoop, schuldgevoelens en ontkenning, het opvangen van depressie en vooral ook het helpen bij aanvaarding.

In de maatregelen die hier onder worden voorgesteld, spreken we voortdurend over het bevorderen van de palliatieve cultuur. Dit proberen we concreet te maken door middel van een verhoging van budgetten in quasi alle vormen van palliatieve zorgverlening die er bestaan en in diverse modaliteiten (personeel, forfaits, remgelden, vorming ...).

Deze inleiding moet duidelijk maken dat de beoogde maatregelen de patiënt wensen te benaderen in zijn sociaal netwerk, in zijn ruimere context.

Omschrijving

— Palliatieve zorg is het geheel van de zorgverlening aan terminale patiënten met een levensbedreigende ziekte die niet langer op curatieve therapieën reageren. Voor die patiënten is een multidisciplinaire (want verstrekt door mantelzorgers, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, verzorgenden, huisartsen, specialisten, psychologen, ...) totaalzorg (fysiek, psychisch, sociaal, moreel) van essentieel belang. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is de terminaal zieke en zijn familie een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is er op gericht de kwaliteit van het resterende leven van de terminale patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren.

— Onder palliatieve functie begrijpen we sensibilisering, advies, opleiding en ondersteuning van al diegenen die bij de palliatieve zorg zijn betrokken (zowel de mantelzorg als de professionele of formele zorg).

naire, des parents, des grands-parents ou d'un ami proche. Les jeunes enfants sont souvent un groupe oublié.

Au sein d'une famille, chaque enfant réagit à sa manière, en fonction de la relation qu'il a établie, par exemple, avec le parent mourant. Une écoute nuancée et une approche appropriée sont nécessaires.

Les points qui doivent retenir l'attention dans un bon accompagnement du mourant en relation avec son entourage sont: le respect de la volonté et des souhaits du patient, une communication franche, le souci de la vérité et la communication non verbale, l'évaluation de la force psychologique des patients et des membres de leur famille, la création d'un climat propice au dialogue (un climat dans lequel on peut parler des sentiments), l'apprentissage de la confrontation à l'angoisse, à la colère, à l'espoir, aux sentiments de culpabilité et au déni, le traitement de la dépression et l'assistance en vue de l'acceptation de la situation.

Dans les mesures proposées ci-après, nous parlons toujours de la promotion de la culture palliative. Nous tentons d'agir concrètement en ce sens en augmentant les budgets pour quasi toutes les formes de soins palliatifs existantes et pour diverses modalités (personnel, forfaits, tickets modérateurs, formation, ...).

Cette introduction doit faire apparaître clairement que les mesures proposées visent à approcher le patient dans son réseau social, dans son contexte plus large.

Définition

— Les soins palliatifs recouvrent l'ensemble des soins donnés aux patients en phase terminale souffrant d'une maladie mortelle ne réagissant plus aux thérapies curatives. Pour ces patients, des soins complets (physiques, psychiques, sociaux, moraux) multidisciplinaires (car dispensés par l'entourage, des assistants sociaux, des infirmiers, des soignants, des médecins généralistes et spécialistes, des psychologues, ...) revêtent une importance capitale. L'objectif principal des soins palliatifs est d'offrir au malade en phase terminale et à sa famille une qualité de vie la plus grande possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs visent à garantir et à optimiser la qualité du temps qu'il reste à vivre au patient en phase terminale et à ses proches.

— Par fonction palliative, nous entendons la sensibilisation, l'offre de conseils, la formation et le soutien de tous ceux qui sont associés aux soins palliatifs (tant les soins dispensés par l'entourage que les soins professionnels et formels).

Uitgangspunten

1. De palliatieve zorg maakt integrerend deel uit van een gezondheidszorg die zich niet enkel richt op «genezen» maar ook op «verzorgen».

2. Palliatieve zorg is toegankelijk en beschikbaar voor alle terminale patiënten en wordt aangeboden op die plaats waar de patiënt voor kiest. Meer en meer mensen kiezen ervoor om thuis te sterven. Ook het thuisvervangend milieu wordt een alternatief voor het ziekenhuis. Verder investeren in een toegankelijke en beschikbare eerstelijnszorg is, ook wat betreft de kwaliteit van de palliatieve thuiszorg, prioritair.

3. Palliatieve zorg omvat meer dan gespecialiseerde pijnbestrijding en gespecialiseerde symptomatische behandeling, zoals die bijvoorbeeld vereist zijn bij aandoeningen met een slechte prognose maar die niet noodzakelijkerwijs samen vallen met een terminale fase.

4. Palliatieve zorg wordt aangeboden op vraag van de patiënt. Therapeutische hardnekkigheid mag niet vervangen worden door palliatieve hardnekkigheid.

STAND VAN ZAKEN

In België is met een geleidelijke ontwikkeling van de palliatieve zorg gestart in de jaren tachtig, mede dankzij heel wat semi-professionelen uit de gezondheidssector. Aansluitend op een periode waarin subsidies werden verleend op basis van experimenten, is de palliatieve zorg ondertussen op structurele wijze verankerd in onze gezondheidszorg.

Eerder dan nieuwe structuren op te richten, is de opdracht nu om de bestaande structuren, initiatieven en concrete maatregelen verder te versterken en na evaluatie desgevallend nog te verbeteren.

— Als basis voor de palliatieve zorg werden «samenwerkingsverbanden» (ook netwerken of platforms genoemd) opgericht. Deze samenwerkingsverbanden bestrijken geografisch omliggende gebieden. Zowat alle actoren (organisaties voor hulp aan familie en patiënten, organisaties voor thuiszorg en van artsen, rust- en verzorgingstehuizen en rustoorden, ziekenhuizen) binnen de gezondheidszorg maken deel uit van dit territoriaal samenwerkingsverband.

— Elk samenwerkingsverband heeft een of meerdere multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve thuiszorg. Deze equipes staan op vraag van de patiënt en in overleg met de betrokken zorgverstrekkers van de eerstelijns in voor de concrete ondersteuning van diegenen die de palliatieve zorgverlening aanbieden.

Hun taak is, ten eerste, overleg te plegen met de betrokken zorgverstrekkers en hen advies te geven over alle aspecten van de palliatieve zorg (pijnbehan-

Fondements

1. Les soins palliatifs font partie intégrante de soins de santé qui ne se focalisent pas uniquement sur la «guérison» mais aussi sur le fait de «soigner».

2. Les soins palliatifs sont accessibles et disponibles pour tous les patients en phase terminale et sont offerts à l'endroit que choisit le patient. De plus en plus de personnes choisissent de mourir à domicile. Le milieu se substituant au domicile devient également une alternative à l'hospitalisation. Il est prioritaire de continuer à investir dans des soins du premier échelon accessibles et disponibles, y compris en ce qui concerne la qualité des soins palliatifs à domicile.

3. Les soins palliatifs englobent plus que la lutte spécialisée contre la douleur et le traitement spécialisé des symptômes, tels qu'exigés, par exemple, pour les affections assorties d'un pronostic défavorable mais ne correspondant pas nécessairement à une phase terminale.

4. Les soins palliatifs sont offerts à la demande du patient. L'acharnement thérapeutique ne peut faire place à un acharnement palliatif.

ÉTAT DE LA QUESTION

En Belgique, on a commencé à développer progressivement les soins palliatifs dans les années quatre-vingt, notamment grâce à bon nombre de semi-professionnels du secteur des soins de santé. Après une période où les subventions étaient distribuées sur la base d'expériences, les soins palliatifs ont trouvé un ancrage structurel dans nos soins de santé.

Plutôt que de créer de nouvelles structures, la mission est aujourd'hui de renforcer les structures, initiatives et mesures concrètes existantes et éventuellement de les améliorer encore après évaluation.

— Des «associations» (encore appelées réseaux ou plates-formes) ont été créées à la base des soins palliatifs. Ces associations recouvrent des régions géographiquement délimitées. Presque tous les acteurs (organisations d'aide aux familles et aux patients, organisations de soins à domicile et de médecins, maisons de repos et de soins et maisons de repos, hôpitaux) du secteur des soins de santé font partie de ce cadre de collaboration territorial.

— Chaque association dispose d'une ou de plusieurs équipes d'accompagnement multidisciplinaires chargées des soins palliatifs. Ces équipes prennent en charge, à la demande du patient et en concertation avec les prestataires de soins du premier échelon, le soutien concret de ceux qui administrent les soins palliatifs.

Il leur incombe, premièrement, de mener une concertation avec les prestataires de soins concernés et de les conseiller sur tous les aspects des soins pallia-

deling, gebruik van gespecialiseerd materiaal,...), ten tweede, de palliatieve zorgverlening in het thuismilieu van de patiënt (onder meer afspraken met de huisarts en andere thuisverzorger) en de psychologische en morele ondersteuning aan de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn te organiseren en te coördineren. In overleg met de huisarts, die systematisch wordt geïnformeerd over de behandeling in het thuismilieu, kan de equipe in uitzonderlijke omstandigheden ook zelf instaan voor bepaalde aspecten van de palliatieve zorg. In 2000 werd hiervoor een budget van 274,9 miljoen frank vrijgemaakt, wat 100 miljoen méér is dan het jaar tevoren werd uitgegeven.

— Sinds 1997 is er wettelijk voorzien in een palliatieve functie voor elk rust- en verzorgingstehuis (RVT). Concreet betekent dit onder andere dat elke RVT-instelling zich moet aansluiten bij een erkend «samenwerkingsverband» en concrete afspraken moet maken met een erkende instelling die beschikt over zogenaamde Sp-bedden «palliatieve zorg» (bedden voor patiënten die speciale verzorging nodig hebben).

— Sinds 1997 zijn, verspreid over een aantal ziekenhuizen, 360 dergelijke Sp-bedden erkend. De instelling of de dienst die de Sp-bedden aanbiedt moet deel uitmaken van het samenwerkingsverband in de regio.

Sinds 1999 moet elk ziekenhuis ook beschikken over een palliatieve functie. Deze functie is breed gedefinieerd én omvat alle activiteiten die bedoeld zijn om de behandeling en de opvang van de terminale ziekenhuispatiënten te ondersteunen. Deze functie wordt momenteel forfaitair gefinancierd afhankelijk van de schaalgrootte van de instelling.

— Voor palliatieve patiënten die thuis willen sterven bestaat er sinds 1 januari 2000, een palliatief zorgforfait van 19 500 frank dat maximaal 2 maal wordt uitbetaald. In 2000 werd hiervoor een extra budget van 395 miljoen frank vrijgemaakt.

— Alle werknemers hebben binnen het kader van de wetgeving op loopbaanonderbreking, recht op palliatief zorgverlof. De duur van dit verlof is maximaal 2 maand gerekend voor de palliatieve verzorging van eenzelfde persoon. Bij een volledige arbeidsonderbreking ontvangt de werknemer een vergoeding per maand van 20 400 frank.

DE VOORSTELLEN

Op een Interministeriële Conferentie van 29 maart 2000 tussen de Federale overheden, de gemeenschappen en de gewesten, werd beslist tot de oprichting van een «Interkabinettenwerkgroep palliatieve zorg». Ondertussen is deze werkgroep volop aan de slag om een reeks voorstellen voor te bereiden voor een betere palliatieve zorg in ons land.

tifs (traitement de la douleur, utilisation de matériel spécialisé, ...) et, deuxièmement, d'organiser et de coordonner les soins palliatifs au domicile du patient (notamment les rendez-vous avec le généraliste et les autres soignants à domicile) et le soutien psychologique et moral des prestataires de soins du premier échelon. En concertation avec le médecin généraliste, qui est informé systématiquement du traitement à domicile, l'équipe peut, dans des circonstances exceptionnelles, assumer également elle-même certains aspects des soins palliatifs. Un budget de 274,9 millions de francs a été dégagé à cette fin en 2000, ce qui représente 100 millions de francs de plus que les dépenses de l'année précédente.

— Depuis 1997, une fonction palliative est légalement prévue pour chaque maison de repos et de soins (MRS). Concrètement, cela signifie notamment que chaque MRS doit adhérer à une «association» agréée et doit conclure des accords concrets avec un établissement agréé disposant de lits Sp «soins palliatifs» (lits destinés à des patients nécessitant des soins particuliers).

— Depuis 1997, 360 lits ont été agréés; ils sont répartis entre plusieurs hôpitaux. L'établissement ou le service qui offre des lits Sp doit faire partie de l'association de la région.

Depuis 1999, chaque hôpital doit également disposer d'une fonction palliative. Cette fonction est définie de manière large et englobe toutes les activités visant à soutenir le traitement et la prise en charge de patients hospitalisés en phase terminale. Actuellement, cette fonction est financée forfaitairement, en fonction de la taille de l'établissement.

— Pour les patients nécessitant des soins palliatifs qui désirent mourir à domicile, il existe, depuis le 1^{er} janvier 2000, un forfait pour soins palliatifs de 19 500 francs qui peut être versé deux fois au maximum. En 2000, un budget supplémentaire de 395 millions de francs a été dégagé à cette fin.

— Tous les travailleurs ont droit à un congé pour soins palliatifs dans le cadre de la législation relative à l'interruption de carrière. La durée de ce congé est de deux mois maximum pour les soins palliatifs dispensés à une même personne. En cas d'interruption complète de carrière, le travailleur perçoit une allocation de 20 400 francs par mois.

LES PROPOSITIONS

Il a été décidé le 29 mars 2000, lors d'une conférence interministérielle entre les autorités fédérales, les communautés et les régions, de créer un «Groupe de travail intercabinet soins palliatifs». Depuis lors, ce groupe s'active à préparer une série de propositions d'amélioration des soins palliatifs dans notre pays.

De onderstaande beleidsintenties zijn bedoeld als bijdrage tot dit interministerieel overleg. Deze voorstellen zijn gezamenlijk voorbereid door de bevoegde federale ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid en vormen als dusdanig de federale bijdrage voor het ruimere debat.

I. Thuis

• *Uitbreiding zorgaanbod*

Aansluitend op één van de fundamentele uitgangspunten, is het essentieel dat de palliatieve zorg stapsgewijs geïntegreerd wordt in het bestaande zorgverleningsaanbod. Deze doelstelling geldt des te meer voor de eerstelijnszorg gezien die instaat voor de opvang van patiënten die thuis willen sterven.

Het bestaand professioneel zorgaanbod op eerste lijnsniveau bestaat onder meer uit de huisarts, paramedici zoals de kinesist, de thuisverpleging maar ook bijvoorbeeld de Gezinszorg.

Sinds 1 januari 2000 is er een palliatief thuiszorgforfait voor de palliatieve patiënt van 19 500 frank per maand, beperkt tot twee maanden. Dit forfait is er voor palliatieve patiënten met de intentie om thuis te sterven. Het forfait is aanvullend op wat wordt terugbetaald via de «gewone» nomenclatuur en bedoeld als extra tegemoetkoming voor specifieke kosten inzake geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen.

Dit forfait moet de invloed van financiële overwegingen bij de keuze tussen verzorging thuis of in het ziekenhuis uitschakelen.

1. Het is de bedoeling het zogenaamde thuisverplegingsforfait «C» via de thuisverpleging ook aan palliatieve patiënten toe te kennen. Dit forfait bedraagt 1 395 frank (weekdag) en 2 078 frank (weekend). Het is momenteel — op voorschrift van de arts — voorbehouden aan patiënten met een zware zorgafhankelijkheid (wat betreft wassen en kleden, verplaatsen, incontinentie en eten), met andere woorden voorwaarden waar niet alle «palliatieve patiënten» aan beantwoorden.

Voorstel: het forfait «C» ook toekennen aan palliatieve patiënten en dit op basis van de criteria die gelden voor het recht op het thuiszorgforfait. Kostprijs: 500 miljoen frank.

2. Nu betalen palliatieve patiënten nog steeds remgelden voor raadplegingen en bezoeken van de huisarts.

Voorstel: het annuleren van deze remgelden voor patiënten met recht op het palliatief thuiszorgforfait. Kostprijs: 100 miljoen frank.

Les intentions politiques énoncées ci-après se veulent une contribution à cette concertation interministérielle. Ces propositions sont préparées conjointement par les ministres fédéraux des Affaires sociales et de la Santé publique et constituent en tant que telles la contribution fédérale au débat plus large.

I. À domicile

• *Élargissement de l'offre de soins*

Dans la lignée de l'un des principes fondamentaux, il est essentiel que les soins palliatifs soient progressivement intégrés dans l'offre existante de soins. Cet objectif vaut d'autant plus pour les soins du premier échelon qui prennent en charge l'accueil des patients désireux de mourir à domicile.

L'offre existante de soins professionnels du premier échelon est assurée notamment par le médecin généraliste, les paramédicaux tels que le kinésithérapeute, les soignants à domicile ainsi que, par exemple, l'aide aux familles.

Depuis le 1^{er} janvier 2000, un forfait pour soins palliatifs à domicile de 19 500 francs par mois est accordé au patient recevant des soins palliatifs pour une durée maximale de deux mois. Ce forfait est destiné aux patients désireux de mourir à domicile. Il constitue un complément au remboursement effectué par le biais de la nomenclature «normale» et vise à offrir une intervention supplémentaire pour couvrir les coûts spécifiques de médicaments et autres moyens nécessaires au traitement.

Ce forfait doit permettre de neutraliser l'influence de considérations financières lorsqu'il s'agit de choisir entre les soins à domicile ou à l'hôpital.

1. L'objectif est d'octroyer le forfait pour soins à domicile «C» également aux patients recevant des soins palliatifs par le biais des soins à domicile. Ce forfait est de 1 395 francs (en semaine) et de 2 078 francs (le week-end). Il est actuellement réservé — sur prescription médicale — aux patients fortement dépendants des soins (pour l'hygiène, l'habillement, les déplacements, l'incontinence et l'alimentation), condition que ne remplissent pas tous les patients recevant des soins palliatifs.

Proposition: accorder aussi le forfait «C» aux patients recevant des soins palliatifs et ce, sur base de critères retenus pour le droit au forfait pour soins à domicile. Coût: 500 millions de francs.

2. Actuellement, les patients recevant des soins palliatifs paient encore des tickets modérateurs pour les consultations et visites du généraliste.

Proposition: la suppression de ces tickets modérateurs pour les patients ayant droit au forfait pour soins à domicile. Coût: 100 millions de francs.

3. Het palliatief thuiszorgforfait van 19 500 frank per patiënt: aangezien de huidige regeling pas is ingegaan begin 2001, is, onder meer, het werkelijk aantal terminale patiënten dat een beroep doet op dit forfait nog niet precies bekend. Begin 2002 zal het mogelijk zijn om deze maatregel ten gronde te evalueren, ook wat betreft een mogelijke uitbreiding van dit forfait van 2 naar 3 maand.

Voorstel: deze tussenkomst in 2001 evalueren met een optie tot uitbreiding van 2 naar 3 maanden in 2002.

4. De beide ministers stellen ten slotte voor een oproep te richten tot alle bestaande diensten en zorgverstrekkers tot verder engagement in de palliatieve zorg binnen de bestaande regelgeving door middel van vorming, modulaire inzet van personeel, organisatorische aanpassingen en deelname aan de samenwerkingsverbanden.

• *Versterking van de samenwerkingsverbanden*

De samenwerkingsverbanden voor palliatieve zorg vervullen binnen hun regio een belangrijke rol bij het verspreiden van de cultuur van de palliatieve zorg. Zij coördineren lokale acties.

De kernopdrachten van een samenwerkingsverband zijn informatie en sensibilisering, opleiding en navorming, het opstellen van samenwerkingsprotocollen en het voeren van een regionaal beleid.

De samenwerkingsverbanden moeten een gebied bestrijken van minstens 200 000 en ten hoogste 1 000 000 inwoners. Per schijf van 300 000 inwoners is er voorzien in 1 voltijds equivalent personeelslid-coördinator. Ook samenwerkingsverbanden met minder dan 300 000 inwoners beschikken over minimaal 1 voltijds equivalent personeelslid.

Van deze samenwerkingsverbanden maken deel uit organisaties voor mantelzorgers, organisaties voor thuiszorg, lokale of regionale organisaties van huisartsen en van andere zorgverstrekkers, de RVT's, de erkende rustoorden of ROB's en de ziekenhuizen.

De beide ministers stellen voor deze samenwerkingsverbanden verder te versterken door middel van de volgende maatregelen.

1. De huidige vergoeding van 1,250 miljoen frank voor 1 voltijds equivalent coördinator per 300 000 inwoners is onvoldoende om de loonkost te dekken.

Voorstel: deze functie kostendekkend te financieren waarbij zowel rekening wordt gehouden met de

3. Le forfait pour soins palliatifs à domicile de 19 500 francs par patient: étant donné que le régime actuel n'est entré en vigueur qu'au début de 2001, le nombre réel de patients en phase terminale faisant appel à ce forfait n'est pas encore connu avec précision. Au début de 2002, il sera possible d'évaluer en profondeur cette mesure, y compris dans l'optique d'une éventuelle extension de ce forfait de 2 à 3 mois.

Proposition: évaluer cette intervention en 2001 avec possibilité de la faire passer de 2 à 3 mois en 2002.

4. Les deux ministres proposent enfin de lancer un appel à tous les services existants et à tous les prestataires de soins pour qu'ils continuent à s'engager, dans le cadre de la réglementation existante, dans les soins palliatifs au moyen de la formation, de l'implication modulaire du personnel, d'adaptations organisationnelles et d'une participation aux associations.

• *Renforcement des associations*

Les associations pour soins palliatifs jouent, à l'intérieur de leur région, un rôle majeur pour la diffusion de la culture des soins palliatifs. Elles coordonnent les actions locales.

Les missions principales d'une association sont l'information et la sensibilisation, la formation et la formation continuée, la rédaction de protocoles de collaboration et la mise en œuvre d'une politique régionale.

Les associations doivent couvrir une région comptant au minimum 200 000 habitants et au maximum 1 000 000 d'habitants. Un membre du personnel coordinateur équivalent temps plein est prévu par tranche de 300 000 habitants. Les associations couvrant une région comptant moins de 300 000 habitants disposent également d'un membre du personnel équivalent temps plein.

Ces associations sont constituées par les organisations de personnes de l'entourage dispensant des soins, les organisations de soins à domicile, les organisations locales ou régionales de médecins généralistes et autres prestataires de soins, les MRS, les maisons de repos agréées pour personnes âgées (MRPA) et les hôpitaux.

Les deux ministres proposent de renforcer encore ces associations grâce aux mesures suivantes.

1. L'allocation actuelle de 1,250 million de francs pour un coordinateur équivalent temps plein, prévu pour 300 000 habitants, est insuffisante pour couvrir les coûts salariaux.

Proposition: financer cette fonction de manière à couvrir les coûts, en tenant compte tant de

anciënniteit als met de kwalificaties van het personeel. Kostprijs: 18 miljoen frank.

2. Om hun kwalitatieve opdracht beter te vervullen wordt op het niveau van het samenwerkingsverband minstens in een parttime klinisch psycholoog voorzien, met mogelijkheid tot uitbreiding op basis van de grootte van het samenwerkingsverband. De psychologen helpen de patiënt en de betrokken zorgverstrekkers en zijn inzetbaar voor job-training.

Voorstel: minstens 1/2 functie «psycholoog» voorzien per samenwerkingsverband, verder te verhogen pro rata van 300 000 inwoners.

Kostprijs: 36,7 miljoen frank (op basis van minimaal 1/2 functie per erkend samenwerkingsverband).

• ***Evaluatie van de palliatieve multidisciplinaire equipes***

Deze equipes ondersteunen het samenwerkingsverband en hebben tot doel een aanvullende bijdrage te leveren in de ondersteuning en palliatieve verzorging van terminale patiënten die hun laatste levensfase thuis willen doorbrengen en thuis willen sterven.

Daar waar de samenwerkingsverbanden zich vooral richten op coördinatie, overleg en vorming, vervullen de equipes een tweedelijnsfunctie voor de eerstelijnszorgverstrekkers. De equipe geeft in de eerste plaats adviezen over palliatieve verzorging aan de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn die, onder leiding van de huisarts van de patiënt, in elk geval zelf volledig verantwoordelijk blijven voor de verzorging en de begeleiding van de patiënt. In overleg met de betrokken zorgverstrekkers van de eerste lijn en met hun toestemming, kan de equipe in sommige gevallen ook zelf bepaalde aspecten van de palliatieve zorgverlening op zich nemen.

Deze equipes richten zich zowel tot de patiënten thuis als tot de patiënten die in thuisvervangende «intramurale» voorzieningen zijn opgenomen, aangeboden door onder meer de rusthuissector en de sector van het beschut wonen.

In 1999 waren er 28 erkende multidisciplinaire begeleidingsequipes. Een belangrijk tekort bij de werking van deze equipes was dat de basisbezetting (bestaande uit 2 voltijdse verpleegkundigen, 4 uur huisarts en een halftijdse administratieve kracht, toegekend op basis van 100 verpleegde patiënten) onvoldoende rekening hield met het inwonersaantal van een gebied. Vooral equipes werkzaam in regio's van net minder dan 600 000 inwoners hadden geen recht op een hogere bezetting dan equipes werkzaam in regio's van bijvoorbeeld net 200 000 inwoners.

l'ancienneté que des qualifications du personnel. Coût: 18 millions de francs.

2. Pour permettre à l'association de mieux remplir sa mission, il est prévu d'y adjoindre au moins un psychologue clinique à temps partiel, avec possibilité d'extension sur base de la taille de l'association. Les psychologues aident le patient et les prestataires de soins concernés et peuvent être appelés à collaborer à la formation professionnelle pratique.

Proposition: prévoir au moins 1/2 fonction de «psychologue» par association et développer cette fonction par tranche de 300 000 habitants.

Coût: 36,7 millions de francs (sur la base d'au moins 1/2 fonction par association agréée).

• ***Évaluation des équipes palliatives multidisciplinaires***

Ces équipes soutiennent l'association et visent à contribuer au soutien et aux soins palliatifs apportés à des patients en phase terminale désireux de vivre la dernière phase de leur vie à domicile et d'y mourir.

Alors que les associations se concentrent surtout sur la coordination, la concertation et la formation, les équipes remplissent une fonction de second échelon pour les prestataires de soins du premier échelon. L'équipe donne avant tout des avis sur les soins palliatifs aux prestataires de soins du premier échelon concernés qui, sous la direction du médecin généraliste du patient, assument en tout cas l'entière responsabilité des soins et de l'accompagnement du patient. En concertation avec les prestataires de soins du premier échelon concernés et avec leur accord, l'équipe peut, dans certains cas, prendre en charge certains aspects des soins palliatifs.

Ces équipes s'adressent à la fois aux patients à domicile et aux patients admis dans des services «intra-muros» se situant au domicile, offerts notamment par le secteur des maisons de repos et celui des «habitations protégées».

En 1999, on comptait 28 équipes d'accompagnement multidisciplinaires agréées. Une des lacunes importantes observées dans le fonctionnement de ces équipes était que les effectifs de base (composés de 2 infirmiers à temps plein, de 4 heures de prestations d'un médecin généraliste et d'un membre du personnel administratif à mi-temps pour 100 patients soignés) ne tenaient pas suffisamment compte du nombre d'habitants d'une région. Les équipes actives dans des régions comptant tout juste moins de 600 000 habitants surtout, n'avaient pas droit à des effectifs plus élevés que les équipes actives dans des régions comptant, par exemple, tout juste 200 000 habitants.

Sinds 1 juni 2000 zijn er inzake de werkingsmogelijkheden van de equipes belangrijke stappen vooruit gezet. De belangrijkste verbeteringen zijn:

— als norm geldt voortaan dat vanaf 200 000 inwoners en een zorg voor 100 patiënten op jaarbasis, een basisequipe van 2,6 voltijdsen integraal wordt gefinancierd. Equipes die werkzaam zijn in een gebied met meer inwoners, kunnen hun bezetting proportioneel uitbreiden als ze ook hun patiëntenaantal evenredig verhogen.

— De equipes krijgen ook meer ruimte om hun personeelskader vrij in te vullen op basis van het hen toegekend aantal personeelsleden. Naast verpleegkundigen met voldoende ervaring in palliatieve zorg komen in aanmerking licentiaten in de psychologie, kinesitherapeuten, maatschappelijk assistenten en assistenten in de psychologie.

Op basis van de oude overeenkomsten met 28 equipes werd voor 1999 162 655 401 frank uitgegeven. Om de nieuwe overeenkomsten mogelijk te maken werd voor 2000 een budget voorzien van 274,9 miljoen frank.

Voorstel: daar de werkingsmogelijkheden van de equipes 2000 reeds gevoelig zijn versoepeld en de financiering werd verruimd (uitgaven 1999: 182 miljoen frank; budget 2000: 274,9 miljoen frank) wordt in 2001 een evaluatie voorzien van deze recente wijzigingen met een optie tot budgetverhoging in 2002.

II. Thuisvervangend

• *Subsidiëring dagcentra*

In ons land functioneren reeds enkele dagcentra en/of residentiële centra voor de opvang van palliatieve patiënten. Het gaat hier om waardevolle initiatieven gezien de centra vooral complementair zijn aan de thuiszorg én een belangrijke ondersteuning kunnen geven aan de mantelzorg. Bij afwezigheid van mantelzorg bieden zij een alternatief voor de verzorging thuis.

Toch zijn er nog een aantal fundamentele vragen met betrekking tot deze initiatieven zoals (1) de plaats of « setting » ervan (ziekenhuis, rusthuizen, afzonderlijk), (2) hun geografische spreiding en toegankelijkheid en (3) de omvang en de wijze van financiering van deze centra. Omwille van voorgaande redenen en aansluitend op het advies van de Nationale Ziekenhuisraad, wordt voorgesteld om enkele van deze centra onder de vorm van een experiment te subsidiëren.

Depuis le 1^{er} juin 2000, des étapes importantes ont été franchies en ce qui concerne les possibilités de fonctionnement des équipes. Les principales améliorations sont:

— la norme est à présent qu'à partir de 200 000 habitants et de soins donnés à 100 patients sur une base annuelle, une équipe de base de 2,6 personnes à temps plein est financée intégralement. Les équipes qui sont actives dans une région comptant un plus grand nombre d'habitants peuvent accroître proportionnellement leur effectifs si le nombre de leurs patients augmente également en proportion.

— Les équipes disposent aussi d'une plus grande latitude pour remplir librement leur cadre de personnel sur la base du nombre de membres de personnel qui leur est accordé. Outre les infirmiers disposant d'une expérience suffisante en soins palliatifs, entrent en ligne de compte les licenciés en psychologie, les kinésithérapeutes, les assistants sociaux et les assistants en psychologie.

Sur la base des anciennes conventions impliquant 28 équipes, les dépenses ont atteint 162 655 401 francs en 1999. Un budget de 274,9 millions de francs a été prévu pour permettre les nouvelles conventions en 2000.

Proposition: dès lors que les possibilités de fonctionnement des équipes ont été sensiblement assouplies en 2000 et que le financement a été élargi (dépenses 1999: 182 millions de francs; budget 2000: 274,9 millions de francs), une évaluation de ces récentes modifications est prévue en 2001, avec possibilité de majoration du budget en 2002.

II. Substitution du domicile

• *Subventionnement des centres de jour*

Dans notre pays, quelques centres de jour et/ou résidentiels assurent déjà la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs. Il s'agit d'initiatives précieuses étant donné que ces centres remplissent principalement un rôle complémentaire par rapport aux soins à domicile. Ils peuvent en outre apporter un soutien important aux soins de l'entourage. En l'absence de ces derniers, ils constituent une alternative aux soins à domicile.

Restent néanmoins plusieurs questions fondamentales concernant ces initiatives, telles que (1) leur localisation (hôpital, maisons de repos, hébergement individuel), (2) leur accessibilité et leur répartition géographique ainsi que (3) l'étendue et le mode de financement de ces centres. C'est pour ces raisons, et à la suite de l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, que nous proposons de subsidier à titre expérimental quelques-uns de ces centres.

Voorstel: starten met enkele experimenten op bescheiden schaal.

Kostprijs: 50 miljoen frank.

• **Versterking palliatieve zorgenheden**

Palliatieve zorgenheden bestaan uit bedden die ofwel verspreid zijn over verschillende ziekenhuisdiensten of in zelfstandige entiteiten ondergebracht zijn, eventueel ook buiten de vestigingsplaats van het ziekenhuis zelf. Deze bedden zijn bestemd voor patiënten die palliatieve zorg nodig hebben die ze thuis of in de instelling waar ze verblijven niet kunnen krijgen.

Het is belangrijk ervoor te waken dat het aantal palliatieve zorgenheden beperkt moet blijven gezien de palliatieve zorgcultuur een opdracht is voor het geheel van de gezondheidssector en zich dus niet mag beperken tot specifieke ziekenhuiszorgprogramma's.

Momenteel zijn er 360 «Sp-bedden» voor het hele land. Per bed is voorzien in een 1,25 VTE verplegende.

Voorstel: de ministers willen de werking, de financiering en de omkadering van deze Sp-bedden nog versterken door middel van:

1. een aanpassing van de normen zodat ook gespecialiseerde huisartsen met ervaring en een opleiding in palliatieve zorg deze zorgenheden kunnen leiden;

2. het medisch toezichtshonorarium van 808 frank per dag wordt momenteel beperkt tot 21 dagen en geldt vanaf de 1e dag opname in het ziekenhuis. Het is de bedoeling deze beperking tot 21 dagen op te trekken tot 28 dagen én pas te laten tellen vanaf de opname in de Sp-palliatieve dienst. Kostprijs: 50 miljoen frank;

3. de bestaande omkadering van de palliatieve zorgenheden wordt opgetrokken van 1,25 per bed naar 1,50 per bed.

Kostprijs: 135 miljoen frank.

• **Financiering palliatieve opdracht RVT en ROB**

Ter ondersteuning van de verzorging van de terminale patiënten in het rust- en verzorgingstehuis (RVT) en naar analogie met de palliatieve opdracht in de ziekenhuizen, zijn de aangewezen geneesheer en de hoofdverpleegkundige belast met:

— ten eerste, het invoeren van een palliatieve zorgcultuur en de sensibilisering van het personeel,

— ten tweede, het formuleren van adviezen inzake palliatieve zorg ten behoeve van het aanwezige zorgpersoneel (verpleegkundigen, verzorgenden, paramedici, kinesitherapeuten),

— en ten derde, het bijwerken van de kennis inzake palliatieve zorg van het eerder vernoemde

Proposition: lancer quelques expériences de faible envergure.

Coût: 50 millions de francs.

• **Renforcement des unités de soins palliatifs**

Les unités de soins palliatifs comprennent un certain nombre de lits soit répartis dans plusieurs services hospitaliers, soit rassemblés dans des entités indépendantes, éventuellement à l'extérieur de l'hôpital. Ces lits sont destinés aux patients nécessitant des soins palliatifs dont ils ne peuvent bénéficier à domicile ni dans l'établissement où ils séjournent.

Il importe de maintenir un nombre limité d'unités de soins palliatifs dans la mesure où la culture des soins palliatifs doit concerner l'ensemble du secteur des soins de santé. Cette culture ne peut dès lors pas se limiter aux programmes de soins spécifiques des hôpitaux.

Actuellement, notre pays compte en tout et pour tout 360 «lits Sp». Chaque lit se voit attribuer 1,25 infirmière ETP.

Proposition: les ministres entendent améliorer le fonctionnement, le financement et l'encadrement de ces lits Sp de la manière suivante:

1. en adaptant les normes de manière à ce que les médecins généralistes qui ont suivi une formation et qui ont une expérience en soins palliatifs puissent diriger ces unités de soins;

2. actuellement, les honoraires de surveillance de 808 francs par jour sont limités à 21 jours. Ils sont dus dès le premier jour de l'admission. L'intention des ministres est de faire passer cette période de 21 à 28 jours et de ne la faire débiter qu'à partir de l'entrée dans le service Sp. Coût: 50 millions de francs;

3. en faisant passer l'encadrement des unités de soins palliatifs de 1,25 par lit à 1,50 par lit.

Coût: 135 millions de francs.

• **Financement mission palliative MRS et MR**

En vue de soutenir les soins apportés aux patients en phase terminale en maison de repos et de soins (MRS) et par analogie avec la mission palliative des hôpitaux, le médecin désigné et l'infirmière en chef sont chargés de:

— premièrement, instaurer la culture des soins palliatifs et sensibiliser le personnel,

— deuxièmement, formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'attention du personnel soignant présent (infirmières, soignants, paramédicaux, kinésithérapeutes),

— et, troisièmement, actualiser les connaissances du personnel susvisé en matière de soins palliatifs.

personeel. Deze opdracht is dus complementair ten aanzien van de zorgverstrekkers, en heeft niet als bedoeling de verzorging zelf over te nemen.

Momenteel wordt deze palliatieve opdracht, die wettelijk enkel geldt voor de RVT-sector (en niet voor de ROB-sector), niet bijkomend gefinancierd.

Voorstel: de palliatieve opdracht ondersteunen zowel in de RVT- als in de ROB-sector door middel van een forfait per instelling dat kan gebruikt worden voor vorming van het personeel en dus kan leiden tot een verhoging van de eigen competenties inzake palliatieve zorg. Deze forfaitaire financiering wordt voorzien voor instellingen vanaf meer dan 60 erkende RVT- en/of ROB-bedden. (De instellingen met minder dan 60 erkende bedden kunnen nu reeds voor hun palliatieve opdracht een beroep doen op de samenwerkingsverbanden en de palliatieve equipes.)

Het vast forfait zou worden verhoogd in functie van het aantal bedden én de aard van die bedden (RVT-ROB). In ruil voor deze extra financiering wordt een registratie en evaluatie van de palliatieve opdracht binnen deze instellingen voorzien.

Budget: maximaal 500 miljoen frank.

III. Ziekenhuis

• *Versterking palliatieve opdracht*

De palliatieve opdracht in een ziekenhuis wordt uitgevoerd door een multidisciplinair team. Dit mobiele team is onder meer belast met het invoeren van een palliatieve zorgcultuur, het verstrekken van advies inzake palliatieve zorg, het zorgen voor de permanente opleiding van het personeel en voor de continuïteit van zorgverlening wanneer de terminaal zieke patiënt het ziekenhuis verlaat om naar huis te gaan of opgenomen wordt in de rusthuissector.

Momenteel wordt deze opdracht forfaitair als volgt gefinancierd:

— Voor ziekenhuizen met minder dan 500 bedden — 450 000 frank;

— Voor ziekenhuizen met meer dan 500 bedden — 750 000 frank.

Voorstel: de ministers stellen voor om de palliatieve opdracht binnen de ziekenhuizen uit te breiden en een mobiele equipe, een mobiel supportteam te voorzien dat bestaat uit:

1. minstens een 1/2 time specialist per ziekenhuis en verder *pro rata* van 1/2 per 500 bedden,

2. minstens 0,5 gegradueerd verpleger en een 0,5 psycholoog. Voor ziekenhuizen met meer dan 500 bedden geldt 1,5 VTE/500 bedden.

In ruil voor deze extra financiering wordt een registratie en evaluatie van de palliatieve opdracht binnen deze instellingen voorzien.

Cette mission vient donc en complément de celle des dispensateurs de soins et ne vise pas à prendre en charge les soins proprement dits.

Actuellement, cette mission palliative, qui ne s'applique qu'au secteur des MRS (et non à celui des MR), ne bénéficie pas d'un financement additionnel.

Proposition: soutenir la mission palliative, tant dans le secteur des MRS que dans celui des MR, par le biais d'un forfait par établissement, lequel peut être affecté à la formation du personnel et donc générer un accroissement des compétences propres en matière de soins palliatifs. Ce financement forfaitaire est prévu pour les établissements à partir de 60 lits MRS et/ou MR agréés. (Les établissements comptant moins de 60 lits agréés peuvent déjà actuellement faire appel, pour leur mission palliative, aux accords de coopération et aux équipes de soins palliatifs.)

Le forfait serait majoré en fonction du nombre de lits ainsi que de la nature de ces lits (MRS-MR). En contrepartie de ce financement additionnel, on prévoit un enregistrement et une évaluation de la mission palliative au sein de ces établissements.

Budget: un maximum de 500 millions de francs.

III. Milieu hospitalier

• *Renforcement de la mission palliative*

La mission palliative en milieu hospitalier est exécutée par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe mobile est chargée, entre autres, d'introduire une culture des soins palliatifs, de donner des avis en matière de soins palliatifs et de veiller à la formation permanente du personnel et à la continuité des soins lorsque le patient en phase terminale quitte l'hôpital pour rentrer chez lui ou être admis dans le secteur des maisons de repos.

À l'heure actuelle, cette mission est fixée forfaitairement comme suit:

— Pour les hôpitaux comptant moins de 500 lits — 450 000 francs;

— Pour les hôpitaux comptant plus de 500 lits — 750 000 francs.

Proposition: les ministres proposent d'étendre la mission palliative dans les hôpitaux et de prévoir une équipe de soutien mobile, composée:

1. d'au moins 1 spécialiste à mi-temps par hôpital et, pour le surplus, au prorata d'1/2 par 500 lits,

2. d'au moins 0,5 infirmier gradué et 0,5 psychologue. Pour les hôpitaux comptant plus de 500 lits, on applique la règle de 1,5 ETP/500 lits.

En contrepartie de ce financement additionnel, on prévoit un enregistrement et une évaluation de la mission palliative au sein de ces établissements.

Kostprijs: 365 miljoen frank.

Coût: 365 millions de francs.

TABELLEN

TABLEAUX

*Overzicht extra budget 2001 (in miljoen frank)**Budget complémentaire 2001 (en millions de francs)*

	RIZIV — INAMI	VG — CF	VG/RIZIV — CF/INAMI	Totaal — Total
Forfait C thuisverpleging. — <i>Forfait C soins à domicile</i>	500			500
Remgelden huisarts. — <i>Ticket modérateur généraliste</i>	100			100
Samenwerkingsverbanden. — <i>Associations</i>		55		55
Experimenten dagcentra. — <i>Expériences centres de jour</i>	50		50	
Speciale bedden omkadering. — <i>Encadrement spécial lits</i>			135	135
Toezichtshonoraria. — <i>Honoraires de surveillance</i>	50			50
Palliatieve functie ROB-RVT. — <i>Fonction palliative MRS-MR</i>	500			500
Palliatieve functie ziekenhuis. — <i>Fonction palliative hôpital</i>			365	365
Totaal. — <i>Total</i>	1 200	55	500	1 755

*Vergelijking bestaand — nieuw budget
(in miljoenen franken)**Comparaison budget existant — nouveau budget
(en millions de francs)*

	Huidig budget — <i>Budget actuel</i>	Extra budget — <i>Budget complémentaire</i>	Totaal budget — <i>Budget total</i>
Thuisverpleging. — <i>Soins à domicile</i>	—	500	500
Remgelden huisarts. — <i>Ticket modérateur généraliste</i>	—	100	100
Toezichtshonoraria. — <i>Honoraires de surveillance</i>	—	50	50
Samenwerkingsverbanden. — <i>Associations</i>	45	55	100
Equipes. — <i>Équipes</i>	1999: 162 2000: 274,9 2001: 274,9		274,9
Thuiszorgforfait van 19 500 frank. — <i>Forfait soins à domicile de 19 500 francs</i>	395	—	395
Experimenten dagcentra. — <i>Expériences centres de jour</i>	—	50	50
Speciale bedden omkadering. — <i>Encadrement spécial lits</i>	568,3	135	703,3
Palliatieve functie rustoorden. — <i>Fonction palliative MR</i>	—	500	500
Palliatieve functie ziekenhuis. — <i>Fonction palliative hôpital</i>	123,8	365	488,8
Totalen. — <i>Totaux</i>	1 407	1 755	3 162

*Multidisciplinaire begeleidingsequipes
palliatieve zorg**Équipes multidisciplinaires
d'accompagnement en soins palliatifs*

Vroeger	Nu	Resultaat nieuwe overeenkomsten
---------	----	------------------------------------

Bijna allemaal de-
zelfde basisbestaf-
fing:

Basisbestaffing op
basis van 200 000
inwoners; equipes
die werkzaam zijn
in regio's met
meer inwoners,
kunnen hun basis-
bestaffing pro-
portioneel
uitbreiden.

Avant	Maintenant	Résultat nouvelles conventions
-------	------------	-----------------------------------

Presque toutes les
mêmes équipes de
base:

Effectifs de base
par 200 000 habi-
tants; les équipes
travaillant dans
des régions plus
peuplées, peuvent
augmenter leurs
effectifs propor-
tionnellement.

Vroeger	Nu	Resultaat nieuwe overeenkomsten
→ 4 uur huisarts		Voor 1 juli 2000: 78 voltijdsen
→ 2 voltijdse verpleegkundigen		Na 1 juli 2000: maximaal 135 voltijdsen
→ halftijdse administratieve kracht	Equipes krijgen meer vrijheid om hun team samen te stellen	+ 73% + 57 voltijdsen

Conclusie

— Het huidig budget voor palliatieve zorg bedraagt ongeveer 1,5 miljard.

— Met de nieuwe voorstellen wordt de globale inspanning voor palliatieve zorg verdubbeld en opgetrokken naar afgerond iets meer dan drie miljard frank.

De heer Keirse benadrukt dat niet alle voorstellen op 1 januari 2001 in werking zullen treden. De gefaseerde inwerkingtreding laat toe reeds voor het jaar 2001 een budget te voorzien van ongeveer 900 miljoen frank. De globaliteit van de maatregelen wordt, gespreid over de verschillende jaren, geraamd op 1,6 miljard frank.

*
* *

Bespreking

Een lid dankt de vertegenwoordigers van de minister voor de duidelijke uiteenzetting. Een aantal maatregelen waren reeds aangekondigd. Spreker vindt het geheel van maatregelen zeer samenhangend.

Ter inleiding merkt hij op dat men in de palliatieve zorgverlening kan spreken over twee benaderingen. Enerzijds is er de geïsoleerde palliatieve zorg, in de eenheden waarvan reeds sprake was. Anderzijds is er de geïntegreerde en dus voortgezette palliatieve zorg.

De regeringsvoorstellen gaan meer in de richting van de laatste mogelijkheid, aangezien er vaak aan thuiszorg en zorg binnen het ziekenhuis wordt gedacht.

Spreker vindt dat deze transversale aanpak van de palliatieve zorgverlening voorrang dient te krijgen, vooral indien de palliatieve zorgcultuur zich — door de opleiding van het verzorgend personeel in het algemeen — verder ontwikkelt en ze zich onder de bevolking verspreidt.

Er is sprake geweest van de vrijstelling van het remgeld voor de huisbezoeken van de artsen. Hoe staat het in dit opzicht met de zorgverlening vanwege verpleegkundigen en kinesitherapeuten?

Avant	Maintenant	Résultat nouvelles conventions
→ 4 heures généraliste		Avant 1 ^{er} juillet 2000: 78 temps pleins
→ 2 infirmières temps plein		Après 1 ^{er} juillet 2000: maximum 135 temps pleins
→ mi-temps administratif	Davantage de liberté dans la composition des équipes	+ 73% + 57 temps pleins

Conclusion

— Le budget actuel des soins palliatifs s'élève à environ 1,5 milliard de francs.

— Les nouvelles propositions doublent l'effort global en faveur des soins palliatifs. Celui-ci atteint un peu plus de trois milliards de francs.

M. Keirse insiste sur le fait que toutes les propositions n'entreront pas en vigueur le 1^{er} janvier 2001. Leur entrée en vigueur échelonnée permet de déjà prévoir pour 2001 un budget d'environ 900 millions de francs. Le coût des mesures réparties sur plusieurs années est estimé à 1,6 milliard de francs.

*
* *

Discussion

Un membre remercie les représentants des ministres pour la clarté de leur exposé. Une série de mesures avaient déjà été annoncées. L'intervenant trouve l'ensemble de celles-ci très cohérentes.

À titre préliminaire, il observe qu'il existe deux approches dans les soins palliatifs. L'une est celle des soins palliatifs isolés: il s'agit des unités dont il a été question. L'autre correspond à la notion de soins palliatifs intégrés, et donc continus.

Les propositions du gouvernement vont davantage en ce sens, puisqu'il y est beaucoup question du domicile et de l'hôpital.

Cette vision transversale des soins palliatifs paraît à l'intervenant devoir être privilégiée, particulièrement si la culture des soins palliatifs se développe, au départ de la formation du personnel soignant en général, et parmi la population.

Il a été question de la suppression du ticket modérateur à domicile pour les médecins. Qu'en est-il des soins infirmiers et de kinésithérapie?

Ook is er gedacht aan «samenwerkingsverbanden». Betreft het hier platformen?

Indien dit zo is, komt het voorstel erop neer om, binnen het platform, de coördinator te vergoeden naar gelang van de kosten. Ook zal per twee platformen een psycholoog worden toegevoegd.

De minister bevestigt deze interpretatie.

Spreeker stelt vast dat de rol van de platformen erin bestaat om te coördineren, bewust te maken en te evalueren. Men kan dus niet zeggen dat ze doen aan wat doorgaans eerste- en tweedelijnszorg wordt genoemd.

Er is ook gesproken over multidisciplinaire palliatieve equipes. Eigenlijk zijn dit eerstelijnssequipes.

Men dient duidelijk te stellen wat er bedoeld wordt met «multidisciplinaire equipes». Naarmate de palliatieve zorgverlening zich verder ontwikkelt, zal het verschil tussen de eerstelijnszorgverlening (in het kader van de voortgezette verzorging) en de tweedelijnszorg (begeleidingsequipes binnen de platformen) immers vervagen.

Spreeker zou in verband hiermee graag verduidelijking krijgen.

Op bepaalde plaatsen zijn de zogenaamde begeleidingsequipes immers rechtsreeks verbonden met het platform, terwijl deze equipes volgens de spreker eigenlijk verband zouden moeten houden met, of zelfs geïntegreerd zouden moeten worden in de eerstelijnssequipes.

De minister heeft in verband met de palliatieve zorgenheden verwezen naar huisartsen en specialisten. Spreeker vindt dit een positieve maatregel.

Wat de vraag van de palliatieve zorgenheden betreft, is het verschil tussen de financiering en de kosten niet erg groot.

Spreeker vraagt zich af hoe men specialist in de palliatieve zorgverlening kan worden, aangezien deze specialiteit in de sector van de volksgezondheid voornamelijk niet erkend is.

Wat de rust- en verzorgingstehuizen betreft heeft de minister het over een bedrag gehad, maar niet over de manier waarop dit bedrag gebruikt wordt.

Dit is een vrij complex gegeven, waarover nog besprekingen worden gevoerd.

Spreeker vindt dat er voorrang moet worden gegeven aan de voortgezette, geïntegreerde zorgverlening.

Soms zijn er problemen die te maken hebben met de omvang van de rust- en verzorgingstehuizen en de rustoorden (ROB-RVT).

Il a aussi été question d'«associations». S'agit-il des plates-formes?

Si oui, la proposition est que, dans les plates-formes, le coordinateur soit financé en fonction du coût. D'autre part, on adjoindra à chaque plate-forme une demi-psychologue.

Le représentant du ministre confirme cette interprétation.

L'intervenant constate que le rôle de ces plates-formes est à la fois de coordination, de sensibilisation et d'évaluation. On ne peut donc pas considérer qu'elles se trouvent dans ce que l'on qualifie généralement de première et de deuxième ligne.

Il a aussi été question d'équipes palliatives pluridisciplinaires. En réalité, ce sont pratiquement des équipes de première ligne.

Il faudrait définir de manière précise ce que l'on entend par équipes pluridisciplinaires, dans la mesure où, si les soins palliatifs se développent, la différence entre première ligne (dans le cadre de soins continus) et deuxième ligne (équipes de soutien dans les plates-formes) aura tendance à s'effacer, la deuxième ligne ayant tendance à se rapprocher de la première.

L'intervenant souhaiterait obtenir des précisions à cet égard.

En effet, à certains endroits, ce que l'on qualifiait d'équipes de soutien était rattaché de manière directe à la plate-forme alors qu'il faudrait, selon l'intervenant, rattacher davantage ces équipes à la première ligne, voire les y intégrer.

Le représentant du ministre a parlé de médecins généralistes ou spécialistes dans les unités de soins palliatifs. L'intervenant trouve qu'il s'agit d'une mesure positive.

Concernant la demande des unités de soins palliatifs, la différence entre le financement et le coût n'était pas extrêmement importante.

L'intervenant se demande comment l'on qualifie un spécialiste en soins palliatifs, puisqu'en l'état actuel des choses, il n'y a pas, en matière de santé publique, de reconnaissance de cette spécialisation.

Quant aux maisons de repos et de soins, le représentant du ministre a parlé du montant, mais non de son utilisation.

Ce point est assez complexe et se trouve encore en discussion.

L'intervenant estime qu'il faudrait privilégier une approche de soins continus et intégrés.

La difficulté réside parfois dans la taille des MRS et des MR.

De maatregel die ertoe strekt de toezichtshonoraria te vergoeden vanaf het moment dat men in een palliatieve zorgenheid wordt opgenomen, lijkt uiterst belangrijk. Het probleem is immers dat de artsen, die vaak op een geëngageerde en zelfs militante manier aan palliatieve zorgverlening doen, een correcte vergoeding dienen te krijgen.

Vele verticaal gestructureerde palliatieve eenheden hebben echter de gewoonte de artsen forfaitair te betalen.

Zal de minister van Volksgezondheid of de minister van Sociale Zaken instructies geven inzake de palliatieve zorg?

Wat het forfait C betreft benadrukt spreker dat de forfaits A, B en C aan de instellingen worden uitgekeerd. Aan wie zal het forfait C dan worden uitbetaald, aangezien het hier gaat om thuiszorg?

Gaat men ervan uit dat het geld aan een deel van het netwerk of van de diensten wordt betaald?

De heer Thys bevestigt dat de regering er van uitgaat dat de palliatieve zorg moet geïntegreerd worden in de bestaande zorgverlening. Beide functies dienen complementair te zijn.

Met betrekking tot de vrijstelling van de remgelden, preciseert spreker dat deze enkel geldt voor de huisartsen, en niet voor kinesitherapie. Inzake thuisverpleging, bestaat er binnen de nomenclatuur een zogenaamd «forfait C», waarop enkel een beroep kan worden gedaan door patiënten die aan zeer zware voorwaarden voldoen. Voorgesteld wordt thans dat alle palliatieve patiënten hoe dan ook recht hebben op het «forfait C». Hoewel één en ander nog praktisch dient te worden uitgewerkt, is het de uitdrukkelijke bedoeling om voor alle palliatieve patiënten zoveel als mogelijk in thuisverpleging te voorzien. Dit «forfait C» zal, zoals dit op dit ogenblik het geval is, worden toegekend aan de thuisverpleging, met andere woorden aan de verstrekkers van de geneeskundige zorgen.

De multidisciplinaire equipes maken deel uit van de samenwerkingsverbanden en hebben een coördinerende opdracht. Aan deze opdracht wordt niets gewijzigd. De revalidatie-overeenkomsten met het RIZIV, op basis waarvan de multidisciplinaire equipes thans werken, sluiten echter niet uit dat zij, bij wijze van uitzondering, ook rechtstreeks zorgen toedienen aan de patiënt, in overleg met de eerstelijnszorgverstrekkers. De bestaffing van deze equipes is vrijwel proportioneel met het inwonersaantal van het betrokken gebied. Hun vrijheid om zelf het team samen te stellen is in belangrijke mate verruimd, zodat zij bijvoorbeeld het aantal voorziene uren voor de huisarts kunnen verhogen. Deze wijzigingen, die pas werden goedgekeurd door het verzekeringscomité van het RIZIV in mei 2000 en die een meeruit-

Enfin, la mesure consistant à financer les honoraires de surveillance à partir de l'entrée en unité de soins palliatifs paraît extrêmement importante, puisque la difficulté résidait dans la rémunération correcte de médecins qui, généralement de manière engagée, voire militante, travaillent dans les soins palliatifs.

Cependant, beaucoup d'unités de soins palliatifs verticalisées ont l'habitude de forfaitariser les rémunérations des médecins.

Y aura-t-il une injonction à ce sujet de la part du ministre de la Santé publique ou des Affaires sociales aux unités de soins palliatifs?

En ce qui concerne le forfait C, l'intervenant souligne que les forfaits A, B, C sont versés aux institutions. Dès lors, à qui le forfait C sera-t-il versé en l'occurrence, dans la mesure où l'on parle de soins à domicile?

Considère-t-on que, par exemple, ce sera une partie du réseau ou des services qui le recevra?

M. Thijs confirme que le gouvernement part du principe que les soins palliatifs doivent être intégrés dans les soins existants. Les deux fonctions doivent être complémentaires.

En ce qui concerne l'exonération du ticket modérateur, l'intervenant précise qu'elle ne s'applique qu'aux généralistes, non aux kinésithérapeutes. En matière de soins à domicile, la nomenclature comprend un «forfait C», auquel ne peuvent prétendre que les patients qui satisfont à des conditions très strictes. La proposition actuelle prévoit que tous les patients nécessitant des soins palliatifs ont droit sans distinction au «forfait C». Bien qu'il faille encore mettre au point cette partie de la proposition, l'objectif explicite est de permettre, dans la mesure du possible, à tous les patients nécessitant des soins palliatifs de bénéficier des soins à domicile. Ce «forfait C» sera, comme c'est le cas actuellement, octroyé aux prestataires de soins médicaux à domicile.

Les équipes multidisciplinaires font partie des associations et ont une mission de coordination. On ne change rien à cette mission. Les conventions relatives à la réadaptation fonctionnelle conclues avec l'INAMI, sur la base desquelles les équipes multidisciplinaires travaillent actuellement, n'excluent cependant pas que celles-ci, à titre exceptionnel, dispensent des soins directement aux patients, en concertation avec les prestataires de soins du premier échelon. Ces équipes sont composées d'un nombre de personnes quasi proportionnel au nombre d'habitants de la région concernée. On étend dans une large mesure leur liberté de composer elles-mêmes l'équipe, afin qu'elles puissent par exemple augmenter le nombre d'heures attribuées au généraliste. Ces modifications, qui n'ont été approuvées par le comité d'assurance de

gave betekenen van ongeveer 100 miljoen frank, worden nu uitgevoerd op het terrein. Het is nog te vroeg om dat reeds te evalueren.

In het algemeen is het de bedoeling van beide ministers om hun basisvoorstellen te laten vertalen door de bevoegde commissies van het RIZIV, die de te volgen procedures en de praktische uitvoeringsmodaliteiten dienen vast te leggen. Dit geldt zowel voor het zogenaamd »forfait C», als voor de voorstellen ten aanzien van de ROB-RVT.

De heer Keirse wijst erop dat de vorming van de artsen een bevoegdheid van de gemeenschappen is. Met de gemeenschappen zal hieromtrent een dialoog worden opgestart. In de omschrijving van de opdracht van de platformen en van de ondersteunings-equipes in de ziekenhuizen zal de nodige aandacht worden besteed aan vorming en opleiding van de betrokken artsen, verpleegkundigen en medewerkers. Naarmate de middelen groeien, nemen ook de voorzieningen op het terrein toe. Spreker merkt een groeiende interesse voor het creëren van een palliatieve cultuur bij alle betrokken beroeps categorieën op het terrein.

Een lid stelt vast dat het de eerste keer is dat de verenigde commissies in het kader van deze discussie de gelegenheid hebben gekregen om te praten met vertegenwoordigers van de regering. Dit is normaal, vermits de debatten over de euthanasie volledig door het Parlement worden gevoerd.

De context is nu echter verschillend, aangezien het de bedoeling is om in verband met de palliatieve zorg een eerste overzicht te krijgen, waarin de regering haar standpunt bekendmaakt met betrekking tot haar beleid en de middelen die zij aan deze belangrijke materie wenst te besteden. Het mag echter niet hierbij blijven.

Men volgt voor het ogenblik de gewone procedure, waarbij er een reeks wetsvoorstellen worden ingediend. Normalerweise moet de regering laten weten of zij deze voorstellen aanvaardbaar vindt of niet, of zij de voorstellen te ver vindt gaan en of zij ze financieerbaar acht, of de voorstellen geamendeerd moeten worden, enz.

Er zijn trouwens twee soorten voorstellen.

Enerzijds zijn er de voorstellen die op een «kaderwet» lijken, waarin het belang van de palliatieve zorg wordt erkend en er wordt gesteld dat eenieder recht heeft op dit soort verzorging, waarna de Koning alle praktische maatregelen met betrekking tot de organisatie van de sector moet nemen.

Anderzijds zijn er voorstellen die een aantal regelingen, besluiten en andere teksten terzake vastleggen in de vorm van wetten en daarbij nog een aantal nieuwe maatregelen opnemen, terwijl ook de finan-

l'INAMI qu'en mai 2000 et qui représentent une dépense supplémentaire d'environ 100 millions de francs, sont maintenant appliquées sur le terrain. Il est encore trop tôt pour en évaluer l'impact.

De manière générale, les deux ministres ont l'intention de faire concrétiser leurs propositions de base par les commissions compétentes de l'INAMI, qui doivent déterminer les procédures à suivre et les modalités d'application pratiques. C'est vrai tant pour le «forfait C» que pour les propositions à l'égard des MRS-MR.

M. Keirse rappelle que la formation des médecins constitue une compétence des communautés. Un dialogue va débiter à ce sujet avec les communautés. La définition de la mission des plateformes et des équipes de soutien des hôpitaux accordera l'attention nécessaire à la formation des médecins, des infirmières et des collaborateurs concernés. Plus les moyens s'accroissent, plus le nombre d'équipements augmente sur le terrain. L'intervenant constate un intérêt croissant pour la création d'une culture palliative auprès de toutes les catégories professionnelles de terrain concernées.

Un membre constate que c'est la première fois que, dans le cadre de cette discussion, les commissions réunies ont l'occasion de s'entretenir avec des représentants du gouvernement, ce qui est normal puisque les débats sur l'euthanasie étaient laissés à l'entière initiative du Parlement.

Aujourd'hui cependant, le contexte est différent, puisqu'il s'agit d'avoir un premier exposé sur les soins palliatifs, permettant de connaître la position du gouvernement, au niveau de son action politique et des moyens budgétaires qu'il désire consacrer à cette matière fort importante. Mais on ne peut s'arrêter là.

On se trouve aujourd'hui en procédure ordinaire, à savoir qu'une série de propositions de loi sont déposées. Traditionnellement, le gouvernement doit donner son avis sur le point de savoir s'il accepte ou non les propositions, s'il estime qu'elles vont trop loin et qu'il ne pourra les suivre sur le plan budgétaire, qu'il convient de les amender, etc.

Il y a d'ailleurs deux types de propositions.

L'un s'apparente plutôt à une «loi-cadre», qui reconnaît l'importance des soins palliatifs, la nécessité que chacun ait accès à ce type de soins, et qui remet au Roi le soin de prendre toutes les mesures d'organisation de ce secteur.

L'autre reprend, en les transformant en loi, un certain nombre de règlements, d'arrêtés et d'autres textes ayant paru sur le sujet, et développe en outre certaines propositions nouvelles, en augmentant

ciële en menselijke middelen die aan de palliatieve zorg worden besteed, flink opgevoerd worden.

De regering moet dus inzake de wetsvoorstellen een standpunt innemen, zoals zij dit gewoonlijk ook voor andere voorstellen doet.

De heer Keirse stelt voor de beide ministers de gelegenheid te geven een globaal antwoord voor te bereiden op de vragen, die gesteld werden door vorige spreker met betrekking tot de politieke houding ten aanzien van de voorstellen die werden neergelegd in de Senaat. Beide ministers zullen hun antwoord op een later tijdstip toelichten.

De commissie is het met dit voorstel eens.

Een lid stelt vast dat hetgeen is voorgesteld een duidelijke en veeleer geruststellende vooruitgang betekent voor de palliatieve zorgverlening. Hij onderstreept dat de samenwerking tussen de ministers van Volksgezondheid en van Sociale Zaken en het overleg met de verenigingen voor voortgezette en palliatieve zorg, de voorstellen die gedaan worden stevig onderbouwen.

Spreker stelt een eerste, algemene vraag. Men heeft het over «pijnklinieken» gehad. Een commissielid heeft hierover al een wetsvoorstel ingediend. Wat is het verband tussen de pijnbestrijding in het algemeen (aangezien pijn het meest voorkomende symptoom is in de geneeskunde en niet alleen voorkomt bij een naderend levenseinde) en de palliatieve zorgesquipes? Deze equipes willen immers «equipes voor voortgezette en palliatieve zorg» worden genoemd.

Een tweede punt betreft het huidige tekort aan verplegend personeel. Het risico bestaat dat de noodzakelijke uitbreiding van de palliatieve zorg tot gevolg heeft dat het verplegend personeel op andere plaatsen wordt ingezet en dat het tekort bijgevolg gewoon op andere plaatsen opduikt. Hoe wil de regering het tekort aan verplegend personeel tegengaan?

Met betrekking tot de thuiszorg, is het de arts die de aanvraag indient om het statuut van palliatief patiënt te bekomen.

Wanneer een patiënt echter uit het ziekenhuis komt om terug naar huis te gaan, gebeurt dit dan wel in overleg tussen de ziekenhuisarts en de huisarts die de patiënt daarna moet opvangen?

Wat het forfait voor de thuiszorg betreft is duidelijk gesteld dat het daar om het forfait C gaat. Men kan echter stellen dat sommige palliatieve patiënten slechts een lichte behandeling nodig hebben, terwijl andere een veel intensievere verzorging vragen, wat dan bijna neerkomt op «intensieve thuiszorg».

Is het eigenlijk wel verantwoord om één forfait vast te stellen dat al deze verschillende situaties vergoedt? Het risico bestaat dat men, door de criteria voor forfait C te strikt te maken, een aantal palliatieve patiënten uitsluit.

considérablement les moyens, tant financiers qu'humains, en matière de soins palliatifs.

Il faudrait donc que le gouvernement prenne position à l'égard des propositions de loi, comme il le fait pour toute proposition, en toutes circonstances.

M. Keirse propose de donner aux deux ministres la possibilité de préparer une réponse globale aux questions soulevées par l'orateur précédent quant à la position politique du gouvernement vis-à-vis des propositions déposées au Sénat. Ils pourront alors ultérieurement commenter leur réponse.

La commission se rallie à cette proposition.

Un membre constate que ce qui est proposé constitue une avancée assez remarquable et rassurante, concernant les soins continus et palliatifs. Il souligne la collaboration entre les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales, et la concertation avec les fédérations de soins continus et palliatifs, ce qui donne plus de poids aux propositions qui sont faites.

L'intervenant pose une première question d'ordre général. On parle de cliniques de la douleur. Un membre a déposé une proposition de loi à ce sujet. Quelle est l'articulation à faire entre l'approche de la douleur en général — qui est le symptôme le plus fréquent en médecine et ne concerne pas seulement la fin de vie — et les équipes de soins palliatifs, puisque celles-ci veulent s'appeler «équipes de soins continus et palliatifs»?

Un deuxième point concerne l'actuelle pénurie d'infirmières. Il ne faudrait pas que le développement nécessaire des soins palliatifs amène un glissement du personnel infirmier, et que la pénurie ne fasse que se déplacer. Quelles sont les propositions du gouvernement pour combler la pénurie d'infirmières?

En ce qui concerne les soins à domicile, l'introduction de la demande du statut de patient palliatif est faite par le médecin.

Mais si un patient hospitalisé rentre à domicile, cela se fait-il en concertation entre le médecin qui a traité à l'hôpital et le médecin traitant qui va assurer le suivi à domicile?

Quant au forfait pour les soins à domicile, il a été précisé qu'il s'agissait du forfait C. On peut penser que certains patients palliatifs n'ont besoin que de traitements légers, tandis que d'autres nécessitent des soins lourds, qui sont pratiquement des soins intensifs à domicile.

Dès lors, prévoir un seul forfait est-il adéquat face à la diversité des situations possibles? Ne risque-t-on pas, en fixant des critères trop durs pour le forfait C, d'éliminer du remboursement une série de patients palliatifs?

Ligt hier geen rol weggelegd voor de adviserende artsen, niet zozeer om de zaken te controleren, maar wel om een soort begeleiding te bieden en erover te waken dat de juiste keuzes worden gemaakt?

Moet men, in verband met de vrijstelling van het remgeld voor de consultatie en het huisbezoek van de huisartsen, niet bepalen dat er ook een vrijstelling van remgeld geldt wanneer de huisarts besluit een collega-specialist op huisbezoek te laten komen?

Zijn er, in de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve zorg, geen problemen met de normen voor de personeelsformatie? Als men 24 uur per dag personeel moet kunnen inzetten, betekent dat een minimum van drie VTE'S. Dat zijn dus drie voltijdse verplegers of equivalenten, terwijl men voor het ogenblik slechts in twee verplegers voorziet.

Wordt de psycholoog die deel uitmaakt van de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve zorg, wel ingezet op het juiste niveau? Het platform vervult slechts een coördinerende rol. De psycholoog werkt echter op het niveau van de tweedelijns-equipe. Zijn taak ligt dus niet op het niveau van het platform, maar op het niveau van de tweedelijns-equipe.

Spreker heeft het vervolgens over de verzorging binnen het ziekenhuis. Hij stelt vast dat de regering wel degelijk rekening houdt met de twee mogelijkheden, namelijk de palliatieve eenheid en de mobiele equipe.

Men dient in de twee te voorzien en zoveel mogelijk voorrang te geven aan het mobiele team. Er zullen echter altijd mensen zijn die meer baat hebben bij de verzorging in een palliatieve eenheid.

Als men kijkt naar de personeelsbezetting in verhouding tot het aantal bedden, telt men voor 12 bedden een bezetting van 18 VTE's, wat normaal is voor een palliatieve eenheid.

In de geriatrie echter, waar ook veel aan palliatieve zorg wordt gedaan, zonder dat de patiënt daarom naar een andere dienst wordt gebracht of waarbij dit althans vermeden wordt, telt men 18 VTE's voor 36 bedden.

Moet men, indien men de begeleiding in de laatste levensfase gangbaarder wil maken, ook de begeleiding in de geriatrische afdelingen niet verbeteren?

Wordt, voor de mobiele begeleidingsequipes voor palliatieve zorg binnen het ziekenhuis, de arts die verantwoordelijk is voor een mobiele equipe op forfaitaire basis vergoed? Spreker vindt dit absoluut noodzakelijk. Men kan moeilijk een vergoeding per begeleiding invoeren, aangezien de patiënten die palliatieve zorg krijgen in zeer uiteenlopende situaties verkeren.

Les médecins-conseils n'auraient-ils pas un rôle à jouer, non de contrôleur, mais pour garantir un accompagnement, et assurer que les bons choix ont été faits?

En ce qui concerne la suppression du ticket modérateur pour les consultations et visites du médecin généraliste, ne faut-il pas prévoir aussi que, si celui-ci appelle un confrère spécialiste à domicile, le ticket modérateur sera supprimé pour la visite de ce spécialiste?

Concernant les équipes multidisciplinaires de soins palliatifs, n'y a-t-il pas un problème dans la norme d'encadrement? S'il faut assurer un encadrement 24 heures sur 24, le minimum est de trois équivalents temps plein. Il faudrait donc prévoir trois infirmiers ou infirmières-équivalent temps plein, alors qu'actuellement, on en prévoit deux.

À propos des associations de soins palliatifs, le psychologue prévu l'est-il au bon niveau? La plateforme ne doit qu'exercer une mission de coordination. Or, l'action du psychologue est bien au niveau de l'équipe de deuxième ligne. Son attribution devrait donc se situer, non au niveau de la plate-forme, mais à celui de l'équipe de deuxième ligne.

L'intervenant aborde ensuite les soins en hôpital. Il note tout d'abord que le gouvernement a bien pondéré les deux options possibles, à savoir l'unité de soins palliatifs et l'équipe mobile.

Il faut prévoir les deux, en favorisant le plus possible l'équipe mobile, mais il restera des personnes qui seront mieux en unité de soins palliatifs.

Si l'on considère l'encadrement des lits en personnel de nursing, 12 lits auront un encadrement de 18 équivalents temps plein, ce qui est normal pour une unité de soins palliatifs.

En gériatrie, par contre, où interviennent beaucoup d'accompagnements de fin de vie qui ne nécessiteraient pas — ou le moins possible — un transfert dans un autre service, le même encadrement est prévu pour 36 lits.

Si l'on veut développer l'accompagnement de fin de vie, ne faut-il pas également améliorer l'accompagnement en service gériatrique?

Pour les équipes mobiles intra-hospitalières de soins palliatifs, le médecin spécialiste responsable d'une équipe mobile sera-t-il rémunéré sur base forfaitaire? L'intervenant pense que cela est indispensable. On ne peut imaginer une rémunération à l'acte, étant donné la diversité des situations des patients en situation palliative.

Wat de ROB-RVT betreft drukt spreker zijn bezorgdheid uit over het feit dat men het aantal personeelsleden gaat berekenen op basis van het aantal inwonenden. Volgens hem dient men het rusthuis zoveel mogelijk als een thuis te beschouwen en is het dus de taak van de tweedelijnssequipe om er de behandelende arts bij te staan.

Er is tenslotte nog gezegd dat er met betrekking tot een opleiding in de palliatieve zorg een gesprek met de gemeenschappen moet worden gevoerd.

Komt er een federale minimumnorm voor de erkenning van die opleidingen?

Zullen de inspanningen die door de verenigingen van huisartsen zelf worden geleverd (bijvoorbeeld door het «project-RAMPE», dat eigenlijk door vrijwilligers wordt gestuurd), op de een of andere manier gesteund worden?

De heer Keirse is van oordeel dat pijnbestrijding op zich breder is dan palliatieve zorg. Er is immers nood aan pijnbestrijding in sectoren die niets met palliatieve zorg te maken hebben. Het tegenovergestelde is ook waar: sommige vormen van palliatieve zorg hebben niets te maken met pijnbestrijding. In de palliatieve periode is de pijnbestrijding slechts één van de vier pijlers: het verzekeren van lichamelijk comfort. Daarnaast bestaan er ook nog de sociale, de psychische en de levensbeschouwelijke dimensie. Dit neemt niet weg dat pijnbestrijding een belangrijk element blijft in de palliatieve zorg.

Spreker wijst erop dat, ondanks het algemeen tekort aan verpleegkundigen, er thans géén tekort bestaat aan deskundigen in de palliatieve zorg. Verpleegkundigen beschouwen dit als een zeer zinvolle invulling van hun beroepsoriëntatie. Het tekort bestaat eerder in functies die enkel bestaan uit het toedienen van medisch-technische zorgen. Hopelijk kan het sociaal akkoord iets verhelpen aan het algemeen tekort aan verpleegkundigen, dat inderdaad bestaat. Bovendien wordt in de loop van de komende maanden een imagocampagne gepland, die het beroep aantrekkelijker moet maken. Eén van de moeilijkste punten daarbij is het gezinsonvriendelijk aspect van het beroep, dat niet meer strookt met de tijdsgeest. Dit probleem stelt zich des te meer in de mate dat de omkadering krappere is. Binnen de beschikbare budgettaire ruimte dienen prioritaire keuzes te worden gemaakt.

De platformen hebben de opdracht om ervoor te zorgen dat voor de patiënten, die van een ziekenhuis overgaan naar thuisverpleging, deze overgang naadloos kan gebeuren en dat de nodige palliatieve zorg wordt verstrekt. In vele regio's wordt een overleg georganiseerd tussen het ziekenhuis en de thuiszorg,

À propos des maisons de repos, et des maisons de repos et de soins, l'intervenant exprime son inquiétude quant au fait que l'on va affecter un pourcentage de personnel par nombre de personnes hébergées. Il lui semble qu'il faut considérer le plus possible la maison de repos comme le domicile, et que c'est donc l'équipe de deuxième ligne qui doit venir y aider le médecin traitant.

Enfin, concernant la formation pour les soins palliatifs, il a été dit qu'une discussion devrait avoir lieu avec les communautés.

Y aura-t-il une norme fédérale minimum pour la reconnaissance de ces formations?

Les efforts faits par les associations de généralistes elles-mêmes (ex. le projet RAMPE, qui est en fait l'œuvre de bénévoles) seront-ils soutenus d'une manière ou d'une autre?

M. Keirse est d'avis que le traitement de la douleur dépasse le cadre des soins palliatifs. Le traitement de la douleur est en effet nécessaire dans des secteurs qui ne présentent aucun lien avec les soins palliatifs. L'inverse est vrai également: certaines formes de soins palliatifs n'ont rien à voir avec le traitement de la douleur. Le traitement de la douleur ne constitue qu'un des quatre piliers de la période palliative: assurer le confort physique du patient. Les autres piliers concernent les dimensions sociale, psychique et philosophique. Il n'empêche que le traitement de la douleur reste un élément important des soins palliatifs.

L'intervenant fait remarquer que, malgré la pénurie généralisée d'infirmières, il ne manque actuellement pas de spécialistes en soins palliatifs. Les infirmières considèrent que les soins palliatifs constituent un aspect très utile de leur orientation professionnelle. La pénurie touche plutôt les fonctions qui ne consistent qu'en l'administration de soins médico-techniques. Espérons que l'accord social pourra combler la pénurie d'infirmières, qui est bien réelle. On prévoit d'ailleurs de lancer dans les prochains mois une campagne destinée à améliorer l'image de la profession. La difficulté réside dans le fait que le métier d'infirmière permet difficilement de combiner vie professionnelle et vie familiale, ce qui va à l'encontre de l'air du temps. Ce problème se pose de manière d'autant plus aiguë que l'encadrement est faible. Il faudra définir des priorités dans le cadre budgétaire disponible.

Les plateformes ont pour mission d'assurer la continuité entre les soins à l'hôpital et les soins à domicile et de vérifier que l'on administre bien les soins palliatifs nécessaires. Dans de nombreuses régions, l'hôpital et les soins à domicile organisent une concertation. Il arrive même que les plateformes

dat zelfs kan gaan tot deelname van de palliatieve platforms aan de besprekingen over het ontslag uit de palliatieve afdeling van een ziekenhuis.

Er is geen maatregel voorzien met betrekking tot het remgeld van de specialist die aan huis komt, omdat men prioriteit wenst te geven aan de huisarts, die de coördinator is van de palliatieve zorg. De mogelijke meerkost van de specialist die wel aan huis komt, kan worden vergoed via de 19 500 frank van het thuiszorgforfait.

De heer Thys herhaalt dat de bevoegde commissies en raden van het RIZIV het nodige zullen doen voor de praktische uitwerking van het zgn. «forfait C». Dit neemt niet weg dat eventueel een onderscheid kan worden gemaakt al naargelang het gaat om echt zware gevallen of om patiënten aan wie slechts lichte zorgen moeten worden toegediend.

Met betrekking tot de RVT- en de ROB-bedden, benadrukt spreker dat het nu reeds tot de opdracht behoort van zowel de samenwerkingsverbanden als van de multidisciplinaire equipes om thuisvervangende zorg te verstrekken. Niets belet hen derhalve om thans in rusthuizen te opereren. Dit verschilt sterk al naargelang de betrokken regio. Op sommige plaatsen is er een zeer goede samenwerking tussen de ziekenhuizen, de rusthuizen en de ambulante sector; elders werkt dit helemaal niet.

De heer Keirse merkt op dat de voorziene psychologische bijstand slechts dient ter ondersteuning van de platformen en van de mobiele equipes, die een palliatieve cultuur moeten creëren. De zorgverleners moeten zoveel als mogelijk beantwoorden aan de integrale noden van de patiënt en de familieleden. De psycholoog wordt aan het platform toegewezen, als globale ondersteuning voor de initiatieven met betrekking tot de palliatieve zorg. Hetzelfde geldt voor de equipes die in een ziekenhuis werkzaam zijn. Het is immers niet de bedoeling om het lijden van de patiënt en van diens familie te gaan «psychologiseren», maar wel om de artsen en de verzorgers te begeleiden bij hun opdracht. In die zin gaat het hier eerder om een «consultancy» voor het bevoegde personeel.

In de ziekenhuizen worden over het hele land, in het kader van de palliatieve zorg, in het totaal 360 bedden voorzien. Daarnaast moet er in elk ziekenhuis een mobiele equipe zijn. Het is immers niet de bedoeling alle patiënten van hun afdeling weg te halen om ze naar de «palliatieve bedden» over te plaatsen. Integendeel is het de bedoeling om in de eerste plaats te investeren in de mobiele equipes, die de juiste palliatieve zorg kunnen toedienen waar dat nodig is.

De heer Thys vult aan dat de basisbezetting voor de mobiele equipes 2,6 voltijds equivalenten per 200 000 inwoners is. Deze meer proportionele benadering is een uitbreiding in vergelijking met de vorige

palliatives participant aux discussions portant sur le départ du patient de la section palliative de l'hôpital.

Aucune mesure n'est prévue concernant le ticket modérateur du spécialiste se déplaçant à domicile car on souhaite accorder la priorité au généraliste, qui est le coordinateur des soins palliatifs. Les 19 500 francs du forfait de soins à domicile peuvent compenser le surcoût éventuel du spécialiste qui se déplace à domicile.

M. Thys répète que les commissions et conseils compétents de l'INAMI feront le nécessaire pour l'application pratique du «forfait C». Il sera néanmoins toujours possible de distinguer, d'une part, les cas très graves et, d'autre part, les patients qui ne nécessitent que des soins légers.

En ce qui concerne les lits MRS et MR, l'intervenant insiste sur le fait que les associations et les équipes multidisciplinaires ont déjà pour mission d'administrer des soins en milieu de remplacement. Rien ne les empêche dès lors d'opérer d'ores et déjà dans les maisons de repos. Il y a de grandes différences d'une région à l'autre. À certains endroits, la collaboration entre les hôpitaux, les maisons de repos et le secteur ambulatoire fonctionne très bien; à d'autres, elle ne fonctionne pas du tout.

M. Keirse fait remarquer que l'assistance psychologique prévue ne sert qu'à soutenir les plateformes et les équipes mobiles, qui doivent créer une culture palliatieve. Les prestataires de soins doivent autant que possible satisfaire à tous les besoins du patient et de sa famille. Le rôle du psychologue au sein de la plateforme est de soutenir globalement les initiatives relatives aux soins palliatifs. Il en va de même pour les équipes qui travaillent en milieu hospitalier. Il ne s'agit pas de «psychologiser» la souffrance du patient et de sa famille, mais d'accompagner les médecins et les soignants dans leur mission. En ce sens, il s'agit plutôt d'un consultant qui est à la disposition du personnel compétent.

Pour les hôpitaux de l'ensemble du pays, 360 lits au total sont destinés aux soins palliatifs. En outre, chaque hôpital doit disposer d'une équipe mobile. En effet, il ne s'agit pas de retirer tous les patients de leur section pour les transférer dans les «lits palliatifs». L'objectif est au contraire d'investir en premier lieu dans les équipes mobiles qui peuvent administrer les soins palliatifs requis là où cela est nécessaire.

M. Thys ajoute que l'effectif de base des équipes mobiles est de 2,6 équivalents temps plein par tranche de 200 000 habitants. Cette approche proportionnelle constitue une augmentation par rapport aux ancien-

regeling. Eén en ander betekent een meeruitgave van ongeveer 100 miljoen frank.

Een voorgaande spreker wijst erop dat het probleem eigenlijk ligt in het feit dat men, wanneer de begeleidingsequipes aan het platform worden verbonden, van de top naar de basis werkt terwijl men eigenlijk van de patiënt zou moeten vertrekken. De inspanning moet geleverd worden op het niveau van de patiënt en niet op het niveau van het platform.

Dit is tegenstrijdig met het doel dat door iedereen wordt nagestreefd.

Een ander lid is verheugd over de naadloze overgang tussen het verblijf in het ziekenhuis en de thuisopvang, die de regering beoogt. Thans laat deze overgang immers veel te wensen over: men kan stellen dat dit in 50% van de gevallen een ramp is. Vaak is er immers geen sprake van bepaalde begeleiding voor de meest eenvoudige voorzieningen. De vraag is hoe één en ander kan worden gerealiseerd binnen het vooropgestelde budget. Vooral wanneer er weekenddienst is, doen zich vele problemen voor.

De heer Keirse antwoordt dat uit zijn ervaringen blijkt dat er altijd een afspraak is tussen de huisarts en het palliatief platform over het moment waarop iemand naar huis kan gaan en over de te verstrekken zorgen. De structuur van de palliatieve platformen is ook hierop geënt. Het probleem is dat de overheid niet overal haar wil kan opleggen en dat integendeel de palliatieve cultuur moet ontstaan van beneden uit. Daar moeten goede protocollen over worden opgesteld. De eerstelijnszorgverstrekkers en de ziekenhuizen moeten rond de tafel gaan zitten.

Een lid is van oordeel dat het recht op palliatieve zorg op het wetgevende niveau moet verankerd worden, zonder dat alle aspecten van de palliatieve zorg wettelijk moeten worden geregeld. Het plan, zoals voorgesteld door de beide ministers, is alvast een belangrijke stap in de goede richting. Dit neemt niet weg dat enkele concrete vragen open blijven.

Vooreerst is het de vraag in hoeverre er afspraken werden gemaakt met de gemeenschappen om in de basisopleiding van de artsen voldoende aandacht te besteden aan de palliatieve zorg.

Voorts vraagt spreekster zich af of de vooropgestelde evaluatie van het thuiszorgforfait, met een eventuele verlenging ervan tot 3 maanden, wel voldoende is. Moet niet meteen de stap worden gezet om het thuiszorgforfait te voorzien zolang de betrokken patiënt thuis kan verzorgd worden, met een maximum van 6 maanden, zoals dit in het wetsvoorstel van het lid wordt vooropgesteld? Kan, bij wijze van tussenvoorstel, de onmiddellijke invoering van een maximumtermijn van 3 maanden worden aanvaard?

nes dispositions. Elle implique un surcoût d'environ 100 millions de francs.

Un précédent intervenant constate que le problème est que, lorsqu'on rattache les équipes de soutien à la plate-forme, l'on part du sommet et que l'on va vers la base, alors qu'il faudrait partir du malade. L'effort à faire se situe au niveau du malade, et non au niveau de la plate-forme.

Il y a là une contradiction par rapport à l'objectif poursuivi par tous.

Un autre membre se réjouit de la continuité, voulue par le gouvernement, entre le séjour en milieu hospitalier et la prise en charge à domicile. Actuellement, ce transfert laisse en effet beaucoup à désirer; on peut affirmer qu'il est catastrophique dans 50% des cas. Il est en effet rarement question d'un accompagnement spécifique pour les équipements les plus simples. La question est de savoir comment concrétiser cette continuité dans les limites budgétaires imposées. C'est principalement le service de week-end qui pose problème.

M. Keirse répond que, d'après son expérience, le généraliste et la plateforme palliative se concertent toujours sur le moment où le patient retourne à son domicile ainsi que sur les soins à administrer. La structure des plateformes palliatives s'y prête parfaitement. Le problème est que les pouvoirs publics ne peuvent pas imposer leur volonté partout et que la culture palliative doit au contraire se développer à partir de la base. Il convient d'établir de bons protocoles à ce sujet. Les prestataires de soins du premier échelon et les hôpitaux doivent s'asseoir autour de la table.

Un membre estime que la loi doit garantir le droit aux soins palliatifs sans en régler pour autant tous les aspects. Le plan proposé par les deux ministres représente un pas important dans la bonne direction. Quelques questions concrètes restent toujours en suspens.

La première question est de savoir si des accords ont été conclus avec les communautés afin que la formation de base des médecins accorde une place suffisante aux soins palliatifs.

L'intervenante se demande par ailleurs si l'évaluation proposée du forfait des soins à domicile, éventuellement prolongé de trois mois, est bien suffisante. Ne doit-on pas dès maintenant prévoir que le forfait des soins à domicile reste valable aussi longtemps que le patient peut être soigné à domicile, avec un maximum de six mois, comme le prévoit sa proposition de loi? Peut-on accepter, à titre de proposition intermédiaire, l'instauration immédiate d'un délai maximum de 3 mois? C'est en effet lorsqu'ils sont à l'hôpital que

Immers, een patiënt kost veel meer aan de gemeenschap in een ziekenhuis, terwijl hijzelf meestal liever thuis wenst te blijven.

Verder vestigt het lid de aandacht van de verenigde commissies op de problematiek van de ereloon-supplementen, die vaak in ziekenhuizen moeten worden betaald. Naast het gebrek aan privacy, die in de sterfensfase van enorm belang is, worden patiënten vaak ook nog eens verplicht een ereloon-supplement te betalen wanneer zij in een éénpersoonskamer wensen te verblijven. Dit laatste mag absoluut niet meer gebeuren. Een stervende persoon moet ten minste het recht hebben om op een éénpersoonskamer te verblijven zonder dat hij daarvoor moet bijbetalen.

Uiteraard is de palliatieve zorg ruimer dan enkel pijnbestrijding, maar dit laatste maakt er wel een wezenlijk onderdeel van uit. De kennis van artsen om pijn te bestrijden is echter minimaal, zo beweren velen onder hen. Het inschakelen van een pijndeskundige is dan ook geen overbodige luxe en moet deel uitmaken van het plan van de federale regering.

Voor de palliatieve functies in de ROB's en RVT's wordt «op kruissnelheid» een half miljard frank vrijgemaakt, zegt de regering. Wanneer zal men echter «op kruissnelheid» zijn? Hoeveel wordt voorzien per bed in de ROB's of de RVT's?

Hoe is het gesteld met de palliatieve functies in de psychiatrische verzorgingstehuizen? Wordt dit op de ene of de andere manier ondersteund? De kostprijs voor deze patiënten is immers reeds zeer hoog en ook zij hebben recht op palliatieve zorg.

De heer Keirse zegt verheugd te zijn over de opmerking van vorige spreker, dat het recht op palliatieve zorg voor eenieder dient te worden gewaarborgd. Minister Aelvoet bereidt thans een wetsontwerp op de patiëntenrechten voor, dat in de komende weken wordt neergelegd in het parlement. Artikel 4 van dit ontwerp stipuleert dat elke patiënt, zonder enig onderscheid, recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg die beantwoordt aan zijn behoeften en in overeenstemming is met de geldende technische standaarden en een correcte bejegening van de menselijke waardigheid en zelfbeschikking. In dit wetsontwerp wordt gezondheidszorg omschreven als «diensten of producten, verstrekt door een zorgverlener, met het oog op het vaststellen, het behouden, het herstellen of het verbeteren van de gezondheidstoestand van de patiënt, of om hem bij het sterven te begeleiden».

Wanneer het in dit wetsontwerp wordt vermeld, is het niet meer nodig dit te herhalen in een andere wettelijke bepaling.

Spreker verwijst naar de intentie om met de gemeenschapsministers van Onderwijs te overleggen over de opname van pijnbestrijding in de curricula.

les patients coûtent le plus à la communauté, alors que la plupart préféreraient rester chez eux.

Le membre attire ensuite l'attention des commissions réunies sur le problème des suppléments d'honoraires souvent réclamés par les hôpitaux. Outre le manque d'intimité, d'une importance cruciale en phase finale, les patients sont souvent obligés de payer un supplément lorsqu'ils souhaitent occuper une chambre individuelle. C'est tout à fait inacceptable. Une personne mourante doit au moins avoir le droit de séjourner en chambre individuelle sans devoir payer de supplément.

Si les soins palliatifs recouvrent bien sûr davantage que la simple lutte contre la douleur, cette dernière en constitue cependant une partie substantielle. Nombre de médecins prétendent toutefois n'avoir que des connaissances extrêmement limitées en la matière. Dès lors, l'intervention d'un spécialiste de la douleur n'est pas un luxe superflu et doit faire partie du plan du gouvernement fédéral.

Pour les fonctions palliatives dans les MRPA et les MRS, le gouvernement a l'intention de dégager un demi-milliard de francs «en vitesse de croisière». Mais quand aurons-nous atteint notre «vitesse de croisière»? Quel est le montant prévu par lit dans les MRPA ou les MRS?

Qu'en est-il des soins palliatifs dans les maisons de soins psychiatriques? Sont-ils soutenus d'une manière ou d'une autre? Ces patients doivent, en effet, déjà supporter des coûts élevés et ils ont droit, eux aussi, à des soins palliatifs.

M. Keirse se dit satisfait de la remarque de l'oratrice précédente selon laquelle le droit à des soins palliatifs doit être garanti pour chacun. La ministre Aelvoet prépare en ce moment un projet de loi sur les droits des patients qui sera présenté au Parlement au cours des prochaines semaines. L'article 4 de ce projet stipule que «Le patient a droit à des prestations de qualité répondant à ses besoins, conformes aux normes en vigueur et effectuées dans un climat de chaleur humaine, et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite.» Ce projet de loi définit les soins de santé comme des «services fournis par un prestataire de soins en vue de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie».

Si ce point figure dans le projet de loi, il serait superflu de le répéter dans une autre disposition légale.

L'orateur se réfère à l'intention d'organiser une concertation avec les ministres communautaires de l'Enseignement sur l'insertion de la lutte contre la

Vanuit het gemeenschapsniveau zullen er hieromtrent aanbevelingen komen naar het federale niveau.

Het is inderdaad schrijnend te merken hoe weinig artsen kennis hebben van pijnbestrijding, hoewel er beterschap te merken valt. Men is in staat om open hart-operaties uit te voeren zonder dat de patiënt daar iets van merkt maar in een palliatieve situatie slaagt men er vaak niet in om de pijn te bestrijden, hoewel de medische wetenschap daartoe in staat is. Eén en ander heeft te maken met een gebrek aan palliatieve cultuur. 25 jaar geleden heeft spreker gepleit voor meer aandacht voor de palliatieve zorg, doch zulks was onbespreekbaar, zowel op ministerieel niveau als in de samenleving in haar geheel. Vandaar het accent van beide ministers op het invoeren van deze palliatieve cultuur. Sterven is immers het lot van elke mens, ongeacht hoe de medische wetenschap in de toekomst evolueert.

Een vorige spreker nuanceert de uitspraak dat de meeste artsen geen kennis hebben van pijnbestrijding. Heel wat artsen kunnen perfect de dosering aanpassen naarmate de ziekte evolueert.

De heer Keirse beaamt dat er een zeer grote interesse bestaat bij huisartsen die zich willen bijscholen, doch thans komt pijnbestrijding nog steeds niet voor in het opleidingsprogramma.

Een senator waarschuwt voor een te grote specialisering in de medische wetenschap. Men dient geen nieuwe specialiteiten te creëren onder de artsen, waar zulks niet nodig is.

De heer Keirse vervolgt dat het geheel van de voorstellen de ondersteuning beoogt van de specialisten en de huisartsen en niet de vervanging van deze mensen. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor de psycholoog, die een louter ondersteunende functie heeft.

Het vragen van ereloon-supplementen in de palliatieve verzorging is wellicht een bestaande praktijk in enkele ziekenhuizen. Het ware beter om alle ereloon-supplementen meteen overbodig te maken.

De palliatieve begeleiding in de psychiatrische verzorgingstehuizen is niet onmiddellijk een prioriteit van de beide federale ministers omdat daar, verhoudingsgewijs, veel minder mensen overlijden dan in de RVT's en de ROB's. De oplossing voor deze psychiatrische instellingen ligt in de aanwezigheid van de palliatieve platforms.

De heer Thys zegt dat de minister van Sociale Zaken begrip heeft voor de uitbreiding van het thuiszorgforfait. Hij wijst er evenwel op dat dit forfait pas is ingevoerd op 1 januari 2000 en dat hiervoor een budget van 400 miljoen frank is vrijgemaakt. Er bestaat nog geen enkel gegeven over de toepassing

douleur dans les programmes d'études. Le communautaire fera des recommandations en la matière au fédéral.

Bien que les choses s'améliorent, il est regrettable que si peu de médecins disposent de connaissances en matière de lutte contre la douleur. Alors que l'on est en mesure d'effectuer des opérations à cœur ouvert sans que le patient se rende compte de quoi que ce soit, il arrive souvent, dans une situation palliative, qu'on ne parvienne pas à soulager la douleur, bien que la science médicale soit en mesure de le faire. Tout cela provient d'un manque de culture palliative. Voici 25 ans, l'orateur a demandé que l'on s'intéresse davantage aux soins palliatifs, mais un tel sujet était tabou, tant au plan ministériel que dans la société en général. D'où l'insistance des deux ministres pour qu'on introduise cette culture palliative. Quelle que soit la manière dont la science médicale évoluera, la mort est notre lot à tous.

Un intervenant précédent nuance la déclaration selon laquelle la plupart des médecins n'auraient aucune notion en matière de soulagement de la douleur: nombre de médecins sont parfaitement capables d'adapter les dosages en fonction de l'évolution de la maladie.

M. Keirse confirme que les médecins généralistes qui veulent se recycler sont particulièrement intéressés par cette question; il n'empêche que la lutte contre la douleur ne figure toujours pas au programme des cours.

Un sénateur met en garde contre une trop grande spécialisation en science médicale. Il ne faut pas créer de nouvelles spécialisations là où cela ne se justifie pas.

M. Keirse poursuit en disant que l'ensemble des propositions vise à soutenir les spécialistes et les généralistes et non à les remplacer. Il en va de même, par exemple, pour les psychologues, dont la fonction est purement de soutien.

Sans doute quelques hôpitaux ont-ils coutume de réclamer des suppléments d'honoraires pour les soins palliatifs. Il serait préférable de les rendre d'emblée superflus.

L'accompagnement palliatif dans les maisons de soins psychiatriques n'est pas une priorité immédiate aux yeux des deux ministres fédéraux étant donné que proportionnellement, ces institutions enregistrent moins de décès que les MRS et les MRPA. Pour ces institutions psychiatriques, la solution réside dans l'existence des plateformes palliatives.

M. Thys déclare que le ministre des Affaires sociales n'est pas opposé à une extension du forfait de soins à domicile. Il fait cependant remarquer que ce forfait n'a été instauré que le 1^{er} janvier 2000 et qu'un budget de 400 millions de francs a été dégagé à cet effet. On ne dispose encore d'aucune donnée quant à son appli-

van dit thuiszorgforfait en over de vraag of het vooropgestelde budget wel beantwoordt aan de noden op het terrein. Dit dient eerst geëvalueerd te worden, alvorens mogelijk onverantwoorde budgettaire beslissingen worden genomen.

Met betrekking tot de ROB's en RVT's, wordt op kruissnelheid 500 miljoen frank voorzien. De overeenkomstencommissie moet hiervoor de toepassingsmodaliteiten invullen. Vanuit het federale niveau is men ambitieus, omdat ook de ROB's erin worden betrokken, overigens op vraag van de mensen op het terrein zélf. Dit ligt evenwel niet zo eenvoudig, omdat dit een bevoegdheid van de gemeenschappen is. Enig overleg is derhalve nodig.

Spreker verwijst tenslotte naar artikel 4 van de overeenkomsten van het RIZIV, op basis waarvan de multidisciplinaire equipes werken, waarin de thuisvervangende milieus worden opgesomd, met inbegrip van de psychiatrische verzorgingstehuizen.

Een lid verklaart eerst en vooral de vertegenwoordigers van de regering te willen bedanken voor hun uiteenzetting. Die bewijst dat de boodschap die uit de vorige vergaderingen naar voren kwam, namelijk dat de palliatieve zorg absoluut voorrang moet krijgen, goed ontvangen is.

Spreker vindt dat dit een behoorlijke stap vooruit is en is, zoals andere sprekers, voorstander van een snelle uitvoering van de maatregelen. Dit dient immers het belang van de patiënten.

Vervolgens stelt spreker drie vragen.

De opleiding — en dit is overigens ook in het belang van de patiënten, wat uiteraard primeert — is een zorgwekkende kwestie. Een aantal getuigen hebben het daarover gehad.

Spreker bedoelt hierbij niet alleen de basisopleiding (zowel vakkundig als psychologisch) maar ook de psychologische begeleiding tijdens de professionele loopbaan.

Er is verwezen naar voorafgaande contacten met de gemeenschappen, vermits de wijzigingen in de opleidingsprogramma's op dat niveau moeten gebeuren.

Spreker onderstreept dat het echter wel de taak van de minister van Volksgezondheid is om de basisnormen op kwalitatief niveau vast te leggen.

De tweede vraag heeft met de platformen te maken. Er is nu sprake van proefcentra. Spreker vindt het geen goed idee om nog veel proefprojecten op te starten. Het is tijd om, nu we de werkelijke noden kennen, zijn verantwoordelijkheden op te nemen.

Vermits er voldoende budgettaire middelen voorhanden lijken te zijn, pleit spreker ervoor om een maximum van die middelen toe te wijzen aan de eenheden die werkelijk operationeel zijn.

Ook is hij voorstander van maatregelen die aan de verschillende werkterreinen kunnen worden aange-

vation et quant à la question de savoir si le budget prévu répond aux besoins rencontrés sur le terrain. Il faut procéder à une évaluation avant de prendre des décisions budgétaires peut-être inappropriées.

En ce qui concerne les MRPA et les MRS, on prévoit 500 millions de francs en vitesse de croisière. La commission des conventions doit compléter les modalités d'application à cet effet. Le fédéral est ambitieux en raison de l'implication des MRPA, d'ailleurs voulue par les gens de terrain eux-mêmes. Ce n'est pourtant pas si simple car il s'agit d'une compétence communautaire. Une concertation devra avoir lieu à ce sujet.

L'orateur se réfère enfin à l'article 4 des conventions de l'INAMI, sur la base duquel travaillent les équipes multidisciplinaires et qui énumère les environnements de remplacement, y compris les maisons de soins psychiatriques.

Un membre déclare, au préalable, qu'il souhaite remercier les représentants du gouvernement pour leur exposé, qui montre que le message découlant des réunions précédentes sur la priorité absolue à accorder aux soins palliatifs a été entendu.

L'intervenant estime qu'il s'agit d'un pas important et plaide, comme d'autres intervenants, pour que les choses puissent se mettre en place le plus rapidement possible, dans l'intérêt des patients.

L'intervenant pose ensuite trois questions.

En ce qui concerne tout d'abord la formation — et à nouveau dans l'intérêt des patients, qui est prioritaire —, il s'agit d'un problème préoccupant, comme certains témoins ont eu l'occasion de l'expliquer.

L'intervenant vise ici non seulement la formation de base (professionnelle et psychologique), mais aussi l'accompagnement psychologique au cours de la carrière professionnelle.

Il a été fait allusion à des contacts préalables pris avec les communautés, puisque c'est là que le programme d'études doit être modifié.

L'intervenant souligne que c'est cependant au ministre de la Santé publique à imposer les normes fondamentales à respecter sur le plan qualitatif.

La deuxième question porte sur les plates-formes. Il est maintenant question de centres-pilotes. L'intervenant plaide pour que l'on ne fasse plus trop d'expériences-pilote et que, connaissant les véritables besoins, on prenne ses responsabilités.

Puisque des moyens budgétaires suffisants semblent être disponibles, l'intervenant plaide pour qu'un maximum de ces moyens soit mis à disposition d'unités véritablement opérationnelles.

Il plaide aussi en faveur de mesures adaptées aux différents terrains, puisque la Belgique est plurielle à

past. België is immers op alle vlakken zeer divers, ook wat de geografische diversiteit van de ziekenhuizen betreft, wat dan weer betekent dat de coördinatie van die instellingen onderling erg kan verschillen. Hierover moet een constructieve dialoog worden gevoerd.

Het derde punt heeft te maken met een verbeterde begeleiding waar de minister naar verwijst, in het bijzonder op het vlak van de verpleging. Wordt hier werkelijk ingegaan op de behoeften zoals die in de voorbije maanden duidelijk zijn geworden?

Spreker wijst er tenslotte op dat hij getuige is geweest van de coördinatie van de thuiszorg op het niveau van de Franstalige Gemeenschap.

Hij vindt dat er absoluut gecoördineerd moet worden, niet alleen tussen het ziekenhuis en het thuisfront, maar ook tussen de ziekenhuizen en de rust- en verzorgingstehuizen.

Het is meer dan ooit noodzakelijk dat er in deze materie een «stuwende kracht» komt.

Dit mag niet overgelaten worden aan de willekeur van de verantwoordelijken van de ziekenhuizen en de rust- en verzorgingstehuizen.

Spreker vindt dat men zelfs verder mag gaan en een of andere vorm van coördinatie verplicht moet maken.

Op dit onderwerp voortgaand, vraagt een ander lid meer duidelijkheid wat betreft het aantal bedden dat in de ziekenhuizen voor palliatieve zorg zal worden geïnstalleerd.

Gaat men in alle ziekenhuizen een aparte eenheid oprichten of zal men de voortgezette verzorging beschouwen als een geïntegreerd onderdeel van de algemene verzorging?

Een lid wijst erop dat de netwerken anders zijn georganiseerd in het Noorden en in het Zuiden van het land. Dit heeft deels te maken met een verschillende historiek. In Vlaanderen ontstonden tal van initiatieven van onderuit, zonder dat de regering hiervoor de nodige impulsen diende te geven. In Wallonië is dit minder het geval. Dit maakt dat in Vlaanderen, per netwerk van 300 000 inwoners, een coördinator werd voorzien. Hoe werd door de federale overheid het overleg met de gemeenschapsregeringen gevoerd?

De heer Keirse antwoordt dat ook de federale overheid de mogelijkheid heeft om normen op te leggen. Zo kunnen bepaalde kwaliteitsnormen worden voorgesteld. Er is dan ook de nadruk gelegd op de responsabilisering van de diverse beroepsgroepen. Dit neemt niet weg dat het gevaarlijk is alles van bovenuit — vanuit de overheid — op te leggen.

Spreker merkt op dat zowel in Vlaanderen als in Wallonië en in Brussel beginnende projecten bestaan inzake dagverzorging. De bedoeling is niet zozeer pilootprojecten op te starten, maar eerder de

tous points de vue, y compris en matière de diversité géographique, d'implantations hospitalières, et donc de coordination d'un endroit à l'autre. Il faut qu'un dialogue constructif s'installe en la matière.

Le troisième point concerne l'amélioration de l'accompagnement, notamment infirmier, auquel le représentant du ministre a fait allusion. Répond-on véritablement aux besoins tels qu'explicités au cours des derniers mois?

Enfin, l'intervenant rappelle qu'il a vécu l'épisode de la coordination des soins à domicile au niveau de la Communauté française.

Il estime qu'une coordination est absolument nécessaire, non seulement entre l'hôpital et le domicile, mais aussi entre l'hôpital et les maisons de repos et de soins.

Un «moteur» est, en la matière, plus que jamais nécessaire.

Il n'est pas souhaitable que ce soit laissé à l'appréciation des responsables des hôpitaux et des maisons de repos et de soins.

L'intervenant pense qu'il faut aller au-delà, en prévoyant une forme d'obligation en ce qui concerne la coordination.

Dans le même ordre d'idées, un autre membre demande des précisions quant au nombre de lits qui seront installés en soins palliatifs dans les hôpitaux.

Créera-t-on une unité séparée dans chaque hôpital, ou s'agira-t-il de soins continus qui resteront intégrés dans les soins généraux?

Un membre souligne que les réseaux sont organisés différemment dans le Nord et le Sud du pays pour des raisons en partie historiques. En Flandre, il existait une multitude d'initiatives émanant de la base, sans que le gouvernement ait à fournir les incitants nécessaires. En Wallonie, c'est moins le cas. Cela fait qu'en Flandre, on a prévu un coordinateur par réseau de 300 000 habitants. Comment l'État fédéral a-t-il organisé la concertation avec les gouvernements de communauté?

M. Keirse répond que l'autorité fédérale a également la possibilité d'imposer des normes. Elle peut ainsi proposer certaines normes de qualité. Dès lors, l'accent est mis aussi sur la responsabilisation des différents groupements professionnels. Il n'empêche qu'il est imprudent de tout imposer «d'en haut», depuis l'autorité.

L'orateur remarque que tant en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles, il existe des projets initiaux en matière de soins de jour. Leur objectif n'est pas tant de lancer des projets-pilotes que de soutenir financiè-

bestaande initiatieven financieel te ondersteunen en, op basis daarvan, hen de gelegenheid te geven een bepaalde expertise op te bouwen over de vraag hoe men de druk op families aanvaardbaar kan houden.

In de omschrijving van de opdracht van de platformen wordt duidelijk gesteld dat zij iedereen moeten groeperen, die binnen een bepaalde regio betrokken kan zijn of wenst te zijn bij palliatieve zorg. Concreet gaat het over alle ziekenhuizen, rust- en verzorgingshuizen, ROB's, thuisverpleging, apothekers, kine-sisten, enzovoort. Er moet een motor zijn die de verschillende echelons doet samenwerken. Bijvoorbeeld werd voor de erkenning van de palliatieve bedden in sommige regio's duidelijk nagegaan waar deze het beste konden worden gelokaliseerd en waar de beste samenwerking mogelijk was tussen het palliatieve platform, de ziekenhuizen en de thuiszorg.

Elk ziekenhuis moet een ondersteunende equipe hebben, zodanig dat het de nodige palliatieve zorg kan bieden waar en wanneer zulks nodig is.

Met betrekking tot de verschillen in de drie gemeenschappen van ons land, bevestigt spreker dat de Vlaamse gemeenschap bijkomende middelen voorziet, die bovenop de federale steun komen. Men mag de regionale verschillen echter niet overdrijven. Ook in het zuiden van het land zijn er tal van initiatieven spontaan van de grond gekomen, terwijl in sommige Vlaamse streken de overheid het initiatief heeft genomen.

Een lid benadrukt dat de hoorzittingen, zoals reeds gezegd, unaniem hebben uitgewezen dat de palliatieve zorg onvoldoende ontwikkeld is en niet overal op dezelfde manier wordt uitgebouwd. Men moet overal dezelfde mogelijkheden bieden. De patiënt moet kunnen kiezen welke vorm van begeleiding hij krijgt, terwijl de palliatieve zorg voor iedereen even toegankelijk moet zijn (of het nu gaat om thuiszorg of om verzorging in het ziekenhuis, in een rust- en verzorgingstehuis, ...). De middelen moeten eerlijk verdeeld worden tussen de patiënten. Men moet budgetten vastleggen naargelang van de ziektes: er dient een prognose te worden gesteld en, zoals dokter Clumeck zei, moet er worden bepaald welke vorm van opvang daarbij het beste past.

De palliatieve zorg is voor het ogenblik voorbehouden voor patiënten die in een terminale fase zijn. Van de sprekers die voor de euthanasiecommissie zijn komen getuigen hebben velen er echter de nadruk op gelegd dat men eigenlijk over «voortgezette zorg» zou moeten spreken en niet over «palliatieve zorg». Een palliatieve zorgcultuur ontwikkelen betekent dat men op middellange of op lange termijn een nieuwe zorgcultuur krijgt met «voortgezette zorg».

Die nieuwe zorgcultuur veronderstelt, zoals dokter Bouckenaere het stelde:

— specifieke medische vakkennis (pijnbestrijding);

rement les initiatives existantes et, sur la base de celles-ci, de leur donner l'occasion d'acquérir une certaine expertise quant à la manière de maintenir la pression sur les familles à un niveau supportable.

Dans la définition de la mission des plateformes, il est dit clairement qu'elles doivent regrouper tous ceux qui, à l'intérieur d'une région déterminée, peuvent ou souhaitent être impliqués dans les soins palliatifs. Il s'agit concrètement de tous les hôpitaux, de toutes les maisons de repos et de soins, des MRPA, du secteur des soins à domicile, des pharmaciens, kinésithérapeutes, etc. Un moteur doit permettre la collaboration entre les différents échelons. Pour l'agrément des lits palliatifs dans certaines régions, par exemple, on examine quelle est leur localisation idéale et la meilleure façon de faire collaborer la plateforme palliative, les hôpitaux et les soins à domicile.

Chaque hôpital doit disposer d'une équipe de support qui puisse offrir les soins palliatifs nécessaires à l'endroit et au moment voulus.

Quant aux différences entre nos trois communautés, l'orateur confirme que la Communauté flamande prévoit des moyens supplémentaires en sus du soutien fédéral. Ne surestimons cependant pas ces différences régionales. Dans le sud du pays aussi, certaines initiatives ont vu spontanément le jour tandis que dans certaines régions de Flandre, l'initiative est venue des autorités.

Un membre souligne que, comme déjà indiqué, les auditions ont pointé un constat unanime: les soins palliatifs sont insuffisamment développés, et ne sont pas développés partout de manière égale. Ils doivent être disponibles partout de la même façon. Il faut garantir au patient la liberté de choix au niveau de la forme d'accompagnement qu'il souhaite, en garantissant l'égalité de traitement dans l'accès aux soins palliatifs (coût domicile/hôpital/MRS ...). Il convient que les moyens soient justement répartis entre les patients. Il faut définir les moyens nécessaires pour certaines maladies: le pronostic doit être posé et la prise en charge optimale doit être définie, comme le soulignait le docteur Clumeck.

Les soins palliatifs connaissent, à l'heure actuelle, un développement plutôt limité aux patient en fin de vie. Or, beaucoup d'intervenants en commission Euthanasie ont souligné la nécessité de parler de soins continus, plutôt que de soins palliatifs. S'orienter vers la culture palliative signifie à moyen/long terme une nouvelle culture de soins dite de soins continus.

Cette culture suppose, comme l'a souligné le docteur Bouckenaere:

— une compétence médicale spécifique (soulagement de la douleur);

— een relationele aanpak (begeleiding van de zieke en zijn naasten, ook tijdens het rouwproces);

— ethische toetspunten en een ethische vraagstelling (uitgaande van een dialoog onder collega's en interdisciplinair overleg).

Het gaat dus niet alleen over de laatste levensweken. De ontwikkeling van de palliatieve zorgcultuur binnen het ziekenhuis houdt ook de erkenning en de ontwikkeling in van de rechten van de patiënt en draagt bij tot de democratisering van de medische wereld, door de patiënt weer centraal te stellen.

KADERWET

De fractie van de spreker vraagt zich af of er geen kaderwet dient te komen waarin de bestaande wets- en verordeningsbepalingen zijn opgenomen die deze materie regelen in het ziekenhuis, bij de thuisverpleging, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rusthuizen, in de initiatieven voor beschut wonen, in de psychiatrische verzorgingstehuizen, de residentiële centra en de dagcentra.

Zo zou het mogelijk worden een precieze omschrijving te geven van de palliatieve zorgverlening en de mensen die daarbij een rol spelen.

ANALYSE VAN EN COMMENTAAR BIJ DE PLANNEN VAN DE MINISTER

A. Samenwerkingsverbanden (of platformen voor de palliatieve zorg)

Een eerste opmerking houdt verband met het feit dat de opdrachten van het samenwerkingsverband zijn vastgelegd in een koninklijk besluit. De platformen zijn echter op gewestelijk niveau georganiseerd. De feitelijk ingevulde taken verschillen bovendien van platform tot platform en volgens de streek. In het koninklijk besluit staat bijvoorbeeld dat de palliatieve samenwerkingsverbanden zich moeten bezighouden met de opleiding, terwijl het Brusselse samenwerkingsverband helemaal geen opleidingen organiseert en het de Brusselse federatie is die zich daarmee bezighoudt.

Wordt het geen tijd om de begrippen op een rijtje te zetten? Dit is precies wat een kaderwet, zoals voorgesteld door de fractie van de spreker, zou doen.

Een tweede opmerking heeft betrekking op het feit dat de verhoging van de federale subsidies voor samenwerkingsverbanden, zoals de minister die voorstelt, een van de maatregelen is die de fractie van de spreker in haar wetsvoorstel heeft opgenomen. De inschakeling van een klinisch psycholoog (1/2 VTE

— une approche relationnelle (accompagnement du malade et des proches, y compris dans le processus de deuil);

— des éléments de repérage éthique et un questionnement éthique (ce qui suppose discussion collégiale et concertation interdisciplinaire).

Il ne s'agit donc pas uniquement du problème des dernières semaines de la vie. La diffusion de la culture palliative au sein de l'hôpital contribue à la reconnaissance et au développement des droits du patient et favorise la nécessaire démocratisation du pouvoir médical, en replaçant le patient au centre de la discussion.

LOI-CADRE

Le groupe de l'intervenant se demande s'il ne faudrait pas prévoir une loi-cadre qui intègre et encadre les dispositions légales et réglementaires existantes qui régissent la matière tant en hôpital, qu'au domicile, en maisons de repos et de soins ou en maisons de repos pour personnes âgées, habitations protégées, institutions psychiatriques, unités résidentielles et centres de jour.

Cela permettrait de disposer d'une définition plus précise des soins palliatifs, et des acteurs de ceux-ci.

ANALYSE ET CRITIQUE DES PROJETS MINISTÉRIELS

A. Associations (ou plates-formes de soins palliatifs)

Une première remarque concerne le fait que les missions de l'association sont définies par arrêté royal. Toutefois, les plates-formes sont organisées au niveau régional. Or, il s'avère que, dans la réalité, les missions effectivement exercées varient d'une plateforme à l'autre, d'une région à l'autre. Ainsi, si l'arrêté royal précise que les associations en matière de soins palliatifs s'occupent de formation, la plateforme bruxelloise, pour sa part, n'organise pas de formation. C'est la fédération bruxelloise qui s'en charge.

Ne serait-il pas temps de clarifier les concepts, ce qu'une loi-cadre, telle que le propose le groupe de l'intervenant, serait justement à même de faire?

Une deuxième remarque porte sur le fait que l'augmentation des subsides fédéraux en faveur des associations que propose le ministre est une mesure proposée par le groupe de l'intervenant dans sa proposition de loi. Toutefois, la présence d'un psychologue clinicien (1/2 ETP par association) ne

per samenwerkingsverband) lijkt op dit niveau echter niet nuttig. Dit zou eigenlijk op het niveau van de tweedelijnszorg moeten gebeuren.

B. Thuis

1. Vanuit het oogpunt van de patiënt

Het voorstel van de fractie van de spreker:

— houdt in dat het RIZIV het remgeld betaalt voor de raadplegingen en bezoeken van de huisarts, maar ook voor de geneesheer-specialist, de kinesitherapeut en de thuisverpleging;

— wil tevens het maandelijks forfait (dat nu 19 500 frank bedraagt) uitbreiden tot een periode van vier maanden en het bedrag zelf beter aanpassen aan de behoeften van de patiënt, meer bepaald in het geval van patiënten die dag en nacht verzorging nodig hebben.

De indieners van het voorstel zijn dus zeer blij met de voorstellen van de minister.

Vragen:

1^o Wat gebeurt er met de bezoeken en raadplegingen van de geneesheren-specialisten (bijvoorbeeld kankerspecialisten), voor wie het remgeld niet wordt terugbetaald?

2^o Wat de uitbreiding naar de palliatieve patiënten van het forfait C betreft, hebben de verenigingen van thuisverpleegsters twee problemen aangehaald:

Het financieringssysteem van de thuisverzorging discrimineert dubbel:

— het discrimineert de patiënten ten opzichte van elkaar: een financieringssysteem gebaseerd op forfaits, berekend volgens een afhankelijkheidsschaal als de schaal van Katz, is niet pertinent. Patiënten vormen immers geen homogene groepen. Bij de patiënten in groep A vindt men zowel «lichte» als «zware» gevallen. Dit geldt ook voor de forfaits B en C. De Commissie voor de overeenkomsten inzake de thuiszorg tracht een financieringssysteem te ontwerpen dat beter beantwoordt aan de behoeften van de patiënt en dat gebaseerd is op de tijd die werkelijk bij de patiënt wordt doorgebracht. Vergelijkbare systemen hebben hun nut reeds bewezen in andere landen (bijvoorbeeld Canada en Luxemburg).

Men dient erover te waken dat andere groepen patiënten (die onder het forfait A of B vallen), met name bejaarde of gehandicapte personen die aan huis gebonden zijn en langere tijd verzorgd moeten worden, niet gediscrimineerd worden. Dit hangt af van de definitie die men aan het begrip «palliatieve zorg» wil geven. De ministers beperken het palliatief

paraît pas utile au niveau de l'association. C'est au niveau des équipes multidisciplinaires de seconde ligne que ce besoin se fait sentir.

B. À domicile

1. Aspect patient

La proposition du groupe de l'intervenant:

— prévoit une prise en charge par l'INAMI du ticket modérateur pour les consultations et visites du médecin généraliste, mais aussi des spécialistes, pour les prestations des kinésithérapeutes et les soins infirmiers à domicile;

— propose d'étendre l'allocation forfaitaire mensuelle (actuellement de 19 500 francs) à quatre mois et de mieux adapter son montant en fonction des besoins du patient, notamment de ceux nécessitant des soins 24 heures sur 24.

Les auteurs de la proposition ne peuvent donc que se réjouir des propositions du ministre.

Questions:

1^o Qu'en est-il des visites et consultations éventuelles des médecins spécialistes (oncologues par exemple) pour lesquelles une prise en charge du ticket modérateur n'est pas prévue?

2^o Concernant l'extension du forfait C aux patients palliatifs qui est proposée, deux problèmes ont été soulevés par des associations d'infirmières à domicile:

Le système de financement des soins à domicile serait doublement discriminatoire:

— discriminatoire par rapport aux patients entre eux: un système de financement au forfait fondé sur une échelle de dépendance comme l'échelle de Katz n'est pas pertinent. Les patients ne sont, en effet, pas des groupes homogènes. Dans les patients au forfait A, il y a aussi bien des «A légers» que des «A lourds» et la même chose pour les forfaits B ou C. La Commission des conventions soins à domicile essaie de promouvoir un système de financement plus adéquat par rapport aux besoins du patient et pondéré par unité de temps passé au chevet du malade. Certains systèmes ont ainsi fait leurs preuves dans d'autres pays (tels qu'au Canada ou au Luxembourg).

Il faut veiller à ce que d'autres types de patients (relevant du forfait A ou B) qui sont des personnes âgées ou handicapées maintenues à domicile et qui nécessitent une prise en charge longue ne soient pas discriminés. Cela est lié à la définition que l'on donne aux soins palliatifs. Les ministres limitent le statut palliatif à la fin de vie, voire l'extrême fin de vie [deux

statuut tot de terminale levensfase of zelfs tot de allerlaatste levensweken [de twee laatste maanden, aangezien men de eventuele verlenging van 2 tot 3 maanden van het forfait voor de palliatieve thuiszorg slechts vanaf 2002 zou invoeren (zie hierna)].

Wat zijn nu de criteria die bepalen of een patiënt als «palliatief» kan beschouwd worden en recht heeft op forfait C? Uit de hoorzittingen is duidelijk gebleken dat meerdere mensen voorstander zijn van een bredere invulling van het begrip «palliatieve zorg», dat ook ononderbroken zorg of nazorg (zie hieronder opschrift decreet) wordt genoemd. Moet er ook niet een bepaalde coherentie worden nagestreefd tussen de verschillende machtsniveaus (federale overheid, gemeenschappen en gewesten)? Men mag niet vergeten dat er een decreet is van 4 maart 1999 houdende de erkenning en de subsidiëring van de centra die instaan voor de coördinatie van de zorgverstrekking en de diensten voor thuisverpleging en de diensten voor palliatieve verzorging en nazorg. Welk standpunt neemt de minister hierover in?

— het discrimineert de zorgverstrekkers ten opzichte van elkaar: de thuisverpleging kost de patiënt uiteindelijk zeer veel. De zorg kan voor langere tijd noodzakelijk zijn. Bezoeken van kinesitherapeuten of artsen zijn gewoonlijk wat meer gespreid in de tijd. In de praktijk hebben kinesitherapeuten en artsen het recht remgeld van de patiënt te vragen en zij doen dit ook, terwijl de verpleegkundigen dit niet durven omdat zij het statuut van hun patiënt en de langdurige verzorging in gedachten houden. Het wetsvoorstel bepaalt dat er geen remgeld van de palliatieve patiënt meer wordt gevraagd. Hoeveel kost deze maatregel dan? Is dit voor het RIZIV geen besparing? Kan men bijvoorbeeld niet stellen dat het remgeld in dit geval ten goede komt aan de thuisverplegers, of ten minste wordt aangewend voor de herwaardering van hun werk, dat bij palliatieve thuiszorg erg noodzakelijk is?

3^o Men moet benadrukken dat er voor het ogenblik geen definitie bestaat voor het begrip «verplegend personeel», terwijl het statuut van verpleger beschermd is. Het zogenaamde «verplegend personeel» volgt technische of professionele opleidingen van verschillende niveaus en gewestelijke decreten omschrijven het statuut van deze mensen aan de hand van «de verpleegkunst». Dit statuut moet verduidelijkt worden en mag in geen geval verward worden met het statuut van verpleger, teneinde de kwaliteit van de zorg die thuis, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rusthuizen verstrekt wordt, te garanderen.

4^o Met betrekking tot de maandelijkse forfaitaire tegemoetkoming stellen de ministers voor deze maatregel pas in 2001 te evalueren.

Het bedrag van het forfait lijkt te laag.

mois en l'occurrence, puisque l'on n'envisage une éventuelle extension du forfait de soins palliatifs à domicile de 19 500 francs de 2 à 3 mois qu'en 2002 (voir *infra*).

Quels sont précisément les critères qui permettront de considérer tel patient comme palliatif et pouvant bénéficier du forfait C? Il est apparu clairement des auditions que plusieurs personnes défendaient une vision plus large des soins palliatifs que d'aucuns appelaient soins continus ou continués. Ne faut-il pas par ailleurs promouvoir une cohérence entre les différents niveaux de pouvoir (fédéral, communautaire et régional)? Il faut rappeler l'existence du décret du 4 mars 1999 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile et des services de soins palliatifs et continués. Quelles sont les positions du ministre à ce sujet?

— discriminatoire par rapport aux prestataires entre eux: les soins infirmiers à domicile coûtent en définitive fort cher au patient. Ces soins peuvent s'étaler dans le temps. Les visites des kinésithérapeutes ou des médecins sont en général plus espacées. Dans la pratique, les kinés et les médecins sont en droit de réclamer au patient le ticket modérateur et ils le font, ce que n'osent pas faire les infirmières vu le statut de la personne qui fait appel à eux et la longueur des soins. La proposition propose de ne plus percevoir de ticket modérateur de la part du patient palliatif. Où se situe le coût de la mesure dans ce cas-là? Ne s'agit-il pas d'une économie pour l'INAMI? Ne peut-on concevoir, dans ce cas, que le montant du ticket modérateur revienne aux infirmiers à domicile ou, du moins, serve à une revalorisation de leur fonction, qui est très sollicitée dans le cadre des soins palliatifs à domicile?

3^o Il faut attirer l'attention sur le fait qu'à l'heure actuelle il n'y pas de définition du personnel soignant, alors que le statut infirmier est protégé. Le personnel dit soignant reçoit des formations techniques ou professionnelles de niveaux hétérogènes et des décrets régionaux décrivent leur statut souvent en se référant en partie à l'art infirmier. Il faut que ce statut soit clarifié et ne soit, en tout cas, pas confondu avec le statut infirmier, afin de veiller à la qualité des soins prodigués notamment au domicile, mais aussi en MRS et en MRPA.

4^o Concernant l'allocation forfaitaire mensuelle: les ministres proposent seulement d'évaluer cette mesure en 2001.

Le montant du forfait semble trop faible.

Dit forfait bedraagt momenteel 19 500 frank voor 30 dagen, te rekenen vanaf de dag waarop een passend formulier met een medische beoordeling naar de adviserende geneesheer van het ziekenfonds is verstuurd. De tegemoetkoming kan na het verloop van 30 dagen een tweede maal worden uitbetaald, waarvoor een tweede medische beoordeling moet worden ingediend om aan te tonen dat de patiënt aan de criteria en de voorwaarden blijft voldoen.

De vereniging AREMIS heeft berekend dat de kosten van een palliatieve patiënt die thuis wordt verzorgd 50 000 frank per maand bedragen, na terugbetaling. Het gaat waarschijnlijk om een minimum-schatting, die geen rekening houdt met bijzondere gevallen, met het verlies van inkomsten voor het gezin, met de «niet-professionelen» die bepaalde zorgen verstrekken of met de «aanvullende verzorging» die het leven draaglijker maakt (massage, bezigheden, esthetische verzorging, enz.).

In het voorstel van de fractie van de spreker wordt de mogelijkheid gecreëerd om dit forfait tot vier maanden lang toe te kennen, maar ook en vooral om het bedrag van het forfait aan te passen aan de behoeften van de patiënt, meer bepaald wanneer deze voortdurende verzorging nodig heeft. Als men de patiënt thuis wil blijven verzorgen, moet hier absoluut rekening mee worden gehouden. Dit is de grootste kostenpost. Hebben de ministers in dit verband concretere voorstellen?

5° Wat het statuut van «palliatief patiënt» betreft: dit wordt niet toegekend na overleg, zoals de fractie van de spreker het had gewenst (en waarbij de tweedelijns- en de eerstelijnssequipe een rol spelen). Het hangt af van de huisarts, die ervoor zorgt dat de patiënt het forfait van het ziekenfonds krijgt. Het forfait wordt toegekend, ongeacht of de patiënt (of de arts) een beroep doet op de multidisciplinaire tweedelijnssequipe. Wat vinden de twee ministers van deze maatregel? Wat denken de ministers meer bepaald over de rol die de huisarts speelt wanneer hij het statuut van «palliatief patiënt» aanvraagt bij de adviserende geneesheer van het ziekenfonds en wat zijn eventuele samenwerking betreft met de andere actoren (de tweedelijns- en zelfs de eerstelijnssequipe) en met de geneesheer-specialist die goed op de hoogte is van de prognose?

6° In het voorstel van de ministers worden alle bestaande afdelingen opgeroepen om meer aandacht te besteden aan de palliatieve zorg. Dient er dan ook niet gezegd te worden dat dit veronderstelt dat er actief met de tweedelijnssequipes wordt samengewerkt? Zijn er concrete voorstellen of stimulansen of gaat het gewoon om een oproep die misschien een vrome wens blijft?

Ce forfait est actuellement de 19 500 francs pour 30 jours à compter de l'envoi d'un formulaire d'avis médical *ad hoc* vers le médecin conseil de la mutualité. Un renouvellement unique est autorisé après 30 jours et suppose l'envoi d'un second avis médical de conformité aux critères et aux conditions.

L'association AREMIS a évalué les frais encourus par le malade palliatif à domicile à 50 000 francs par mois après remboursements. Il s'agit probablement d'une évaluation minimale qui ne tient pas compte des cas particuliers, du manque à gagner de la famille et des non-professionnels qui en prennent soin ni des besoins en «médecines complémentaires» qui aident à vivre (massages, occupations, soins esthétiques etc.).

La proposition du groupe de l'intervenant propose d'étendre l'octroi de ce forfait à quatre mois, mais surtout d'en moduler le montant en fonction des besoins du patient, plus précisément là où le patient a besoin d'un garde-malade en permanence. Cette prise en compte est toutefois indispensable si l'on veut favoriser le maintien à domicile. C'est ce qui représente le coût le plus élevé. Les ministres ont-ils des propositions plus concrètes en la matière?

5° Concernant le statut de patient palliatif: le statut de patient palliatif n'est pas conféré de manière collégiale, comme l'aurait souhaité le groupe de l'intervenant (avec intervention de l'équipe de 2^e ligne et de l'équipe de 1^{re} ligne), mais c'est le médecin de famille qui décide seul de l'octroi de ce statut et donne ainsi le «feu vert» à l'octroi du forfait par la mutuelle du patient. Ce forfait est accordé que le patient (ou le médecin) fasse appel ou non à une équipe multidisciplinaire de seconde ligne. Quelle est la position des ministres par rapport à ce choix? Plus précisément, comment les ministres conçoivent-ils le rôle du médecin traitant dans le processus d'introduction du statut palliatif auprès du médecin conseil de la mutuelle, quant à la collaboration éventuelle à la fois avec les autres intervenants (équipe de 2^e ligne, voire de 1^{re} ligne), et avec le médecin spécialiste qui connaît bien le pronostic?

6° La proposition des ministres contient un appel à tous les services existants à s'engager davantage dans les soins palliatifs. Ne convient-il pas de préciser que cela implique une collaboration active avec les équipes de 2^e ligne? Y a-t-il des propositions et des incitants concrets, ou s'agit-il simplement d'un appel, qui risque de n'être qu'un vœu pieux?

2. De multidisciplinaire begeleidingsteams voor palliatieve zorg (of de tweedelijnssteams)

De financiering van deze equipes is voor het ogenblik geregeld door overeenkomsten tussen de equipes en het RIZIV.

Het RIZIV kent een forfait toe van 58 500 frank per patiënt voor de volledige verzorging, ongeacht de duur van de periode waarin de patiënt verzorgd wordt en ongeacht de aard van de verzorging. Dit bedrag betreft 100 patiënten. Voor de volgende 50 patiënten kan eventueel een forfait bekomen worden van 5 000 frank per patiënt per jaar. Sommige regels werden al versoepeld en dat is hoopgevend. Er blijven echter vraagtekens:

1° Het forfait houdt geen rekening met de reële duur van de periode waarin de patiënt verzorgd moet worden. Het RIZIV vertrekt van een theoretische periode van twee maanden. Dat komt niet overeen met het concept van « voortgezette zorg », noch — in bepaalde gevallen — met de realiteit.

2° Het forfait is in feite een terugbetaling. De teams moeten dus de kosten en de salarissen voorschieten, aangezien de aanvraag voor het forfait wordt ingediend bij het ziekenfonds van de overleden patiënt, na zijn overlijden.

3° Hoe kan men nagaan of de ziekenfondsen de instructies van het RIZIV wel naleven? Er zijn ook problemen voor de patiënten die niet bij een ziekenfonds zijn aangesloten (OCMW-steuntrekkers), zij die niet verzekerd zijn voor kleine risico's, alsook voor EEG-patiënten.

Hebben de ministers een ander financieringssysteem in gedachten? Een rechtstreekse terugbetaling vanwege het RIZIV bijvoorbeeld, om dergelijke problemen te voorkomen? Kan men ook geen meer « structurele » financiering bedenken (zoals in het voorstel van de fractie van de spreker beschreven wordt), waardoor men de onzekerheid voor het personeel van de teams wegneemt?

4° Met betrekking tot de honoraria en kosten die in het forfait zijn begrepen, beperkt het voorstel van de ministers inzake de tweedelijnssteams zich tot de mogelijkheid om het budget in 2002 te verhogen.

Men zou echter al moeten overgaan tot een uitbreiding van het forfait (zoals in het voorstel van de fractie van de spreker beschreven wordt), waarbij de verpleegkundige verzorging wordt uitgebreid tot drie VTE (in plaats van de huidige twee), er 0,5 VTE administratieve kracht wordt gerekend (zoals nu reeds het geval is), de medische zorg wordt uitgebreid van de huidige 4 wekelijkse uren huisarts tot 6 of zelfs 8 uren per week, en waarin er ook een 0,5 VTE psycholoog is begrepen (die momenteel niet in het forfait

2. Équipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs (ou équipes de seconde ligne)

Le financement de ces équipes est actuellement réglé par des conventions conclues entre chaque équipe et l'INAMI.

Un forfait est accordé par l'INAMI de 58 500 francs par patient pour une prise en charge totale quelle que soit la durée de la prise en charge du patient et des prestations fournies. Sont couverts 100 patients. Les 50 suivants bénéficient éventuellement d'un forfait de 5 000 francs par patient par an. Certains assouplissements ont effectivement été introduits qui sont encourageants. Toutefois certaines remarques subsistent:

1° Le forfait ne tient pas compte de la durée réelle de la prise en charge du patient. L'INAMI a pris en compte une durée théorique de deux mois. Cela ne correspond pas à la philosophie de « soins continus », ni, dans certains cas, à la réalité.

2° Le forfait est en réalité un remboursement. Les équipes doivent donc avancer les frais et les salaires, puisque la demande de forfait est à introduire auprès de la mutuelle du patient décédé, après son décès.

3° Comment veiller à ce que les instructions INAMI soient respectées par les mutuelles? Il existe aussi des problèmes pour les patients sans mutuelle (personnes au CPAS), les non assurés petits risques ou les patients CEE.

Les ministres ont-ils envisagé un autre système de financement? éventuellement un remboursement direct par l'INAMI pour éviter ce genre de problèmes? Ne peut-on pas prévoir également un financement plus structurel (ce que prévoit la proposition du groupe de l'intervenant) qui évite cette insécurité pour le personnel des équipes?

4° En ce qui concerne les honoraires et frais couverts par le forfait: la proposition des ministres en ce qui concerne les équipes de seconde ligne se limite à une option d'augmentation du budget en 2002.

Il faudrait cependant déjà prévoir une extension du forfait (comme le prévoit la proposition du groupe de l'intervenant), qui couvrirait une augmentation des prestations infirmières (3 ETP au lieu de deux actuellement), un mi-temps administratif (déjà couvert), les prestations médicales (un médecin généraliste à raison de 6 heures voire 8 heures semaine, au lieu de quatre actuellement) et les prestations d'un psychologue mi-temps (non couvert actuellement), tout cela en rapport avec la prise en charge de 150 patients par an.

wordt gerekend). Dit alles moet gebaseerd worden op de verzorging van 150 patiënten per jaar. Het forfait dekt momenteel duidelijk te weinig verstrekkingen. Dit komt overeen met de klachten die men in de sector hoort. Wat denken de betrokken ministers hiervan en waarin is hun oplossing anders?

Spreker zegt tenslotte dat hij zich verheugt over de vooruitgang inzake palliatieve zorg. De besprekingen in de verenigde commissies hebben het belang van deze problematiek duidelijk naar voren gebracht, aangezien een goede palliatieve zorgverlening ook het aantal vragen tot levensbeëindiging zou moeten doen dalen.

De heer Keirse bevestigt dat palliatieve zorg niet enkel beperkt kan blijven tot de laatste drie weken van het leven. Een palliatieve cultuur moet worden ingebouwd in het leven. Ook de wijze waarop kinderen worden opgevoed en worden betrokken bij de problematiek zal bepalend zijn voor de wijze waarop men omgaat met mensen die zich in de laatste fase van het leven bevinden. Eerder dan allerhande financiële tussenkomsten en regelingen, is deze palliatieve cultuur essentieel voor de toekomst. Het eerste probleem van de bevolking is niet zozeer de kostprijs van de palliatieve zorg, maar wel de sensibilisering om te durven aanwezig zijn bij het sterfbed van mensen en daar de nodige ondersteuning te geven. Dit geldt zowel voor families als voor zorgverleners. In die zin is het erg dat de besprekingen over de palliatieve zorg moeten worden gekoppeld aan de voorstellen omtrent euthanasie. Er is immers veel langer nood aan het helpen leven van mensen die in de laatste levensfase zitten. Deze opdracht kan nooit vanuit de overheid in structuren, vormen of financiering worden gegoten.

De heer Thys merkt op dat voor het «forfait C» de patiënten in aanmerking komen die beantwoorden aan het koninklijk besluit van 2 december 1999 met betrekking tot het thuiszorgforfait. Dit neemt niet weg dat er nog ruimte is voor het uitwerken van allerhande modaliteiten en voor de toepassing van de verschillende criteria in de uitvoering van het beleidsplan.

De revalidatie-overeenkomsten zijn voorwerp van evaluatie, zeker met betrekking tot de fundamentele wijzigingen die sedert begin 2000 van toepassing zijn.

De uitgewerkte regelingen gelden uiteraard enkel voor de personen die onder de ziekteverzekering vallen. Dit is nu eenmaal de regel in de werking van het RIZIV. Wel dient benadrukt te worden dat ook de zelfstandigen recht hebben op alle tegemoetkomingen die in het kader van de palliatieve zorg worden uitgewerkt.

Spreker vraagt begrip voor de inspanningen die door de regering worden geleverd. Voor de palliatieve zorg worden, voor het jaar 2000, 900 miljoen uitge-

Les prestations couvertes par le forfait sont en effet nettement insuffisantes. Cela semble correspondre aux revendications du secteur. Qu'en pensent les ministres concernés, et quelle est la différence avec la solution qu'ils proposent?

En conclusion, l'intervenant se réjouit qu'il y ait une avancée en matière de soins palliatifs. Les discussions qui ont eu lieu au sein des commissions réunies ont permis de mettre au jour l'importance de cette problématique, puisque des soins palliatifs adéquats doivent aussi contribuer à la réduction du nombre des demandes d'euthanasie.

M. Keirse confirme que les soins palliatifs ne doivent pas rester limités aux trois dernières semaines de la vie. La culture palliative doit être intégrée à la vie. L'éducation donnée aux enfants et leur implication dans cette problématique auront une influence déterminante sur la manière dont ils se comporteront envers les personnes en fin de vie. Plus que toutes sortes d'interventions et de réglementations financières, cette culture palliative est essentielle pour l'avenir. Le principal problème de la population n'est pas tellement le coût des soins palliatifs: il faut sensibiliser les gens — les proches aussi bien que le personnel soignant — pour qu'ils aient le courage de prodiguer le soutien nécessaire au mourant. Dans ce sens, il est grave que les discussions sur les soins palliatifs doivent être couplées aux propositions en matière d'euthanasie. Le besoin d'aider les personnes en fin de vie existe depuis bien plus longtemps. Cette mission ne peut jamais être coulée, à partir de l'autorité, dans des structures, des normes ou un financement.

M. Thys fait remarquer que le «forfait C» concerne les patients auxquels s'applique l'arrêté royal du 2 décembre 1999 relatif au forfait de soins à domicile. Il reste néanmoins de la latitude pour l'élaboration de diverses modalités et l'application des différents critères pour la mise en œuvre de la future politique.

Les conventions de revalidation doivent faire l'objet d'une évaluation, en tout cas par rapport aux changements fondamentaux intervenus depuis début 2000.

Les règlements élaborés ne s'appliquent évidemment qu'aux personnes cotisant à l'assurance-maladie, comme le prévoit le fonctionnement de l'INAMI. Soulignons cependant que les indépendants ont, eux aussi, droit à toutes les interventions prévues dans le cadre des soins palliatifs.

L'orateur demande qu'on prenne conscience des efforts qu'a fournis le gouvernement. Pour l'année 2000, 900 millions de francs ont été dégagés pour les

trokken en, in totaal, meer dan 1,5 miljard frank. Enig begrip wordt tevens gevraagd voor de uitvoerbaarheid van sommige maatregelen en voorstellen, die niet altijd even vanzelfsprekend is. Bedoeling is alleszins dat zoveel mogelijk patiënten voor zoveel mogelijk voorzieningen en tegemoetkomingen in aanmerking komen, maar één en ander moet uitvoerbaar en betaalbaar zijn. In het algemeen zijn de plannen van de regering zeer ambitieus.

Een voorgaande spreker herhaalt dat men niet kan ontkennen dat er op het gebied van de palliatieve zorg een inspanning is gedaan en dat men zich bewust is geworden van de noodzaak om op dit gebied vooruitgang te boeken.

Het is ook begrijpelijk dat de maatregelen in de tijd gespreid zijn.

De fractie van de spreker is echter van mening dat er bijkomende stappen ondernomen moeten worden en dat de behoeften die mettertijd naar voren zullen komen op een correcte manier geëvalueerd moeten worden. Er zal voortdurend een groot aantal mensen zijn dat palliatieve zorg nodig heeft. Daarom moet er ook een voldoende ruim budget voor gereserveerd worden.

Spreker benadrukt dat de keuzes die de ministers moeten maken, belangrijk zijn en dat hierbij de thuisverzorging voorrang moet krijgen, aangezien dit de voorkeur heeft van een groot aantal mensen in hun laatste levensfase.

De heer Keirse bevestigt dat uit onderzoek blijkt dat ongeveer 70 % tot 75 % van de mensen verlangt thuis te sterven. Deze wens wordt uiteraard uitgesproken door mensen die nog geen ervaring hebben met sterven; men sterft immers maar één keer. Wanneer men in de terminale fase terechtkomt, stelt men vast dat niet alle omstandigheden voorhanden zijn om de laatste periode op comfortabele wijze door te brengen. Dit heeft heel vaak te maken met de houding van de familie en de bureu. Vandaar dat voortdurend de nadruk wordt gelegd op de maatschappelijke cultuur, die moet veranderen. Men moet opnieuw leren omgaan met sterven. Een veel voorkomend probleem is bijvoorbeeld dat familieleden schrik hebben om in het huis waar de patiënt zal overlijden, verder te moeten leven.

Een lid zegt in verband met de palliatieve eenheden begrepen te hebben dat er drie ondersteunende maatregelen komen, waar zij achter staat.

Zal er vanwege de ministers naast die drie maatregelen ook een evaluatie komen van de 360 bedden waarvan sprake, om uit te maken of dit aantal behouden blijft of in de toekomst verhoogd moet worden?

Er zijn mensen die dit aantal te klein vinden.

soins palliatifs, ce qui nous mène au total à plus d'1,5 milliard de francs. On demande aussi un peu d'attention pour la faisabilité de certaines mesures et propositions, qui n'est pas toujours évidente. L'objectif poursuivi est en tout cas de faire bénéficier le plus possible de patients d'un maximum de mesures et d'interventions, mais il faut cependant qu'elles soient réalisables et payables. En général, les plans du gouvernement sont très ambitieux.

Un précédent intervenant répète qu'il est indéniable qu'un effort a été fait en matière de soins palliatifs, et qu'il y a eu une prise de conscience de la nécessité d'avancer.

Il est également compréhensible que les mesures soient modulées dans le temps.

Cependant, le groupe de l'intervenant estime que des pas supplémentaires doivent être faits, et que les besoins qui apparaîtront au fil du temps devront être évalués de façon correcte. Il y aura en permanence un très grand nombre de personnes qui auront besoin de soins palliatifs, d'où la nécessité de prévoir des budgets suffisants.

L'intervenant souligne l'importance des options à prendre par les ministres, et la nécessité de mettre l'accent sur les soins à domicile, ce qui correspond au souhait d'une partie importante des personnes en fin de vie.

M. Keirse confirme que d'après l'enquête, environ 70% à 75% des gens souhaitent mourir chez eux. Bien entendu, ce souhait est formulé par des personnes qui n'ont pas encore l'expérience de la mort, puisqu'on ne meurt qu'une fois. Quand on arrive en phase terminale, on s'aperçoit que toutes les conditions ne sont pas réunies pour finir ses jours confortablement. Très souvent, l'attitude de la famille et des voisins y est pour quelque chose. C'est pourquoi il faut constamment mettre l'accent sur la nécessaire évolution de la culture sociale. Nous devons réapprendre à cotoyer la mort. Un problème fréquent est que les parents ont peur de devoir continuer à vivre dans la maison où le malade va mourir.

Un membre déclare, en ce qui concerne les unités de soins palliatifs, avoir pris note des trois mesures annoncées pour les renforcer, mesures qu'elle approuve.

Indépendamment de ces trois mesures, les ministres s'engagent-ils à évaluer les 360 lits dont il a été question, pour déterminer si ce nombre peut être maintenu ou si, à l'avenir, il doit être augmenté?

Selon certains, en effet, ce nombre serait insuffisant.

In de palliatieve eenheden zou de verpleegn timer van 1,25 naar 1,50 worden gebracht. Gaat het hier om Sp verpleegkundigen of over de algemene personeelsfor matie?

Indien het alleen om verpleegkundigen gaat, worden de sociale verbindingspersonen dan in deze cijfers meegeteld?

De eenheden worden momenteel gesubsidieerd op basis van een bezettingsgraad van 80%. Waar komt deze norm vandaan? Moet men in het vervolg niet de reële bezetting als basis nemen?

Wat de palliatieve functie binnen het ziekenhuis betreft hebben de ministers aangekondigd dat de te lage forfaits en normen waarschijnlijk aangepast zullen worden.

Hoe kan men echter rekening houden met de specificiteit en de reële behoeften van ieder ziekenhuis? Die behoeften zijn zeer verschillend naargelang van het ziekenhuis. Sommige ziekenhuizen krijgen veel patiënten in de terminale fase op de afdeling oncologie, terwijl andere helemaal niet gespecialiseerd zijn in de behandeling van kanker.

Houdt, wat de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen betreft, het budget dat voor de personeelsbezetting binnen de palliatieve zorg wordt gereserveerd wel rekening met de aanwezigheid van een gespecialiseerd psycholoog?

Spreekster veronderstelt voorts dat men, wanneer het over «pilotprojecten» gaat, verwijst naar de dagcentra.

Er zijn een aantal dagcentra die een nuttige rol vervullen en die het verdienen gesteund te worden.

Deze zijn duidelijk meer dan «pilotprojecten».

Spreekster zou nog de volgende, bijkomende onderwerpen willen aansnijden:

1. de rouwbegeleiding: palliatieve ondersteuning betekent ook dat men de familieleden in hun rouwproces begeleidt. Dit wordt vaak over het hoofd gezien. De ministers hebben hier in hun voorstellen niet naar verwezen.

2. Het palliatief zorgverlof: dit verlof wordt momenteel toegekend voor een maand en kan eenmaal vernieuwd worden. Tijdens het palliatief zorgverlof krijgt de verzorgende persoon een uitkering van 20 000 frank per maand. Kan dit bedrag niet verhoogd worden?

3. Vrijwillige begeleiding: deze vorm van vrijwilligerswerk is uiterst belangrijk binnen de palliatieve zorgverlening. Er moeten criteria komen voor de rekrutering, de opleiding en de begeleiding van de vrijwilligers, alsook strikte beleidsnormen, zowel op het menselijke als op het financiële vlak. Hebben de ministers voorstellen terzake?

Il a également été dit que, dans les unités de soins palliatifs, la norme infirmière passerait de 1,25 à 1,50. S'agit-il des infirmières s.s., ou de l'encadrement global du personnel?

S'il s'agit uniquement des infirmières, les infirmières sociales de liaison pourraient-elles être englobées dans ce quota?

Actuellement, les unités sont subsidiées selon un quota de 80%. Pourquoi cette norme? À l'avenir, ne faudrait-il pas prendre pour base l'occupation réelle?

En ce qui concerne la fonction palliative en hôpital, les ministres ont annoncé que l'on reverrait probablement les forfaits insuffisants et les normes.

Mais comment tenir compte de la spécificité et des besoins réels de chaque hôpital? Ces besoins sont très différents d'un hôpital à l'autre. Certains hôpitaux accueillent un grand nombre de personnes en fin de vie en oncologie, alors que d'autres ne sont pas du tout spécialisées dans l'accueil des patients cancéreux.

Quant aux maisons de repos, et aux maisons de repos et de soins, en matière d'encadrement, la mise à disposition d'un psychologue spécialisé, par exemple, est-elle prise en compte dans le budget proposé pour la fonction palliative dans ces maisons?

En ce qui concerne les centres de jour, l'intervenante suppose que, lorsqu'on parle d'expériences-pilotes, c'est à ces centres qu'il est fait allusion.

Il en existe quelques-uns, qui remplissent une fonction utile et méritent d'être soutenus.

Il s'agit donc de bien plus que «d'expériences-pilotes».

L'intervenante souhaite également aborder les questions complémentaires suivantes:

1. Suivi du deuil: le soutien palliatif comprend aussi l'accompagnement des familles dans le processus de deuil. Cet aspect est souvent négligé. Les propositions des ministres n'en font pas état.

2. Congé palliatif: ce congé est actuellement accordé pour un mois et renouvelable une seule fois. Durant le congé palliatif, la personne reçoit un montant de 20 000 francs par mois. Ne peut-on pas revoir ce montant à la hausse?

3. Bénévolat d'accompagnement: ce bénévolat est extrêmement important dans les soins palliatifs. Il exige des critères de recrutement, de formation et d'encadrement tout autant que des critères de fonctionnement très stricts, tant sur le plan humain que sur le plan financier. Les ministres ont-ils des suggestions à ce sujet?

4. Nachtbewaking: voor het ogenblik is het aanbod zeer beperkt en liggen de kosten erg hoog. Er moeten absoluut bekwame diensten worden opgericht die discreet en betrouwbaar, maar ook betaalbaar zijn. Nachtbewaking kost tussen 1 000 en 2 000 frank en wordt meestal in het zwart betaald. Deze vorm van toezicht moet voortaan worden uitgevoerd door bekwame personen en de kosten ervan moeten, indien noodzakelijk, inbegrepen worden in de forfaitaire tegemoetkoming voor de thuisverpleging.

5. Psychiatrische verblijfsinstellingen: ook in de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verblijfstehuizen en alle instellingen waar psychiatrische patiënten zijn opgenomen, is er nood aan palliatieve zorgverlening. Men moet nadenken over de manier waarop men in deze specifieke sector aan de behoefte kan voldoen.

De heer Keirse legt uit dat met de federaties die de palliatieve zorgverstrekkers verenigen in de verschillende gedeelten van het land werd afgesproken een registratie in te voeren, die vergelijkbaar is. Op die manier kan men een zicht krijgen op de toereikendheid van de capaciteit, die thans uit 360 bedden bestaat. Thans kan men zeggen dat dit wellicht niet het geval is. Dit kan echter in de toekomst veranderen, als men meer accenten kan leggen op de thuiszorg en de ondersteunende equipes in de ziekenhuizen kan uitbouwen. Men moet immers vermijden dat het sterven enkel nog mogelijk wordt op specifieke plaatsen.

De uitbreiding van 1,25 naar 1,50 verpleegkundigen is bedoeld voor de omkadering, zoals vorige spreker heeft gesteld. Dit is niet voldoende om een continuïteit te verzekeren in die plaatsen waar slechts 6 bedden zijn. Dit is wel het geval in een afdeling met 12 bedden, waar men 18 mandaten heeft.

Thans wordt ook gewerkt aan een statuut voor sociale diensten in ziekenhuizen. Op die manier kan gedeeltelijk worden tegemoet gekomen aan de opmerking van de vorige spreker in verband met de sociale verbindingspersoon.

De bezettingsgraad van 80 %, waarvan sprake in de nota, is gebaseerd op de gemiddelde bezettingsgraad voor ziekenhuisafdelingen. In de vorige legislatuur werd een financiering ten belope van 80 % ter beschikking gesteld, ongeacht de werkelijke bezettingsgraad. Intussen moet inderdaad worden vastgesteld dat sommige afdelingen een bezettingsgraad hebben van méér dan 80 % en dat er zelfs wachtlijsten bestaan. De financiële ondersteuning is in die zin dan ook te weinig. De registratie, waarvan eerder sprake was, kan hier soelaas brengen.

Spreker deelt de opmerking over de grote verschillen tussen de ziekenhuizen. Ook hier dient de registratie om te weten te komen welke noden er precies bestaan in de verschillende ziekenhuizen. Hierover bestaan immers veel misverstanden. Het is niet nood-

4. Garde de nuit: actuellement, l'offre est très réduite et le coût très élevé. Il est indispensable que soient créés des services compétents, discrets et fiables à des prix abordables. Le prix de la garde de nuit oscille entre 1 000 et 2 000 francs et est payé le plus souvent en noir. Il faut veiller à ce que cette garde soit assurée par des gens compétents et que le prix de cette garde, si elle s'avère nécessaire, soit inclus dans l'allocation forfaitaire de soins à domicile.

5. Maisons d'hébergement psychiatriques: dans les hôpitaux psychiatriques, les maisons d'hébergement psychiatriques, et toutes les formules où des patients psychiatriques sont accueillis, il existe aussi d'importants besoins en soins palliatifs. Il faudrait réfléchir aux moyens de répondre à la demande dans ce secteur spécifique.

M. Keirse explique qu'il a été convenu avec les fédérations qui regroupent les dispensateurs de soins palliatifs des différentes régions du pays de procéder à un enregistrement qui soit comparable. Ainsi, on pourra évaluer si la capacité, actuellement de 360 lits, est suffisante. On peut déjà dire que ce n'est sans doute pas le cas. La situation pourra toutefois évoluer à l'avenir, si on veut mettre davantage l'accent sur les soins à domicile et développer les équipes de support hospitalières. Il faut, en effet, éviter de confiner la mort à des endroits spécifiques.

Ainsi que l'a déclaré l'intervenante précédente, l'augmentation de 1,25 à 1,50 infirmier vise l'encadrement et n'est pas suffisante pour assurer une continuité dans les lieux qui n'ont que 6 lits. C'est, en revanche, le cas pour une section de 12 lits pour lesquels on a 18 mandats.

Pour l'instant, on œuvre également à l'élaboration d'un statut pour les services sociaux hospitaliers. On pourra ainsi apporter une réponse partielle à la remarque de l'oratrice précédente à propos de l'infirmière sociale de liaison.

Le taux d'occupation de 80 % dont question dans la note, se base sur le taux moyen d'occupation des départements hospitaliers. Au cours de la législature précédente, on a mis à leur disposition un financement à concurrence de 80 %, quel qu'ait été le taux réel d'occupation. Dans l'intervalle, on a constaté que le taux d'occupation de certains départements dépassait les 80 % et qu'il y avait même des listes d'attente. Dans cette optique, le soutien financier est insuffisant et l'enregistrement dont il a été question plus haut peut apporter un soulagement.

L'orateur approuve la remarque sur les grandes disparités entre hôpitaux. Ici aussi, l'enregistrement se justifie pour connaître les besoins exacts des différents hôpitaux. Il existe, en effet, de nombreux malentendus à ce sujet: les plus grands besoins en matière de

zakelijk de kliniek met de grootste afdeling oncologie die ook de grootste behoefte aan palliatieve zorg heeft. Er sterven immers meer mensen op de spoedgevallen, op de afdeling intensieve zorgen, op de afdeling geriatrie en op de algemeen internistische afdeling.

Met betrekking tot de dagcentra, merkt spreker op dat het in de eerste plaats de bedoeling is om de bestaande centra financieel te ondersteunen, eerder dan nieuwe pilootprojecten op te starten. Ook hier zullen de gegevens worden geregistreerd, zodat in de toekomst op basis daarvan een beleid kan worden uitgestippeld. De ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid hebben aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de vraag omtrent de normering van de dagcentra voorgelegd, en het antwoord gekregen dat dit niet zo prioritair was.

In het beleidsplan inzake palliatieve zorg, is er ook ruimte voor de opvang na het overlijden van de patiënt. Zowel de opvang van de familieleden tijdens de gehele palliatieve zorg als de rouwopvang zijn hierin begrepen.

Een senator meent dat nogal wat «technische» problemen met betrekking tot de palliatieve zorg het gevolg zijn van het feit dat men ze te veel in een hokje wenst te steken. Men zal er bijvoorbeeld nooit in slagen om alle patiënten die palliatieve verzorging nodig hebben in een palliatief bed te steken. Er moet meer aandacht gaan naar palliatieve zorg als een continu proces.

Wat betreft de toekenning van het zogenaamd »forfait C«, rijst het probleem om te beslissen vanaf wanneer iemand in de fase van palliatieve zorg terecht komt. Dit probleem wordt slechts groter naarmate hier meer criteria voor worden ontwikkeld. Men zal er nooit in slagen «de palliatieve patiënt» exact te definiëren.

Spreker is van mening dat in de regeringsnota te weinig sprake is van de sensibilisering en de informatie van de bevolking over de bestaande structuren. Veelal is er geen probleem wanneer de patiënt in het ziekenhuis terecht komt, maar dit probleem rijst des te meer wanneer de patiënt in een thuissituatie evolueert van palliatieve geneeskunde naar palliatieve zorg. Deze sensibilisering moet dringend worden geactiveerd. Blijkbaar wordt de functie van «interface» tussen het terrein en het beleid aan de zogenaamde «samenwerkingsverbanden» overgelaten. In de praktijk is de toestand soms nogal chaotisch. Dit moet op een meer professionele manier worden aangepakt.

De heer Keirse onderschrijft de stelling van vorige spreker. Elke huisarts zal een aparte benadering van patiënten hebben al naargelang het gaat om een kind, een opgroeiende jongere, een volwassene of een ouderling. Zo moet er ook een andere benadering komen voor personen die in het volle leven staan en

soins palliatifs ne se situent pas nécessairement là où se trouve le plus grand département d'oncologie. On déplore, en effet, davantage de décès aux urgences, en soins intensifs, en gériatrie et en médecine interne.

Quant aux centres de jour, l'orateur fait remarquer qu'on vise en premier lieu à soutenir financièrement les centres existants plutôt que de se lancer dans de nouveaux projets-pilotes. Ici aussi, l'enregistrement des données va permettre de définir la future politique. À la question posée par les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique concernant la normalisation des centres de jour, le Conseil national des établissements hospitaliers a répondu que ce point n'était pas particulièrement prioritaire.

Le projet du gouvernement en matière de soins palliatifs tient également compte de la prise en charge de la famille après le décès du patient. Tant la prise en charge pendant toute la durée des soins palliatifs que l'accompagnement dans le processus de deuil y sont inclus.

Un sénateur pense que bon nombre de problèmes «techniques» relatifs aux soins palliatifs découlent du fait qu'on leur colle trop facilement une étiquette. On ne parviendra par exemple jamais à offrir un lit palliatif à tous les patients qui nécessitent ce type de soins. Il faut considérer les soins palliatifs davantage comme un processus continu.

Quant à l'octroi du «forfait C», le problème qui se pose est qu'il faut décider à partir de quand une personne entre dans la phase des soins palliatifs. Ce problème ne fera que s'aggraver à mesure que l'on développera d'autres critères en la matière. Jamais on ne pourra donner une définition exacte du «patient palliatif».

L'orateur est d'avis que la note du gouvernement n'aborde pas suffisamment la sensibilisation et l'information de la population quant aux structures existantes. Si, en général, il n'y a pas de problème lorsque le patient est hospitalisé, il s'en pose bien davantage lorsqu'un patient soigné à domicile passe d'une situation de médecine palliative à une situation de soins palliatifs. Il est grand temps de sensibiliser davantage les gens à cette question. La fonction d'«interface» entre le terrain et le politique est apparemment laissée aux «liens de coopération». En pratique, la situation est parfois assez chaotique et mérite une approche plus professionnelle.

M. Keirse approuve la thèse de l'orateur précédent. Chaque médecin de famille aura une approche différente selon qu'il sera confronté à un enfant, un adolescent, un adulte ou un vieillard. De même, l'approche sera différente selon qu'il s'agira de personnes dans la force de l'âge ou d'autres qui vivent leurs derniers

voor mensen die in de laatste levensfase zitten. Het is niet goed dat hiervoor telkens aparte structuren worden gecreëerd. Dit neemt echter niet weg dat voor specifieke problemen wel aparte kanalen nodig zijn.

De promotie naar de bevolking toe van de palliatieve zorg is inderdaad zeer belangrijk. Dit is echter niet slechts de verantwoordelijkheid van de ministers van Sociale Zaken of Volksgezondheid, maar maakt deel uit van een globaal samenlevingsbeeld. Men moet immers kinderen leren omgaan met afscheid nemen, sterven en verdriet. Dit hoort nu eenmaal bij het leven.

Een lid onderstreept dat men, wanneer er sprake is van palliatieve zorg, niet over chronische ziektes spreekt. Wat gezegd is zou tot verwarring kunnen leiden met betrekking tot het begrip «chronische ziekte».

Om terug te komen op het forfait C, lijkt het erop dat er een palliatief forfait wordt ingevoerd waardoor het remgeld automatisch wordt afgeschaft. Daarnaast zijn er vormen van het forfait C waarbij de zieke niet als palliatief patiënt wordt beschouwd en het remgeld wel wordt aangerekend.

Wordt, in de gevallen waar het remgeld niet wordt aangerekend, het volledige honorarium ten laste genomen door het RIZIV, zonder verder acht te slaan op het remgeld?

De heer Thys benadrukt dat de regering, hoewel het haar bedoeling is om eerst de bestaande structuren meer zuurstof te geven, terdege beseft dat de huidige toestand niet optimaal is. Onder meer het feit dat de Vlaamse Gemeenschap een aantal initiatieven bijkomend financieel ondersteunt, en dit in andere landsgedeelten niet zo is, laat te wensen over. De Interministeriële Conferentie van 25 oktober 2000 heeft de ambitie om reeds enkele van deze scheeftrekkingen recht te zetten en verder te werken aan praktische afspraken omtrent vorming en registratie.

De opmerking met betrekking tot de spraakverwarring die mogelijk kan ontstaan, geuit door de vorige spreker, klopt. Hieraan moet in de toekomst de nodige duidelijkheid worden gegeven.

Spreker benadrukt dat de voorstellen, zoals ze werden opgesomd in het beleidsplan van de twee ministers, bovenop de reeds bestaande structuren en tegemoekomingen van de ziekteverzekering komen. Bovendien wijst hij erop dat een aantal maatregelen ook zullen worden genomen voor de chronisch zieken, die ook van toepassing kunnen zijn op palliatieve patiënten, hoewel niet alle chronisch zieken palliatieve patiënten zijn, en het omgekeerde evenmin het geval is.

Inzake het «forfait C» herhaalt de heer Thys dat dit vandaag reeds bestaat. Alleen is het zo dat niet alle palliatieve patiënten beantwoorden aan de voorge-

jours. S'il n'est pas justifié de créer des structures distinctes dans chacun de ces cas, on traitera cependant certains problèmes spécifiques par des voies différentes.

Il est, en effet, particulièrement important de sensibiliser la population aux soins palliatifs. Cette question n'est toutefois pas de la responsabilité exclusive des ministres des Affaires sociales ou de la Santé publique; elle s'inscrit dans une approche sociale globale. Les enfants doivent donc apprendre à accepter la séparation, la mort et le chagrin indissociables de la vie.

Un membre souligne que, lorsqu'il est question de soins palliatifs, on ne parle pas de maladies chroniques. Ce qui a été dit risque de créer la confusion sur la notion de «maladie chronique».

En ce qui concerne le forfait C, il semble donc qu'il y aura un forfait palliatif, qui entraînera de manière automatique la suppression du ticket modérateur. Il y aura, en outre, des forfaits C où le malade n'est pas reconnu comme un malade palliatif, et où le ticket modérateur sera perçu.

Lorsqu'il est question de non-perception du ticket modérateur, vise-t-on bien la prise en charge, par l'INAMI, de la totalité de l'honoraire, sans tenir compte du ticket modérateur?

M. Thys souligne que même s'il veut avant tout offrir un ballon d'oxygène aux structures en place, le gouvernement conçoit très bien que la situation actuelle est loin d'être parfaite. Le fait que la Communauté flamande apporte un soutien financier supplémentaire à un certain nombre d'initiatives alors que dans d'autres régions, ce n'est pas le cas, n'est pas satisfaisant. La Conférence interministérielle du 25 octobre 2000 a l'ambition de redresser certaines de ces distorsions et de poursuivre l'élaboration de conventions pratiques en matière de formation et d'enregistrement.

La remarque émise par l'intervenant précédent quant à une éventuelle confusion de langage est exacte. À l'avenir, il faudra que toute la clarté soit faite à ce sujet.

L'orateur souligne que les propositions, telles qu'énumérées dans le plan des deux ministres, viennent en sus des structures en place et des interventions de l'assurance maladie. Il souligne en outre qu'un certain nombre de mesures sont prévues en faveur des maladies chroniques; elles pourront aussi bénéficier aux patients palliatifs, même si tous les malades chroniques ne sont pas des patients palliatifs et vice-versa.

En ce qui concerne le «forfait C», M. Thys répète qu'il existe déjà actuellement mais que tous les patients palliatifs ne satisfont pas aux critères fixés.

schreven criteria. Het is de bedoeling dat hieraan wordt verholpen en dat één en ander mee wordt opgenomen in de nomenclatuur van de thuisverpleging. Uit de praktijk blijkt dat sommige thuisverplegers remgeld vragen en anderen dit niet doen, doch dit heeft op zich niets met het «forfait C» te maken.

De heer Keirse verklaart voorstander te zijn van de integrale en multidisciplinaire aanpak in de ganse geneeskunde, en niet enkel in de palliatieve zorgverstreking.

Een lid reageert hevig op het voorstel om de palliatieve zorgcultuur ingang te doen vinden via de scholen. Hij vindt dit te ver gaan.

Spreeker had integendeel de indruk dat de paars-groene regering haar plannen baseerde op een optimistische en dynamische filosofie.

Hij vindt het beter jongeren te leren om inspanningen te leveren en zichzelf te overtreffen, in plaats van hen te onderwijzen in het omgaan met de dood wanneer men terminaal ziek is.

De voorzitter wijst erop dat de vergaderingen van de commissies op zich al een steentje hebben bijgedragen tot het bespreekbaarder maken van de problematiek, zowel bij het jonge als bij het minder jonge deel van de bevolking.

Een lid zegt verheugd te zijn te vernemen dat ook de regering van oordeel is dat de palliatieve zorgcultuur overal moet doordringen, en niet enkel in de medische wereld. Al te vaak bestaat in de samenleving immers de neiging om deze problematiek te verdringen. Er dient een basisrecht op palliatieve zorg te komen, en dit zowel thuis, in een rustoord als in een ziekenhuis. De concrete maatregelen, voorgesteld door de regering, zijn slechts het begin van een groeipad om tot dit basisrecht te komen. Men dient af te wachten hoe ze in de praktijk zullen worden toegepast.

Het lid vraagt zich af of de budgettaire middelen, die door beide ministers worden vooropgesteld voor de palliatieve zorg, niet op een betere manier kunnen worden aangewend. Al te vaak hoort men immers nog schrijnende verhalen van medische verbetering, van dokters die hun patiënten vertellen dat ze niets anders kunnen doen dan het genezingsproces verderzetten. Kan de beschikbare financiële ruimte niet worden aangewend om artsen te doen inzien dat hun therapeutische harnekigheid niet de juiste attitude is?

De heer Keirse verwijst naar het regeringsvoorstel om per ziekenhuis in het ondersteunend team één arts te hebben met voldoende palliatieve vorming. Hopelijk heeft deze maatregel de nodige effecten om de therapeutische verbetering tegen te gaan.

Bovendien dient, meer algemeen, de eerstelijns hulp beter ondersteund te worden. De huisarts kan immers

On devra remédier à ce problème et ajouter certains points à la nomenclature des soins à domicile. Dans la pratique, certains soignants à domicile réclament le ticket modérateur et d'autres non mais cela n'a rien à voir avec le «forfait C».

M. Keirse se déclare partisan d'une approche multidisciplinaire et intégrale de l'ensemble de la médecine et pas seulement les soins palliatifs.

Un membre souhaite réagir vigoureusement à l'idée qui a été émise d'introduire la culture palliative dans les écoles. Cela lui paraît aller trop loin.

L'intervenant avait, au contraire, le sentiment que le gouvernement arc-en-ciel avait fondé son action sur l'optimisme et le dynamisme.

Il préfère que l'on enseigne aux jeunes le goût de l'effort et du dépassement, plutôt que de leur enseigner la façon de mourir lorsqu'ils seront atteints d'une maladie incurable.

Le président observe que les débats des commissions réunies ont, par eux-mêmes, déjà contribué à faire prendre conscience de la problématique à une partie importante, jeune et moins jeune, de la population.

Un membre se réjouit d'apprendre que le gouvernement aussi est favorable à une diffusion de la culture palliative partout et pas seulement dans le monde médical. Trop souvent, la société a tendance à occulter cette question. Il importe que chacun dispose du droit fondamental aux soins palliatifs, que ce soit à domicile, en maison de repos ou en milieu hospitalier. Les mesures concrètes proposées par le gouvernement ne sont que l'ébauche d'un processus qui mènera à ce droit fondamental. Attendons de voir comment elles seront mises en œuvre sur le terrain.

Le membre se demande si les moyens budgétaires pour les soins palliatifs, proposés par les deux ministres, ne pourraient pas être mieux alloués. Trop souvent encore, on entend des récits poignants d'acharnement thérapeutique, des médecins avouant à leurs patients qu'ils n'ont d'autre choix que de poursuivre le processus thérapeutique. Ne pourrait-on dégager certains de ces moyens financiers pour faire comprendre aux médecins que l'acharnement thérapeutique n'est pas l'attitude adéquate?

M. Keirse se réfère à la proposition du gouvernement de prévoir, dans l'équipe de support de chaque hôpital, un médecin ayant bénéficié d'une bonne formation en soins palliatifs. On peut espérer que cette mesure aura un impact suffisant pour contrer l'acharnement thérapeutique.

Par ailleurs, et plus généralement, il importe de soutenir davantage l'aide de premier échelon.

beter de belangen van de betrokken patiënt verdedigen en kenbaar maken wat nog zinvol is, omdat hij een goed zicht heeft op het verleden van de patiënt.

Het nemen van dwingende maatregelen is niet zo eenvoudig, omdat deze niet zo precies te omschrijven zijn. Soms kan bijvoorbeeld een ingrijpend medisch onderzoek van een palliatieve patiënt toch nog belangrijk zijn omdat op die manier de oorzaken van de pijn kunnen worden opgespoord. Een behandeling met chemotherapie kan nog zinvol zijn in de terminale fase om een gezwel te doen krimpen dat pijn veroorzaakt. Het is moeilijk daar algemene normen over op te leggen.

2. Gedachtewisseling en vragen die men zich kan stellen na de hoorzitting met de heren Keirse en Thys

Een lid herinnert eraan dat zij eerder al het wetsvoorstel in verband met palliatieve zorg dat door haar fractie is ingediend heeft ingeleid (Stuk Senaat, nr. 2-249/1).

Zij beschikt nu over de nodige elementen om dit wetsvoorstel inhoudelijk te vergelijken met de krachtlijnen van het plan van de ministers.

Spreekster herhaalt eerst en vooral dat het wetsvoorstel van haar fractie een voorstel van kaderwet is, dat een zeer algemene doelstelling nastreeft en een maximum aan principes inhoudt, opdat men op federaal niveau een algemeen beeld zou krijgen van de palliatieve zorg, weliswaar rekening houdend met het feit dat men in ons land gebonden is aan een verdeling van bevoegdheden tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten.

Het is niet omdat er een interministeriële conferentie komt dat men een voorstel van kaderwet of algemene wet terzijde moet schuiven.

Alle wetsvoorstellen met betrekking tot de palliatieve zorg herhalen trouwens ter inleiding een aantal algemene principes.

De eerste vraag die spreekster zich stelt is hoe men tewerk moet gaan.

De tweede vraag is op welke tekst men zich gaat baseren.

Het antwoord op deze twee vragen heeft belang voor de amendementen die spreekster wenst in te dienen.

Het voorstel van kaderwet streeft een zo groot mogelijke harmonisering na in ons land, met respect voor de bevoegdheden van iedere overheid. Er lijken inderdaad verschillen te bestaan tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel, meer bepaald wat de organisatie van de platformen en van de eerste- en tweedelijns-equipen betreft.

Connaissant bien le passé du patient, le médecin de famille est, en effet, mieux à même de défendre les intérêts de celui-ci et d'estimer ce que l'on peut encore raisonnablement entreprendre.

Il n'est pas si facile de recourir à des mesures coercitives, car il est malaisé de les définir avec précision. C'est ainsi, par exemple, qu'un examen médical lourd peut quand même être important pour un patient palliatif lorsqu'il permet de découvrir les causes de la douleur. En phase terminale, une chimiothérapie peut avoir son utilité si elle permet de réduire la tumeur responsable de la douleur. Dans de tels cas, il est difficile d'imposer des normes générales.

2. Échange de vues et questions suscitées par l'audition de MM. Keirse et Thys

Un membre rappelle qu'elle a précédemment ébauché la présentation de la proposition de loi déposée par son groupe en matière de soins palliatifs (n° 2-249/1).

Elle dispose à présent des éléments nécessaires pour comparer le contenu de cette proposition de loi aux grandes lignes du plan exposé par les ministres.

L'intervenante rappelle tout d'abord que la proposition de loi déposée par son groupe est une proposition de loi-cadre, qui a une vocation très générale et tend à contenir un maximum de principes, afin qu'au niveau fédéral, on ait une vision globale des soins palliatifs, tout en sachant qu'en Belgique, on est tenu par le morcellement des compétences entre État fédéral, communautés et régions.

Ce n'est pas parce qu'une conférence interministerielle va avoir lieu qu'il faut renoncer à une proposition de loi-cadre ou générale.

Toutes les propositions de loi déposées en matière de soins palliatifs commencent du reste par rappeler quelques principes généraux.

La première question que se pose l'intervenante concerne donc la manière dont on va travailler.

La seconde est de savoir au départ de quel texte on va le faire.

La réponse à ces deux questions conditionne la préparation d'amendements, dont l'intervenante annonce le dépôt.

La proposition de loi-cadre vise à réaliser une harmonisation maximale dans notre pays, tout en respectant les compétences de chacun. Il semble en effet que des divergences existent entre Flandre, Wallonie et Bruxelles, par exemple au niveau de l'organisation des plates-formes et de l'organisation des équipes de première et de seconde ligne.

Een voorbeeld hiervan is de opleiding. Men weet dat dit in principe tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoort.

Er is trouwens een koninklijk besluit dat de verantwoordelijkheid voor de opleiding van de vrijwilligers toewijst aan de samenwerkingsverbanden.

Spreekster had graag geweten of de opleiding van vrijwilligers een federale aangelegenheid zal blijven. Zij zou het op prijs stellen als dit onderwerp in een eventuele kaderwet aan bod komt.

Een tweede punt betreft de samenwerkingsverbanden en de platformen. Het voorstel waarvan spreekster mede-indienster is, verschilt op dit punt van het plan dat de ministers hebben uiteengezet.

De vraag is waar de psycholoog, waarvoor de regering trouwens de kosten op zich zal nemen, wordt ingezet.

Volgens spreekster en haar fractie moet de psycholoog worden ingezet op het niveau van de tweedelijns-teams.

Ook op dit punt blijkt men er in Vlaanderen en Wallonië verschillende gewoontes op na te houden.

Er moet hierover binnen de verenigde commissies gepraat worden.

Een tweede belangrijke kwestie is de patiënt die thuis verblijft. De regering is van plan om in de toekomst de periode van twee maanden te verlengen, maar staat niet open voor het voorstel om deze periode op vier maanden te brengen.

Ook hierover dient een politiek debat gevoerd te worden.

Wat het remgeld betreft, verheugt spreekster zich over de door de regering aangekondigde veranderingen. Zij heeft begrepen dat het remgeld voor bepaalde prestaties afgeschaft wordt.

Dit is echter niet het geval voor de geneesheerspecialist waar de huisarts in principe mee samenwerkt (bijvoorbeeld de kankerspecialist).

Kan het RIZIV het remgeld voor de geneesheerspecialist niet op zich nemen?

Ook hierin verschilt het regeringsplan van het voorstel waarvan spreekster mede-indienster is.

Er is in dit verband ook nog een vraag met betrekking tot de verpleegkundigen. Voor de verpleegkundigen gebeurt de terugbetaling in principe via het RIZIV. De verpleegkundigen zelf herhalen echter steeds dat er een probleem is in verband met de herwaardering van hun beroep. Alhoewel dit probleem zich uiteraard in een veel ruimere context situeert dan de palliatieve zorgverlening, zou spreek-

ster een voorbeeld hiervan is de opleiding. Men weet dat dit in principe tot de bevoegdheden van de gemeenschappen behoort.

Par ailleurs, un arrêté royal prévoit que les associations ont pour mission, notamment, d'assurer la formation des bénévoles.

L'intervenante voudrait savoir si la formation des bénévoles va rester une compétence fédérale. Elle souhaiterait que ce sujet soit abordé dans une éventuelle loi-cadre.

Un deuxième point concerne les associations et plates-formes. À cet égard, la proposition cosignée par l'intervenante diffère du plan présenté par les ministres.

La question est de savoir où placer le psychologue, que, par ailleurs, le gouvernement accepte de subventionner.

Pour l'intervenante et son groupe, il faudrait le placer au niveau des équipes de deuxième ligne.

Là aussi, il semble exister des différences de pratiques entre Flandre et Wallonie.

Un débat doit avoir lieu à ce sujet au sein des commissions réunies.

Un second thème important est celui du patient à domicile. Le gouvernement tendra, dans l'avenir, à augmenter le délai de deux mois mais n'accepte pas la proposition de porter ce délai à quatre mois.

Ici aussi, un débat politique doit avoir lieu.

En ce qui concerne le ticket modérateur, l'intervenante se réjouit des avancées annoncées par le gouvernement. Elle a pris acte de ce que le ticket modérateur serait supprimé pour certains prestataires de soins.

Cependant, la même suppression n'est pas envisagée pour le médecin spécialiste, avec lequel, en principe, le médecin de famille travaille en collaboration (par exemple : l'oncologue).

Ne pourrait-on envisager une prise en charge, par l'INAMI, du ticket modérateur pour le médecin spécialiste ?

Sur ce point également, le plan du gouvernement s'écarte de la proposition cosignée par l'intervenante.

Une question subsidiaire se pose à ce sujet, en ce qui concerne les infirmiers. En principe, le remboursement sera pris en charge par l'INAMI pour les infirmiers, mais ceux-ci insistent sur le problème que constitue la revalorisation de leur profession. Si ce problème dépasse évidemment largement le domaine des soins palliatifs, l'intervenante aimerait apprendre de la ministre de la Santé publique ce qu'elle envisage

ster de minister van Volksgezondheid toch graag vragen wat zij hieraan — met andere ontwerpen — denkt te doen.

Ook de kwestie van het forfait zou het onderwerp van een politiek debat moeten vormen.

Er is reeds veel gezegd over het forfait C.

Personen die in deze categorie vallen, krijgen het statuut van palliatief patiënt.

Spreekster heeft echter begrepen dat palliatieve patiënten soms niet volledig aan de criteria van forfait C beantwoorden en dat sommigen onder hen, indien men zich aan de verdeling in forfaits A, B en C houdt, onder het forfait A of B kunnen ressorteren. De automatische keuze van forfait C zou in die gevallen tot problemen kunnen leiden.

Het statuut van palliatief patiënt die thuis wordt verzorgd betekent bovendien dat men rekening houdt met de persoon die de zieke begeleidt.

Moet men er niet eerst en vooral voor zorgen dat er een statuut van «ziekenoppas» komt? Men weet dat het erg moeilijk is hiervoor mensen te vinden en dat degenen die dit soort werk doen allerlei kwalificaties kunnen hebben, gaande van vrijwilliger tot gediplomeerd verpleegster. Deze dienst kost meestal erg duur en de meeste mensen kunnen zich geen «ziekenoppas» veroorloven.

Is dit dan niet een goede gelegenheid om, veeleer dan met forfaits A en B te goochelen, te overwegen om een nieuwe categorie van verzorgend personeel in te voeren, namelijk de «ziekenoppassers»?

Alle wetsvoorstellen hebben het over «verzorgend personeel». Dit is echter geen wettelijke term met een welbepaalde inhoud.

Wat ook op politiek niveau beslist moet worden is de kwestie van het statuut van de palliatieve patiënt. Wie beslist over de inhoud van dit concept?

Tot op heden en in de regeringsvoorstellen is het de huisarts die de aanvraag aan de adviserende geneesheer van het ziekenfonds doorgeeft. Spreekster is echter van mening dat er aan de toekenning van het statuut van palliatief patiënt meer overleg dient vooraf te gaan.

Het voorstel waarvan spreekster mede-indienster is bepaalt dat de geneesheer-specialist hierover ook wat in te brengen heeft en dat er overleg moet zijn tussen de huisarts en de specialist.

Wat de thuiszorg en de tweedelijnssequipes betreft heeft spreekster begrepen welk standpunt de ministers innemen inzake het RIZIV-forfait dat bestemd is voor de subsidie van de begeleidingsequipes met het oog op de verzorging van de palliatieve patiënt en de duur van de verzorgingsperiode, die van 1 tot 28 dagen kan gaan.

de faire, dans d'autres projets, pour la revalorisation de cette profession.

La question du forfait devrait aussi faire l'objet d'un débat politique.

Il a beaucoup été question du forfait C.

Le statut de patient palliatif sera accordé aux personnes qui rentrent dans cette catégorie.

L'intervenante a cependant retenu que des patients palliatifs pouvaient ne pas correspondre parfaitement à ce forfait C, et que, si l'on reste dans les créneaux habituels des forfaits A, B et C, certains pourraient relever des forfaits A et B. Le choix catégorique du forfait C pourrait dès lors poser problème.

Le statut du patient palliatif à domicile passe par une réflexion sur la personne qui se trouve à côté du malade.

Ne faudrait-il pas, tout d'abord, prévoir un statut du garde-malade? On sait qu'il est très difficile d'en trouver, et que la qualité de la personne en question peut varier de celle de bénévole à celle d'infirmière qualifiée. Mais, la plupart du temps, le coût en est très élevé, et la plupart des gens ne peuvent se permettre l'accompagnement par un garde-malade.

Dès lors, plutôt que de jouer sur les forfaits A et B, n'est-ce pas ici l'occasion de réfléchir à une nouvelle catégorie de personnel soignant, qui serait celle des gardes-malades?

Toutes les propositions de loi parlent du «personnel soignant», ce qui n'est pas un terme légal correspondant à une définition précise.

Une autre question à trancher sur le plan politique est celle du statut du patient palliatif. Qui décide de la définition de celui-ci?

Jusqu'à présent, et dans les propositions formulées par le gouvernement, c'est le médecin généraliste qui transmet la demande au médecin-conseil de la mutuelle, mais l'intervenante est d'avis que la définition du patient palliatif devrait être plus collégiale.

Dans la proposition cosignée par l'intervenante, il était prévu que le spécialiste avait aussi son mot à dire sur la question, et qu'une concertation devrait avoir lieu entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

En ce qui concerne les soins à domicile et les équipes de deuxième ligne, l'intervenante a pris note des explications des ministres au sujet du forfait INAMI prévu pour subventionner les équipes par rapport au patient palliatif et à la période pendant laquelle il reçoit des soins, et qui peut aller de 1 à 28 jours.

Spreekster vraagt of een algemeen vastgelegde periode van 28 dagen niet te strikt is.

Ook hierin verschilde het voorstel van spreekster van het regeringsvoorstel, aangezien men er in dit eerste voorstel voor kiest om de reële en dus zeer variabele duur van de palliatieve zorg in aanmerking te nemen.

Voorts is er nog de kwestie van de financiering van de palliatieve zorg. Voor het ogenblik bestaat het systeem uit overeenkomsten met het RIZIV die, per definitie, beperkt geldig zijn in de tijd en waarover regelmatig opnieuw moet worden onderhandeld.

Voor de sector is dit een uiterst moeilijke situatie aangezien men zich voortdurend afvraagt of deze overeenkomsten verlengd zullen worden.

De vraag is of men niet naar een meer gestructureerd systeem moet overstappen. Is, binnen de onderhandelingen die de regering eventueel al met het RIZIV aan het voeren is, een dergelijke optie mogelijk?

Spreekster is overigens tevreden met de dekking van de honoraria en onkosten van de tweedelijns-equipes door het verhoogde RIZIV-forfait. Voor haar en haar fractie blijft dit echter onvoldoende.

Het regeringsplan beoogt een verhoging in 2002. Deze streefdatum lijkt erg ver weg. In de sector zijn de eisen vrij gelijklopend: men beschouwt 3 VTE verpleegkundigen, een groter aantal uren voor de huisarts (6 of 8 uur in plaats van 4 uur) en een halftijdse psycholoog als een bevredigende oplossing.

Wat de zorg buitenshuis betreft, duiken er weer andere problemen op.

1. In de palliatieve eenheden: spreekster stelt vast dat de bestaande eenheden steeds vaker een bezettingsgraad van 100% tonen, maar dat ze vanwege de algemene wet inzake de ziekenhuizen slechts voor 80% worden terugbetaald.

Het voorstel van spreekster bepaalt dat de verpleegdagprijs verhoogd wordt, voornamelijk om de intellectuele inzet te vergoeden, evenals de uren die het personeel van deze eenheden besteedt aan niet-medische taken (bijvoorbeeld aan de vergaderingen met betrekking tot het multidisciplinaire beheer van de eenheid).

Dit voorstel wil ook het honorarium voor het toezicht in de palliatieve eenheden verhogen. Daarin is het voorstel radicaler dan het voorstel van de ministers.

Een lid vraagt of spreekster enig idee heeft van de kosten die haar voorstellen inzake palliatieve zorg zullen meebrengen.

L'intervenante se demande si fixer un délai de 28 jours de façon aussi générale n'est pas trop abrupt.

Là aussi, la proposition cosignée par l'intervenante divergeait de celle du gouvernement, puisqu'elle tendait davantage à prendre en compte la «durée» réelle des soins palliatifs, qui peut être extrêmement variable.

Une autre question est celle du financement des soins palliatifs. Pour le moment, le système consiste en des conventions passées avec l'INAMI, conventions qui, par définition, ont une durée déterminée et doivent dès lors être renégociées régulièrement.

Pour le secteur, cette situation est difficile, car on se demande toujours si les conventions seront renouvelées ou non.

La question se pose dès lors de savoir s'il ne faudrait pas envisager un système plus structurel. Dans les négociations éventuelles que le gouvernement aurait commencées avec l'INAMI, pourrait-on envisager une telle solution?

Par ailleurs, l'intervenante se réjouit de la couverture des honoraires et frais par le forfait INAMI tel qu'augmenté pour les équipes de deuxième ligne mais, pour elle et son groupe, cela reste insuffisant.

Le plan parle d'une option d'augmentation en l'an 2002. Cette échéance paraît très lointaine. Le secteur a des exigences assez uniformes: 3 ETP infirmier, une augmentation du nombre d'heures prises en compte par le médecin (de 4 heures à 6 ou 8 heures), et un psychologue mi-temps sembleraient constituer une solution satisfaisante.

En ce qui concerne les soins en dehors du domicile, différents problèmes se posent:

1. Les unités de soins palliatifs: l'intervenante constate que les unités existantes sont de plus en plus occupées à 100%, mais ne sont remboursées qu'à 80%, en raison de la loi générale sur les hôpitaux.

La proposition cosignée par l'intervenante prévoit que le prix de journée en unité de soins palliatifs est augmenté pour couvrir essentiellement les actes intellectuels et les heures passées par le personnel de ces unités pour toutes les tâches non médicales (ex.: pour les réunions suscitées par la gestion pluridisciplinaire de telles unités).

La même proposition prévoit d'augmenter les honoraires de surveillance dans les unités de soins palliatifs. Elle est plus radicale, à cet égard, que le plan présenté par les ministres.

Un membre demande si l'intervenante a une idée de ce que coûteraient les propositions qu'elle formule en matière de soins palliatifs.

Voorgaande spreekster zegt dat zij niet over een totaalcijfer beschikt. Haar voorstel geeft wel voor elk artikel het aantal VTE die vereist zijn.

2. Voor de palliatieve functie in het ziekenhuis: de fractie van spreekster zou het erg appreciëren als deze functie — die vaak niet bestaat of te weinig middelen krijgt — verruimd wordt. Het voorstel waarvan spreekster mede-indienster is legt de nadruk op het feit dat de subsidies die de ziekenhuizen voor deze functie krijgen berekend moeten worden op basis van de reële behoeften en de specificiteit van ieder ziekenhuis. De aangekondigde normen zijn veel te algemeen en ontoereikend.

3. In de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen: het regeringsplan lijkt op dit vlak erg zwak met betrekking tot de financiering van de personeelsbezetting en de opleiding.

De rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen worden verondersteld een palliatieve functie te hebben maar krijgen hiervoor geen cent.

Het voorstel van spreekster bepaalt wat er voor de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen beschikbaar dient te zijn op het vlak van medische verzorging, de verpleging en de psychologische zorg.

4. De dagcentra: het voorstel van spreekster zegt hier niets over; er zullen dus aanvullende amendementen worden ingediend.

De palliatieve functie is zich al sedert een jaar — en dank zij de Senaat — aan het ontwikkelen, ook in nieuwe vormen.

Men dient absoluut steun te geven aan de oprichting van dagcentra, niet als piloot-projecten maar als integraal onderdeel van het voorstel van kaderwet.

Een ander lid onderstreept hoe belangrijk het is een echte dialoog met de verantwoordelijke ministers aan te gaan, als men wil dat de parlementaire werkzaamheden in verband met de palliatieve zorg ook werkelijk tot — meer bepaald budgettaire — maatregelen leiden.

Een eerste punt betreft de rechten van de patiënt.

Tijdens de bespreking heeft een van de ministers gemeld dat er vanwege de regering een voorontwerp van wet inzake de rechten van de patiënt bestaat. Spreekster had graag geweten hoever dit ontwerp gevorderd is en had graag de tekst kunnen inkijken, aangezien deze problematiek een volwaardig onderdeel van de huidige discussie vormt.

Wanneer men de verschillende wetsontwerpen die ingediend zijn bekijkt en er de hoorzittingen op na-

La précédente intervenante répond qu'elle ne dispose pas d'un chiffre global. Sa proposition mentionne cependant, pour chaque article, par exemple, le nombre d'ETP qu'il représente.

2. La fonction palliative en hôpital: le groupe de l'intervenante souhaite vivement que cette fonction qui, trop souvent, n'existe pas ou manque de moyens, soit élargie. La proposition cosignée par l'intervenante insiste sur le fait que les subsides que doivent recevoir les hôpitaux pour cette fonction palliative devraient être calculés en fonction des besoins réels et de la spécificité de chaque hôpital. Les normes annoncées sont beaucoup trop générales et insuffisantes.

3. Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins: sur ce point, le plan du gouvernement paraît extrêmement faible pour ce qui est du financement de l'encadrement et de la formation.

Actuellement, les maisons de repos et les maisons de repos et de soins doivent avoir une fonction de soins palliatifs, mais pas un sou n'est prévu à cet effet.

La proposition cosignée par l'intervenante prévoit ce qu'il faudrait avoir en termes de soins médicaux et infirmiers et de psychologue pour les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

4. Les centres de jour: la proposition cosignée par l'intervenante n'aborde pas ce point; des amendements seront donc déposés pour la compléter.

Depuis un an, et sans doute grâce aux travaux du Sénat, la fonction palliative se développe, y compris sous de nouvelles formes.

La création de centres de jour doit absolument être soutenue, non en tant qu'expérience-pilote, mais comme élément à intégrer dans la loi-cadre qui est proposée.

Un autre membre souligne l'importance d'un vrai dialogue avec les ministres responsables, si l'on veut que le travail parlementaire qui sera accompli, entre autres en matière de soins palliatifs, soit réellement mis en œuvre, notamment sur le plan budgétaire.

Un premier point concerne la problématique du droit des patients.

Lors de la discussion, un des ministres a fait part de ce qu'un avant-projet de loi du gouvernement existait en matière de droits du patient. L'intervenante aimerait savoir à quel stade en est ce projet, et disposer éventuellement du texte de celui-ci, car cette problématique fait partie intégrante du débat.

En effet, lorsqu'on analyse les différentes propositions de loi déposées et les propos tenus lors des audi-

slaat, blijkt inderdaad dat de patiëntenrechten centraal staan in de besprekingen.

De huidige besprekingen hebben de grote verdienste dat zij, met betrekking tot de stervenbegeleiding in al haar dimensies, eindelijk weer de patiënt centraal stellen.

Een aantal van de sprekers op de hoorzittingen — in het bijzonder mevrouw Baum — vonden dat deze aanpak niet alleen een vertrekpunt vormt om de problematiek van de laatste levensfase op een alomvattende en pragmatische manier aan te pakken, maar ook een punt van overeenkomst voor alle verschillende voorstellen.

De kwestie van de patiëntenrechten moet hier dus grondig besproken worden.

Deze problematiek is trouwens al lang actueel op het internationale vlak. Zowel de Wereldgezondheidsorganisatie als de Raad van Europa hebben hier teksten over gepubliceerd.

De voorzitter vraagt of dit betekent dat spreekster de bespreking van een tekst over euthanasie ondergeschikt maakt aan de voorafgaande bespreking van een tekst over de patiëntenrechten.

Spreekster zegt van niet. Zij bedoelt alleen dat de rechten van de patiënt een onderdeel van de discussie dienen uit te maken. Dit is trouwens onvermijdelijk, aangezien er in sommige ingediende voorstellen reeds kleine verwijzingen naar de patiëntenrechten staan (zie onder andere de tekst die spreekster samen met een aantal collega's heeft opgesteld).

Een tweede punt betreft de palliatieve zorg. Het precieze statuut van het document dat door de ministers is voorgesteld roept vragen op.

Op bladzijde 6 (§§ 1 en 2) hebben de ministers het over een bijdrage tot de discussie.

Wanneer er sprake is van een bijdrage, of van het overleg met de gemeenschappen, lijkt het alsof niets definitief is en het hier nog niet om formele regeringsmaatregelen gaat. Het lijkt meer op een intentieplan, dat zeer interessante elementen bevat maar waarover spreekster graag zekerheid zou hebben.

Ook is het belangrijk de bedoelingen van de gemeenschappen en de gewesten te kennen. De tenuitvoerlegging van het palliatief zorgenplan valt immers ook onder hun bevoegdheid en er moet een zekere eenvormigheid zijn tussen de verschillende gewesten.

Spreekster vraagt zich trouwens af in welke vorm de wetgeving moet worden ingevoerd.

Is het beter om een kaderwet op te stellen die een aantal algemene principes vastlegt waaraan de palliatieve zorg moet voldoen?

tions, il apparaît que la question des droits du patient est une question centrale dans le débat.

Le grand mérite de la discussion en cours est que l'on recentre enfin l'accompagnement de fin vie, dans toutes ses dimensions, sur le patient.

Un certain nombre de personnes entendues, et notamment Mme Baum, considéraient que cette approche du problème pouvait être non seulement un point de départ pour appréhender de manière globale et pragmatique la problématique de la fin de vie, mais qu'elle pouvait aussi constituer un point de ralliement pour les différentes propositions.

La question des droits du patient doit donc être discutée ici en profondeur.

Du reste, cette problématique est traitée depuis longtemps au niveau international. Des textes de l'OMS et du Conseil de l'Europe y sont consacrés.

Le président demande si cela signifie que l'intervenante conditionne la discussion d'un texte sur l'euthanasie à l'examen préalable d'un texte sur les droits du patient.

La précédente intervenante répond par la négative. Son propos est simplement de dire que les droits du patient doivent faire partie de la discussion. Il ne pourra d'ailleurs en être autrement puisque, dans certains des textes déposés, il y a des embryons de textes relatifs aux droits du patient (voir notamment le texte rédigé par l'intervenante avec plusieurs collègues).

Un second point concerne les soins palliatifs. Le statut précis du document communiqué par les ministres suscite des questions.

À la page 6 (§§ 1^{er} et 2), les ministres parlent d'une contribution au débat.

Lorsqu'il est question de «contribution», de «concertation avec les communautés», cela semble vouloir dire que les choses sont encore en l'état, et qu'il ne s'agit pas encore de décisions formelles du gouvernement. C'est un plan d'intention, qui contient des éléments certes très intéressants, mais dont l'intervenante voudrait s'assurer qu'ils seront concrétisés.

Il est également important de savoir quelles sont les intentions des communautés et des régions, car il est clair que la mise en œuvre des soins palliatifs est également de leurs compétences, et qu'une harmonisation est nécessaire entre les différentes régions du pays.

L'intervenante se demande par ailleurs quel type de législation il faut prévoir.

Faut-il créer une loi-cadre définissant un certain nombre de principes généraux auxquels les soins palliatifs doivent répondre?

Moeten er bepalingen komen in de wetteksten met betrekking tot de geneeskunst?

Een derde mogelijkheid is dat er — met het risico dat dit de zaken vertraagt — wordt overgegaan tot een aantal meer gedetailleerde overwegingen, zoals dit het geval is in het wetsvoorstel van de PSC. Het nadeel van deze optie is dat er meer tijd nodig kan zijn voor de eventuele aanpassing van bepaalde normen.

Een tweede belangrijk element in verband met de palliatieve zorg is het recht op deze vorm van verzorging — een recht dat overigens door alle wetsvoorstellen wordt ingevoerd.

Spreekster is verheugd vast te stellen dat er grote eensgezindheid bestaat met betrekking tot dit recht, ongeacht de plaats waar het zou gelden (in het ziekenhuis, thuis, in een rust- en verzorgingstehuis, in een dagcentrum, ...).

Ook hier echter zal, ondanks alle goede voornemens, de concrete ontwikkeling van de palliatieve zorg afhangen van de financiering waarover al deze instellingen kunnen beschikken.

In dit verband zou spreekster de ministers graag een aantal precieze vragen stellen (zie hierna).

Een derde punt heeft te maken met de definitie van «palliatieve zorg». Bij het herlezen van de nota van de ministers en van de verschillende voorstellen, stelt spreekster vast dat er verschillende definities bestaan van het begrip «palliatieve zorg». De groep mensen die er aanspraak op kan maken wordt op een meer of minder restrictieve manier omschreven. Voor de enen gaat het enkel om patiënten die terminaal zijn (*cf.* de regeringsnota), terwijl het voor anderen ook om patiënten kan gaan die zwaar ziek maar niet per se terminaal zijn. Er moet dus een duidelijke definitie komen van het begrip «palliatieve zorg».

Overigens zijn in discussies en hoorzittingen al verschillende keren zeer uiteenlopende begrippen naar voren gebracht onder de benamingen «palliatieve zorg», «voortgezette en palliatieve zorg», of «ondersteunende zorg» (*cf.* de afdeling van het Sint-Pietersziekenhuis die onlangs haar tiende verjaardag heeft gevierd en waar men vindt dat palliatieve zorg niet alleen als een algemene verzorging van terminale patiënten moet worden beschouwd, maar ook als een vorm van begeleiding, bijvoorbeeld voor patiënten die bijzonder zware behandelingen moeten ondergaan).

Bij deze gedachtegang hoort ook de vraag wie erover beslist of een zieke al dan niet recht heeft op palliatieve zorg. Bepaalde passages van de regeringsnota en van het voorgestelde financieringsplan zijn in dit opzicht niet neutraal.

Faut-il intégrer des dispositions dans les textes relatifs à l'art de guérir?

Une troisième option serait d'entrer, au risque d'une certaine lourdeur, dans un certain nombre de considérations plus précises, comme le fait la proposition déposée par le PSC. L'inconvénient de cette dernière formule est une plus grande lenteur dans la possibilité d'adapter certaines normes, si cela s'avère nécessaire.

Un deuxième élément important en matière de soins palliatifs est le droit à ces soins, droit que toutes les propositions déposées instituent.

L'intervenante constate avec satisfaction une grande unanimité pour que ces droits puissent être mis en œuvre quel que soit le cadre où ils s'exercent (hôpital, domicile, maison de repos et de soins, centre de jour, ...).

Une fois encore, au-delà de toutes les bonnes intentions exprimées, les moyens financiers dont on pourra disposer dans l'un ou l'autre lieu conditionneront évidemment le développement concret de ces soins palliatifs.

À cet égard, l'intervenante souhaite poser une série de questions très précises aux ministres (voir *infra*).

Un troisième point concerne la définition des soins palliatifs. En relisant la note des ministres, et les différentes propositions, l'intervenante constate qu'il existe des définitions différentes des soins palliatifs. Les personnes qui peuvent en bénéficier y sont vues de manière plus ou moins restrictive. Pour les uns, il s'agit uniquement de patients relevant de soins terminaux (*cf.* la note du gouvernement). Pour d'autres, il s'agit de personnes relevant de pathologies lourdes, mais pas nécessairement en phase terminale. Une définition claire des soins palliatifs s'impose donc.

Par ailleurs, dans les discussions et les auditions, on a soulevé à de multiples reprises des notions très différentes comme soins palliatifs, soins continus et palliatifs, ou soins supportifs (*cf.* la dénomination de l'unité de soins supportifs de l'hôpital Saint-Pierre, dont on a fêté récemment le dixième anniversaire et où l'on considère que les soins dits palliatifs ne doivent pas se concevoir comme apportant une aide globale aux malades uniquement en phase terminale, mais permettent d'accompagner ces malades, par exemple lorsqu'ils doivent subir des traitements particulièrement lourds).

Dans le même ordre d'idées, la question se pose de savoir qui détermine ceux qui ont droit aux soins palliatifs. Certains éléments de la note du gouvernement et du dispositif financier envisagé ne sont pas neutres à cet égard.

Ook zou men duidelijk moeten aangeven welke plaats de pijnbestrijding inneemt binnen de palliatieve zorg.

Pijnbestrijding hoort natuurlijk een onderdeel te zijn van ieder ziekenhuisbeleid en iedere vorm van behandeling. Gelukkig worden er op alle vlakken steeds nieuwe technieken ontwikkeld.

Pijnbestrijding hoort ook een essentieel onderdeel te zijn van de palliatieve zorg. Hoe wordt dit vertaald in termen van financiering, aangezien niet alle terminale patiënten aan zware pijn lijden?

De realiteit toont aan dat pijnbestrijding nog geen alledaags begrip is geworden, zeker niet in de thuiszorg.

Men weet dat er een systeem bestaat met « patches » maar wanneer de pijn echt hevig is, is de regelmatige aanwezigheid van een verpleegkundige vereist om de pijnstillers nauwkeurig te doseren.

Bij het nalezen van de hoorzittingen met de vertegenwoordigers van de apothekers en van de huisartsen is het spreekster opgevallen hoeveel problemen er waren om bijvoorbeeld 's avonds en in het weekend morfine te leveren of te verkrijgen. Dit belangrijke aspect van de kwestie valt onder de bevoegdheid van de ministers van Volksgezondheid en Sociale Zaken.

Een ander aspect dat reeds ter sprake kwam heeft te maken met de thuiszorg. Spreekster stelt tevreden vast dat de nota van de ministers de nadruk legt op de ontwikkeling van de thuisbegeleiding in de terminale fase, wat tegen de huidige trend ingaat en beter tegemoet komt aan de wensen van de meeste patiënten.

Bovendien weet men dat de thuiszorg, wanneer mogelijk, minder duur is voor de samenleving dan een opname in het ziekenhuis.

Alhoewel de aangekondigde inspanningen lovenswaardig lijken, is het echter ook een feit dat er — zowel met betrekking tot de patiënten zelf als tot hun familieleden — nog heel wat werk aan de winkel is voor het gewenste doel bereikt kan worden.

Bovendien zijn er tegenwoordig veel oudere mensen die alleen leven, vooral in grote steden.

Er is voorts nog het gebrek aan verpleegkundig personeel, dat voornamelijk te maken heeft met de salarisproblemen en de moeilijke uurroosters in de sector.

Alle grote ziekenhuizen in Brussel doen hierover hun beklag.

Het probleem bestaat ook voor de thuiszorg (cf. de hoorzitting met dokter Leroy, die vertelde dat hij bij een bepaalde patiënt zelf voor een ziekenoppas had

Il faudrait également que l'on indique clairement comment se situe la lutte contre la douleur dans le cadre des soins palliatifs.

Cette lutte doit évidemment être une préoccupation de tout l'hôpital, pour toute pathologie et heureusement, des techniques spécifiques se développent dans tous les domaines.

La lutte contre la douleur doit aussi être l'un des éléments essentiels en matière de soins palliatifs. Comment cela est-il mis en œuvre dans le cadre du financement, étant entendu que tous les patients en phase terminale ne souffrent pas nécessairement de manière importante.

La réalité du terrain montre que la lutte contre la douleur n'est pas encore bien entrée dans les mœurs, et notamment dans les soins à domicile.

On sait qu'il existe un système de « patches », mais lorsque la douleur est intense, son contrôle nécessite une présence infirmière rapprochée, pour pouvoir doser les anti-douleurs de façon précise.

À la relecture des auditions des représentants des pharmaciens, et des médecins généralistes, l'intervenante a été frappée par les problèmes rencontrés pour délivrer et se procurer, notamment, de la morphine le soir ou le week-end. Ce volet important du problème concerne les ministres de la Santé publique et des Affaires sociales.

Un autre élément déjà évoqué a trait aux soins à domicile. L'intervenante constate avec satisfaction que la note des ministres insiste sur le développement de l'accompagnement de fin de vie à domicile, essayant de renverser la tendance actuelle pour répondre au souhait d'une majorité de patients.

On sait en outre que les soins à domicile, lorsqu'ils sont possibles, coûtent moins cher à la collectivité que les soins en hôpital.

Néanmoins, si les efforts annoncés paraissent louables en un premier temps, il est certain que, si l'on veut réellement atteindre cet objectif, il reste énormément à faire dans ce secteur, tant en ce qui concerne les malades eux-mêmes que leurs proches.

En outre, à l'heure actuelle, il faut bien constater que beaucoup de personnes âgées vivent seules, spécialement dans les grandes villes.

De plus, il faut tenir compte du déficit chronique de personnel infirmier, en raison notamment des problèmes de rémunération et d'horaire liés à cette fonction.

À Bruxelles, tous les grands hôpitaux se plaignent de cette situation.

Ce problème se rencontre aussi dans les soins à domicile (cf. l'audition du docteur Leroy, qui exposait avoir dû suppléer lui-même à l'absence de garde-

moeten zorgen, zonder hiervoor de patiënt echter de kosten die normaal aan deze dienstverlening verbonden zijn, aan te rekenen).

De wetgever kan dit probleem niet negeren.

Spreekster vermeldt ten slotte de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen. In theorie moeten deze instellingen over een palliatieve functie beschikken.

De referentieteams worden echter nooit opgevraagd, omdat niemand deze palliatieve functie kan financieren.

Paradoxaal genoeg is de palliatieve functie precies het minst ontwikkeld in de RVT, waar het vaakst mensen in terminale fase worden aangetroffen. Rekening houdend met de vergrijzing van de bevolking en de kosten die dit met zich zal brengen (*cf.* het zilverfonds, dat in de regeringsverklaring wordt vermeld), moet men absoluut concrete maatregelen uitvaardigen, om ervoor te zorgen dat de geplande ontwikkelingen binnen de context van de vergrijzing geen negatieve gevolgen hebben.

Een ander lid is blij dat de verenigde commissies — zoals blijkt uit de discussie — dieper op het thema van de palliatieve zorg ingaan. Dit garandeert immers dat alle patiënten die dit wensen, deze vorm van verzorging ook kunnen krijgen. Het debat over de euthanasie kan vervolgens op een serene manier worden gevoerd.

Spreekster schaart zich achter de opmerkingen en suggesties van de vorige sprekers.

De definitie van het concept «palliatieve zorg» is belangrijk aangezien dit, wanneer het eenmaal in de wetgeving is vastgelegd, een langdurig effect zal hebben. De definitie van de minister van Volksgezondheid is misschien nog voor verbetering vatbaar.

In de evolutie van de gezondheidstoestand van een patiënt is er vaak een fase waarin curatieve en palliatieve zorg elkaar overlappen. Voor bepaalde aandoeningen of symptomen wordt nog curatief behandeld, terwijl de patiënt in andere opzichten al palliatief verzorgd kan worden.

Misschien zal de wereld van de geneeskunde, naarmate de werkzaamheden van de verenigde commissies vorderen, beseffen dat het niet alleen gaat om de kunst van het genezen maar ook om de kunst van het verzorgen.

Wat de benaming betreft: is de uitdrukking «voortdurende (voortgezette?) en palliatieve zorg» niet de beste.

Voorgaande spreker had gelijk aandacht te willen vragen voor de rusthuizen. Men moet zich hierover geen illusies maken.

malade chez un patient, sans pour autant, bien entendu, répercuter auprès de celui-ci les frais théoriquement liés à ces prestations).

Le législateur ne peut pas ne pas traiter ce problème.

Enfin, l'intervenante aborde la question des maisons de repos et maisons de repos et de soins. Sur papier, ces institutions doivent disposer d'une fonction palliative.

Les équipes de référence ne sont toutefois jamais appelées, parce que personne ne peut financer cette fonction palliative.

Paradoxalement, c'est dans les MRS, où les situations de fin de vie sont les plus fréquentes, que l'approche palliative est la moins développée. Compte tenu du vieillissement de la population, et de la charge financière que tous les aspects de ce vieillissement vont représenter (*cf.* le fonds pour le vieillissement prévu dans la déclaration du gouvernement), on ne peut se passer de mesures concrètes visant à ce que les dispositions envisagées n'aient pas d'effets négatifs dans le cadre de ce vieillissement de la population.

Un autre membre se réjouit que, comme le montre la discussion, les commissions réunies essaient d'approfondir le débat sur les soins palliatifs, car c'est une garantie que chaque patient qui le souhaite puisse avoir accès à de tels soins. Cela permet de mener un débat plus serein sur l'euthanasie.

L'intervenant rejoint les interrogations et les pistes dégagées par les précédentes oratrices.

La question de la définition du concept de soins palliatifs est importante car, une fois fixé dans la législation, le choix de cette définition aura un effet durable. La définition donnée par la ministre de la Santé publique pourra peut-être être améliorée.

Il y a souvent, dans l'évolution de l'état de santé du patient, une phase de chevauchement entre soins curatifs et soins palliatifs: on peut relever encore des soins curatifs pour certaines affections ou symptômes, et être déjà justiciable de soins supportifs ou palliatifs pour d'autres.

Peut-être, grâce aux travaux des commissions réunies, la conception de l'art médical intégrera-t-elle enfin clairement qu'il ne s'agit pas seulement de l'art de guérir, mais aussi de l'art de soigner.

En ce qui concerne la dénomination elle-même, ne faut-il pas préférer l'expression «soins continus et palliatifs»?

La précédente intervenante a eu raison d'insister sur le problème des maisons de repos, à propos desquelles il ne faut pas se voiler la face.

Men zal ervoor moeten zorgen dat de eerste- en tweedelijnssequipes die beschikbaar zijn voor de thuiszorg, ook in de rusthuizen kunnen ingrijpen.

Dat er op die manier ook hulp van buitenaf komt, geeft de rusthuispatiënten een bijkomende garantie. Het rusthuis dient meer beschouwd te worden als de thuis van de patiënt en hij moet er in de laatste levensfase dezelfde zorg kunnen krijgen als de patiënten die thuis willen sterven.

Het zijn dus de vrij gekozen huisarts en het thuiszorgteam die in deze huizen aan de slag moeten gaan en er bovendien het personeel moeten opleiden.

Een spreekster heeft het gehad over de «uiteenlopende» gewoontes in het noorden en het zuiden van het land. Spreker vindt dat dit genuanceerder moet begrepen worden en zou het veeleer over «verschillende» gewoontes willen hebben.

De teksten die door bepaalde ministers en senatoren zijn voorgesteld, zijn gebaseerd op het gezamenlijke standpunt van de pluralistische federaties voor palliatieve zorg van Vlaanderen, Wallonië en Brussel, die verantwoordelijk zijn geweest voor het pionierswerk. Men mag dit niet over het hoofd zien. Hun ervaring moet aan de basis liggen van het denkwerk van de wetgever.

Wat de plaats van de psycholoog in het samenwerkingsverband of de tweedelijnssequipe betreft, zijn velen gewonnen voor de tweede optie.

Het inderdaad zo dat er nood is aan een psycholoog om de eerstelijnszorg te versterken bij de thuis verblijvende patiënt, voor diens familieleden en in het rusthuis.

Op het niveau van de samenwerkingsverbanden is er echter ook een psycholoog nodig om te helpen bij de opleiding van de vrijwilligers.

Daarnaast dient er ondersteuning te zijn voor de therapeuten en de gezondheidswerkers die bij de eerste- en de tweedelijnszorg betrokken zijn.

Moet hier nog herhaald worden dat het principe van de palliatieve zorg eigenlijk op twee pijlers rust: de efficiënte bestrijding van pijn en andere terminale symptomen en de goede relatie tussen de patiënt, zijn naasten, de verzorgers en het multidisciplinair team?

Er is dus nood aan luisterbereidheid. Te veel mensen zijn er nog steeds van overtuigd dat luisterbereidheid een aangeboren eigenschap is. Er is echter een zeer specifieke opleiding voor vereist, die niets te maken heeft met de klassieke onderwijs- of opleidingsmethoden. De mensen die een patiënt in de terminale fase verzorgen moeten immers zelf met hun angst voor de dood in het reine zijn.

Il faudra veiller à ce que les équipes de première et de deuxième ligne qui sont dans le secteur ambulatoire puissent bien intervenir dans les maisons de repos.

Le fait qu'il y ait aussi un regard extérieur constitue une garantie pour les patients résidant dans ces maisons. La maison de repos doit être davantage considérée comme le domicile du patient, et celui-ci doit dès lors, en fin de vie, y bénéficier des mêmes services que celui qui veut mourir à domicile.

C'est donc le généraliste librement choisi, et l'équipe de soins à domicile qui doivent rentrer dans ces maisons, et prévoir en outre une formation spécialisée pour le personnel qui y travaille.

Une intervenante a parlé de divergences de pratiques au nord et au sud du pays. L'intervenant pense qu'il faut être plus nuancé, et parler de diversité de pratiques.

Les textes proposés tant par certains sénateurs que par les ministres sont basés sur une position commune des fédérations pluralistes de soins palliatifs de Flandre, de Wallonie et de Bruxelles, qui regroupent les pionniers en la matière. C'est là un élément qu'il ne faut pas négliger. Leur expérience doit servir de base à la réflexion du législateur.

En ce qui concerne la place du psychologue, au niveau de l'association ou de la deuxième ligne, beaucoup sont favorables à la seconde solution.

Il est vrai que le besoin existe d'un psychologue qui puisse aller renforcer la première ligne auprès du patient à domicile, auprès des proches du patient, dans la maison de repos, etc.

Mais il est vrai aussi qu'au niveau des associations, le besoin de formation des bénévoles demande également l'aide d'un psychologue.

Il faut aussi un soutien aux thérapeutes et aux acteurs de la santé qui interviennent en première ou en deuxième ligne.

Faut-il rappeler que le fondement essentiel des soins palliatifs repose sur deux piliers indissociables: le traitement efficace de la douleur et des symptômes qui accompagnent la fin de vie et la relation entre le malade, son entourage, les soignants, l'équipe pluridisciplinaire.

Il y a donc un problème d'écoute. Encore trop de personnes croient que la faculté d'écoute est quasi-innée. Or, cela demande une formation extrêmement originale, qui ne relève pas des modes d'enseignement ou de formation habituels, entre autres parce que les soignants qui approchent les patients en fin de vie doivent avoir réglé leurs propres comptes avec leurs angoisses face à la mort.

Men mag de gevolgen die een confrontatie met de dood heeft voor ons gedrag zeker niet minimaliseren. Als men dit niet zelf met voldoende hulp heeft verwerkt is het, voor velen onder ons, veel gemakkelijker om te vluchten dan om een stervende te begeleiden.

Wat de palliatieve patiënt die thuis verblijft betreft, is er een probleem met betrekking tot zijn statuut en het aantal maanden waarin hij in die situatie verkeert.

Een leven wordt immers niet in maanden maar in dagen geteld. Anders geeft men een forfait van een maand voor iemand die bijvoorbeeld al na vijf dagen overlijdt of stopt het forfait integendeel na twee maanden, terwijl de patiënt nog een maand langer in leven blijft.

Met betrekking tot de raadpleging van de huisarts en de geneesheer-specialist vindt spreker dat men, wanneer het gebeuren zich thuis of in het rusthuis afspeelt, vertrouwen moet hebben in de huisarts waar het de toekenning van het palliatief statuut betreft (dit kan door de adviserende geneesheer worden gecontroleerd) en dat de procedure niet verzwaard mag worden met de raadpleging van een geneesheer-specialist.

De kwestie van de ziekenoppas is reeds door de vorige sprekers aangehaald.

De tweedelijnssequipe ten slotte moet dag en nacht beschikbaar zijn.

Met de 2,6 VTE die in het voorstel zijn opgenomen lijkt dit een onmogelijke taak.

Een lid merkt op dat het de eerste maal is dat aan haar fractie de gelegenheid wordt geboden om haar voorstel over de verbetering van de palliatieve zorg toe te lichten.

1. Palliatieve zorg en gezondheidsethiek

1.0. Voor de fractie van de spreekster is palliatieve zorg essentieel voor een waardig levenseinde. Palliatieve zorg heeft te maken met gezondheidsethiek, waarover alle zorgenverstrekkers moeten nadenken. Een en ander is voorwerp van een mentaliteitsverschuiving die lang heeft geduurd, en die nu ook wettelijk dient gewaarborgd te worden.

1.1. Per jaar sterven ongeveer 100 000 mensen. In iedere nabije familiekring van circa twintig personen, gaat het om ongeveer één sterfgeval om de vijf jaar. In een ruimere familiekring (circa 100 mensen) is dat één sterfgeval per jaar.

Overall waar mensen zijn en verzorgd worden, kunnen mensen ook sterven. Iedereen is het erover eens dat van een solidaire samenleving mag worden

Il ne faut pas minimiser les conséquences, au niveau des attitudes que l'on adopte, de la pulsion de mort qui est en chacun de nous. Entre autres, quand une personne n'a pu aborder cette question pour elle-même et avec une aide suffisante, il est, dans bien des cas, plus facile pour elle de fuir que d'accompagner un patient en fin de vie.

En ce qui concerne le patient palliatif à domicile, sa reconnaissance en termes de mois constitue une difficulté.

En effet, une fin de vie ne se compte pas en mois, mais en jours. Sinon, on donnera, par exemple, un forfait d'un mois pour quelqu'un qui décèdera après cinq jours ou, au contraire, on arrêtera le forfait après deux mois, alors que la personne survivra trois mois.

Quant à l'intervention du médecin généraliste et du médecin spécialiste, l'intervenant estime que si les choses se passent à domicile ou en maison de repos, il faut faire confiance au généraliste pour décider de l'attribution du statut palliatif — ce qui peut être contrôlé par le médecin-conseil —, sans alourdir la procédure par l'intervention d'un médecin spécialiste.

En ce qui concerne les gardes-malades, la question a déjà été abordée par de précédents intervenants.

Enfin, pour ce qui est de l'équipe de deuxième ligne, elle doit pouvoir intervenir 24 heures sur 24.

Avec les 2,6 ETP infirmiers prévus dans le projet, cela paraît impossible.

Un membre souligne que c'est la première fois que l'on offre à son groupe la possibilité de commenter sa proposition relative à l'amélioration des soins palliatifs.

1. Soins palliatifs et éthique de santé

1.0. Pour le groupe de l'intervenante, les soins palliatifs sont essentiels afin de garantir une fin de vie digne. Ils sont liés à l'éthique de la santé à laquelle tous les prestataires de soins doivent réfléchir. L'un et l'autre font l'objet d'un glissement des mentalités. Celui-ci a duré longtemps et doit maintenant être garanti légalement.

1.1. Chaque année, environ 100 000 personnes décèdent. Dans chaque cercle familial comptant environ vingt personnes, on dénombre un décès approximativement tous les cinq ans. Dans un cercle familial plus large (environ 100 personnes), cela représente un décès par an.

Partout où elles sont soignées, des personnes peuvent aussi mourir. Tout le monde s'accorde à dire que l'on doit pouvoir attendre d'une société solidaire

verwacht dat ze de voorwaarden schept zodat haar leden op een menswaardige wijze kunnen sterven. Voor de fractie van het lid vertaalt dit zich in een radicale optie voor de palliatieve verzorging en pijnbestrijding, en moet dit uitmonden in een erkenning van het recht op specifieke zorgen bij het levenseinde.

1.2. In die zin moet de palliatieve zorg geïntegreerd worden in de thuiszorg, de ziekenhuizen, de RVT's. En iedere zorgverlener moet kunnen omgaan met het proces van verlies, pijn, sterven en rouw.

Palliatieve zorg maakt deel uit van een gezondheidszorg die gebaseerd is op principes van kwaliteit, zorg op maat en een integrale benadering waarbij alle aspecten van zorg aan bod moeten komen en de patiënt gezien wordt in relatie tot zijn omgeving.

De gezondheidszorg die de fractie van het lid wil uitbouwen is een uiting van een waardenvolle zorg voor de zwakke, de gehandicapte en de zieke.

Door de complexe en snelle ontwikkelingen binnen de moderne geneeskunde is het niet altijd eenvoudig om te bepalen hoe men deze fundamentele waarde van de solidaire zorg het beste vorm kan geven. Soms dreigt de individuele zwakke mens het slachtoffer te worden van deze onduidelijkheid.

1.3. Vanuit deze basishouding kunnen we palliatieve zorg dan ook definiëren als het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, als ook psychologische, morele, familiale en sociale ondersteuning van essentieel belang zijn.

Palliatieve zorg beoogt niet langer het genezen van de patiënt, maar wel het garanderen van een optimale levenskwaliteit aan de zieke en zijn naastbestaanden.

Palliatieve zorg is een totaalconcept van verzorging en begeleiding waarbij:

— sterven als een normaal levensproces wordt beschouwd (rustig «mogen» sterven);

— de behandeling niet gericht is op het nodeloos verlengen van het leven of therapeutische verbetering;

— pijn en andere symptomen worden verzacht;

— psychologische en spirituele aspecten in de verzorging zijn geïntegreerd;

— de patiënt wordt bijgestaan met het oog op een maximale autonomie;

— de naastbestaanden in de terminale fase en het rouwproces worden begeleid.

1.4. Omdat palliatieve zorg op zoveel diverse aspecten betrekking heeft, vraagt het ook een multi-

qu'elle mette en place les conditions permettant à ses membres de mourir dignement. Pour le groupe du membre, cela se traduit dans une option radicale en faveur des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur, et cela doit déboucher sur une reconnaissance du droit à des soins spécifiques en fin de vie.

1.2. C'est pourquoi les soins palliatifs doivent être intégrés dans les soins à domicile, les hôpitaux, les MRS. Et chaque prestataire de soins doit être capable de gérer le processus de perte, de douleur, de décès et de deuil.

Les soins palliatifs font partie des soins de santé basés sur les principes de qualité, de soins adaptés et sur une approche intégrale dans laquelle tous les aspects des soins sont proposés et le patient est considéré comme étant en relation avec son entourage.

Les soins de santé que le groupe entend développer constituent l'expression d'un souci sérieux pour les faibles, les handicapés et les malades.

En raison des développements complexes et rapides de la médecine moderne, il n'est pas toujours simple de déterminer comment on peut concrétiser la mieux possible la valeur fondamentale des soins solidaires. L'individu faible risque parfois d'être la victime de ce manque de clarté.

1.3. À partir de cette conception de base, nous pouvons aussi définir les soins palliatifs comme l'ensemble des soins actifs dispensés aux patients dont la maladie ne réagit plus aux thérapies curatives et pour qui le contrôle de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que l'accompagnement psychologique, moral et familial sont essentiels.

Les soins palliatifs ne visent plus à soigner le patient, mais bien à garantir une qualité de vie optimale au malade et à ses proches.

Les soins palliatifs constituent un concept global de soins et d'accompagnement dans lequel:

— mourir est considéré comme faisant partie d'un processus de vie normal («pouvoir» mourir tranquillement);

— le traitement n'a pas pour but de prolonger inutilement l'existence ou de poursuivre un acharnement thérapeutique;

— la douleur et les autres symptômes sont apaisés;

— les aspects psychologiques et spirituels sont intégrés dans les soins;

— le patient est aidé afin qu'il puisse garder une autonomie maximale;

— les proches font l'objet d'un accompagnement durant la phase terminale et le processus de deuil.

1.4. Parce que les soins palliatifs sont liés à tant d'aspects différents, ils demandent aussi une appro-

disciplinaire aanpak. Er is samenwerking nodig tussen de verschillende hulpverleners, vrijwilligers, de familie en de patiënt zelf.

Het is zinvol om kort de verschillende invalshoeken van palliatieve zorg te belichten.

a) Medische verzorging

1° Pijnbehandeling en -bestrijding

In de palliatieve therapie is er zeker plaats voor oorzakelijke pijnbehandeling. Wanneer dit niet mogelijk of niet meer zinvol is door de te korte levensverwachting, dient een goede symptomatische behandeling van de pijn te worden nagestreefd. Dankzij de nodige vorming aan medische en paramedische hulpverleners kan hier nog een belangrijke stap voorwaarts gezet worden in het bereiken van een betere behandeling bij de palliatieve terminale patiënt, waar hij ook verblijft (thuis, RVT, ziekenhuis).

2° Andere symptoomcontrole

Een terminale patiënt wordt geplaagd door heel wat kwalen en ongemakken.

Psycho-sociale problemen zoals angst, motorisch gespannen zijn, autonome hyperactiviteit, slapeloosheid en paniek zijn veel voorkomende problemen in de terminale levensfase. Standaardregels kunnen gegeven worden, maar een gepersonaliseerde intensieve aanpak van deze problemen is dikwijls noodzakelijk.

Andere symptomen zoals nausea, dysfagie, dyspepsie, hik, cachexie, anorexie, constipatie, urineretentie, duizeligheid en sufheid, mondhygiëne kunnen voorkomen worden en vragen van het medisch en paramedisch personeel veel aandacht, competentie en creativiteit om deze op persoonlijke wijze te controleren.

3° Informatie verstrekken aan patiënt en familie en een begeleidingsplan opstellen is een belangrijke opdracht van de behandelende arts. Het «slecht nieuws» gesprek impliceert meteen het starten van een aangepaste begeleiding en het uitschrijven van orders voor de andere hulpverleners om te streven naar maximaal comfort en om te vermijden zinloos het leven te verlengen.

b) Verpleegkundige zorgen

De verpleegkundige heeft een belangrijke signaal-functie naar de arts toe. Naarmate de ziekte-toestand verder evolueert wordt de prioriteit van curatief en palliatief medisch handelen naar verzorgend bijstaan verplaatst.

Verpleegkundigen moeten bij de terminale patiënt in het bijzonder aandacht hebben voor de aangepaste

che multidisciplinaire. Une collaboration entre les assistants sociaux, les bénévoles, la famille et le patient lui-même est nécessaire.

Il est utile d'exposer brièvement les différents angles d'approche des soins palliatifs.

a) Soins médicaux

1° Traitement de la douleur et lutte contre la douleur

La thérapie palliative n'empêche certainement pas le traitement de la douleur causale. Lorsque celui-ci n'est pas possible ou n'a plus de sens à cause de l'espérance de vie trop courte, on doit tenter de mettre en place un bon traitement symptomatique de la douleur. Grâce à la formation requise des intervenants médicaux et paramédicaux, un important pas en avant peut encore être fait afin de dispenser un meilleur traitement au patient en phase terminale qui nécessite des soins palliatifs, quel que soit l'endroit où il réside (domicile, MRS, hôpital).

2° Autre contrôle des symptômes

Un patient en phase terminale est tourmenté par de nombreux maux.

Les problèmes psychosociaux tels que l'angoisse, la tension motrice, l'hyperactivité autonome, l'insomnie et la panique constituent des problèmes qui apparaissent durant la phase terminale. Des règles standardisées peuvent être édictées mais une approche intensive et personnalisée de ces problèmes est souvent nécessaire.

D'autres symptômes comme les nausées, la dysphagie, la dyspepsie, le hoquet, la cachexie, l'anorexie, la constipation, la rétention d'urine, les vertiges, la somnolence et les infections bucales peuvent être évités et réclament, de la part du personnel médical et paramédical, beaucoup d'attention, de compétence et de créativité afin de les contrôler de manière personnelle.

3° Informer le patient et sa famille et élaborer un plan d'accompagnement constituent une mission importante du médecin traitant. La conversation relative à la mauvaise nouvelle « implique la mise en place d'un accompagnement adapté et la rédaction de directives pour les autres prestataires de soins afin de tendre vers un confort maximal et d'éviter de prolonger inutilement la vie.

b) Soins infirmiers

L'infirmier possède une importante fonction de signal vis-à-vis du médecin. Au fur et à mesure que la situation du malade évolue, la priorité passe du traitement médical curatif et palliatif à l'assistance soignante.

Les infirmiers doivent, envers le patient en phase terminale, être particulièrement attentifs aux soins

hygiënische zorgen voor gans het lichaam met preventie van doorligwonden, een comfortabele houding, het zo lang mogelijk mobiel houden van de patiënt, optimale voedsel- en vochtinname en aangepaste maatregelen voor constipatie, diarree en incontinentie.

De verpleegkundigen zullen in het ziekenhuis, samen met familie en andere hulpverleners, oplossingen zoeken voor praktische problemen en meehelpen de thuiszorg waar wenselijk voor te bereiden. Ook in de thuissituatie heeft de thuisverpleegkundige een belangrijke signaalfunctie naar de andere hulpverleners toe.

c) Fysiotherapie

Deze discipline maakt integrerend deel uit van de palliatieve geneeskunde en kan zorgen voor functiebehoud en symptoomcontrole.

d) Psycho-sociale begeleiding

Binnen palliatieve zorg zou de focus van de zorgzame aanwezigheid niet alleen de patiënt, maar ook zijn naaste omgeving moeten bevatten. Zij heeft soms ondersteuning nodig, maar kan ook actief betrokken worden bij de hulpverlening waardoor latere pathologische rouwprocessen worden vermeden.

e) Pastorale en levensbeschouwelijke begeleiding

De terminale patiënt in een palliatieve zorgcontext wordt steeds geconfronteerd met diepe vragen omtrent de zin van het bestaan. De verscheidenheid van aanbod en erkenning van levensovertuiging is daarom ook een opdracht voor een goed uitgebouwde stervensbegeleiding. Spirituele en levensbeschouwelijke begeleiding bieden een houvast aan de patiënt en zijn naastbestaanden.

2. Het palliatieve landschap

2.1. Huisartsen, thuisverpleegkundigen, kinesitherapeuten en gezins- en bejaardenhulpsters worden geconfronteerd met de verzorging van terminale patiënten. Zij pogen dit zo goed mogelijk te doen vanuit hun discipline en ervaring.

Een meer interdisciplinaire benadering die nodig is voor een goede palliatieve zorg, kan geboden worden en wordt momenteel geboden vanuit de samenwerkingsinitiatieven thuiszorg, de palliatieve thuiszorgteams, en via de palliatieve eenheden en palliatieve functies binnen het ziekenhuis.

Binnen de thuisverzorgingsstructuur kunnen zorgbemiddelaars aangewezen worden die als opdracht hebben de patiënt en zijn familie te informeren over de aanwezige voorzieningen en een aangepast zorgpakket samen te stellen in functie van de zorgbehoeften. Familieleden, thuisverzorger en vrijwilligers worden in het zorgenplan ingeschakeld.

hygiëniques adaptés à l'ensemble du corps — en prévenant les escarres —, à une position confortable, à la mobilité du patient — elle doit durer aussi longtemps que possible —, à l'ingestion de nourriture et de liquide, et à des mesures adaptées à la constipation, la diarrhée et l'incontinence.

À l'hôpital, les infirmiers rechercheront, avec la famille et les autres prestataires de soins, des solutions aux problèmes pratiques et, lorsque c'est souhaitable, ils contribueront à préparer les soins à domicile. L'infirmier à domicile remplit lui aussi une importante fonction de signal vis-à-vis des autres prestataires de soins.

c) Physiothérapie

Cette discipline fait intégralement partie des soins palliatifs et peut veiller au maintien des fonctions et au contrôle des symptômes.

d) Accompagnement psychosocial

Dans le cadre des soins palliatifs, l'attention ne doit pas seulement être consacrée au patient mais aussi à son entourage proche. Celui-ci a parfois besoin d'un soutien mais il peut aussi être activement impliqué dans l'aide, ce qui permettra d'éviter le travail de deuil pathologique ultérieur.

e) Accompagnement pastoral et philosophique

Dans un contexte de soins palliatifs, le patient en phase terminale est toujours confronté à des questions fondamentales relatives au sens de la vie. La diversité de l'offre et la reconnaissance des convictions constituent dès lors une mission à assurer par un accompagnement des mourants bien élaboré. L'assistance spirituelle et philosophique offre un point d'appui au patient et à ses proches.

2. Le paysage palliatif

2.1. Les médecins généralistes, les infirmiers à domicile, les kinésithérapeutes, les aides familiales et les aides-seniors sont confrontés aux soins de patients en phase terminale. Ils tentent de faire de leur mieux à partir de leur discipline et de leur expérience.

Une approche davantage interdisciplinaire, requise pour des soins palliatifs de qualité, peut être offerte et est pour l'instant proposé par le biais des initiatives de collaboration dans le domaine des soins à domicile, des unités de soins palliatifs à domicile et des unités et fonctions palliatives existant dans les hôpitaux.

Au sein des structures de soins à domicile, on peut désigner des médiateurs en matière de soins ayant pour mission d'informer le patient et sa famille au sujet des équipements existants et de continuer un programme de soins adapté. Dans le cadre du plan de soins, on fait appel aux membres de la famille, aux infirmiers à domicile et aux bénévoles.

2.2. Sinds de jaren tachtig bestaan in Vlaanderen enkele specifieke organisatievormen voor palliatieve zorgverlening.

De retroakten van het beleid inzake palliatieve zorg gaan terug op het koninklijk besluit van 12 augustus 1991 (de zogenaamde experimenten-Busquin). Door dit besluit werd een RIZIV-betoelaging verleend voor experimenten inzake palliatieve zorg. De experimenten hadden zowel betrekking op de ambulante als de residentiële palliatieve zorg.

Uiteindelijk mondden deze experimenten uit in de structurele verankering van de palliatieve zorg in de diverse verzorgingsstructuren (thuis, thuisvervangend milieu en ziekenhuizen). Vanuit de Vlaamse gemeenschap werden initiatieven genomen voor de erkenning en subsidiëring van palliatieve netwerken op de eerste lijn. De invoering van een programmatie van 360 Sp-bedden (zgn. residentiële palliatieve eenheden) voor gans België (koninklijk besluit van 30 oktober 1996) vormde een eerste aanzet op federaal niveau.

Een reeks koninklijke besluiten van 19 juni 1997 en van 15 juli 1997 geven verder gestalte aan het federaal palliatief zorgkader:

— De samenwerkingsverbanden inzake palliatieve verzorging: erkenning en (forfaitaire) subsidiëring (de zogenaamde multidisciplinaire begeleidingsequipes);

— De palliatieve functie in RVT's;

— De palliatieve functie in algemene ziekenhuizen;

— De palliatieve functie voor residentiële palliatieve eenheden (Sp-dienst);

— Erkenningnormen Sp-diensten palliatieve zorg in algemene ziekenhuizen.

Vanuit de ziekteverzekering werd de verzorging verleend door de multidisciplinaire begeleidingsequipes opgenomen in de lijst van vergoedbare verstrekkingen. Hier geldt een verzekeringstegemoetkoming van 100% voor de honoraria.

Een kort overzicht van de huidige organisatie.

a) *De palliatieve eenheden*, waarbij een intramurale verzorging wordt gegeven in specifieke «hospices» die volledig los staan van het ziekenhuis aan:

— Terminale zieken die permanent professionele zorg vereisen;

— Patiënten die tijdelijk worden opgenomen voor symptoomcontrole;

— Patiënten zonder huisgenoten;

2.2. Depuis les années quatre-vingt, il existe en Flandre quelques formes d'organisations spécifiques pour les soins palliatifs.

Les rétroactes de la politique de soins palliatifs renvoient à l'arrêté royal du 12 août 1991 (les «expériences Busquin»). Cet arrêté a prévu une subvention INAMI pour les expériences en matière de soins palliatifs. Celles-ci concernaient tout autant les soins palliatifs ambulatoires que les soins palliatifs résidentiels.

En fin de compte, elles ont débouché sur l'ancrage structurel des soins palliatifs dans les diverses structures de soins (domicile, milieu substitutif du domicile et hôpitaux). Du côté de la Communauté flamande, des initiatives ont été prises en vue de l'agrément et de la subsidiation de réseaux palliatifs du premier échelon. L'instauration d'une programmation de 360 lits Sp (les entités palliatives résidentielles) pour l'ensemble de la Belgique (arrêté royal du 30 octobre 1996) constitue un premier pas à l'échelle fédérale.

Une série d'arrêtés royaux du 19 juin 1997 et du 15 juillet 1997 renforcent le cadre fédéral des soins palliatifs:

— Les associations en matière de soins palliatifs: agrément et subsidiation (forfaitaire) (les équipes d'accompagnement multidisciplinaires);

— La fonction palliative dans les MRS;

— La fonction palliative dans les hôpitaux généraux;

— La fonction palliative pour les unités palliatives résidentielles (service Sp);

— Les normes d'agrément des services de soins palliatifs dans les hôpitaux généraux.

Sur la base de l'assurance maladie, les soins ont été administrés par les équipes d'accompagnement multidisciplinaires figurant dans la liste des prestations remboursables. On a prévu un remboursement de 100% des honoraires par l'assurance.

Un bref aperçu de l'organisation actuelle.

a) *Les unités de soins palliatifs*, qui dispensent des soins en milieu hospitalier dans des «hospices» entièrement séparés des hôpitaux:

— Les malades en phase terminale qui exigent des soins professionnels permanents;

— Les patients qui sont temporairement pris en charge afin que leurs symptômes soient contrôlés;

— Les patients sans cohabitant;

— Patiënten van wie de familie de zorg tijdelijk niet aankan.

b) De palliatieve functie of mobiele eenheid in algemene ziekenhuizen

In het ziekenhuis kan een pluridisciplinair team worden samengesteld uit deskundigen (een medicus zoals anesthesist of oncoloog, een verpleegkundige, een sociaal werker, een psycholoog of agoog) die hulp en bijstand op psychisch, medisch en sociaal gebied verlenen om tegemoet te komen aan de fysieke, psychische en spirituele noden van de patiënten tijdens de terminale fase van hun ziekte en die ertoe bijdragen een zekere kwaliteit van het leven te vrijwaren. Dit team staat ook in voor de steun aan of de opleiding of voorlichting van het verzorgingsteam in de palliatieve eenheid. Deze teams kunnen zowel de patiënt als de verzorgers van de verpleegkundige eenheid waar de patiënt verzorgd wordt rechtstreeks begeleiden.

c) De palliatieve thuiszorgteams

Dit zijn teams van deskundigen die de professionele thuisverzorgers ondersteunen en begeleiden bij de uitvoering van de palliatieve thuiszorg. Een rechtstreekse begeleiding van de stervende of zijn familie kan ook door de leden van het gespecialiseerde team worden uitgevoerd. Indien het palliatieve team over voldoende professionele medewerkers beschikt, wordt vooral een coördinerende rol in de organisatie van de palliatieve zorg, de ondersteuning van de bestaande professionele thuiszorg en een vlotte overgang thuis-intramurale zorg georganiseerd. Beschikt het team vooral over vrijwilligers, dan bestaat de taak van het team erin morele ondersteuning aan de patiënt en zijn familie te geven. Sommige palliatieve teams worden vanuit een ziekenhuis georganiseerd en begeleiden tegelijk de thuisverzorgers.

d) De palliatieve netwerken

Sedert het Besluit van de Vlaamse Regering van 3 mei 1995 dat de erkenning en subsidiëring van de palliatieve netwerken regelt is er ernstig werk gemaakt van het opzetten van deze netwerken. Ondertussen zijn over heel Vlaanderen 15 palliatieve netwerken actief. Veel tijd en aandacht werd tevens besteed aan het opzetten van de interne vorming en het organiseren van een kwaliteitsvolle intervisie.

De eveneens door de Vlaamse Gemeenschap gefinancierde Federatie Palliatieve Zorg VZW overkoepelt de netwerken en biedt hen ondersteuning, vooral op het gebied van de meer gespecialiseerde vorming. Tevens is de Federatie de gesprekspartner van de overheid met betrekking tot de verdere uitbouw van de netwerken.

Het organisatiepeil en de ontwikkeling van de verschillende palliatieve netwerken is nog divers,

— Les patients dont la famille n'est temporairement pas à même d'assurer les soins.

b) La fonction palliative ou unité mobile dans les hôpitaux généraux

À l'hôpital, on peut constituer une équipe pluridisciplinaire composée d'experts (un médecin tel qu'un anesthésiste ou un oncologue, un infirmier, un assistant social, un psychologue ou un éducateur social) qui apportent une aide et une assistance psychique, médicale et sociale afin de rencontrer les besoins physiques, psychiques et spirituels des patients durant la phase terminale de leur maladie. Ces spécialistes contribuent également à garantir une certaine qualité de la vie. Cette équipe veille aussi au soutien, à la formation ou à l'information de l'équipe soignante dans l'unité de soins palliatifs. Ces équipes peuvent assurer l'accompagnement direct aussi bien du patient que des soignants de l'unité de soins où le patient est soigné.

c) Les équipes de soins palliatifs à domicile

Ce sont des équipes d'experts qui soutiennent et accompagnent les soignants à domicile professionnels lors de l'administration des soins palliatifs à domicile. Un accompagnement direct du mourant ou de sa famille peut aussi être assuré par les membres de l'équipe spécialisée. Si l'équipe de soins palliatifs dispose d'un nombre suffisant de collaborateurs professionnels, on organise surtout un rôle de coordination dans l'organisation des soins palliatifs, le soutien des soins professionnels à domicile existants et un passage aisé des soins à domicile aux soins hospitaliers. Si l'équipe dispose principalement de bénévoles, sa tâche consiste alors à fournir au patient et à sa famille un soutien moral. Certaines équipes palliatives sont organisées à partir d'un hôpital et assurent simultanément l'accompagnement des soignants à domicile.

d) Les réseaux palliatifs

Depuis l'arrêté du gouvernement flamand du 3 mai 1995 réglant l'agrément et la subvention des réseaux palliatifs, on a sérieusement travaillé à la constitution de ces réseaux. Depuis lors, quinze réseaux sont actifs en Flandre. On a également consacré beaucoup de temps et d'attention à la formation interne et à l'organisation d'une intervisie de qualité.

L'ASBL *Federatie Palliatieve Zorg*, également financée par la Communauté flamande, chapeaute les réseaux et leur offre un encadrement, surtout dans le domaine de la formation plus spécialisée. En même temps, la *Federatie* est l'interlocuteur des pouvoirs publics en vue d'un développement ultérieur des réseaux.

Le niveau d'organisation et le développement des différents réseaux palliatifs sont encore inégaux. Cela

hetgeen vooral te maken heeft met de financiering. De verschillende netwerken werken met zeer verschillende middelen. Naast de financiering door de Vlaamse Gemeenschap via het bovenvermelde besluit putten de palliatieve netwerken uit een aantal onzekere financieringsbronnen.

De financiering is dé beperkende kritische factor in het functioneren van de palliatieve netwerken. Deze onvolledige financiering heeft te maken met het lang uitblijven van een federale financiering. Naast de «samenwerkingsverbanden» is in «equipes tot ondersteuning» voorzien. Hun financiering werd gepland via conventies met het RIZIV die lang op zich lieten wachten. Daarom heeft de Vlaamse Regering in 1997 maatregelen genomen om de acute financiële nood van de netwerken te lenigen door aan elk palliatief netwerk een extra bedrag van 1 miljoen frank toe te kennen. Deze middelen dienden te worden aangewend om de in de federale besluiten uitgetekende structuren voor te bereiden en zo mogelijk reeds op te richten.

3. Waardig levenseinde : nood aan een volwaardige palliatieve zorgcultuur

3.1. Voor de partij waarvan het lid deel uitmaakt is het recht op palliatieve zorg een basisrecht voor elke mens. Het vormt een sociaal recht ter uitvoering van artikel 23 van de Grondwet.

De beleidsmatige aandacht heeft geleid tot de structurering van het palliatief landschap in België en Vlaanderen. Substantiële stappen werden daartoe recent gezet door de bevoegde overheden. Nu komt het erop aan de bestaande structuren te optimaliseren en te verfijnen. Dit moet leiden tot een palliatieve zorgcultuur die geïntegreerd wordt in de thuiszorg, de zorg in thuisvervangende milieus zoals RVT's of hospices en de zorg in ziekenhuizen.

Het wetsvoorstel ingediend door de fractie van het lid schrijft dit recht op palliatieve verzorging in als een grondrecht.

Dit veronderstelt vanzelfsprekend dat het medisch korps en de paramedici voldoende scholing en vorming genieten in het omgaan met stervensbegeleiding. Op Vlaams niveau zal een wetgevend initiatief genomen worden om dit aspect van de gezondheidszorg verplicht op te nemen in de curricula van de opleidingscycli.

Iedereen is het erover eens dat therapeutische hardnekkigheid moet vermeden worden. De hedendaagse geneeskunde begeleidt terminale patiënten op diverse manieren. Er worden verschillende codes gehanteerd. Men spreekt over code 1 (niet reanimeren), code 2 (geen therapie meer toevoegen of uitbreiden) en code 3 (therapieafbouw). Dit moet in het team en in dialoog met de patiënt en of familie worden afgesproken.

est principalement dû au financement. Les réseaux travaillent avec des moyens très différents. Outre le financement par la Communauté flamande via l'arrêté susmentionné, les réseaux palliatifs bénéficient d'un certain nombre de sources de financement incertaines.

Le financement constitue le facteur critique qui bride le fonctionnement des réseaux palliatifs. Ce financement insuffisant découle de la longue absence d'un financement fédéral. À côté des «accord de coopération», des «équipes de soutien» sont prévues. Leur financement fut planifié grâce à des conventions avec l'INAMI qui se sont longtemps fait attendre. C'est pourquoi le gouvernement flamand a pris, en 1997, des mesures afin d'apaiser les besoins financiers criants des réseaux en octroyant à chaque réseau palliatif un montant supplémentaire d'un million de francs. Ces moyens devaient être utilisés afin de préparer et, si possible, de créer déjà les structures dessinées dans les arrêtés fédéraux.

3. Une fin de vie digne : besoin d'une culture des soins palliatifs de qualité

3.1. Pour le parti auquel le membre appartient, le droit aux soins palliatifs constitue un droit fondamental pour chacun et un droit social en application de l'article 23 de la Constitution.

L'attention portée par le pouvoir politique a mené à la structuration du paysage des soins palliatifs en Belgique et en Flandre. Les autorités compétentes s'y sont employées, étape après étape les derniers temps. Il s'agit maintenant d'optimiser et d'épurer les structures existantes. Cela doit mener à la création d'une culture des soins palliatifs intégrée aux soins à domicile, aux soins dans un milieu substitutif tel que les MRS ou les hospices, et aux soins à l'hôpital.

La proposition de loi déposée par le groupe du membre décrit ce droit aux soins palliatifs comme un droit de base.

Cela suppose bien entendu que le corps médical et le personnel paramédical bénéficient d'une formation suffisante dans le domaine de l'accompagnement des mourants. En Flandre, une initiative législative sera prise afin de rendre cet aspect des soins de santé obligatoire dans les programmes d'études des cycles de formation.

Chacun est d'accord pour affirmer que l'acharnement thérapeutique doit disparaître. La médecine moderne suit de diverses manières le patient en phase terminale. Différents codes sont utilisés. On parle du code 1 (ne pas réanimer), du code 2 (ne plus ajouter une thérapie ou ne plus étendre la thérapie en cours) et du code 3 (arrêt progressif de la thérapie). Cela doit être convenu dans l'équipe et en concertation avec le patient et/ou sa famille.

Omtrent deze beslissingen die op het levenseinde genomen worden, zou meer duidelijkheid en transparantie moeten komen. Te vaak worden vandaag een aantal beslissingen genomen boven de hoofden van de patiënt en zijn familie.

Een andere mogelijkheid van medische handeling is deze van de gecontroleerde sedatie, het toedienen van kalmerende middelen, een weloverwogen bewustzijnsverlaging die het lijden moet wegnemen. Gecontroleerde sedatie is in deze omstandigheden een normale behandelingsmogelijkheid.

Het ligt in de bedoeling het gebruik van deze coderingen verplicht te maken voor het medisch korps via een opname in de Deontologische Code voor Plichtleer. Tegelijkertijd dient de wettelijke grondslag van de deontologische code te worden geregeld.

3.2. Bij dit recht op palliatieve zorg is voor de christen-democraten de palliatieve thuiszorg prioritair.

3.2.1. Palliatieve thuiszorg werd in het leven geroepen om de terminale zieke zolang mogelijk in zijn vertrouwde omgeving te laten. Soms zegt men dat het de dood terugbrengt in onze eigen leefwereld, namelijk thuis, omringd door kinderen en kleinkinderen.

De dood is inderdaad geëvolueerd van een sociaal gebeuren naar een strikt medisch-technisch fenomeen. Een eeuw geleden overleed 90 % van de mensen thuis, nu sterft 70 % in een ziekenhuis.

Naast alle normale dagelijkse activiteiten komen bij palliatieve thuiszorg de specifieke palliatieve zorgactiviteiten om de hoek kijken. Het gezin dat zijn zieke familielid opvangt en verzorgt, wordt daarin ondersteund door de zorgenverstrekkers: huisarts, verpleegkundigen, kinesist, enzovoort. Maar toch staat de mantelzorger er vaak alleen voor.

De huisarts blijft vanzelfsprekend de centrale figuur in de thuisverzorging. Hij zal extra bereikbaar zijn voor de familie; soms komt hij meerdere keren per dag langs. Ook de thuisverpleegkundige komt vaak meerdere keren per dag langs voor hygiënische zorg, medicatie, enzovoort. Haar bezoeken zijn evenwel ook beperkt in de tijd. Hetzelfde geldt voor de kinesist en de andere zorgverleners.

Er is dus heel wat meer nodig in de palliatieve thuiszorg dan enkel professionele hulp. Een goed georganiseerde mantelzorg is de basis voor palliatieve thuisverzorging. De mantelzorgers kunnen zelf echter behoefte hebben om er even tussen uit te gaan, of hebben emotionele ondersteuning nodig. De vrijwilligers vormen dan een belangrijke schakel in de palliatieve thuiszorg en zijn vaak een brug tussen mantelzorg en professionele hulpverlening.

Il faudrait que les décisions relatives à la fin de vie fassent l'objet de plus de clarté et de transparence. Trop de décisions se prennent actuellement sans que le patient ni sa famille ne soient consultés.

Il existe une alternative médicale, la sédation contrôlée: il s'agit d'administrer des calmants et de diminuer de façon bien réfléchie le degré de conscience afin d'éliminer la souffrance. Dans de telles circonstances, la sédation contrôlée est une possibilité de traitement normale.

On a l'intention d'imposer l'utilisation de ces codifications au corps médical en les intégrant au Code de déontologie. Il faut parallèlement régler la question du fondement juridique du Code de déontologie.

3.2. Dans le cadre du droit aux soins palliatifs, les sociaux-démocrates considèrent que les soins palliatifs à domicile sont prioritaires.

3.2.1. Les soins palliatifs à domicile ont été créés afin maintenir le plus longtemps possible le malade en phase terminale dans l'environnement qui lui est familier. On dit parfois qu'ils ramènent la mort dans notre propre environnement, à savoir à la maison, où le mourant est entouré de ses enfants et de ses petits-enfants.

La mort a en effet évolué; d'événement social, elle est devenue une phénomène strictement médico-technique. Il y a un siècle, 90% des personnes mouraient à domicile et actuellement, 70% décèdent à l'hôpital.

En cas de soins palliatifs à domicile, il faut assumer des soins palliatifs spécifiques en plus de toutes les activités quotidiennes normales. La famille qui s'occupe de son parent malade est soutenue par les prestataires de soins: médecin traitant, infirmiers, kinésithérapeute ... mais elle reste cependant souvent bien seule.

Le médecin traitant reste bien entendu la figure centrale des soins à domicile. Il fait preuve d'une grande disponibilité et passe même parfois plusieurs fois par jour. L'infirmière à domicile passe aussi souvent plusieurs fois par jour pour les soins corporels, le traitement, etc. Cependant, ses visites sont aussi limitées dans le temps. Il en va de même pour le kinésithérapeute et les autres dispensateurs de soins.

Les soins palliatifs à domicile requièrent donc bien plus que de la seule aide professionnelle. Bien organisés, les soins de l'entourage sont la base des soins palliatifs à domicile. La famille peut cependant parfois avoir besoin de sortir, ou peut avoir besoin de soutien psychologique. Les bénévoles constituent alors un chaînon important et servent souvent d'intermédiaires entre les dispensateurs de soins professionnels et la famille.

Op de palliatieve teams (multidisciplinaire begeleidingsequipes) kan een beroep gedaan worden om de somatische, psychologische, sociale en spirituele noden van de terminale zieke op te vangen en om de nabestaanden te ondersteunen bij de organisatie van de zorg en het begeleiden van de zieke.

3.2.2. Het is dit model dat verder moet worden ondersteund en uitgebouwd. En dit vergt een bijsturing van de ondersteunende thuiszorg en de coördinatie en integratie binnen de eerste lijn.

Vandaar drie voorstellen:

— Sinds 1 januari 2000 bestaat er een forfait van 19 500 frank voor palliatieve thuiszorg. Dit thuiszorgforfait is echter beperkt tot maximum 2 maanden.

— De christen-democraten stellen voor dit palliatief thuiszorgforfait verlengbaar te maken met een maximum van 6 maanden, terwijl de regering slechts een maximum van 3 maanden beoogt, en dit pas vanaf 2002.

— De palliatieve thuiszorgequipe wordt uitgebreid.

Eenzijds wordt de betrokkenheid van de huisarts op de eerste lijn verstrekt. De palliatieve equipe tot ondersteuning, werkzaam in het kader van de palliatieve samenwerkingsverbanden in de thuiszorg, dient voortaan 8 uren per week een beroep te kunnen doen op een huisarts met specifieke vorming of ervaring in de palliatieve zorg. Dit betekent een verdubbeling tegenover de huidige situatie.

Anderzijds wordt in de ondersteuning van het team voorzien door een geneesheer-specialist in de algologie en door een pijnverpleegkundige. Ook dit moet bijdragen tot een betere behandeling en begeleiding van de palliatieve patiënt.

Er is nood aan reëel kostendeekkende financiering van de multidisciplinaire begeleidingsequipes in de thuiszorg. De huidige financiering dekt niet de werkelijke kosten en vergoedt in onvoldoende mate de vereiste multidisciplinariteit. De uitbreiding van de palliatieve zorgequipe vertaalt zich tevens in een uitbreiding van de subsidiëring.

Volgens een eerste berekening zou het forfait opgetrokken worden van 1 250 000 frank naar 3 780 000 frank, zijnde 500 000 voor de extra ondersteuning door de huisarts, 280 000 frank voor de tussenkomst van de geneesheer-specialist in de algologie, en 1 750 000 frank voor de inschakeling van de pijnverpleegkundige.

3.3. De palliatieve zorg in de ouderenzorgvoorzieningen moet verder worden uitgebouwd onder meer door een adequate financiering.

On peut faire appel aux équipes palliatives (équipe d'accompagnement multidisciplinaires) pour répondre aux besoins somatiques, psychologiques, sociaux et spirituels des malades en phase terminale et pour soutenir les proches dans l'organisation des soins et l'accompagnement du malade.

3.2.2. C'est ce modèle qu'il faut consolider et étendre. Cela requiert une réorientation des soins à domicile et leur coordination et intégration dans les soins du premier échelon.

De là, découlent trois propositions:

— Il existe depuis le 1^{er} janvier 2000 un forfait de 19 500 francs pour les soins palliatifs à domicile. Ce forfait est cependant limité à un maximum de deux mois.

— Les sociaux-démocrates proposent de permettre la prolongation de ce forfait pour soins palliatifs jusqu'à un maximum de six mois alors que le gouvernement ne prévoit que trois mois et ce à partir de 2002 seulement.

— L'équipe de soins palliatifs à domicile est étendue.

D'une part, on renforce l'implication du médecin traitant du premier échelon. L'équipe palliative de soutien, active dans le cadre des relations de coopération en matière de soins palliatifs à domicile, doit désormais pouvoir faire appel 8 heures par semaine à un médecin traitant ayant une formation ou une expérience spécifique en soins palliatifs. Cela représente un doublement par rapport à la situation actuelle.

D'autre part, on prévoit le soutien de l'équipe par un médecin spécialiste en algologie et par un infirmier spécialisé dans la lutte contre la douleur. Cela aussi doit contribuer à améliorer le traitement et l'accompagnement du patient.

Il faut un financement qui couvre réellement les coûts des équipes multidisciplinaires d'accompagnement des soins à domicile. Le financement actuel ne couvre pas les frais réels et indemnise insuffisamment la nécessaire multidisciplinarité. L'extension de l'équipe de soins palliatifs se traduit aussi par une extension de la subsidiation.

Selon les premiers calculs, le forfait passerait de 1 250 000 francs à 3 780 000 francs, à savoir 500 000 francs pour le soutien supplémentaire du médecin traitant, 280 000 francs pour l'intervention du médecin-spécialiste en algologie et 1 750 000 francs pour l'intégration de l'infirmier spécialisé dans la lutte contre la douleur.

3.3. Les soins palliatifs dans les institutions de soins aux personnes âgées doivent être développés notamment par un financement adéquat.

3.3.1. Door de toename van de levensverwachting gaan bejaarden op steeds hogere leeftijd naar een rusthuis (ROB) of rust- en verzorgingstehuis (RVT). Op het ogenblik dat ze er hun intrek nemen, zijn ze ook reeds meer zorgbehoevend. De bejaarden die er komen wonen, sterven er ook. Hierdoor stijgt ook het aantal overlijdens in deze residentiële voorzieningen.

Uit de evolutie van de cijfers blijkt dat 10 jaar geleden ongeveer 25% van de bejaarden sterft in het rusthuis tegenover 75% in het ziekenhuis. Vandaag zijn de verhoudingen precies omgekeerd.

Niet alle bejaarden die in een rusthuis sterven zijn palliatieve patiënten. Voor degenen die er als palliatieve patiënten sterven, is het belangrijk dat een palliatieve zorgcultuur aanwezig kan zijn, waarbij ruimte wordt geschapen voor het sterven en het rouwen, voor het afscheid nemen van medebewoners en familie, voor de individuele ondersteuning, voor het weren van elke therapeutische hardnekkigheid en overbodige medicalisering, voor een adequate pijnbestrijding. Stervenszorg maakt een essentieel onderdeel uit van kwaliteitszorg binnen de bejaardenvoorziening.

Maar deze overtuiging leeft nog niet in alle geesten, en dit ondanks de toenemende vergrijzing. In de rust- en verzorgingstehuizen in Vlaanderen lijdt tegenwoordig ongeveer 1/3 van de bejaarden aan dementie. De laatste levensfase die deze bejaarden doorbrengen in het RVT kan men ook palliatief noemen. De ziekte van dementie is niet meer te genezen. Het gaat hier immers om mensen die een zorg krijgen gericht op palliatie of beter een zorg die zich op «comfortverhoging van leven» richt.

En toch lijkt voor velen — ten onrechte weliswaar — sterven in een RVT veel normaler dan in een ziekenhuis of in een palliatieve eenheid.

In die zin is het niet te verwonderen dat steeds meer hulpverleners uit de palliatieve sector vragen dat het begrip «palliatief» wordt uitgebreid, dat RVT's dezelfde voordelen moeten krijgen als ziekenhuizen, thusequipes of hospices, en dat op palliatieve zorg geen termijn mag staan — zoals vandaag in de praktijk wel het geval is. Palliatieve zorg mag geen synoniem blijven van «terminale» zorg, maar zou een nieuwe, empathische zorgcultuur moeten inleiden die naadloos wordt geïntegreerd in de gezondheidszorg.

3.3.2. Palliatieve zorg hoort inderdaad ook thuis in een RVT, net zo goed als thuis, in het ziekenhuis of in welke zorgsituatie ook. En toch blijft ondersteuning van RVT's van overheidswege achterwege.

Dit kan niet langer. En de cijfers tonen dit aan.

In Vlaanderen zijn er 877 RVT's. In het jaar 2000 zal Vlaanderen 1 310 798 bejaarden tellen van wie een

3.3.1. Compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie, les personnes âgées vont en maison de repos (MR) ou en maison de repos et de soins (MRS) à un âge de plus en plus élevé. Quand elles y entrent, elles requièrent déjà plus de soins. Les personnes âgées qui vont y vivre, y meurent aussi de sorte que le nombre de décès dans ces institutions résidentielles est en augmentation.

Il ressort de l'évolution des chiffres qu'il y a dix ans, 25% environ des personnes âgées mouraient en maisons de repos contre 75% à l'hôpital. Aujourd'hui, la proportion est inversée.

Toutes les personnes âgées qui meurent en maison de repos ne sont pas des patients palliatifs. Pour ceux qui y meurent après une phase palliative, il importe qu'une culture des soins palliatifs y existe, qui crée un espace pour la mort et le deuil, l'adieu aux autres pensionnaires et à la famille, pour le soutien individuel, le refus de tout acharnement thérapeutique et de toute médicalisation superflue, pour un traitement adéquat de la douleur. Les soins aux mourants sont un élément important de la qualité des soins dans une institution destinée aux personnes âgées.

Mais cette conviction n'est pas encore partagée par tous, en dépit du vieillissement croissant. Dans les maisons de repos et de soins en Flandre, 1/3 environ des personnes âgées souffrent de démence. On peut aussi considérer comme palliative la dernière tranche de vie qu'elles y passent. La démence n'est plus curable. Il s'agit de personnes qui reçoivent des soins à tendance palliative ou mieux, des soins axés sur l'amélioration de leur confort de vie.

Et pourtant beaucoup considèrent — certes à tort — que mourir dans une MRS est bien plus normal qu'à l'hôpital ou dans une unité de soins palliatifs.

Il ne faut donc pas s'étonner que de plus en plus d'acteurs du secteur des soins palliatifs demandent qu'on étende le concept «palliatifs», que les MRS bénéficient des mêmes avantages que les hôpitaux, les équipes à domicile ou les hospices et qu'on ne lie pas les soins palliatifs à un délai — comme c'est le cas dans la pratique aujourd'hui. Les soins palliatifs ne peuvent être synonymes de soins «terminaux» mais devraient introduire une nouvelle culture de soins basée sur l'empathie et intégrée aux soins de santé.

3.3.2. Les soins palliatifs ont aussi leur place dans les MRS, tout comme dans les hôpitaux, à domicile ou dans tout autre contexte de soins. Et l'appui des pouvoirs publics aux MRS se fait attendre.

Cette situation ne peut durer, les chiffres le montrent.

Il y a 877 MRS en Flandre. En 2000, la Flandre comptera 1 310 798 personnes âgées dont une bonne

heel deel dementerend is. De Federatie Palliatieve zorg zegt «dat de palliatieve zorg in zijn hemd zal staan».

Voor de partij waarvan het lid deel uitmaakt moet in het denken rond gezondheidszorg de aandacht verlegd worden van genezing («cure») via verzorging («care») naar liefdevolle aandacht («core»). Naast de technische mogelijkheden die bestaan, vragen mensen immers om tijd, aandacht, warmte, vertrouwen en veiligheid. De mensen willen meedenken, zelf meebepalen wat kwaliteit van leven voor hen inhoudt. En dat mogen we niet uit het oog verliezen, niet alleen bij de palliatieve zorg, maar bij de hele gezondheidszorg in ons land.

Voorstellen:

a) De palliatieve functie is, wat de rust- en verzorgingstehuizen betreft, momenteel enkel geregeld met betrekking tot erkenningsnormen, doch nog niet van een financiering voorzien. Het wetsvoorstel bepaalt dat de palliatieve functie in RVT's wordt opgenomen door 1 voltijds equivalent verpleegkundige per 100 RVT-bedden.

De versterking van de personeelsbezetting in rusthuizen wordt gecompenseerd door een daling van de voor de gemeenschap duurdere ziekenhuisopnames.

b) In de palliatieve functie wordt ook in PVT's (psychiatrische verzorgingstehuizen) voorzien via erkenningsnormen en financiering.

3.4. De palliatieve zorg in ziekenhuizen moet verder uitgebouwd en ondersteund worden.

3.4.1. In ziekenhuizen is reeds ruim aandacht voor een palliatieve zorgcultuur.

Palliatieve zorg vormt een «sleutelopdracht» in het loslaten van de therapeutische hardnekkigheid die het curatief medico-technisch zorgmilieu kenmerkt. Ondanks de prioriteit voor palliatieve zorg in het thuismilieu, is het voor heel wat patiënten niet mogelijk om thuis te sterven, wegens te snelle achteruitgang, onduidelijkheid over het ziekteverloop, onvoldoende (draagkracht in de) mantelzorg en gebrek aan ondersteuning in de thuiszorg. Deze mensen moeten in het ziekenhuis op een zo menswaardige manier kunnen sterven.

Er moet verder werk worden gemaakt van een aanbod aan gespecialiseerde medische en paramedische zorgen en bijstand voor stervenden. Aan deze palliatieve zorg moet voldoende aandacht worden besteed tijdens de vorming en navorming van artsen.

3.4.2. Het is een feit dat steeds meer mensen geïnteresseerd zijn in palliatieve zorg, in welke vorm dan ook. Zij verdienen aanmoediging en ondersteu-

partie atteintes de démence. La Fédération des soins palliatifs dit que les soins palliatifs se trouveront fort démunis.

Le parti auquel appartient la sénatrice estime qu'en matière de soins de santé, il faudra déplacer l'accent du curatif, «cure», à la sollicitude affectueuse «core», en passant par les soins, «care». Certes, il existe des moyens techniques, mais les personnes demanderont toujours aussi du temps, de l'attention, de la chaleur, de la confiance et de la sécurité. Les personnes veulent participer à la réflexion sur et à la définition de ce qu'est pour eux la qualité de la vie. C'est un élément que nous ne devons pas perdre de vue, non seulement dans les soins palliatifs mais, de manière plus générale, dans les soins de santé dans notre pays.

Propositions:

a) Pour les maisons de repos et de soins, la fonction palliative n'est actuellement régie qu'en ce qui concerne les normes d'agrément, mais aucun financement n'est prévu. La proposition de loi prévoit 1 équivalent temps plein d'infirmier pour 100 lits MRS à fonction palliative.

Le renforcement du cadre dans les maisons de repos sera compensé par une diminution des hospitalisations qui coûtent plus cher à la communauté.

b) La fonction palliative est aussi prévue dans les MSP via les normes d'agrément et le financement.

3.4. Les soins palliatifs dans les hôpitaux doivent être étendus et soutenus.

3.4.1. Dans les hôpitaux, on porte déjà une grande attention à la culture liée aux soins palliatifs.

Les soins palliatifs constituent une «mission-clé» dans l'abandon de l'acharnement thérapeutique qui caractérise le milieu de soins médico-technique curatif. En dépit de la priorité accordée aux soins palliatifs à domicile, il est impossible pour de nombreux patients de mourir à la maison, en raison d'un déclin trop rapide, du manque de clarté sur l'évolution de leur maladie ou du manque de possibilités de soins de l'entourage et du manque de soutien aux soins à domicile. Ces personnes doivent pouvoir mourir à l'hôpital dans des conditions compatibles avec la dignité humaine.

Il faut s'atteler à l'offre de soins paramédicaux et médicaux spécialisés pour les mourants. Il faut qu'une place suffisante soit réservée aux soins palliatifs dans la formation et le recyclage des médecins.

3.4.2. Il est un fait que de plus en plus de gens s'intéressent aux soins palliatifs, quelle que soit leur forme. Ils méritent encouragement et appui. C'est

ning. Net daarom zijn hun getuigenissen van groot belang.

Het is primordiaal dat geneesheren geen euthanasie voorstellen daar waar goede continue zorgen volstaan.

De huidige ziekenhuiscontext mag men echter niet uit het oog verliezen: de zorgenverstrekkers hebben een nijpend tekort aan middelen om levensbeëindiging te humaniseren. En ook het tekort aan een specifieke opleiding laat de geneesheren en het verplegend personeel ongewapend wanneer genezing niet meer mogelijk is. Binnen het kader van de huidige ziekenhuisproductiviteit kunnen zij geen tijd vrijmaken om naar een weerloze patiënt te luisteren, er voor hem te zijn en hem de zorgen in een aangepast ritme te verstrekken.

Tweede punt gaat over de bekommernis of het wetsvoorstel de integratie binnen de medische praktijken zal bevorderen van een gespreksethiek waarbij de patiënt het middelpunt is.

Samenspraak is het voornaamste element bij elke beslissing met ethische verwickelingen voor de patiënten die over hun morele autonomie beschikken. Maar er moeten ook bakens worden uitgezet. Men moet zich wapenen tegen het gevaar over te gaan tot emotionele daden en te persoonlijke interpretaties van de pijn of van wat de patiënt zegt.

De dialoog met de familie en de zorgenverstrekkers, eventueel uitgebreid met personen die raad kunnen verstrekken in ethische vraagstellingen, is eveneens een ruggensteun.

Zo'n gespreksethiek is noodzakelijk:

— Het bevordert de diagnosestelling van de ethische problematiek: de persoonlijke situatie van de patiënt wordt als door een prisma gezien. Inderdaad, de ethische dilemma's van de patiënt worden getekend door de inherente complexiteit van het globale lijden van de patiënt.

— Het confronteert verschillende overtuigingen met elkaar en laat de patiënt toe te ontsnappen aan de subjectiviteit van één enkele verzorger die zijn eigen blik heeft op de zaken en zijn eigen systeem van persoonlijke waarden.

— Het bepaalt een gespreksethiek die iedereen aanzet zijn positie te staven, de verschillende obstakels uit de weg te ruimen en er uitvalswegen voor te zoeken.

— Door samen te overleggen komt men tot de meest geschikte oplossing.

Inderdaad, het drama van de levensbeëindiging belangt hier niet enkel de patiënt en zijn arts aan, doch ook zijn naaste familie en de zorgenverstrekkers.

précisément pour cela que leurs témoignages sont d'une grande importance.

Il est primordial que les médecins ne proposent pas l'euthanasie là où de bons soins continus suffisent.

Il ne faut cependant pas perdre de vue le contexte hospitalier actuel: les dispensateurs de soins souffrent d'un manque criant de moyens pour humaniser la fin de vie. Le manque de formation spécifique laisse aussi les médecins et le personnel hospitalier bien démunis face aux cas incurables. Dans le cadre de productivité actuel, ils n'ont plus le temps d'écouter un patient désarmé, d'être là pour lui et de lui dispenser des soins à un rythme adapté.

Le deuxième point porte sur le souci de voir la proposition de loi favoriser l'intégration dans les pratiques médicales d'une éthique du dialogue où le patient est l'élément central.

La concertation est l'élément essentiel pour toute décision qui a des implications éthiques pour les patients qui disposent de leur autonomie morale. Mais il faut aussi fixer des limites. Il faut se prémunir contre le danger qui consiste à en arriver à des actes émotionnels ou à des interprétations trop personnelles de ce que dit le patient.

Le dialogue avec la famille et les dispensateurs de soins, éventuellement élargi aux personnes qui peuvent donner des conseils sur les questions éthiques, est aussi précieux.

Une telle éthique du dialogue est nécessaire:

— Elle stimule le diagnostic du problème éthique: la situation personnelle du patient est vue comme à travers un prisme. En effet, les dilemmes éthiques du patient sont marqués par la complexité inhérente à la souffrance globale du patient.

— Elle confronte les diverses convictions et permet au patient d'échapper à la subjectivité d'un seul dispensateur de soins qui a sa propre vision des choses et son propre système de valeurs.

— Elle incite chacun à étayer sa position, à éliminer les obstacles et à trouver d'autres solutions.

— En se concertant, on trouve la solution la plus appropriée.

En effet, le drame de la fin de vie ne touche pas seulement le patient et son médecin mais aussi sa proche famille et les dispensateurs de soins.

Opdat dit gezamenlijk overleg echt vruchten zou afwerpen, moet het zich inschrijven in het kader van een interdisciplinaire werking die de patiënt in het centrum plaatst van de te verstrekken zorgen. Deze benadering is tegenstrijdig met de pluridisciplinariteit die momenteel nog zegeviert in de ziekenhuizen waar verschillende specialisten elk hun eigen advies geven wat een ontredde kan veroorzaken bij de zieke.

3.4.3. Opdat de zieke werkelijk zijn autonomie kan uitoefenen, moet de zorgverstrekker die de medische kennis bezit, in zijn relatie met de patiënt duidelijk uitdrukken dat hij bereid is te luisteren naar hem, een dialoog met hem aan te gaan en hem te respecteren.

Dat behoort tot een van de fundamentele patiëntenrechten.

Nu vertoont de gezondheidszorg bij het naderende levenseinde al te vaak minder humane kanten: weinig of geen contact met de arts en de patiënt, weinig of geen overleg, weinig of geen informatie, een onpersoonlijke behandeling, een behandeling die aangezien wordt als technisch gebeuren of therapeutische hardnekkigheid.

De werkelijke democratisering van het zelfbeschikingsrecht berust dus op de democratisering van de medische macht.

De fractie van het lid wil daarom een regeling van algemene patiëntenrechten die voorkomt dat medische beslissingen over de hoofden van de patiënten heen worden genomen. Centraal hierbij staat een regeling van de « goed-geïnformeerde instemming ».

Het principe van deze « informed consent » staat uitdrukkelijk ingeschreven als grondbeginsel in de Conventie tot bescherming van de rechten van de mens en de bio-ethiek.

De « goed geïnformeerde instemming » geldt evenzeer voor de stervende mens. Stervende mensen verdienen alle zorg en respect.

Dat wordt ook uitdrukkelijk bevestigd in resoluties en aanbevelingen van de Raad van Europa. Aan de lidstaten wordt gevraagd in hun nationale recht maatregelen op te nemen om ongeneeslijk zieken en stervenden in het aanschijn van de dood de nodige juridische en sociale bescherming te bieden en hun waardigheid te vrijwaren. De stervende mens is immers de zwakke mens bij uitstek. Dit respect vertaalt zich in het zorgen voor een aangename omgeving die toelaat dat de mens waardig kan sterven.

Vanuit deze bekommernissen vragen de christen-democraten de volgende zaken:

a) De bedragen waarin momenteel is voorzien voor de palliatieve functie in algemene ziekenhuizen, die in elk ziekenhuis een verplichte functie vormt, zijn ontoereikend. Vandaar dat een meer adequate finan-

Pour que cette concertation porte vraiment ses fruits, elle doit s'inscrire dans un cadre interdisciplinaire où le patient est central. Cette approche n'est pas compatible avec la pluridisciplinarité qui règne actuellement dans les hôpitaux où les divers spécialistes donnent chacun leur avis, ce qui peut susciter le désarroi chez le malade.

3.4.3. Pour que le malade puisse réellement exercer son autonomie, le prestataire de soins, qui possède le savoir médical, doit clairement exprimer, dans sa relation avec le patient, qu'il est prêt à l'écouter, à entamer un dialogue avec lui et à le respecter.

Cela relève d'un des droits fondamentaux des patients.

Actuellement, les soins dispensés aux patients dont le décès est proche comportent bien souvent peu d'aspects humains: peu ou pas de contact avec le médecin et le patient, peu ou pas de concertation, peu ou pas d'informations, traitements impersonnels, considérés comme des actes techniques ou de l'acharnement thérapeutique.

La véritable démocratisation du droit à l'autodétermination repose donc sur la démocratisation de l'autorité médicale.

Pour cette raison, le groupe de l'orateur veut élaborer un règlement sur les droits généraux des patients afin d'empêcher que les décisions médicales soient prises sans concertation avec eux. La base est une règle impliquant un consentement éclairé.

Le principe de ce « consentement éclairé » est explicitement inscrit comme principe de base dans la convention pour la protection des droits de l'homme et la bioéthique.

Le consentement éclairé vaut également pour la personne mourante. Les mourants méritent tous les soins et le respect.

Ce point est aussi explicitement confirmé dans des résolutions et recommandations du Conseil de l'Europe. Les États membres sont priés de prendre des mesures dans leur droit national afin d'offrir aux malades incurables et aux mourants la protection juridique et sociale nécessaire et de garantir leur dignité. La personne mourante est en effet une personne faible par excellence. Ce respect se traduit par le souci d'un environnement agréable permettant à la personne de mourir dans la dignité.

Sur la base de ces préoccupations, les démocrates chrétiens demandent plusieurs choses:

a) Les montants actuellement prévus pour la fonction palliative dans les hôpitaux — cette fonction étant obligatoire dans tout hôpital — sont insuffisants. C'est pourquoi un financement plus adéquat

ciering wordt voorgesteld naar analogie van de ziekenhuishygiënist.

b) Een absoluut verbod op honorariumsupplementen bij opname in een Sp-palliatief dienst wordt ingeschreven in de wet.

c) Om als palliatieve functie in het ziekenhuis erkend te worden, dient een nauwe samenwerking te bestaan met de pijnfunctie in het ziekenhuis. Deze wordt waargenomen door een geneesheer-specialist in de algologie en een pijnverpleegkundige, die als taak heeft de noodzakelijke mentaliteitswijziging tot stand te brengen en die instaat voor continue vorming en coördinatie van de verschillende betrokken departementen in elk ziekenhuis.

De invoering van de pijnfunctie in elk ziekenhuis wordt geregeld in een afzonderlijk wetsvoorstel, waarin tegelijkertijd het recht op pijnbehandeling en -bestrijding voor elk patiënt wordt ingeschreven.

Een ander lid meent dat uit de bespreking blijkt dat er een verschil is tussen, enerzijds, euthanasie als ethisch debat in het geheel van de patiëntenrechten en, anderzijds, de palliatieve zorg als budgettaire aanpak in het geheel van de gezondheidseconomie.

In de huidige bespreking gaat te weinig aandacht naar de begeleiding van alle patiënten op elk niveau. Vele patiënten, vooral diegenen die lijden aan kanker, worden geconfronteerd met de diagnose van de ziekte, die vaak chronisch of zelfs ongeneeslijk kan zijn. In dat geval komt er veel meer dan de loutere behandeling van deze ziekte bij kijken. Maar ook wanneer genezing nog wél mogelijk is, is er nood aan begeleiding. Het debat dat thans in de Senaat wordt gevoerd, gaat jammer genoeg slechts over palliatieve zorg, over stervensbegeleiding. Het is de verdienste van de huidige regering dat zij aandacht schenkt aan de globale begeleiding van de patiënten.

In de verschillende structuren én in de budgetten dient wel een onderscheid te worden gemaakt tussen de begeleiding van patiënten in het algemeen en de pijnkliniek. Naast terminale patiënten die in een palliatief netwerk terechtkomen, zijn er ook veel patiënten die chronisch ziek zijn en ondraaglijke pijnen lijden. Voor deze laatste categorie wordt te weinig gedaan. In België sterven jaarlijks 30 000 mensen aan kanker. Twee derde van hen sterft met pijn. Daarnaast zijn er nog 500 000 tot 1 000 000 mensen in ons land, die chronische pijn hebben die niet kan worden opgelost. Deze mensen hebben nog een lange levensverwachting. Hun budgettair probleem is nog groter dan dat van de terminale patiënten.

De pijnbestrijding van beide categorieën patiënten mag bovendien ook niet door dezelfde artsen gebeu-

est proposé par analogie à celui pratiqué pour le spécialiste en hygiène hospitalière.

b) L'interdiction absolue de suppléments d'honoraires quand on entre en Sp-soins palliatifs doit être inscrite dans la loi.

c) Pour qu'une fonction palliative soit reconnue dans un hôpital, il doit y avoir une collaboration étroite avec la fonction de lutte contre la douleur au sein de l'hôpital. Elle est assurée par un médecin spécialiste en algologie et un infirmier de la douleur qui a pour mission de réaliser le nécessaire changement des mentalités et se porte garant d'une formation continue et de la coordination des différents départements concernés dans chaque hôpital.

L'introduction de la fonction de la douleur dans chaque hôpital fait l'objet d'une proposition de loi particulière, dans laquelle est également inscrit le droit au traitement et à la lutte contre la douleur pour chaque patient.

Un autre membre pense que la discussion fait apparaître une différence entre, d'une part, l'euthanasie en tant que débat éthique dans l'ensemble des droits des patients et, d'autre part, les soins palliatifs comme problème budgétaire dans l'ensemble de l'économie de la santé.

Dans la discussion actuelle, on accorde trop peu d'attention à l'accompagnement de tous les patients à chaque niveau. De nombreux patients, surtout ceux qui souffrent d'un cancer, sont confrontés au diagnostic de la maladie, qui peut être chronique ou même incurable. Dans ce cas, il faut voir bien plus loin que le simple traitement de cette maladie. Mais quand la guérison est encore possible, un accompagnement est aussi nécessaire. Dans le débat actuellement en cours au Sénat, on n'aborde malheureusement que les soins palliatifs, l'accompagnement des mourants. Le mérite du gouvernement actuel est de prendre en compte un accompagnement global des patients.

Dans les différentes structures et dans les budgets, il faut faire une distinction entre l'accompagnement des patients en général et la clinique de la douleur. À côté des patients en phase terminale qui se retrouvent en soins palliatifs, d'autres sont atteints de maladies chroniques et endurent des souffrances insupportables. On fait trop peu pour ces derniers. En Belgique, 30 000 personnes décèdent chaque année d'un cancer. Deux tiers d'entre elles meurent dans la souffrance. De plus, toujours dans notre pays, entre 500 000 et 1 000 000 de personnes ayant encore une longue espérance de vie souffrent de douleurs chroniques qui ne peuvent être atténuées. Leur problème budgétaire est encore plus important que pour les patients en phase terminale.

La lutte contre la douleur pour ces deux catégories de patients ne peut en outre pas être pratiquée par les

ren. Het gaat immers om twee verschillende opleidingen. Het risico bestaat dat men iemand die chronisch ziek is en pijn lijdt in de palliatieve verzorging plaatst wegens budgettaire redenen. De toegepaste kennis in de pijnklinieken reikt veel verder dan enkel de terminale patiënten. Voor deze laatste categorie wordt overigens te weinig een beroep gedaan op pijnspecialisten.

Een senator verwijst naar zijn wetsvoorstel omtrent de patiëntenrechten. Uit de debatten die in de Senaat werden gevoerd blijkt immers dat daaromtrent een grote leemte bestaat. Ook uit een grondige lezing van de voorstellen van enkele leden inzake het naderend levenseinde blijkt dat de auteurs ervan eigenlijk vragen om meer informatie en inspraak voor de patiënt.

Spreker heeft op het terrein al meermaals vastgesteld dat er een flagrant gebrek aan informatie is vanuit de medische wereld naar de patiënten toe. Artsen schieten hierin tekort. De heersende cultuur dient bijgesteld te worden. Het wetsvoorstel van spreker heeft dan ook zowel betrekking op informatie van de patiënt als op een medebesikkingsrecht in de geplande behandeling.

In heel wat voorstellen die werden ingediend in het kader van het euthanasiedebat komen deze elementen aan bod. Deze koppeling is echter niet goed. Het wetsvoorstel over euthanasie dient daadwerkelijk over euthanasie te gaan, met in het achterhoofd de wetenschap dat een wet met betrekking tot de patiëntenrechten op komst is. Beide zaken mogen niet met mekaar worden vermengd.

Spreker vraagt dan ook zijn wetsvoorstel over de patiëntenrechten, dat overigens deels gebaseerd is op het ontwerp dat in de vorige legislatuur werd ingediend door toenmalig minister Colla, zo snel mogelijk te behandelen. Er moet dringend een beslissing worden genomen over de plaats en het tijdstip waarop deze problematiek aan bod kan komen. Dit kan gebeuren in de verenigde commissies voor de Justitie en de Sociale Aangelegenheden, maar spreker kan zich ook vinden in een beslissing die inhoudt dat de patiëntenrechten in de commissie voor de Sociale Aangelegenheden worden besproken.

Een voordeel hiervan kan zijn dat de besprekingen dan parallel kunnen verlopen: euthanasie in de verenigde commissies en de patiëntenrechten in de commissie voor de Sociale Aangelegenheden.

Er wordt verwezen naar de besprekingen van de commissie voor de Sociale Aangelegenheden, waar reeds diverse voorstellen over de patiëntenrechten werden geagendeerd. In deze commissie werd voorgesteld de beslissing inzake de verdere behandeling te laten nemen door de verenigde commissies. Voor beide opties zijn goede argumenten te vinden.

mêmes médecins. Il s'agit en effet de deux formations différentes. Le risque existe que l'on place quelqu'un atteint d'une maladie chronique et qui souffre dans une unité de soins palliatifs pour des raisons budgétaires. Dans les cliniques de la douleur, le savoir ne s'applique pas uniquement aux patients en phase terminale, il va bien au-delà. Pour cette dernière catégorie de patients, on fait d'ailleurs trop peu appel à des spécialistes de la douleur.

Un sénateur renvoie à sa proposition de loi relative aux droits des patients. Les débats qui ont été menés au Sénat font en effet apparaître une grande lacune en la matière. Une lecture approfondie des propositions de quelques membres concernant la fin de vie fait apparaître qu'au fond, les auteurs demandent que le patient soit mieux informé et participe davantage.

L'orateur a déjà constaté plusieurs fois sur le terrain un manque flagrant d'information de la part du monde médical à l'égard du patient. Les médecins font preuve de carence dans ce domaine. La culture qui prévaut actuellement doit être adaptée. La proposition de loi de l'orateur est aussi bien relative à l'information du patient qu'à un droit de codécision dans le traitement planifié.

Ces éléments entrent en ligne de compte dans toute une série de propositions déposées dans le cadre du débat sur l'euthanasie, mais ce n'est pas une bonne chose. La proposition de loi sur l'euthanasie doit effectivement traiter de l'euthanasie mais il faut garder à l'esprit qu'une loi relative aux droits des patients est en voie d'élaboration. Les deux choses ne peuvent être confondues.

L'orateur demande également que l'on entame aussi rapidement que possible la discussion sur sa proposition de loi relative aux droits des patients, qui est du reste partiellement basée sur le projet que le ministre de l'époque, M. Colla, avait déposé sous la précédente législature. Il est urgent de prendre une décision sur l'endroit et le moment où l'on abordera cette problématique. Cela peut se faire au sein des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales, mais l'orateur peut aussi marquer son accord pour discuter des droits des patients en commission des Affaires sociales.

L'avantage de cette deuxième possibilité est que les discussions puissent se dérouler parallèlement: l'euthanasie sera traitée en commissions réunies et les droits des patients en commission des Affaires sociales.

On se réfère aux discussions qui ont eu lieu en commission des Affaires sociales où diverses propositions sur les droits des patients ont déjà été inscrites à l'ordre du jour. Cette commission a proposé que les commissions réunies prennent une décision en ce qui concerne le traitement ultérieur de ces propositions. Il y a des arguments valables pour chaque option.

Een lid wijst erop dat er een welbepaalde termijn in acht moet worden genomen, namelijk de termijn van de werkzaamheden in verband met de euthanasie. De verenigde commissies hebben voor het einde van de vorige zittingsperiode afgesproken dat deze werkzaamheden voor Kerstmis beëindigd zouden worden.

Men moet kijken of deze kalender, in het licht van de ontwikkelingen die zich sedertdien hebben voorgedaan, kan worden gerespecteerd.

De discussie mag dus niet uitgebreid worden met andere onderwerpen, ook al leunen die nog zo nauw aan bij het thema van de euthanasie.

In de ogen van de publieke opinie is dit moeilijk te verklaren.

Bovendien is het heel goed mogelijk deze andere onderwerpen te laten behandelen door de commissie voor de Sociale Aangelegenheden. De leden van deze commissie blijven immers ook de werkzaamheden van de verenigde commissies in verband met de euthanasie volgen.

Een ander lid onderstreept dat men eerst moet uitmaken of de bespreking van de teksten met betrekking tot de patiëntenrechten gevolgen heeft voor de behandeling van de teksten inzake de euthanasie.

Hij wijst erop dat de technische vraag — namelijk door welke commissie de kwestie van de patiëntenrechten behandeld zal worden — een rechtstreekse weerslag zal hebben op de kern van het probleem.

Een lid verwijst naar zijn vorige opmerking, waarmee hij probeerde aan te tonen dat de patiëntenrechten, ten minste waar het de informatie en de toestemming betreft, een essentieel deel uitmaken van een wetsvoorstel in verband met het levenseinde.

Vele getuigen hebben er de nadruk op gelegd dat een goede dialoog tussen arts en patiënt slechts mogelijk is wanneer de patiënt eerst goed geïnformeerd is over zijn ziektebeeld en de evolutie daarvan.

Ook hebben zij onderstreept dat het voor de patiënt een belangrijke garantie is te weten dat men geen medische handelingen zal verrichten zonder zijn toestemming.

Die twee elementen, informatie en toestemming staan volgens spreekster centraal en vormen de grondslag van een dialoog tussen gelijken — voorzover dit tussen de patiënt en zijn arts mogelijk is.

Deze kwestie moet dus hier, door de verenigde commissies worden behandeld.

Een ander lid vindt dat de patiëntenrechten niet noodzakelijk verbonden zijn met de euthanasieproblematiek. Men moet niet alle voorstellen in verband met patiëntenrechten hier willen regelen.

Un membre rappelle qu'une échéance précise doit être prise en considération, à savoir celle de la fin des travaux relatifs à l'euthanasie. À cet égard, les commissions réunies s'étaient mises d'accord, avant la fin de la précédente session parlementaire, sur le fait de clôturer ces travaux avant Noël.

Il faut apprécier si, en fonction de ce qui s'est passé depuis lors, ce calendrier peut être maintenu.

Il ne faudrait pas élargir le débat à d'autres matières, aussi complémentaires soient-elles par rapport à celle de l'euthanasie.

Cela paraîtrait assez inexplicable, notamment, aux yeux de l'opinion publique.

En outre, il est tout à fait envisageable que la commission des Affaires sociales traite de ces autres matières, ses membres continuant par ailleurs à suivre les travaux des commissions réunies en matière d'euthanasie.

Un autre membre souligne que la question préalable est de savoir si la discussion des textes concernant les droits du patient conditionne le traitement de ceux relatifs à l'euthanasie.

Il est fait observer que la question technique de savoir quelle commission traitera des droits du patient aura une répercussion immédiate sur le fond du problème.

Une membre renvoie à sa précédente intervention, où elle entendait montrer que les droits du patient, en tout cas au sens de l'information et du consentement, faisaient intimement partie d'une proposition relative à la fin de vie.

Beaucoup de témoins ont souligné qu'un bon dialogue entre le médecin et le patient n'était possible que si, au départ, le patient était correctement informé de sa pathologie et du déroulement de celle-ci.

Ils ont également souligné que le fait que des actes médicaux ne soient pas posés sans le consentement du patient constituait une garantie importante pour ce dernier.

Ces deux éléments, information et consentement, sont centraux aux yeux de l'intervenante, et sont le fondement même d'un dialogue d'égal à égal, autant que faire se peut, entre le patient et son médecin.

Cette question doit donc être traitée ici, par les commissions réunies.

Un membre est d'avis que les droits du patient ne sont pas dissociables de la problématique de l'euthanasie. Ce n'est pas pour cela que tout le projet sur les droits du patient doit être réglé ici.

Wel moet men ervoor zorgen dat er geen tegenstrijdigheden zijn tussen de verschillende teksten die deze onderwerpen behandelen.

Een lid wijst erop dat men met de kwestie van de patiëntenrechten buiten de grenzen van de agenda treedt. Het gaat immers om een veel algemener onderwerp, dat alle patiënten aanbelangt en veel ruimer is dan het levenseinde, ook al is het in die context zeker van toepassing.

Deze discussie kan, hoewel ze zeer interessant is, dus pas plaatsgrijpen nadat de bespreking van de nu op de agenda geplaatste wetsontwerpen is afgerond.

3. Hoorzitting met mevrouw Aelvoet, minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid, Leefmilieu, en met de heer Vandenbroucke, minister van Sociale Zaken en Pensioenen

De minister van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu wenst de door de senatoren gewenste preciseringen te geven over de voorstellen van de regering met betrekking tot de palliatieve zorg, alsmede de houding van de regering toe te lichten ten aanzien van de verschillende wetsvoorstellen die in de Senaat werden ingediend over deze materie. De minister merkt op dat de meeste voorstellen die in de Senaat werden ingediend het recht op zelfbeschikking en het recht op volledige informatie over de gezondheidstoestand als basis hebben. Van daar uit wordt het beginsel van recht op palliatieve zorg en levensbeëindiging geformuleerd.

Het wetsontwerp inzake patiëntenrechten dat de minister thans voorbereidt en eerstdaags zal indienen, zal, in een ruimer kader dan de palliatieve zorg, de rechten van de patiënt vastleggen en expliciteren.

Vooreerst poneert dit voorontwerp van wet het beginsel dat iedere patiënt, zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover zijn zorgverlener recht heeft op kwaliteitsvolle gezondheidszorg die beantwoordt aan zijn behoeften en in overeenstemming is met de geldende standaarden en met een correcte bejegening van zijn menselijke waardigheid en zelfbeschikking.

Bovendien wordt het beginsel geponeerd dat de patiënt tegenover zijn zorgverlener recht heeft op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de verdere evolutie ervan. De informatie heeft ook betrekking op het doel, de aard, de urgentie, de frequentie, de voor de patiënt relevante risico's, de tegenaanwijzingen en nevenwerkingen van de behandeling. Ze betreft bovendien de mogelijke gevolgen in geval van weigering van de toestemming, de financiële aspecten, de mogelijke alternatieven en andere door de patiënt of de zorgverlener relevant geachte verduidelijkingen, en ze

Il faut cependant veiller à ce qu'il n'y ait pas de contradiction entre les différents textes qui traiteraient de ces sujets.

Un autre membre souligne qu'avec la problématique des droits du patient, on sort de l'ordre du jour. Il s'agit en effet d'un sujet beaucoup plus général, qui concerne tous les patients et qui dépasse la fin de vie, même s'il y trouve des applications importantes.

Cette discussion, certes très intéressante, ne peut donc avoir lieu qu'après celle qui est actuellement en cours au sujet des propositions figurant à l'ordre du jour.

3. Audition de Mme Aelvoet, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, et de M. Vandenbroucke, ministre des Affaires sociales et des Pensions

La ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement souhaite apporter les précisions demandées par les sénateurs sur les propositions du gouvernement relatives aux soins palliatifs et expliquer la position du gouvernement à l'égard de différentes propositions de loi qui ont été déposées au Sénat sur cette matière. La ministre fait remarquer que la plupart des propositions déposées au Sénat ont pour base le droit à l'autodétermination et le droit à une information complète sur son propre état de santé. Le principe du droit aux soins palliatifs et à l'euthanasie a été formulé sur cette base.

Le projet de loi relative aux droits des patients que la ministre a préparé et qu'elle déposera dans les tout prochains jours fixera et explicitera les droits du patient dans un cadre plus large que celui des soins palliatifs.

Cet avant-projet de loi pose comme premier principe que chaque patient, sans aucune distinction sur quelque base que ce soit, a droit, de la part de la personne soignante, à des soins de qualité qui répondent à ses besoins et qui correspondent aux normes en vigueur, dans le respect de sa dignité humaine et de son droit à l'autodétermination.

En outre, on instaure le principe selon lequel le patient a le droit de recevoir de la part de la personne qui le soigne toutes les informations le concernant, nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution. L'information a aussi trait au but, à la nature, à l'urgence, à la fréquence, aux risques importants pour le patient, aux contre-indications et aux effets secondaires du traitement. Elle concerne en outre les conséquences possibles en cas de refus de consentement, les aspects financiers, les alternatives possibles et les autres précisions importantes souhaitées par le patient ou le prestataire de soins; elle doit

moet voorafgaandelijk en tijdig verstrekt worden. De communicatie met de patiënt moet in een duidelijke en begrijpelijke taal gebeuren, waarbij de taalwetgeving dient te worden geëerbiedigd. Desgevallend heeft de patiënt ook het recht om deze informatie schriftelijk te krijgen.

Uiteraard behandelt het voorontwerp ook het recht op geïnformeerde toestemming. De patiënt heeft met name het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in ieder optreden van een zorgverlener. De toestemming wordt expliciet gegeven, behalve wanneer de zorgverlener, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden. De patiënt heeft het recht om de bedoelde toestemming te weigeren of in te trekken zonder dat de noodzakelijke hygiënische verzorging mag worden stopgezet. Tenzij de patiënt zulks uitdrukkelijk wil, heeft de weigering of intrekking niet tot gevolg dat de rechten die in artikel 4 worden gewaarborgd zouden ophouden te bestaan. In voorkomend geval wordt getracht een optreden of doorverwijzing voor te stellen, waarmee de patiënt wel kan instemmen.

Tot slot is er nog het recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, het recht om een vertrouwenspersoon aan te wijzen en het recht op eerbiediging van zijn weigering om toestemming te geven tot een welomschreven optreden, wanneer die weigering schriftelijk gebeurd is toen hij tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat was.

Het recht op klachtenbemiddeling en de rechten van de wilsonbekwame personen worden in het ontwerp niet vergeten.

Naar deze rechten die zullen worden gegarandeerd door het ontwerp van de regering wordt, hetzij expliciet, hetzij impliciet verwezen in de voorstellen die door de senatoren werden gedaan. Het gaat heel concreet om vier wetsvoorstellen en één voorstel van resolutie.

Met betrekking tot het wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg van de dames Vanlerberghe, Nagy, De Roeck, Leduc en de heren Mahoux en Monfils (Stuk Senaat, nr. 2-246/1), merkt de minister op dat het zich beperkt tot het toekennen van enkele algemene rechten, zoals het recht op toegang tot palliatieve zorg en correcte en volledige informatie inzake de gezondheidssituatie. Hier wordt onmiddellijk het verband gelegd met het patiëntenrechtendossier. Dit laatste is echter veel ruimer dan de palliatieve rechten, die er ontegenzeggelijk deel van uitmaken. Het voorstel formuleert tevens een aangepaste definitie van geneeskunst, die niet alleen curatief of preventief werkt, maar ook palliatief kan zijn. Een federaal plan betreffende de palliatieve zorg wordt eveneens aangekondigd.

être fournie préalablement et à temps. La communication avec le patient doit se faire dans un langage clair et compréhensible, la loi linguistique doit être respectée. Le cas échéant, le patient a aussi le droit de recevoir ces informations par écrit.

L'avant-projet traite évidemment aussi du droit au consentement éclairé. Le patient a notamment le droit, en étant informé, de donner préalablement et librement son consentement à tout acte d'un dispensateur de soins. Le consentement est donné de façon explicite, sauf lorsque le dispensateur de soins, après avoir suffisamment informé le patient, peut raisonnablement déduire ce consentement du comportement du patient. Ce dernier a le droit de refuser ledit consentement ou de le retirer sans que l'on puisse mettre fin aux soins hygiéniques indispensables. Sauf si le patient l'exprime de façon expresse, le refus ou la révocation n'a pas pour conséquence de mettre fin aux droits garantis à l'article 4. Le cas échéant, on essaie de proposer une prestation ou une orientation auxquelles le patient peut acquiescer.

Enfin, le patient a encore droit à une tenue à jour rigoureuse de son dossier, à la désignation d'une personne de confiance et au respect de son refus de consentir à un acte bien défini, lorsque ce refus s'est fait par écrit quand il était en état de juger raisonnablement de ses intérêts.

Le droit à la médiation de plainte et les droits des personnes incapables d'exprimer leur volonté ne sont pas oubliés dans le projet.

Ils sont garantis par le projet du gouvernement et les propositions faites par les sénateurs y font explicitement ou implicitement référence. Il s'agit concrètement de quatre propositions de loi et d'une proposition de résolution.

Se référant à la proposition de loi relative aux soins palliatifs de Mmes Vanlerberghe, Nagy, De Roeck, Leduc et de MM. Mahoux et Monfils (doc. Sénat, n° 2-246/1), le ministre fait remarquer qu'elle se limite à l'attribution de quelques droits généraux, comme le droit à l'accès aux soins palliatifs et à l'information correcte et complète sur l'état de santé. On fait immédiatement le lien avec le dossier relatif aux droits des patients. Ce dernier est beaucoup plus étendu que les droits aux soins palliatifs, qui en font incontestablement partie. La proposition formule aussi une définition adaptée de la médecine, qui peut être non seulement curative ou préventive, mais également palliative. Un plan fédéral relatif aux soins palliatifs est également annoncé.

De minister is van oordeel dat het voorstel nr. 2-246/1 definities en bepalingen omvatten die veel beter tot hun recht zouden komen in een globaal voorstel inzake patiëntenrechten. Bovendien gebeurt de herdefiniëring van de geneeskunde op een zodanige manier dat het niet volledig recht doet aan de situaties op het terrein. De drie dimensies — preventief, curatief en palliatief — lopen immers vaak door elkaar. «Care» — verzorging — is overigens veel ruimer dan het toedienen van palliatieve zorg, die enkel nodig is voor terminale patiënten.

Anderzijds laat dit voorstel toe dat de uitvoerende macht, door de opstelling van het federaal plan inzake palliatieve zorg, haar verantwoordelijkheid kan opnemen. Andere voorstellen zijn immers zodanig gedetailleerd dat noodzakelijke verbeteringen, die vaak snel moeten worden aangebracht worden, worden vertraagd door de vereiste wetswijzigingen.

Het voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftegestuurd palliatief plan van mevrouw Van Riet c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-106/1), is deels achterhaald omdat hieraan door de regering reeds een concrete invulling wordt gegeven door het palliatief plan. Heel wat aspecten werden reeds gerealiseerd of zijn in de maak. De kwaliteitsnormen, waarvan sprake in de resolutie, werden in de praktijk reeds gerealiseerd door vormings- en opleidingsvereisten, enz. De opname van palliatieve zorg en pijnbestrijding in de palliatieve zorgverstrekkers behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Op dit ogenblik bestaat hierover overleg in een interkabinettenwerkgroep met vertegenwoordigers van de federale en de gemeenschapsoverheden.

De realisatie van betere samenwerkingsverbanden en de financiering daarvan maken deel uit van het palliatief plan van de federale regering. Dit geldt eveneens voor de palliatieve thuiszorg, de palliatieve zorg in de ROB's en RVT's en in de ziekenhuizen. Het palliatief plan voorziet tenslotte ook in experimenten in de dagcentra. Men zou dan ook kunnen stellen dat een groot deel van de resolutie reeds werd uitgevoerd op het terrein.

De minister is van mening dat de eerste artikelen van het wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg voor eenieder te garanderen en om het kader voor het verlenen van de palliatieve zorg vast te stellen van mevrouw Nyssens c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-249/1) veeleer intentieverklaringen zijn dan echte rechtsregels. Voor de uitvoeringsmodaliteiten van de palliatieve zorg, wordt dan verwezen naar een aparte wet. Dit laatste heeft als reëel gevolg dat elke aanpassing bij wet moet gebeuren.

Bovendien wordt de wet op de ziekteverzekering nog een stuk ondoorzichtiger, hetgeen net vermeden moet worden. Deze optie lijkt dan ook niet erg aanbevelenswaardig, temeer omdat op het budgettaire vlak de huidige strakke normering wordt overgenomen.

Le ministre estime que la proposition de loi n° 2-246/1 contient des définitions et des dispositions qui trouveraient mieux leur place dans une proposition globale en matière de droits des patients. De plus, la redéfinition de la médecine ne tient pas compte des situations sur le terrain. Les trois dimensions — préventive, curative et palliative — sont dispersées. La notion de «soins» est d'ailleurs beaucoup plus vaste que l'administration de soins palliatifs, qui n'est nécessaire que pour les patients en phase terminale.

Par ailleurs, cette proposition permet au pouvoir exécutif de prendre ses responsabilités en établissant le plan fédéral en matière de soins palliatifs. En effet, les autres propositions sont tellement détaillées que les corrections indispensables, qui doivent souvent être apportées rapidement, sont retardées à cause des modifications de loi nécessaires.

La proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axé sur les besoins du patient de Mme Van Riet et consorts (doc. Sénat, n° 2-106/1) est partiellement dépassée parce que le gouvernement y a déjà répondu concrètement avec le plan palliatif. Beaucoup d'aspects ont déjà été réalisés ou sont en préparation. Les normes de qualité, dont question dans la résolution, sont déjà prises en compte dans la pratique avec les critères de formation, d'éducation, etc. La prise en charge des soins palliatifs et de la lutte contre la douleur dans les services palliatifs relève de la compétence des communautés. Une concertation a lieu actuellement au sein d'un groupe intercabinets avec des représentants des autorités fédérales et communautaires.

De meilleures collaborations et leur financement font partie du plan palliatif du gouvernement fédéral. Cela s'applique également aux soins palliatifs à domicile, dans les maisons de repos, les MRS et les hôpitaux. Le plan palliatif prévoit également des expériences dans les centres de jour. On peut donc affirmer qu'une grande partie de la résolution est déjà mise en œuvre sur le terrain.

Le ministre considère que les premiers articles de la proposition de loi visant à garantir le droit de chacun d'accéder aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs de Mme Nyssens et consorts (doc. Sénat, n° 2-249/1) sont davantage des déclarations d'intentions que de véritables règles de droit. Pour les modalités d'exécution des soins palliatifs, on se réfère à une loi distincte, ce qui a pour conséquence que chaque adaptation doit s'effectuer par une loi.

De plus, la loi sur l'assurance maladie devient encore un peu plus obscure, ce qu'il faut précisément éviter. Cette option ne semble dès lors pas très judicieuse, d'autant qu'au plan budgétaire, on a repris la norme rigide actuelle. Le plan palliatif du gouverne-

Het palliatief plan van de federale regering springt hiermee op een meer soepele manier om.

Wat betreft het wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren van mevrouw van Kessel c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-402/1), stelt de minister vast dat de palliatieve zorg wel erg ruim wordt omschreven. Er wordt immers bepaald dat het gaat om een geheel van actieve totaalzorg voor patiënten van wie de ziekten niet meer op een curatieve manier kunnen worden behandeld, enz. Dit gaat veel verder dan louter de terminale zorg. Hierdoor riskeert de definitie zinledig te worden, want eenieder heeft wel eens een ziekte die niet langer nood heeft aan genezing, maar wel aan ondersteuning.

Het is bovendien niet aangewezen dat pijnbestrijding, in de ruime betekenis van het woord, wordt opgenomen in de definitie van palliatieve zorg. Ook hier geldt dat heel wat zieken nood hebben aan pijncontrole, zonder dat zij zich in een terminale fase bevinden. Zij moeten zich niet wenden tot palliatieve zorg.

Overigens wordt de ruime definitie van palliatieve zorg door de indieners zélf ingeperkt, bijvoorbeeld voor het palliatief thuiszorgforfait waar de bestaande criteria zonder meer worden overgenomen. Eén belangrijke wijziging is, dat de levensverwachting binnen 3 maanden worden geschrapt en vervangen door een maximaal forfait van 6 maanden. De minister stelt voor om eerst de bestaande regeling te evalueren alvorens ze uit te breiden.

Het wetsvoorstel van senator Mahoux c.s. concentreert zich ten slotte op de pijnkliniek die in elk ziekenhuis moet aanwezig zijn. De minister merkt op dat vele ziekenhuizen een verschillende schaalgrootte hebben en het voor vele ziekenhuizen derhalve een zware verplichting zou zijn om een aparte pijnkliniek uit te bouwen. Pijnbestrijding is overigens iets wat nodig is bij vele aandoeningen en niet exclusief in de palliatieve zorg thuishoort. Hier is multidisciplinariteit van het allergrootste belang. Er is dan ook niet onmiddellijk nood om van onderhavig wetsvoorstel werk te maken.

De heer Vandenbroucke (minister van Sociale Zaken en Pensioenen) dankt de leden van de Verenigde Commissies voor het signaal dat zij hebben gegeven door middel van hun voorstellen van wet of van resolutie met betrekking tot stervensbegeleiding. De Senaat speelt hierin een voortrekkersrol en steunt de beide ministers in de discussie binnen de regering over de stervensbegeleiding, onder meer wat de begrotingsaspecten betreft. Het palliatief plan van de beide ministers is dan ook integraal aanvaard door de federale regering en zal worden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst met de gemeenschappen.

ment fédéral traite cette question d'une manière beaucoup plus souple.

Quant à la proposition de loi visant à instaurer le droit aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs de Mme Van Kessel et consorts (doc. Sénat, n° 2-402/1), le ministre constate que les soins palliatifs sont définis d'une manière très large. En effet, selon cette définition, il s'agit de « l'ensemble des soins actifs apportés aux patients dont la maladie ne réagit plus à des thérapies curatives, etc. ». Cela va beaucoup plus loin que les seuls soins terminaux. La définition risque par conséquent d'être dénuée de sens, car chacun peut un jour avoir une maladie ne nécessitant plus de soins, mais un soutien.

De plus, il n'est pas indiqué que la lutte contre la douleur, dans le sens large de l'expression, soit reprise dans la définition des soins palliatifs. Beaucoup de malades ont besoin d'un contrôle de la douleur sans se trouver dans une phase terminale. Ils ne doivent pas se tourner vers les soins palliatifs.

En outre, la définition étendue des soins palliatifs est limitée par les auteurs eux-mêmes, par exemple pour le forfait des soins palliatifs à domicile, où on reprend purement et simplement les critères existants. Une modification importante supprime l'espérance de vie dans les trois mois et la remplace par un forfait maximum de six mois. Le ministre propose d'évaluer la réglementation existante avant de l'étendre.

La proposition de loi du sénateur Mahoux et consorts met l'accent sur la clinique de la douleur qui doit exister dans chaque hôpital. Le ministre fait remarquer que les hôpitaux ont des tailles différentes et que pour beaucoup d'entre eux, l'obligation de créer une clinique de la douleur séparée serait une lourde charge. La lutte contre la douleur est d'ailleurs nécessaire pour beaucoup de maladies et n'est pas exclusivement réservée aux soins palliatifs. La multidisciplinarité est en l'occurrence de la plus grande importance. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de s'occuper immédiatement de la présente proposition de loi.

M. Vandenbroucke (ministre des Affaires sociales et des Pensions) remercie les membres des commissions réunies pour le signal qu'ils ont donné avec leurs propositions de loi ou de résolution concernant l'accompagnement des mourants. Le Sénat joue ici un rôle de locomotive et soutient les deux ministres dans la discussion qui se déroule au sein du gouvernement à propos de l'accompagnement des mourants, entre autres en ce qui concerne les aspects budgétaires. C'est pourquoi le plan palliatif des deux ministres est intégralement accepté par le gouvernement fédéral et sera inclus dans un accord de coopération avec les communautés.

Daarbij moet wel worden verduidelijkt dat, waar de begroting voor 2001 slechts in een bedrag van 900 miljoen frank extra voorziet voor de stervensbegeleiding, de nota van de beide ministers een bedrag vermeldt van 1,7 miljard frank. Niet alle initiatieven zullen immers van start kunnen gaan in het begin van het jaar 2001. Afhankelijk van technische en administratieve redenen, gaan sommige maatregelen pas van start op 1 april of 1 maart 2001.

Wat de regering in de praktijk zal brengen, stemt grotendeels overeen met datgene wat in de verschillende wetsvoorstellen werd beschreven. Op een aantal vlakken gaat het regeringsplan zelfs verder.

Een algemeen probleem met de voorstellen die in de Senaat werden ingediend, bestaat erin dat men bij wet wil regelen wat normalerwijze wordt geregeld in een koninklijk of een ministerieel besluit of zelfs in een overeenkomst (bijvoorbeeld een revalidatieovereenkomst, gesloten tussen het RIZIV en een begeleidingsequipe). Het voordeel van dergelijke technieken is de soepelheid ervan. Wanneer bijvoorbeeld de werking en de financiering van de begeleidingsequipes wordt versoepeld, zoals recentelijk is gebeurd, kan dit heel snel gebeuren, precies omdat hiervoor geen wetswijziging vereist is. Te veel vastleggen in wetteksten is zeer onhandig. Het Parlement dient duidelijk de richting aan te geven en de grote kaders en principes vast te leggen, maar niet dergelijke aangelegenheden in detail te regelen.

De minister waarschuwt er tevens voor dat in de wetsvoorstellen een aantal zaken worden geregeld die elders al geregeld zijn, bijvoorbeeld in de wet op de verplichte ziekteverzekering. Eén en ander dreigt tot een nog meer ingewikkelde wetgeving te leiden, waarbij voor elk specifiek probleem of elke aandoening een aparte wet wordt gemaakt. Bovendien worden in de diverse wetsvoorstellen pijnbestrijding en palliatieve zorg vaak door mekaar gehaald.

Wat betreft het voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan van mevrouw Van Riet c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-106/1), verwijst de minister naar de interministeriële conferentie die op 25 oktober 2000 zal plaatsvinden. Het plan van de regering zal, zoals gevraagd in de resolutie, behoeftengestuurd zijn. Via de registratie van de palliatieve patiënten kan men beter inschatten wat de behoeften zijn. Hierover zullen de nodige afspraken worden gemaakt met de gemeenschapsregeringen.

De diploma- en vormingsvereisten waarin werd voorzien in de overeenkomsten met de equipes zullen leiden tot de vereiste kwaliteitsnormen, die in de resolutie worden gevraagd. De idee van een specifiek opgeleid personeel zal nog meer vorm krijgen door de instelling van de palliatieve functie in de rustoorden en de ziekenhuizen.

En outre, il faut préciser qu'alors que le budget 2001 ne prévoit qu'un montant supplémentaire de 900 millions de francs pour l'accompagnement des mourants, la note des deux ministres mentionne 1,7 milliard de francs. Toutes les initiatives ne pourront donc pas être mises en œuvre au début de l'année 2001. Pour des raisons techniques et administratives, certaines mesures n'entreront en vigueur que le 1^{er} mars ou le 1^{er} avril 2001.

Ce que le gouvernement fera en pratique correspond en grande partie à ce qui figure dans les différentes propositions de loi. Sur certains points, le plan du gouvernement va même plus loin.

Un problème général se pose avec les propositions déposées au Sénat, à savoir qu'on veut régler par la loi ce qui doit normalement être réglé par arrêté royal ou ministériel, voire par une convention (par exemple une convention de revalidation conclue entre l'INAMI et une équipe d'accompagnement). L'avantage de telles techniques est leur flexibilité. Ainsi, lorsqu'on assouplit le fonctionnement et le financement des équipes d'accompagnement, comme ce fut le cas récemment, cela peut se faire très rapidement, précisément parce que cela n'exige aucune modification de loi. Il n'est pas indiqué d'instaurer trop d'éléments dans des textes de loi. Le Parlement doit clairement indiquer la direction et fixer les grands cadres et principes, mais ne doit pas régler de telles matières en détail.

Le ministre signale également que les propositions de loi règlent une série de matières qui sont déjà réglées par ailleurs, par exemple dans la loi sur l'assurance maladie obligatoire. On risque d'aboutir à une législation encore plus compliquée, dans laquelle une loi distincte est élaborée pour chaque problème spécifique ou chaque maladie. De plus, les diverses propositions de loi confondent souvent lutte contre la douleur et soins palliatifs.

En ce qui concerne la proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axé sur les besoins du patient de Mme Van Riet et consorts (doc. Sénat, n° 2-106/1), le ministre se réfère à la conférence interministerielle qui aura lieu le 25 octobre 2000. Comme demandé dans la résolution, le plan du gouvernement sera axé sur les besoins du patient. L'enregistrement des patients palliatifs permettra de mieux évaluer les besoins. À ce propos, les rencontres nécessaires avec les gouvernements des communautés seront organisées.

Les critères de diplômes et de formation prévus dans les conventions avec les équipes permettront d'atteindre les normes de qualité exigées dans la résolution. L'idée d'un personnel spécifiquement formé sera encore mieux concrétisée par l'instauration de la fonction palliative dans les maisons de repos et les hôpitaux.

Het vermijden van « witte vlekken », zoals voorgesteld in de resolutie, gebeurt door de betere ondersteuning en de uitbouw van de samenwerkingsverbanden en de equipes. Voor de bundeling van de subsidies en de controles — overigens een vrij onduidelijke doelstelling — komt het de minister voor dat een staatshervorming vereist is, die thans niet aan de orde is. De versoepeling van de RIZIV-voorwaarden voor de subsidiëring van de equipes is gebeurd, door middel van het voorzien in een betere financiering van zodra men een terrein bestrijkt van minstens 200 000 mensen in functie van het aantal patiënten, maar bovenal door het aanbieden van meer keuzemogelijkheden tussen psychologen, kinesitherapeuten en maatschappelijk assistenten. Hierdoor wordt ook tegemoet gekomen aan de verzuchtingen inzake de psycho-sociale functie.

Met betrekking tot de palliatieve thuiszorg, komt de regering op dubbele wijze tegemoet aan de verzuchtingen van de resolutie, omdat de patiënten die in aanmerking komen voor het palliatief forfait automatisch ook het recht krijgen op het zogenaamde « forfait C ». Bovendien verkrijgen deze mensen een gratis raadpleging van de huisarts.

Voor de palliatieve functie in de rusthuizen en in de ziekenhuizen verwijst de minister naar de technische uiteenzetting die werd gegeven door de kabinetmedewerkers.

Wat de oprichting op evenwichtige wijze van palliatieve bedden betreft, merkt de minister op dat de SP-bedden niet worden uitgebreid, maar de medische en paramedische omkadering hiervoor wordt uitgebreid. Het gaat daarbij om de toezichtshonoraria, die vanaf de eerste tot de 28e dag lopen, maar waarbij de eerste dag pas ingaat op het ogenblik dat de patiënt daadwerkelijk op het SP-bed komt. Ook de omkadering van de SP-bedden wordt verbeterd van 1,25 voltijds equivalenten naar 1,50.

Bij wijze van experiment zullen ten slotte de dagcentra worden gesubsidieerd.

Inzake het wetsvoorstel van mevrouw Nyssens c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-249/1), merkt de minister op dat vele elementen in de wet worden geregeld die beter in uitvoeringsbesluiten zouden worden geregeld. Zo blijft in dit voorstel het rigide cascadesysteem bestaan, waarbij een gebied tot 600 000 inwoners moet worden bestreken alvorens een uitbreiding van de bestaande mogelijk is. Hetzelfde geldt voor de equipes, die volgens het voorstel minstens 150 patiënten moeten hebben en hiervoor ook gesubsidieerd dienen te worden en tevens een ruimere bestaande krijgen. Volgens de berekeningen van het RIZIV betekent dit evenwel een stap terug in vergelijking met de bestaande situatie. Met betrekking tot de uitbreiding

Comme le propose la résolution, le soutien renforcé et le développement des associations et des équipes permettront d'éviter les lacunes. Quant à la liaison des subsides aux contrôles — un objectif d'ailleurs assez imprécis — le ministre estime qu'elle nécessite une réforme de l'État, ce qui n'est pas à l'ordre du jour. Les conditions requises par l'INAMI pour la subvention des équipes ont été assouplies en prévoyant une amélioration du financement dès que l'on couvre un terrain d'au moins 200 000 personnes en fonction du nombre de patients et, surtout, en offrant un plus large éventail de choix entre psychologues, kinésithérapeutes et assistants sociaux. Cela permet aussi de répondre aux attentes concernant la fonction psychosociale.

Pour les soins palliatifs à domicile, le gouvernement rencontre doublement les objectifs de la résolution, parce les patients qui entrent en ligne de compte pour le forfait palliatif ont également automatiquement droit à ce qu'on appelle le « forfait C ». De plus, ces personnes obtiennent une consultation gratuite du médecin généraliste.

Pour ce qui est de la fonction palliative dans les maisons de repos et les hôpitaux, le ministre renvoie à l'exposé technique fait par les collaborateurs de cabinet.

Quant à la création équilibrée de lits palliatifs, le ministre fait remarquer qu'il n'y aura pas d'accroissement du nombre de lits SP mais que leur encadrement médical et paramédical sera renforcé. Il s'agit en l'occurrence des honoraires de surveillance qui couvrent la période allant du premier jour jusqu'au 28^e, le premier jour étant celui à partir duquel le patient occupe effectivement le lit SP. L'encadrement des lits SP est également amélioré, passant de 1,25 à 1,50 équivalent temps plein.

Enfin, à titre d'expérience, les centres de jour seront subsidiés.

Concernant la proposition de loi de Mme Nyssens et consorts (doc. Sénat, n° 2-249/1), le ministre observe que la loi règle de nombreux points qui devraient plutôt figurer dans les arrêtés d'exécution. Ainsi, cette proposition maintient le système rigide en cascade selon lequel un territoire doit atteindre 600 000 habitants pour qu'un élargissement du cadre soit possible. Quant aux équipes, elles doivent compter au moins 150 patients, être subsidiées et obtenir également un élargissement du cadre. Selon les estimations de l'INAMI, c'est un recul par rapport à la situation actuelle. Quant à l'accroissement du forfait pour les soins à domicile, le ministre juge préférable de mettre d'abord en œuvre la réglementation existante.

van het thuiszorgforfait lijkt het volgens de minister aangewezen om eerst de toepassing van de bestaande regeling, die relatief nieuw is, af te wachten. Onder meer de budgettaire weerslag hiervan dient geëvalueerd te worden.

De minister treedt de opmerking van de minister van Volksgezondheid, Consumentenzaken en Leefmilieu bij, dat in het wetsvoorstel van mevrouw van Kessel c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-402/1) de definitie van palliatieve zorg te ruim is. Het koninklijk besluit, op basis waarvan het palliatief forfait wordt toegekend, geeft een betere omschrijving van de palliatieve patiënt. Een ander probleem betreft de palliatieve functie in de rusthuizen, waar wordt voorgesteld in 1 voltijds equivalent per 100 bedden te voorzien. Het palliatief plan van de federale regering voorziet echter in een forfait per instelling vanaf 60 bedden. Wie daaronder zit moet terecht kunnen in de samenwerkingsverbanden. De betrokken instellingen moeten de vrijheid hebben om zélf te bekijken hoe dit forfait wordt aangewend.

Samenvattend, is de minister van oordeel dat het palliatief plan van de regering grotendeels beantwoordt aan de verzuchtingen die worden naar voor gebracht in de diverse voorstellen, en soms zelfs verder gaat. Het is evenwel verkieslijker slechts de grote principes en krachtlijnen in een wettelijk kader vast te leggen, en de uitvoeringsmodaliteiten over te laten aan de regering. De minister is vragende partij om regelmatig voor de verenigde commissies een evaluatie te maken van de vooruitgang die op het terrein wordt geboekt. Tegelijk zal de regering werk maken van een wetsontwerp op de patiëntenrechten.

Een lid dankt de ministers voor hun antwoord. Hij zegt het op prijs te stellen dat de minister van Volksgezondheid meteen het verband legt tussen deze discussie en de bespreking van de patiëntenrechten.

Algemene maatregelen in verband met de gezondheid, zoals bijvoorbeeld het voornemen om de intellectuele handeling te herwaarderen, zullen ook voor de palliatieve zorgverlening positieve gevolgen hebben.

De aangekondigde verhoging van het budget is uiteraard een zeer goede maatregel.

Spreker leidt uit de uiteenzetting van de ministers af dat wetsvoorstel nr. 2-246/1 van mevrouw Vanlerberghe c.s. niet in tegenspraak is met de plannen van de regering wat de patiëntenrechten en het gezondheidsbeleid betreft.

Spreker verduidelijkt dat zijn vragen te maken hebben met het huidige tekort aan verplegers en met de manier waarop de ministers de negatieve gevolgen die dit tekort kan hebben voor de uitvoering van het palliatief zorgenplan, denken op te vangen.

tante, relativement récente et dont il convient d'évaluer l'impact budgétaire.

Le ministre se rallie à la remarque de la ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement, selon laquelle la définition des soins palliatifs est trop vaste dans la proposition de Mme van Kessel et consorts (doc. Sénat, n° 2-402/1). L'arrêté royal sur la base duquel le forfait palliatif est octroyé donne une meilleure description du patient palliatif. Un autre problème concerne la fonction palliative dans les maisons de repos, pour laquelle on prévoit un équivalent temps plein pour 100 lits. Le plan palliatif du gouvernement fédéral prévoit toutefois un forfait par institution à partir de 60 lits. Celles qui se situent en dessous de cette limite doivent faire appel aux associations. Les institutions concernées doivent pouvoir décider librement de l'utilisation de ce forfait.

En résumé, le ministre considère que le plan palliatif du gouvernement répond en grande partie aux objectifs mis en évidence dans les diverses propositions et qu'il va parfois même au-delà. Il est toutefois préférable de ne fixer que les grands principes et les lignes de force dans un cadre légal, et de laisser au gouvernement le soin d'en préciser les modalités d'exécution. Le ministre est demandeur d'une évaluation régulière des progrès enregistrés sur le terrain, devant les commissions réunies. Le gouvernement prépare simultanément un projet de loi relative aux droits des patients.

Un membre remercie les ministres pour leur réponse. Il dit avoir apprécié que la ministre de la Santé publique lie immédiatement le débat à celui relatif aux droits des patients.

Par ailleurs, des mesures de santé générales, comme par exemple l'intention de revaloriser l'acte intellectuel, auront aussi des effets positifs sur les soins palliatifs.

L'augmentation du budget annoncée est également une très bonne chose.

L'intervenant déduit de l'exposé des ministres que la proposition de loi n° 2-246/1 de Mme Vanlerberghe et consorts ne présente pas de contradiction avec les intentions du gouvernement en ce qui concerne les droits des patients et le programme de politique de santé.

L'intervenant précise que ses questions porteront sur la pénurie actuelle d'infirmières, et sur la manière dont les ministres comptent pallier les effets négatifs que cette pénurie peut entraîner sur la réalisation d'un plan relatif aux soins palliatifs.

Ook de kwestie van de nachtoppas is belangrijk. Het is vaak erg moeilijk om oppassers te vinden voor de nachten en de weekends. Moet men voor de ziekenoppassers trouwens geen minimum kwalificatiecriteria vastleggen?

Een andere vraag heeft betrekking op het niveau waarop de psycholoog in het versterkend palliatief zorgprogramma wordt ingeschakeld: gebeurt dit op het niveau van het samenwerkingsverband of van de tweedelijnssequipe?

Velen pleiten voor de tweede optie.

De samenwerkingsverbanden krijgen overigens een opleidingsopdracht toevertrouwd en de psycholoog kan daar inderdaad van pas komen.

Wat de verpleegsters van de tweedelijnssequipe betreft, moet men er rekening mee houden dat deze equipe dag en nacht moet kunnen werken. Met 2,6 verpleegsters per tweedelijnssequipe kan men moeilijk dag en nacht actief zijn.

Drie VTE lijken een minimum om een dergelijke wachtdienst te kunnen volhouden.

Wat het statuut van de palliatieve patiënt betreft, verwijst spreker naar de nota van de regering (blz. 6 en 7), waarin men blijkbaar per maand rekent. Het leven van een palliatief patiënt wordt echter in dagen uitgedrukt.

Waarom beperkt men zich dan tot een berekening per maand?

Wordt het forfait C per dag of per maand berekend?

Zou men in het laatste geval niet beter overstappen naar een berekening per dag?

In verband met het forfait C weet men trouwens dat palliatieve zorg kan variëren van een veeleer lichte verzorging tot een bijna intensieve zorgverlening.

Dient de formule niet soepeler te worden gemaakt, zodat zij beantwoordt aan de specifieke gevallen?

De minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid en Leefmilieu antwoordt als volgt.

Wat het tekort aan verplegend personeel betreft, verwijst zij naar het sociaal akkoord dat op 1 maart 2000 is gesloten.

Dat akkoord bepaalt dat er 600 bijkomende opleidingsplaatsen worden gecreëerd voor mensen die nu reeds in de verzorging werken en die, met de hulp van het Maribelfonds, recht hebben op een opleiding als verpleger of verpleegster.

Deze mogelijkheid heeft zoveel bijval gekend dat er 1 800 kandidaten zijn voor de opleiding. Er moest dus

La question des gardes de nuit est également importante, car trouver des gardes de nuit et de week-end est souvent très difficile. Ne faut-il pas, par ailleurs, définir des critères minimaux de qualification pour ces gardes-malades?

Une autre question concerne le niveau auquel il convient de situer le psychologue prévu dans le programme de renforcement des soins palliatifs: au niveau de l'association ou de l'équipe de deuxième ligne?

Beaucoup de personnes plaident pour la seconde solution.

Par ailleurs, une mission de formation est attribuée aux associations, et il est vrai que, là aussi, le psychologue pourrait intervenir.

En ce qui concerne les infirmières de l'équipe de deuxième ligne, il faut tenir compte du fait que cette équipe doit pouvoir effectuer des prestations 24 heures sur 24. Si le quota d'infirmières accordé à l'équipe de deuxième ligne est de 2,6, on voit difficilement comment elle peut assurer une permanence 24 heures sur 24.

Il semble que trois ETP constitueraient un minimum pour pouvoir assurer une telle permanence.

Quant au statut de patient palliatif, l'intervenant se réfère à la note du gouvernement (pp. 6 et 7), où l'on calcule apparemment en termes de mois. Cependant, la réalité d'un patient palliatif se compte par jour.

Pourquoi, dès lors, s'enfermer dans un calcul par mois?

Le forfait C est-il, lui, calculé par jour ou par mois?

Ne faut-il pas, dans cette dernière hypothèse, prévoir plutôt un calcul par jour?

En ce qui concerne ce forfait C, on sait par ailleurs que les situations de soins palliatifs peuvent nécessiter un accompagnement relativement léger, ou au contraire des soins quasiment intensifs.

Ne faudrait-il pas moduler la solution de façon plus souple, en fonction des situations particulières?

La ministre de la Consommation, de la Santé Publique et de l'Environnement répond comme suit.

En ce qui concerne la pénurie des infirmières, elle se réfère à l'accord «social profit», qui a été conclu le 1^{er} mars 2000.

Dans le cadre de cet accord, il a été prévu de créer 600 places de formation pour des personnes qui travaillent déjà comme soignants divers et qui, grâce aux fonds du Maribel social, ont droit à une formation d'infirmier ou d'infirmière.

Cette proposition a connu un tel succès qu'il y a eu 1 800 candidats pour suivre cette formation. Une

een selectie gebeuren. Aan Nederlandstalige zijde, waar voor de A2-opleiding reeds cijfers beschikbaar zijn, is het aantal kandidaten met 22 % gestegen.

Hieronder telt men 15 % die gebruik hebben gemaakt van de mogelijkheid die via het Maribel-fonds wordt geboden.

Ook heeft men vastgesteld dat de nieuwe doorstromingsmogelijkheid van de A2- naar de A1-verpleegopleiding een groot succes is.

De minister heeft nog geen cijfers met betrekking tot de inschrijvingen op A1-niveau, aangezien de afsluitdatum hiervoor na de afsluiting van de inschrijvingen voor de A2-opleiding valt.

In de begroting van Volksgezondheid zijn voor 2002 ook fondsen vrijgemaakt voor een hedendaagse campagne die in samenwerking met de sector tot doel heeft meer mensen aan te sporen om voor een verplegend beroep te kiezen.

Deze maatregelen hebben tot doel de reeds genomen maatregelen nog te versterken.

In het plan is op het niveau van de palliatieve samenwerkingsverbanden een extra functie voor een psycholoog gecreëerd.

Voor de multidisciplinaire equipes bestaat bovendien de expliciete mogelijkheid om de personeelsformatie met meer soepelheid te bepalen.

Naast verpleegsters met ervaring in de palliatieve zorg, kan men ook licentiaten in de psychologie, kinesitherapeuten, sociaal assistenten en assistenten in de psychologie inschakelen.

De minister van Pensioenen en Sociale Zaken verduidelijkt dat het palliatief forfait vanuit technisch oogpunt in dagen wordt berekend, maar in maanden wordt uitbetaald.

De uitkering kan maximum twee maanden lang worden toegekend.

Dit is een vrij recente maatregel, die op 1 januari 2000 is ingevoerd.

Men zal dus de gevolgen in de praktijk moeten evalueren en in 2002 jaar beslissen of de maatregel uitgebreid moet worden tot drie maanden of meer.

Het forfait C voor de thuisverzorging wordt toegekend aan de patiënten die recht hebben op het palliatief forfait.

Dit wordt per dag berekend en is niet beperkt in de tijd.

Wat het principe van een forfaitaire tegemoetkoming betreft, moet er genuanceerd worden. Het

sélection a donc du être opérée. Ceci a conduit, du côté néerlandophone, où les chiffres définitifs sont déjà disponibles pour les formations A2, à une augmentation des candidats de l'ordre de 22 %.

Dans cette augmentation, 15 % sont des candidats qui ont utilisé la voie créée grâce aux fonds du Maribel social.

De plus, on constate également que le pont qui a été créé, pour les infirmiers et infirmières A2, vers le niveau A1, connaît lui aussi un énorme succès.

La ministre ne dispose pas encore des chiffres relatifs aux inscriptions pour le niveau A1, car la date limite d'inscription est plus tardive que pour le niveau A2.

Des fonds ont en outre été prévus dans le cadre du budget de la Santé publique pour 2002, en vue de faire, en collaboration avec le secteur, une campagne moderne visant à encourager le choix de la profession d'infirmière.

On espère, par toutes ces mesures, renforcer les mesures déjà prises antérieurement.

En ce qui concerne la fonction de psychologue, dans le cadre du plan, il a été prévu, au niveau des réseaux de soins palliatifs, la création supplémentaire d'une fonction de psychologue.

De plus, pour ce qui est des équipes multidisciplinaires, on a prévu explicitement la possibilité qu'il y ait davantage de liberté dans la réalisation du cadre de personnel disponible.

À côté des infirmières ayant suffisamment d'expérience en matière de soins palliatifs, entrent en ligne de compte des licenciés en psychologie, des kinésithérapeutes, des assistants sociaux et des assistants en psychologie.

Le ministre des Affaires Sociales et des Pensions précise, en ce qui concerne les forfaits, que le forfait palliatif est techniquement calculé par jour mais qu'on le paie par mois.

Le maximum est de deux mois.

Cette mesure est assez neuve, puisqu'elle a été introduite le 1^{er} janvier 2000.

Il faudra donc en évaluer l'effet sur le terrain, et apprécier, en 2002, s'il faut l'élargir à trois mois ou plus.

En ce qui concerne le forfait C pour les soins à domicile, il est accordé à ceux qui ont droit au forfait palliatif.

Il est calculé par jour, et il n'y a pas de limitation dans le temps.

Quant au principe de l'utilisation d'un instrument forfaitaire, une nuance doit être apportée. Le forfait C

forfait C voor de thuiszorg komt immers bovenop alle andere terugbetalingen van de gezondheidszorg.

Men kan dus een hele reeks maatregelen toepassen en er zijn gradaties mogelijk wat de terugbetaling betreft, naar gelang van de situatie van elke patiënt.

In andere sectoren is gebleken dat een forfaitaire tegemoetkoming ook voordelen heeft, omdat dit systeem bijvoorbeeld gebruikt kan worden om de zorgverleners en de omgeving van de patiënt meer verantwoordelijkheid te geven.

Een lid beschrijft het voorbeeld van een thuis verblijvende patiënt die na vijf dagen overlijdt. Zal het terugbetaalde bedrag een maand of vijf dagen dekken?

De minister antwoordt dat het bedrag berekend is op basis van een maand.

Er is immers ook de kwestie van het evenwicht tussen administratieve eenvoud en doeltreffendheid.

Om administratieve redenen is het voor het RIZIV gemakkelijker om in maanden te rekenen. Hier moet echter nog meer over worden nagedacht.

Een lid drukt haar tevredenheid uit over het palliatief plan van de federale regering. Haar fractie heeft via een wetsvoorstel het belang willen uitdrukken dat zij hecht aan de palliatieve zorg. Spreekster is het evenwel eens met de bewering van beide ministers, dat één en ander beter op het uitvoerende niveau wordt geregeld met het oog op de nodige soepelheid.

Het lid vindt zeer vele dingen, die in haar wetsvoorstel werden voorgesteld, terug in de plannen van de federale regering. Het wetsvoorstel vertrekt vanuit het recht op palliatieve zorg voor eenieder. De noodzaak hiervan is des te uitdrukkelijker tot uiting gekomen in het euthanasiedebat. Deze vaststelling werd doorgetrokken naar de verschillende opvangsituaties: thuis, in RVT's, in ziekenhuizen, enzovoort. Spreekster heeft er echter geen moeite mee om dit fundamenteel recht op te nemen in een algemene wet op de patiëntenrechten. Zij hoopt dat het regeringsontwerp spoedig in de Senaat zal worden ingediend.

Wat de definitie van palliatieve zorg betreft, is het lid het niet eens met de minister. De palliatieve zorg werd in haar voorstel niet te ruim omschreven, vermits duidelijk werd aangegeven dat het moet gaan over de aanloop naar een stervensfase. De discussie hieromtrent is echter niet van fundamentele aard.

Spreekster betreurt dat het aspect pijnbestrijding helemaal niet aan bod komt in het palliatief plan. Pijnbestrijding is ruimer dan palliatie, en andersom. De kennis om pijn te bestrijden maakt echter wel wezenlijk deel uit van de palliatieve zorg. Het sneller verspreiden van deze kennis is dan ook wenselijk.

pour les soins à domicile s'ajoute à toutes les autres possibilités de remboursement de soins.

Il y a donc tout un registre d'instruments auxquels on peut avoir recours, et des gradations dans le remboursement des soins pour le patient concerné en fonction de sa situation.

En outre, un instrument forfaitaire a aussi des avantages, comme on peut le constater dans d'autres secteurs où il est utilisé, pour responsabiliser les prestataires de soins et l'entourage du patient en question.

Un membre prend l'exemple d'un patient à domicile, qui décède après cinq jours. Le remboursement aura-t-il lieu pour un mois, ou à concurrence des cinq jours?

Le ministre répond que le remboursement aura lieu pour un mois.

Il s'agit de trouver un équilibre entre simplicité administrative et efficacité.

Au niveau de l'INAMI, pour des raisons administratives, il est vraiment préférable de raisonner en termes de mois. Mais il faut sans doute encore approfondir la question.

Une membre se dit satisfaite du plan palliatif du gouvernement fédéral. Son groupe a voulu exprimer par une proposition de loi l'importance qu'il accorde aux soins palliatifs. L'intervenante partage également le point de vue des deux ministres, qu'il est préférable de régler certains points au niveau exécutif, de manière à pouvoir prévoir la souplesse nécessaire.

L'intervenante retrouve dans le plan du gouvernement fédéral de nombreux éléments de sa proposition de loi fondée sur le droit de chacun aux soins palliatifs. Au cours du débat sur l'euthanasie, il est clairement apparu que de tels soins sont une nécessité. Cette observation vaut pour les différentes possibilités d'accueil: à domicile, dans les maisons de repos et de soins, dans les hôpitaux, etc. L'intervenante ne voit aucune objection à inclure ce droit fondamental dans une loi générale relative aux droits des patients. Elle espère que le projet du gouvernement sera rapidement déposé au Sénat.

La membre n'est pas d'accord avec le ministre sur la définition des soins palliatifs. Celle qui figure dans sa proposition ne lui paraît pas trop vaste, puisqu'il est clairement indiqué qu'il doit s'agir du début de la phase terminale. La discussion à ce sujet n'est cependant pas fondamentale.

L'intervenante déplore que la question de la lutte contre la douleur ne soit pas prise en compte dans le plan palliatif. La lutte contre la douleur ne se limite pas aux soins palliatifs et inversement. Les connaissances en matière de traitement de la douleur font cependant intrinsèquement partie des soins palliatifs. Une diffusion plus rapide de ces connaissances est donc souhaitable.

Overigens merkt het lid op dat haar voorstel niet spreekt over een thuiszorgforfait van 6 maanden, maar wel van maximum 6 maanden. Het is inderdaad het beste eerst de bestaande regeling te evalueren alvorens over te gaan naar een nieuwe wetgeving. Spreekster dringt erop aan dat deze evaluatie dan ook daadwerkelijk gebeurt. Hopelijk zal in de nodige budgettaire ruimte voorzien worden om, indien nodig, het forfait uit te breiden.

Het debat over de ereloonsupplementen is van een andere orde, maar verdient ook hier vermelding. Het zou immers niet mogen dat er financiële bezwaren meespelen in de beslissing waar de palliatieve patiënt wenst te sterven.

Spreekster is van oordeel dat de palliatieve equipes ook moeten kunnen optreden in de psychiatrische verzorgingstehuizen. De werkzaamheid van deze regeling dient eveneens geëvalueerd te worden.

Tenslotte verwijst het lid naar de palliatieve dagcentra. Het is niet duidelijk of de financiering slaat op een welbepaald aantal centra, op een projectmatige financiering of op de bestaande centra. Deze laatste optie draagt de voorkeur weg van spreekster.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen beaamt dat niet alle pijnbestrijding thuishoort in de palliatieve zorg terwijl, andersom, niet alle terminale patiënten nood hebben aan pijnbestrijding. De minister verwijst naar een commissie, die ten behoeve van de regering de domeinen in de gezondheidszorg aanduidt waar de kwaliteit van de zorg kan verbeteren. Men mag er van uitgaan dat pijnbestrijding één van deze prioriteiten zal zijn. Er zullen dan ook projecten op dat vlak worden ontwikkeld, met de bedoeling de deskundigheid te ontwikkelen om de patiënten beter te kunnen behandelen. Het is echter niet nodig om hiervoor in elk ziekenhuis een pijnfunctie uit te bouwen.

De palliatieve equipes kunnen inderdaad optreden binnen de psychiatrische verzorgingstehuizen. Het voordeel is dat daardoor een band tussen thuiszorg en de instellingen ontstaat. Het is echter onduidelijk of dit voldoende is. Vandaar dat binnen de RVT's een specifieke palliatieve functie dient te worden uitgebouwd.

De minister spreekt de hoop uit dat de artsen en de ziekenfondsen een duurzaam akkoord kunnen bereiken met betrekking tot de ganse problematiek van de ereloonsupplementen.

Een lid verwijst naar het wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (Stuk Senaat, nr. 2-160/1), dat vertrekt vanuit de mensenrechten en de rechten van de patiënt, zoals die tot uiting komen in de aanbevelingen van de Raad van Europa en het Europees Verdrag voor de bescherming van de rechten van de mens. Het is vanuit deze achtergrond dat

Par ailleurs, l'intervenante observe que sa proposition ne parle pas, pour les soins à domicile, d'un forfait de six mois mais bien d'un maximum de six mois. Il est préférable d'évaluer la réglementation existante avant de passer à une nouvelle législation. L'intervenante insiste pour que cette évaluation ait vraiment lieu. Elle espère qu'on prévoira la marge budgétaire nécessaire à l'extension éventuelle du forfait.

Le débat relatif aux suppléments d'honoraires est d'un autre ordre mais mérite néanmoins d'être mentionné. En effet, des difficultés financières ne sauraient influencer le choix de l'endroit où le patient palliatif souhaite mourir.

L'intervenante estime que les équipes palliatives doivent pouvoir intervenir dans les maisons de soins psychiatriques. L'applicabilité de cette réglementation doit également être évaluée.

Enfin, l'intervenante renvoie aux centres palliatifs de jour. Il n'est pas précisé clairement si le financement concerne un nombre déterminé de centres, des projets ou tous les centres existants. L'intervenante préfère la dernière option.

Le ministre des Affaires sociales et des Pensions partage l'opinion selon laquelle tous les cas de lutte contre la douleur ne relèvent pas des soins palliatifs tandis qu'inversement, les patients en phase terminale n'ont pas tous besoin d'un traitement de la douleur. Il renvoie à une commission chargée d'informer le gouvernement des domaines de la santé publique où la qualité des soins pourrait être améliorée. On peut considérer que le traitement de la douleur sera l'une des priorités. Des projets seront donc développés en la matière, afin d'améliorer les compétences permettant de mieux traiter les patients. Il n'est pas nécessaire pour autant de créer dans chaque hôpital une fonction de traitement de la douleur.

Les équipes palliatives peuvent effectivement intervenir dans les maisons de soins psychiatriques. Cela présente l'avantage de créer un lien entre les soins à domicile et les institutions. On ignore cependant si cela suffira. C'est la raison pour laquelle il faut instaurer une fonction palliative spécifique dans les maisons de repos et de soins.

Le ministre espère que les médecins et les mutualités parviendront à un accord durable sur l'ensemble de la question de suppléments d'honoraires.

Un membre se réfère à la proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (doc. Sénat, n° 2-160/1), proposition fondée sur les droits de l'homme et les droits du patient tels qu'énoncés dans les recommandations du Conseil de l'Europe et dans la Convention européenne des droits de l'homme. C'est sur cette base que le groupe de l'intervenant plaide en faveur d'un droit

de fractie van het lid pleit voor een basisrecht op palliatieve zorg. Het is wenselijk dat dit recht wettelijk wordt verankerd, zodat er een garantie is dat alle patiënten er gelijke toegang toe hebben.

Men bevindt zich immers in een uitzonderlijke situatie, waarin sommigen voorstellen een recht op actieve levensbeëindiging in te voeren, niet enkel voor terminale maar ook voor niet-terminale patiënten, en niet enkel wegens fysisch lijden maar ook wegens psychische redenen. Een wettelijke verankering van het recht op palliatieve zorg, als aanvulling van het recht op een menswaardig bestaan, is dan ook van groot belang, temeer omdat hierdoor een duidelijk signaal wordt gegeven over de soms niet-humane kanten van de gezondheidszorg.

Vaak is er immers een gebrek aan communicatie en overleg met de patiënt en met diens omgeving, of wordt de behandeling louter bekeken als een technische aangelegenheid.

Een wettelijke verankering maakt ook een parlementaire controle mogelijk en biedt de zekerheid dat het recht op palliatieve zorg niet afhankelijk wordt gemaakt van de budgettaire toestand. Tevens maakt dit deel uit van een juridisch evenwicht dat dient bereikt te worden in het hele euthanasiedebat. De palliatieve zorg dient dan ook verbonden te blijven met de discussie daaromtrent, eerder dan met de patiëntenrechten.

Tenslotte wijst het lid op de bepaling in het regeerakkoord, die stelt dat het euthanasiedebat een zaak is van het Parlement. Hoewel de beide ministers geen parlementslid meer zijn, zou het raar zijn indien zij in dit ruime maatschappelijke debat geen stelling zouden innemen en afzijdig zouden blijven. Hoewel de beide ministers, strikt genomen, niet gehouden zijn om een antwoord te geven op haar vraag, wenst spreekster te vernemen welke de persoonlijke visie is van de beide ministers op het euthanasievraagstuk.

De minister van Volksgezondheid merkt op dat zij reeds gedurende maanden aan de patiëntenrechten werkt. Het recht op palliatieve zorg is hiermee nauw verbonden, net als met het euthanasiedebat. De minister meent dat eenieder, vanuit een correcte informatie over zijn gezondheidstoestand, moet kunnen kiezen voor palliatie. De regering wenst een reëel antwoord te bieden op dit fundamenteel recht en op de vorm ervan. Het is niet de bedoeling om dit te «verdrinken» in de patiëntenrechten; het hoort er gewoon in thuis en krijgt er zijn plaats. Het zou, zowel vanuit juridisch oogpunt als vanuit ethisch oogpunt, een verarming betekenen wanneer men deze kwestie op een aparte manier zou behandelen. De minister hoopt het ontwerp op de patiëntenrechten te kunnen indienen in november 2000.

Er zal altijd een spanningsveld blijven tussen enerzijds juridisch vastgestelde rechten en anderzijds de

fundamenteel aux soins palliatifs. Il est souhaitable que ce droit soit fixé légalement, afin de garantir à tous les patients un accès égal à ces soins.

Nous nous trouvons en effet dans une situation exceptionnelle, dans laquelle certains proposent d'instaurer un droit à mettre activement fin à la vie, non seulement pour des patients en phase terminale mais aussi pour des malades non terminaux, et ce non seulement en raison de souffrances physiques mais aussi de facteurs psychologiques. Le fait de fixer légalement le droit aux soins palliatifs, complémentairement au droit à une existence digne, a donc une grande importance, d'autant que cela permet de donner un signal clair concernant les aspects parfois inhumains des soins de santé.

Souvent, la communication et la concertation avec le patient et son entourage sont insuffisantes, ou bien le traitement est considéré comme une question purement technique.

Le fait de fixer légalement le droit aux soins palliatifs permet également un contrôle parlementaire et offre la garantie que le droit à ces soins ne dépendra pas de la situation budgétaire. En outre, cela fait partie d'un équilibre juridique à atteindre dans le débat sur l'euthanasie. Les soins palliatifs doivent donc rester liés à ce débat-là, plutôt qu'avec les droits des patients.

Enfin, l'intervenante attire l'attention sur la disposition de l'accord de gouvernement qui précise que le débat sur l'euthanasie relève du Parlement. Bien que les deux ministres ne soient plus membres du Parlement, il serait étrange qu'ils ne prennent pas position dans ce large débat de société et se tiennent à l'écart. Bien qu'ils ne soient pas strictement tenus de répondre à sa question, l'intervenante souhaite connaître le point de vue personnel des deux ministres concernant l'euthanasie.

La ministre de la Santé publique signale qu'il y a déjà plusieurs mois qu'elle travaille aux droits des patients. Le droit aux soins palliatifs y est étroitement lié, tout comme il l'est avec le débat sur l'euthanasie. La ministre estime que chacun doit pouvoir opter pour le palliatif sur la base d'une information correcte sur son état de santé. Le gouvernement souhaite apporter une réponse concrète en ce qui concerne ce droit fondamental et la forme qu'il revêt. L'objectif n'est pas de le «noyer» dans les droits des patients; il en fait vraiment partie et y a sa place. En traitant cette question séparément, on aboutirait à un appauvrissement tant au point de vue juridique qu'au point de vue éthique. La ministre espère pouvoir déposer le projet relatif aux droits des patients en novembre 2000.

Il subsistera toujours des tensions entre les droits établis juridiquement, d'une part, et, d'autre part,

praktische organisatie van het gezondheidszorgbeleid. De minister verwijst naar het recht op wonen, dat over gans Europa verankerd is in de Grondwet, maar dat in de praktijk niet voor iedereen wordt gerealiseerd. Er moeten dan ook niet enkel rechten worden gegarandeerd op papier; ze moeten ook worden uitgevoerd op het terrein. De regering heeft de laatste maanden verschillende maatregelen genomen op het vlak van de palliatieve zorg. De ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid hebben zich kunnen beroepen op de unanimité in de Senaat om hiervoor binnen de regering steun te krijgen.

In het euthanasiedebat moet het Parlement zijn volle verantwoordelijkheid opnemen. De minister heeft er binnen haar fractie steeds op aangedrongen dat er een wettelijke regeling zou worden uitgewerkt. Zij heeft geen enkel probleem met de richting die thans wordt ingeslagen in de Senaat.

Een lid zegt verbaasd te zijn dat er in de Kamer een voorstel is ingediend in verband met patiëntenrechten, terwijl deze materie nauw verbonden is met de palliatieve zorg en het debat over de laatste levensfase. Spreekster begrijpt niet dat er over dit onderwerp geen ruime discussie plaatsgrijpt.

Zij stelt zich ook vragen over het statuut van de nota die aan de verenigde commissies is uitgedeeld bij de hoorzitting met de twee ministers.

Het gaat niet om intenties die nog door de regering besproken moeten worden, maar wel om punten waarover binnen de regering eensgezindheid bestaat en die terug te vinden zullen zijn in de programmawet die voor 2001 of voor 2002 in de Kamer zal worden ingediend.

Er is ook verwezen naar een werkgroep met de gemeenschappen en de gewesten. Spreekster zou graag de agenda van deze vergaderingen kennen en weten wat hun doel is, of ten minste welke punten er door de federale overheid ter bespreking worden voorgesteld.

Hoe staat het bijvoorbeeld met de opleiding van de artsen?

Spreekster onderstreept dat het, met betrekking tot de definitie van «palliatieve zorg» zoals het begrip in de nota van de ministers wordt gebruikt (blz. 3, punt 2), belangrijk is hier een strikte omschrijving van te geven, niettegenstaande het feit dat dit tot problemen kan leiden omdat bepaalde terminale patiënten veel langer in leven blijven dan de arts geschat had.

Men dient dus het systeem zo soepel mogelijk te maken, zonder echter te overdrijven.

Wat de pijnbestrijding betreft, is spreekster het eens met wat een vorige spreekster hierover te zeggen had.

Palliatieve zorg omvat inderdaad meer dan de gespecialiseerde bestrijding van pijn en de behande-

l'organisation pratique de la politique des soins de santé. La ministre se réfère au droit au logement qui, dans toute l'Europe, est garanti par la Constitution mais qui, dans la pratique, n'est pas une réalité pour tout le monde. Les droits ne doivent pas seulement être garantis sur le papier; ils doivent aussi être appliqués sur le terrain. Ces derniers mois, le gouvernement a pris diverses mesures sur le plan des soins palliatifs. Les ministres des Affaires sociales et de la Santé publique ont pu invoquer l'unanimité qui s'est dégagée au Sénat pour obtenir le soutien du gouvernement à cet égard.

Le Parlement doit prendre toutes ses responsabilités dans le débat sur l'euthanasie. Au sein de son groupe, la ministre a toujours demandé qu'un règlement légal soit élaboré. La position actuelle du Sénat ne lui pose aucun problème.

Un membre se dit étonné qu'un projet de loi sur les droits du patient soit déposé à la Chambre, alors que cette matière est intimement liée à celle des soins palliatifs et au débat sur la fin de vie. L'intervenante ne comprendrait pas qu'il n'y ait pas une discussion globale à ce sujet.

Elle s'interroge aussi sur le statut de la note qui a été communiquée aux commissions réunies lors de l'audition des deux représentants des ministres.

Il s'agit, non pas d'intentions encore à discuter au sein du gouvernement, mais de points sur lesquels il y a accord au sein de celui-ci, et qui se retrouveront dans le cadre de la loi-programme qui sera déposée à la Chambre, soit pour 2001, soit pour 2002.

Il a également été fait référence à un groupe de travail avec les communautés et les régions. L'intervenante aimerait connaître l'ordre du jour de ses réunions, et savoir vers quoi on s'oriente, ou au moins quels sont les points soumis à discussion par le pouvoir fédéral.

Qu'en est-il, notamment, en ce qui concerne la formation des médecins?

En ce qui concerne la définition des soins palliatifs, reprise dans le document des ministres (p. 3, point 2), l'intervenante souligne qu'il serait important que l'on se détermine sur la définition stricte de ces soins, encore que cela pose des problèmes concrets, puisque certains patients en phase terminale survivent beaucoup plus longtemps que le médecin ne l'avait prévu.

Aussi faut-il laisser au système le plus de souplesse possible, sans pour autant l'ouvrir de façon excessive.

En ce qui concerne le contrôle de la douleur, l'intervenante partage ce qui a été dit par une précédente oratrice.

Il est vrai que les soins palliatifs sont plus que la lutte spécialisée contre la douleur et le traitement

ling van de symptomen (nota, blz. 3, punt 3), maar de twee zijn met elkaar verbonden.

Spreekster herinnert eraan dat er tijdens de hoorzittingen gewezen is op de moeilijkheden die artsen ondervinden om bijvoorbeeld aan morfine te komen tijdens het weekend.

De thuiszorg blijft een zeer delicate kwestie. Ook als men akkoord gaat met de nota over het onderwerp, moet men nog overgaan tot de praktische organisatie. Zover is het echter nog niet gekomen. Het blijft een versnipperd terrein. De relatie tussen de huisarts en het ziekenhuis is niet altijd ideaal en het afwisselend verblijf thuis en in het ziekenhuis is problematisch.

In de rusthuizen ten slotte is het in principe mogelijk om de palliatieve functie in te schakelen maar doet men het niet omdat die functie niet vergoed wordt.

De nota van de ministers brengt hierin geen verandering.

Zoals reeds gezegd, moet het rusthuis beschouwd worden als het huis waarin de patiënten verblijven. Er dient nagedacht te worden over de terminale levensfase in het rusthuis, meer bepaald voor patiënten die lijden aan Alzheimer.

Een ander lid meent dat de beide ministers het bewijs hebben geleverd dat ze hebben geluisterd naar mensen op het terrein. Hij vindt het belangrijk dat de regering aankondigt dat de begeleiding van alle patiënten dient verbeterd te worden, en niet enkel die van de palliatieve patiënten.

Het lid vraagt in welke mate de palliatieve zorgverstrekkers zullen verplicht en gemotiveerd worden om aan de patiënt het stervensverhaal uit te leggen. Dit is immers essentieel in de stervensbegeleiding. Al te vaak stelt men vast dat in de ganse stervensbegeleiding hierover met geen woord wordt gesproken. Spreker wenst ook te vernemen in welke mate de patiënt zelf wordt betrokken bij de informatie, de zelfbeschikking en de «informed consent» voor de gecontroleerde sedatie.

Het is overigens de vraag of voor gecontroleerde sedatie niet dezelfde omzichtigheid en dezelfde plicht tot het indienen van rapporten e.d. moet worden gevraagd als bij de euthanasie.

De palliatieve zorg moet volledig los staan van de pijnkliniek. Dit zijn totaal verschillende dingen, wat anderen ook beweren. Deze discussie dient dan ook apart te worden gevoerd. Niettemin meent spreker dat het euthanasiedebat kan worden ontmijsd door in het wetsvoorstel te bepalen dat in de procedure hoe dan ook een pijnspecialist moet worden geconsulteerd.

Een ander lid vraagt of men in verband met het functioneren van de equipes heeft gedacht aan de

spécialisé des symptômes (note, p. 3, point 3), mais l'un ne va pas sans l'autre.

L'intervenante rappelle que, lors des auditions, la difficulté d'accès des médecins généralistes à des substances telles que la morphine, durant les week-end, a été mise en évidence.

Le domicile reste un point éminemment délicat. En effet, si l'on ne peut qu'être d'accord avec le contenu de la note à ce sujet, encore faut-il que cela puisse s'organiser concrètement sur le terrain. Or, tel n'est pas encore le cas. Le terrain reste très cloisonné; les relations du médecin généraliste avec l'hôpital ne sont pas nécessairement excellentes, et les allers-retours entre domicile et hôpital sont difficiles.

Enfin, en ce qui concerne les maisons de repos, formellement, la possibilité existe de faire appel à la fonction palliative, mais on ne le fait pas, car cette fonction n'est pas rémunérée.

À cet égard, la note des ministres n'apporte pas d'élément neuf.

Comme déjà indiqué, la maison de repos doit être considérée comme le domicile des patients qui y résident. Il y a une réflexion à mener sur la fin de vie en maison de repos, notamment en ce qui concerne les patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Un autre membre signale que les deux ministres ont apporté la preuve qu'ils ont écouté les gens du terrain. Il trouve important que le gouvernement annonce qu'il ne faut pas améliorer l'accompagnement des seuls patients palliatifs, mais celui de tous les patients.

L'intervenant demande dans quelle mesure les prestataires de soins palliatifs seront motivés et obligés d'expliquer au patient le déroulement de sa mort. C'est essentiel dans l'accompagnement des mourants. Trop souvent, on constate que l'accompagnement des mourants se fait sans souffler mot à ce sujet. L'intervenant désire également savoir dans quelle mesure le patient est impliqué dans l'information, l'autodétermination et le consentement éclairé en cas de sédation contrôlée.

Le problème est de savoir s'il faut demander, par exemple, la même prudence et la même obligation de déposer des rapports pour la sédation contrôlée que pour l'euthanasie.

Les soins palliatifs doivent être dissociés de la clinique de la douleur. Ce sont des choses totalement différentes, quoi que d'aucuns puissent affirmer. Cette discussion doit donc rester distincte. Néanmoins, l'intervenant estime que le débat sur l'euthanasie peut être déminé en spécifiant, dans la proposition de loi, qu'un spécialiste de la douleur doit de toute façon être consulté lors de la procédure.

Un autre membre encore demande, à propos du fonctionnement des équipes, si la question s'est posée

grondige revisie van de overeenkomsten met het RIZIV, waarover regelmatig opnieuw moet worden onderhandeld.

Is het, in het belang van de betrokkenen, niet beter om een alternatieve formule van structurele financiering te hebben ?

De palliatieve eenheden van de ziekenhuizen zijn steeds drukker bezet en halen vaak een bezettingsgraad van 100%. Zou men binnen afzienbare tijd de ware bezettingsgraad van die afdelingen niet in aanmerking kunnen nemen, in plaats van een financiering van 80% toe te passen ?

De multidisciplinaire tweedelijnssequipes zeggen dat zij niet kunnen werken met de middelen die zij van de regering krijgen. Zij willen een psycholoog en hadden ook graag meer uren toegekend aan de arts die deel uitmaakt van de equipe, door hem in plaats van 4 uren per week, 6 of zelfs 8 uren per week te laten presteren. Absoluut noodzakelijk is echter een minimum van drie VTE verpleegkundigen.

Zou men voor het ziekenhuisverblijf niet de reële duur van de opname kunnen aanrekenen, in plaats van zich te beperken tot 28 dagen ?

De ziekenhuizen laten bovendien weten dat de sector niet homogeen gefinancierd kan worden.

Een ziekenhuis dat gespecialiseerd is in de pediatrie en dat bijvoorbeeld met zware kankergevallen te maken krijgt, heeft meer middelen nodig dan een ziekenhuis dat deze gespecialiseerde diensten niet levert.

Kan er voor de financiering van de palliatieve zorg een preciezere evaluatie gebeuren van de behoeften van ieder ziekenhuis ?

Een lid wenst de beide ministers te verzoeken om ook de senatoren de tijd te geven om het wetsontwerp inzake patiëntenrechten te onderzoeken, opdat kan worden beoordeeld in welke mate de ingediende voorstellen inzake palliatieve zorg dienen gehandhaafd te worden.

Een ander lid verheugt zich over de plannen van de federale regering, die een jaar na het opstarten van het euthanasiedebat voorliggen. Dit is een staaltje van goede samenwerking tussen de twee bevoegde kabinetten en de senatoren. Het is ook een bewijs dat het hier gaat om méér dan enkel het euthanasievraagstuk, maar ook om de palliatieve zorg, waarvoor de meerderheidspartijen bijzondere aandacht hebben. Het lid treedt dan ook de mening bij van vorige spreker.

Uit de hoorzittingen is gebleken dat bij de vorming van geneesheren niet enkel het medische aspect en de pijnbestrijding van belang zijn, maar dat ook de nodige communicatieve en sociaal-vaardige accenten moeten worden gelegd. Het betreft daarbij niet enkel de communicatie naar de patiënt, maar ook naar de ganse familie toe. Deze boodschap moet vanuit het

d'une révision fondamentale du système des conventions avec l'INAMI, qui doivent régulièrement être renégociées.

Dans l'intérêt des acteurs, ne serait-il pas intéressant d'avoir une formule alternative de financement structurel ?

En ce qui concerne les unités de soins palliatifs des hôpitaux, elles sont de plus en plus pleines et atteignent souvent 100 % d'occupation. Est-il imaginable, à moyen terme, de prendre en compte la capacité réelle de ces unités, au lieu de les financer sur la base de 80 % ?

Les équipes multidisciplinaires de deuxième ligne disent qu'elles ne peuvent travailler avec les moyens que leur offre le gouvernement. Elles souhaitent un psychologue, et voudraient aussi augmenter les heures du médecin qui travaille dans ces équipes, en passant de 4 à 6, voire à 8 heures par semaine. Mais surtout, un minimum de trois ETP infirmiers est indispensable.

Pour la durée de séjour en hôpital, ne peut-on imaginer de ne pas se limiter à 28 jours et de tenir compte de la durée réelle du passage en hôpital ?

Enfin, à propos du financement des hôpitaux, ceux-ci soulignent que le secteur n'est pas homogène.

Un hôpital spécialisé en pédiatrie, et qui traite des cas lourds relevant par exemple de l'oncologie, a plus de besoins qu'un hôpital qui n'a pas ce service spécialisé.

Dans la manière dont on va financer les soins palliatifs, peut-on faire une évaluation plus précise des besoins dans chaque hôpital ?

Un membre demande aux deux ministres de donner aussi le temps aux sénateurs d'examiner le projet de loi relatif aux droits des patients afin de juger dans quelle mesure les propositions déposées en matière de soins palliatifs doivent être maintenues.

Un autre membre se réjouit des projets du gouvernement fédéral qui arrivent un an après le début du débat sur l'euthanasie. Ceci témoigne de la bonne collaboration entre les deux cabinets concernés et les sénateurs. C'est également une preuve qu'il s'agit ici non seulement du problème de l'euthanasie, mais aussi des soins palliatifs auxquels les partis de la majorité accordent une attention particulière. Le membre partage dès lors l'avis de l'orateur précédent.

Les auditions ont montré que l'aspect médical et la lutte contre la douleur ne sont pas les seuls points importants de la formation des médecins, mais que l'accent doit également être mis sur la nécessité d'une aptitude aux contacts et à la communication. Il ne s'agit de la communication non seulement avec le patient, mais aussi avec l'ensemble de la famille. Ce

federale niveau worden doorgegeven naar de gemeenschappen, die ter zake bevoegd zijn.

De minister van Sociale Zaken en Pensioenen antwoordt — met betrekking tot het statuut van de voorgestelde nota — dat de voorstellen die hij samen met zijn collega van Volksgezondheid heeft gedaan, aanvaard zijn. In de verantwoording van de begroting van het RIZIV, die in de interministeriële groep van de regering is besproken en 900 miljoen bedraagt, worden alle in het plan vermelde maatregelen overgenomen.

De 900 miljoen vertegenwoordigen het budget voor de lancering van deze maatregelen in het jaar 2001.

Niet alle maatregelen zullen noodzakelijkerwijze ook terug te vinden zijn in de programmawetten van 2001 of van 2002, aangezien bepaalde dingen bij koninklijk of ministerieel besluit of bij overeenkomst geregeld kunnen worden. Alle maatregelen maken echter wel deel uit van het politiek akkoord.

De agenda van de volgende interministeriële bijeenkomst meldt dat het plan door de ministers is ingediend met het oog op het overleg met de gemeenschappen.

Het eerste agendapunt is dus de goedkeuring van het plan door de gemeenschappen.

De werkgroep zal vervolgens zijn werk voortzetten. Er zullen binnen de werkgroep sub-groepen worden samengesteld om de onderwerpen «opleiding» en «registratie» te bestuderen en voorstellen te doen met betrekking tot de opleidingsactiviteiten en de registratiemogelijkheden.

Het is ook de bedoeling om het debat uiteindelijk te verruimen tot de psychiatrische instellingen.

Wat de definitie van «palliatieve zorg» betreft verwijst de minister naar wat er in de inleiding van de interministeriële conferentie gezegd is. De interministeriële groep baseert zich op het principe dat de patiënt centraal stelt en verstaat onder het begrip «palliatief patiënt» dat de patiënt beantwoordt aan de volgende criteria:

1. de patiënt lijdt aan een of meerdere ongeneeslijke aandoeningen;
2. die ongunstig evolueren en gepaard gaan met een algemene, sterke aftakeling van de fysieke en psychische toestand;
3. waarbij therapeutische behandelingen en revalideringstherapie de ongunstige evolutie niet meer kunnen tegengaan;
4. voor wie de prognose van de aandoeningen slecht is en wiens overlijden binnen afzienbare tijd verwacht wordt;

message doit être transmis par le niveau fédéral aux communautés, qui sont compétentes en la matière.

Le ministre des Affaires Sociales et des Pensions répond, en ce qui concerne le statut de la note déposée, que les propositions qu'il a faites avec sa collègue de la Santé publique ont été acceptées. Dans la justification de l'inscription budgétaire INAMI qui a été faite pour 900 millions, dans le groupe intercabinet du gouvernement, toutes les mesures mentionnées dans le plan ont été reprises.

Les 900 millions équivalent au lancement de toutes ces mesures pour l'année 2001.

On ne les retrouvera pas nécessairement toutes dans des lois-programme 2001 ou 2002 car certaines choses pourront être réglées par arrêté royal ou ministériel, par convention, etc. Mais toutes les mesures ont fait l'objet d'un accord politique.

En ce qui concerne l'ordre du jour de la prochaine conférence interministérielle, le plan a été déposé par les ministres en vue d'une concertation avec les communautés.

Le premier point de l'ordre du jour est donc l'approbation du plan par les communautés.

Ensuite, le groupe de travail poursuivra ses travaux. Des sous-groupes de travail seront constitués: un sous-groupe de travail «formation» et un sous-groupe de travail «enregistrement», ayant pour mission de faire des propositions pour la mise au point d'activités de formation et de modalités d'enregistrement.

La volonté existe également d'élargir le débat, en un second temps, aux institutions psychiatriques.

En ce qui concerne la définition des soins palliatifs, le ministre renvoie à ce qui est dit dans la préparation à la conférence interministérielle: «Se basant sur le principe du patient comme élément central, le groupe de travail interministériel entend par patient palliatif un patient qui correspond aux critères suivants:

1. qui souffre d'une ou plusieurs affections irréversibles;
2. dont l'évolution est défavorable, avec une détérioration sévère généralisée de sa situation physique et psychique;
3. chez qui des interventions thérapeutiques et la thérapie revalidante n'influencent plus cette évolution défavorable;
4. pour qui le pronostic de la ou des affections est mauvais et pour qui le décès est attendu dans un délai assez bref;

5. waarbij de patiënt belangrijke fysieke en psychische, sociale en spirituele behoeften heeft, die om een langdurige en intensieve inzet vragen.

Soms wordt een beroep gedaan op mensen met specifieke kwalificaties en op geëigende technische middelen.»

Wat de overeenkomsten betreft is er niet gedacht aan een ander mechanisme, omdat die overeenkomsten een soepel en flexibel instrument lijken te vormen. Het lijkt dus nuttig dit te behouden. De minister sluit echter niet uit dat er mettertijd — naar mate het systeem van netwerken versterkt is — een ander mechanisme in de plaats komt.

Op middellange termijn moet het soepele systeem van de revalidatie-overeenkomsten echter behouden blijven.

De minister zegt de vraag in verband met de bezettingsgraad van de palliatieve bedden genoteerd te hebben, maar hier niet meteen een antwoord op te hebben.

Hij gelooft niet dat het systeem nu veranderd moet worden.

Wat de verlenging van 21 naar 28 dagen van de oppashonoraria betreft, denkt de minister dat dit een goede maatregel is en een grote verbetering, vooral omdat de eerste dag van de periode ook de dag is waarop het palliatieve bed effectief bezet is.

Dit betekent echter niet dat het systeem naderhand niet geëvalueerd moet worden.

Hetzelfde antwoord geldt voor de multidisciplinaire equipes.

Er zijn veel besprekingen geweest met de betrokkenen en meer bepaald met de verantwoordelijken van de samenwerkingsverbanden in Vlaanderen, Wallonië en Brussel.

Ook al kan er in de toekomst aan verruiming worden gedacht, toch kreeg de minister tijdens die discussies de indruk dat zij zeer tevreden waren met de voorgestelde oplossing, die aan de huidige prioriteiten beantwoordt.

De minister stelt voor om hervormingen door te voeren zodra de financiering dit mogelijk maakt en om de zaken in 2001 en 2002 op regelmatige tijdstippen te evalueren. Het gaat immers om een essentieel onderdeel van de «vermenselijking» van onze gezondheidszorg.

De minister van Volksgezondheid erkent dat moet worden gewerkt aan reële communicatie naar mensen die zich in hun laatste levensfase bevinden, dat moet worden gesproken over het sterven. Eén en ander is het gevolg van de heersende cultuur die de dood wegbant uit het leven. Eenvoudige oplossingen zijn niet mogelijk. In de vormingscycli voor het personeel van

5. ayant des besoins physiques et psychiques, sociaux, spirituels importants nécessitant un engagement soutenu et long.

Le cas échéant, il est fait appel à des intervenants possédant une qualification spécifique et des moyens techniques appropriés.»

En ce qui concerne la question relative à l'instrument que constituent les conventions, on n'a pas songé à y substituer un autre mécanisme parce qu'il s'agit d'un instrument qui paraît souple et flexible. C'est pourquoi il semble utile de le maintenir. Cependant, le ministre n'exclut pas qu'à terme, et dans la mesure où le système des réseaux serait consolidé, on puisse prévoir un autre mécanisme.

Cependant, à moyen terme, le système souple des conventions de revalidation doit être maintenu.

Quant au taux d'occupation des lits de soins palliatifs, le ministre déclare avoir pris note de la question, mais ne pas avoir de réponse immédiate.

Il ne pense pas qu'il faille actuellement changer le système.

En ce qui concerne l'élargissement de 21 à 28 jours, pour les honoraires de surveillance, le ministre pense qu'il s'agit d'une bonne mesure et d'une nette amélioration, d'autant que le premier jour est celui où le lit de soins palliatifs est effectivement occupé.

Mais cela n'exclut pas qu'il faille ultérieurement évaluer le système.

La même réponse peut être donnée en ce qui concerne les équipes pluridisciplinaires.

Beaucoup de discussions ont eu lieu avec les acteurs concernés, et notamment avec les responsables des associations de Flandre, de Wallonie et de Bruxelles.

Si un élargissement éventuel à l'avenir n'est pas à exclure, le ministre a cependant retenu de ces discussions qu'ils étaient très satisfaits de la solution proposée et que celle-ci rencontrait leurs priorités actuelles.

Le ministre propose que les réformes soient lancées moyennant le financement nécessaire, et qu'une réévaluation ait lieu de façon régulière au cours des années 2001 et 2002, car il s'agit d'un élément essentiel d'humanisation de notre système de soins.

La ministre de la Santé publique reconnaît qu'il faut s'attacher à une réelle communication avec les personnes se trouvant en phase terminale, qu'il faut parler de la mort. La situation actuelle est la conséquence de la culture dominante qui bannit la mort de la vie. Les solutions ne sont pas simples. Les cycles de formation du personnel de certains hôpitaux ou MRS

sommige ziekenhuizen of RVT's wordt hieraan aandacht geschonken. De gemeenschappen zijn bevoegd voor de basisopleiding voor het geneeskundig en verzorgend personeel. De interkabinettenwerkgroep buigt zich over deze problematiek. Een onvoldoende duidelijke communicatie doet zich ook voor ten aanzien van patiënten waarop gecontroleerde sedatie wordt toegepast.

Met betrekking tot de pijnbestrijding, deelt de minister de ervaring waarover sommige sprekers hebben gesproken, dat aan stervende patiënten niet altijd de nodige pijnbehandeling wordt verstrekt hoewel die voorhanden is. Hieromtrent moet een duidelijk signaal worden gegeven naar de zieken- en bejaardentehuizen.

Op de opmerking van een spreekster met betrekking tot de scheiding van thuisbehandeling en ziekenhuisbehandeling, antwoordt de minister dat het een van zijn voornaamste doelstellingen is deze scheiding ongedaan te maken.

Dat is de belangrijkste reden waarom er geïnvesteerd wordt in de eerstelijns- en ziekenhuisverzorging.

Er zijn reeds bescheiden maar voldoende investeringen gebeurd om te zorgen voor een betere communicatie van de ziekenhuizen met de huisartsen die de patiënten thuis behandelen, alsook voor een snelle en volledige rapportering.

Om vooruitgang te boeken, moeten er inderdaad regelmatig signalen worden gegeven.

Een vorige spreekster herinnert in dit verband aan iets dat tijdens de hoorzittingen is gezegd.

Een palliatieve patiënte wordt door haar huisarts verzorgd.

Tijdens het weekend wordt deze patiënte dringend opgenomen in het ziekenhuis. Daar weet niemand dat zij palliatieve zorg krijgt. De opname verloopt in het algemeen gesproken erg slecht.

Zelfs wanneer de huisarts aanwezig is, wordt de patiënt eens hij in het ziekenhuis is opgenomen aan diens toezicht onttrokken.

Al het begeleidende werk van de terminale levensfase wordt op die manier tenietgedaan, gewoon omdat de overgang van thuis naar het ziekenhuis slecht verloopt.

De minister antwoordt hierop dat men, wat de structuur van de eerstelijnszorg betreft, ervoor wil zorgen dat er een zekere continuïteit bestaat, met middelen die aan de behoeften van de patiënten beantwoorden maar die ook rekening houden met wat een persoon alleen in staat is om te doen.

évoquent ce point. Les communautés sont compétentes pour la formation de base des personnels médical et soignant. Le groupe de travail intercabinets se penche sur cette problématique. La communication est également déficiente à l'égard des patients sous sédation contrôlée.

En ce qui concerne les soins palliatifs, la ministre estime, tout comme certains orateurs, que les mourants ne reçoivent pas toujours le traitement de la douleur adéquat, bien que celui-ci soit disponible. Il faut adresser aux hôpitaux et aux maisons de retraite un signal clair à ce sujet.

En réponse à l'observation d'une intervenante sur le cloisonnement domicile-hôpital, la ministre déclare que faire disparaître ce cloisonnement constitue l'une de ses préoccupations essentielles.

C'est la raison fondamentale pour laquelle on investit dans les soins de première ligne et en hôpital.

Un montant a déjà été investi, modique mais suffisant pour qu'il y ait une meilleure communication de la part des hôpitaux vers les médecins généralistes qui suivent des patients à domicile, et pour que les rapports soient faits dans les meilleurs délais et de façon circonstanciée.

Il est vrai que des impulsions régulières doivent être données pour que l'on puisse progresser.

Une précédente intervenante rappelle à ce propos ce qui a été dit au cours des auditions.

Une personne est suivie en soins palliatifs par son médecin généraliste.

Au cours d'un week-end, la personne est hospitalisée en urgence. Aux urgences, personne ne sait qu'elle est suivie en soins palliatifs, et cela se passe, en général, très mal.

Même quand le médecin généraliste est présent, dès que le patient entre à l'hôpital, le médecin généraliste est dépossédé de son patient.

Tout le travail d'accompagnement de la fin de vie est alors réduit à néant, simplement parce que le passage du domicile à l'hôpital s'effectue mal.

La ministre poursuit en indiquant que, pour ce qui concerne la structuration des soins de première ligne, on veut créer les conditions pour qu'une certaine continuité soit assurée, avec des moyens qui répondent aux besoins des patients, mais aussi qui tiennent compte des limites de ce qu'une personne seule peut faire.

Met het oog hierop is de minister momenteel aan het onderhandelen met een aantal artsenverenigingen, dit het niet altijd eens zijn over de beste werkwijze.

Dit is zeer tijdrovend, aangezien men een consensus moet zoeken die breed genoeg is om verder te kunnen evolueren.

Een lid bevestigt de stelling van de vorige spreker, dat in sommige ziekenhuizen de communicatie behoorlijk mank loopt. Het lid heeft verschillende getuigenissen gehoord van artsen, die worden opgezadeld met een medisch dossier van een patiënt waarvan zij geen enkele voorkennis hebben en waarover niet vooraf is overlegd in het medisch team. Het gaat vaak om schrijnende gevallen.

Een ander lid zegt tevreden te zijn met het antwoord van de regering. Het bewijst dat de regering de boodschap heeft begrepen en het onderwerp als een dringende prioriteit beschouwt.

Dit toont aan dat men, wanneer de politieke wil er is, misschien wel sneller kan reageren dan in het verleden.

Spreker zegt zich duidelijk aangesproken te voelen door de definitie die de minister van Sociale Zaken geeft voor de «palliatieve patiënt».

Het is belangrijk dat men het eens is over die begrippen, aangezien ze stuk voor stuk een rol spelen.

De definitie had het over een patiënt wiens dagen geteld zijn.

Spreker denkt dat dit, alhoewel het inderdaad het geval kan zijn, niet voor alle ziekten opgaat.

Het is erg moeilijk een termijn te bepalen. Voor bepaalde ziekten, zoals Alzheimer, is het bovendien zeer moeilijk een diagnose te stellen en om in te schatten hoe lang de patiënt nog te leven heeft.

Het begrip «levenseinde op korte termijn» moet dus opnieuw besproken worden.

De problematiek van de rust- en verzorgingstehuizen kwam ter sprake, evenals de kwestie van het «verkeer» tussen die rusthuizen en de ziekenhuizen.

Voor bepaalde ziekten kiest het rusthuis ervoor de patiënt naar het ziekenhuis te sturen omdat het de nodige zorg niet kan verstrekken en stuurt het ziekenhuis de patiënt terug omdat er toch niets meer aan te doen is.

Spreker benadrukt de zwakke punten van bepaalde instellingen voor bejaarden. Sommige instellingen zijn niet in staat om de bejaarden op een correcte manier op te vangen — zelfs als het om veeleer fitte personen gaat — en de materiële en functionele voorwaarden te vervullen die beantwoorden aan de noden van die personen.

C'est pourquoi la ministre est actuellement engagée dans des négociations avec une série d'organisations de médecins, qui n'ont pas toujours la même opinion sur la meilleure façon de procéder.

Cela prend beaucoup de temps car il faut rechercher un consensus suffisamment large pour pouvoir avancer.

Un membre confirme les propos de l'orateur précédent, à savoir la déficience de la communication dans certains hôpitaux. Le membre a entendu différents témoignages de médecins qui ont hérité d'un dossier médical d'un patient qui leur est inconnu et qui n'avait pas fait l'objet d'une concertation préalable au sein de l'équipe médicale. Il s'agit souvent de cas poignants.

Un autre membre se déclare satisfait de la réponse donnée par le gouvernement, qui montre que celui-ci a entendu le message qui lui était adressé, et que le sujet figure parmi les priorités à traiter d'urgence.

Cela montre que, lorsque la volonté politique existe, on peut agir, plus vite peut-être qu'on ne l'a fait dans le passé.

L'intervenant se dit doublement interpellé par la définition qui a été donnée du patient palliatif par le ministre des Affaires sociales.

Il est important de s'accorder sur les termes, car chacun d'entre eux a son importance.

La définition se référait à un patient dont les jours sont comptés.

L'intervenant pense que, si tel peut effectivement être le cas, il y a des pathologies où il en va autrement.

Le délai est très difficile à déterminer. Par ailleurs, pour certaines maladies, comme la maladie d'Alzheimer, le diagnostic est difficile à poser, et la durée qui reste à vivre fort difficile à évaluer.

La notion de fin de vie «à bref délai» devrait donc être revue. Qu'est-ce d'ailleurs qu'un délai «bref»?

La problématique des maisons de repos (et de soins) a été évoquée, de même que celle de la navette entre ces maisons et les hôpitaux.

Dans certaines maladies, la maison de repos envoie le patient à l'hôpital parce qu'elle n'arrive plus à s'occuper du patient, et l'hôpital le renvoie à la maison de repos parce que, de toute façon, il n'y a rien à faire.

L'intervenant souligne la faiblesse de certaines institutions qui accueillent des personnes âgées. Ces institutions sont incapables d'assurer un encadrement correct — même pour des personnes qui sont encore assez valides — et de les mettre dans des conditions matérielles et fonctionnelles adaptées au type de besoins de ces personnes.

De situatie is nu al niet ideaal.

Hoe moet dat evolueren als die rusthuizen er ook nog een palliatieve functie verkrijgen?

Er moeten in elk geval bijkomende budgettaire middelen komen, die niet ten laste van de patiënt zijn, om te voorkomen dat men het al eerder veroordeelde systeem met « twee snelheden » gaat toepassen.

Zal dit probleem worden opgevangen door de praktische maatregelen die worden uitgevaardigd?

Een spreekster zegt tevreden te zijn dat de regering de oproep van de Senaat in verband met de palliatieve zorg heeft gehoord en dat zij aandacht heeft gehad voor alle ingediende wetsvoorstellen.

De enveloppe is natuurlijk ontoereikend en zal dit ook blijven.

Spreekster had liever gehad dat er een kaderwet kwam, maar zegt dat men rekening moet houden met de institutionele realiteit.

Er staan veel goede dingen in het plan. Misschien kunnen bepaalde maatregelen — zoals de forfaits — echter sneller worden doorgevoerd, zonder te lang te wachten op de evaluaties van 2001 en 2002.

Wat de patiëntenrechten betreft voelt spreekster zich een beetje verweesd, maar misschien had de minister geen andere keuze dan het indienen van het voorstel in de Kamer.

De parlementaire realiteit toont inderdaad aan dat de beste wetsvoorstellen altijd worden overgenomen in voorstellen of plannen van de regering.

Spreekster wenst in elk geval dat de uitwisseling met de ministers over de evaluatie van de toestand wordt voortgezet, meer bepaald wat de interministeriële conferentie betreft.

In verband met de opleiding van de verpleegkundigen benadrukt zij dat men een mogelijkheid moet vinden om ervoor te zorgen dat deze mensen ook echt naar de opleidingssessies kunnen gaan. Dit veronderstelt dat zij tijdens die periodes op hun werk vervangen worden.

Wat de ziekenoppassers betreft weet spreekster niet of hiervoor nu een specifiek statuut moet worden gecreëerd, of dat men die mensen kan onderbrengen bij het « verplegend personeel », maar het blijft een feit dat er een tekort bestaat.

Alleen patiënten die veel geld hebben kunnen zich deze dienst veroorloven.

Er zijn in de wereld van de palliatieve zorg ook veel vrijwilligers.

Sommigen zijn actief in de rusthuizen. Moeten zij geen opleiding en eventueel een statuut krijgen?

La situation n'est donc déjà pas bonne à l'heure actuelle.

Que sera-ce lorsqu'on leur confiera en outre une mission palliative?

Il faut incontestablement que l'on prévise des moyens budgétaires supplémentaires, qui ne soient pas à charge du patient, pour éviter la situation déjà dénoncée de système à deux vitesses.

À travers les modalités pratiques qui vont être définies, ce type de problème sera-t-il rencontré?

Une intervenante se déclare satisfaite que le gouvernement ait entendu l'appel du Sénat en matière de soins palliatifs et ait été attentif à toutes les propositions de loi déposées.

L'enveloppe reste bien sûr insuffisante, et le sera toujours.

L'intervenante aurait souhaité qu'il y ait une loi-cadre, mais il faut tenir compte de la réalité institutionnelle.

Le plan contient beaucoup de bonnes choses, mais peut-être certaines dispositions pourraient-elles être prises plus rapidement, sans attendre trop d'évaluations pour 2001 et 2002, comme par exemple en matière de forfait.

En ce qui concerne les droits des patients, l'intervenante se sent un peu dépossédée de la matière, mais sans doute la ministre n'a-t-elle pas d'autre choix que de déposer le projet à la Chambre.

Il est vrai que la réalité parlementaire montre que les meilleures propositions de loi sont toujours reprises par des projets ou des décisions de l'Exécutif.

L'intervenante souhaite en tout cas rester en dialogue avec les ministres à propos de l'évaluation de la situation, notamment en ce qui concerne la Conférence interministérielle.

En ce qui concerne la formation des infirmières, elle insiste sur la nécessité de trouver de modalités leur permettant de se rendre réellement aux séances de formation, ce qui suppose qu'elles puissent être remplacées pendant ce temps.

Quant aux gardes-malades, l'intervenante ne sait pas s'il faut prévoir un statut spécifique, organiser la profession, ou encore l'encadrer dans une définition du personnel soignant, mais le fait est qu'il y a pénurie.

Seuls ceux qui en ont les moyens peuvent y recourir.

Pour ce qui est des bénévoles, beaucoup travaillent dans le monde des soins palliatifs.

Certains le font déjà dans les maisons de repos. Ne faudrait-il pas songer à leur formation et, éventuellement, à un statut?

Spreekster wijst er voorts op dat zij, sinds het plan bekend is, in de rust- en verzorgingstehuizen naar reacties heeft gepeild en dat blijkt dat het voorgestelde budget onvoldoende is.

Tot besluit herhaalt spreekster dat een kaderwet inzake de palliatieve zorg het mogelijk gemaakt zou hebben om de kwestie in haar geheel aan te pakken.

Zij dankt de ministers voor de belangstelling die zij hebben getoond voor de ingediende wetsvoorstellen. Zij voegt hieraan toe dat er in elk geval in de uiteindelijke euthanasiewet een aantal principes moeten worden vermeld.

Een vorige spreekster herinnert aan haar opmerking met betrekking tot de patiëntenrechten.

Uit de discussies en de hoorzittingen die reeds gehouden zijn binnen de verenigde commissies is gebleken dat wat euthanasie betreft — en dit is een term die nog zeer dubbelzinnig is voor de bevolking — de patiënt centraal hoort te staan.

Daarom dient de patiënt een aantal rechten te krijgen.

Spreekster vindt dat het onmogelijk is om te discussiëren over euthanasie en over het levenseinde zonder tegelijkertijd te spreken over de situatie van de patiënt en diens rechten.

Er zou geen probleem mogen zijn met betrekking tot de rechten die de minister heeft genoemd en die vertrekken van het recht op zelfbestemming. Men moet alleen uitmaken volgens welke methode men gaat werken.

De minister heeft het gehad over het recht op kwaliteitszorg, het recht op palliatieve zorg, het recht op informatie en het recht op het geven van toestemming.

Zij heeft ook iets gezegd over de taal die gebruikt moet worden om de informatie voor de patiënt toegankelijk te maken.

Zij heeft het zelfs gehad over de vertrouwenspersoon, voor het geval de patiënt niet meer bij bewustzijn is.

Dit alles is uitgebreid uiteengezet en besproken en staat expliciet in bepaalde teksten en voorstellen vermeld.

Indien men ervoor wil zorgen dat er tussen de patiënt en de arts een goede dialoog ontstaat, vooral in verband met een delicate kwestie als euthanasie waar zo vaak over het verzoek van de patiënt wordt gesproken, moet men een dialoog tussen gelijken aangaan. Dit is voor het ogenblik niet het geval.

Weinig mensen durven de arts tegen te spreken, omdat hij almachtig is wat kennis betreft. De patiënt rechten toekennen betekent hem een bestaansrecht geven ten opzichte van zijn arts.

Quant aux maisons de repos (et de soins), l'intervenante signale que, depuis que le plan est sorti, elle a enregistré des réactions du secteur, disant que le budget prévu est insuffisant.

En conclusion, l'intervenante répète que l'intérêt d'une loi-cadre en matière de soins palliatifs eût été de faire le tour de la question.

Elle remercie les ministres pour l'intérêt qu'ils ont manifesté à l'égard des propositions déposées. Elle ajoute qu'en tout cas, quelques grands principes devraient être inscrits dans la loi sur l'euthanasie qui serait votée.

Une précédente oratrice rappelle son observation relative aux droits des patients.

Les discussions et les auditions déjà réalisées par les commissions réunies montrent que, dans la problématique de l'euthanasie — terme encore très ambigu dans l'esprit de la population —, le patient doit être la notion centrale.

Pour ce faire, il faut lui octroyer un certain nombre de droits.

Aux yeux de l'intervenante, il n'est pas possible de discuter de l'euthanasie et de la fin de vie sans parler, en même temps, de la situation du patient et des droits qu'il peut avoir.

Il ne devrait pas y avoir de problème sur la série de droits qui ont été énumérés par la ministre, dont le droit à l'autodétermination constitue le point de départ. La question est de savoir quelle méthode de travail on va suivre.

La ministre a parlé du droit à des soins de qualité, à des soins palliatifs, à l'information, au droit de donner son consentement.

Elle a aussi évoqué le langage qui doit être utilisé pour permettre l'accès du patient aux informations.

Elle a même parlé de la personne de confiance, lorsque le patient n'est plus conscient.

Tout cela a été plus que largement explicité et débattu, et figure explicitement dans certains textes et propositions.

Si l'on veut que puisse s'instituer un bon dialogue entre le patient et son médecin, surtout sur une question aussi délicate que celle de l'euthanasie où l'on insiste tellement sur la demande du patient, il faut que ce dialogue puisse avoir lieu d'égal à égal, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Peu de gens osent contester la parole du médecin parce qu'il a la toute-puissance du savoir. Donner des droits au patient, c'est lui permettre d'exister face à son médecin.

Er zijn verschillende werkwijzen mogelijk. Indien het wetsvoorstel inzake de patiëntenrechten volgens de Grondwet in de Kamer moet worden ingediend, is het begrijpelijk dat dit een probleem vormt voor de senatoren die zware discussies hebben gevoerd over een onderwerp dat zeer nauw met die rechten verbonden is.

Men mag in elk geval niet vergeten om in een tekst over het levenseinde een minimum aan patiëntenrechten — en meer bepaald het recht op palliatieve zorg — te vermelden.

Het doel van de Senaat was om over deze onderwerpen een echt maatschappelijk debat te creëren, door de verschillende aspecten van het thema van de euthanasie aan te snijden.

Een ander lid herhaalt dat, zijns inziens, stervensbegeleiding ook inhoudt dat men de patiënt bijstaat bij het sterven. Dit betekent dat men niet steeds de patiënt beterschap dient te beloven, maar ook dat men hem moet durven wijzen op het feit dat hij zal sterven. Dit gebeurt thans te weinig. Het palliatief plan van de regering zegt hier evenwel niets over.

Verder merkt spreker op dat er een goede continuïteit bestaat tussen ambulante medische hulp en medische hulp die in het ziekenhuis wordt verstrekt. Er is echter een gebrek aan kennis tussen de verschillende specialisaties. Een pijn dokter kan niet steeds palliatieve zorg op zich nemen, die ruimer is dan enkel pijnbestrijding. Andersom kennen niet alle oncologen, huisartsen e.d. de modernste technieken inzake pijn. Beide elementen dienen dan ook, onafhankelijk van mekaar, te worden uitgewerkt. Desgevallend kan worden onderzocht of het instellen van een pijnkliniek in het euthanasiedebat kan worden ingebracht.

Een lid wijst erop dat het debat inzake palliatieve zorg, in tegenstelling tot het euthanasiedebat, grote budgettaire consequenties heeft. Het is dan ook logisch dat de Kamer van volksvertegenwoordigers hierover als eerste oordeelt.

Spreker is gelukkig dat de regering erkent dat euthanasie een belangrijk maatschappelijk vraagstuk is, en dat zij tegelijk erkent dat de palliatieve zorg hierin een essentiële plaats inneemt. Dit blijkt uit het palliatief plan van de regering. Door het feit dat het euthanasiedebat zo lang duurt, is het niet ondenkbeeldig dat het debat over de palliatieve zorg — in het kader van de patiëntenrechten — in de Kamer ongeveer gelijktijdig verloopt, en dat de evocatieprocedure in de Senaat kan dienen om na te gaan of de engagementen die werden genomen in de Kamer overeenstemmen met de bekommernissen die omtrent euthanasie leven in de Senaat. De omstandigheden kunnen er derhalve toe leiden dat beide dossiers samen in de Senaat kunnen worden afgerond als één geheel.

Plusieurs formules de travail sont possibles. Si, constitutionnellement, le projet relatif aux droits du patient doit être déposé à la Chambre, il est compréhensible que cela pose problème aux sénateurs qui ont mené des débats approfondis sur une matière intimement liée à ces droits.

On ne peut en tout cas omettre de mentionner un minimum de droits du patient, et notamment le droit d'accès aux soins palliatifs, dans un texte de loi sur la fin de vie.

Le but du Sénat a été de susciter sur ces questions un vrai débat de société, en abordant les différents aspects sous-jacents au thème de l'euthanasie.

Un autre membre répète que, d'après lui, l'accompagnement des mourants signifie également que l'on accompagne le patient jusqu'à sa mort. Cela veut dire que l'on ne doit pas toujours promettre une amélioration au patient, mais aussi que l'on doit oser lui dire qu'il va mourir. C'est trop rare à l'heure actuelle. Le plan palliatif du gouvernement ne souffle toutefois mot à ce sujet.

L'intervenant signale en outre qu'il existe une bonne continuité entre l'aide médicale ambulatoire et l'aide médicale à l'hôpital. Il y a toutefois une méconnaissance mutuelle des différentes spécialisations. Un médecin de la douleur ne peut pas toujours se charger des soins palliatifs, qui comprennent plus qu'une simple lutte contre la douleur. Inversement, les oncologues, médecins traitants et autres ne connaissent pas tous les techniques modernes en matière de douleur. Ces deux éléments doivent être développés indépendamment l'un de l'autre. Le cas échéant, on peut examiner si le débat sur l'euthanasie peut également aborder le problème de la création d'une clinique de la douleur.

Un membre indique que, contrairement au débat sur l'euthanasie, le débat relatif aux soins palliatifs a d'importantes conséquences budgétaires. Il est donc logique que la Chambre des représentants statue en premier ressort sur ce dossier.

L'orateur est heureux que le gouvernement reconnaisse, d'une part, que l'euthanasie est un important problème de société et, d'autre part, que les soins palliatifs y occupent une place essentielle. C'est ce qui ressort du plan palliatif du gouvernement. Du fait de la longueur du débat sur l'euthanasie, il n'est pas impensable que le débat sur les soins palliatifs — dans le cadre des droits des patients — se déroule pratiquement au même moment à la Chambre et que la procédure d'évocation au Sénat puisse servir à vérifier si les engagements pris à la Chambre correspondent aux préoccupations du Sénat en matière d'euthanasie. Par conséquent, les circonstances peuvent faire que les deux dossiers soient regrouvés au Sénat.

Inzake de opleiding van het medisch en verzorgend personeel, is spreker van oordeel dat alle categorieën, van hoog tot laag, een vorming dienen te krijgen op het vlak van stervensbegeleiding. Vele tradities, die vroeger vanuit christelijke inspiratie bestonden, zijn immers weggefallen. De burger is thans veel zelfstandiger. Daardoor is er echter nood aan meer stervensbegeleiding vanuit de medische en paramedische wereld. De gemeenschappen dienen bij dit debat rond de opleiding van het personeel te worden betrokken.

De minister van Volksgezondheid beantwoordt de verschillende bedenkingen als volgt.

Wat de definitie van de palliatieve zorg betreft is het inderdaad zo dat de tekst die door de minister van Sociale Zaken is voorgesteld, binnenkort aan de interministeriële conferentie wordt voorgelegd.

De minister noteert dat voor een lid het begrip «levenseinde binnen afzienbare tijd» iets anders inhoudt dan het begrip «terminale fase».

Zij gelooft niet dat het de bedoeling is om alle patiënten die niet binnen een zeer korte termijn overlijden, uit te sluiten van de categorie van de «palliatieve patiënten».

Het gaat niet zozeer om een berekening in termen van maanden, dan wel om het idee dat we te maken hebben met iemand die in zijn laatste levensfase is beland en wiens overlijden binnen korte tijd zal plaatsvinden.

Men zal de maatregelen van het huidige plan naast deze zienswijze moeten leggen om te kijken of ze overeenstemmen.

Spreekster denkt dat de aanpak van de regering vrij correct is, zelfs al is hij nog voor verbetering vatbaar. Hij is in elk geval beter dan een te ruime definitie, die zou overlappen met andere terreinen.

Wat de kwaliteit van de opvang in de rust- en verzorgingshuizen betreft, is de federale overheid slechts bevoegd voor de tegenmoetkomingen van het RIZIV. Men heeft stijgende behoeften aangekondigd voor de komende jaren, zoals dit ook reeds voor 2000 het geval was.

Dat is waarom men op federaal niveau heeft gepleit voor een verhoging van de middelen. Voor 2001 is dit reeds aangepast. Voor 2002 en 2003 zijn de precieze gevolgen voor de begroting nog niet bekend, maar weet men dat er meer geld nodig zal zijn.

Anderzijds kan men niet ontkennen dat ook de gemeenschappen en de gewesten hier een grote verantwoordelijkheid dragen. Zij moeten een groot deel van het geheel ten laste nemen.

En ce qui concerne la formation du personnel médical et soignant, l'orateur estime que toutes les catégories, de haut en bas, doivent recevoir une formation à l'accompagnement des mourants. De nombreuses traditions d'inspiration chrétienne ont disparu. Aujourd'hui, le citoyen est beaucoup plus autonome. C'est pourquoi la nécessité d'un meilleur accompagnement des mourants de la part du monde médical et paramédical se fait sentir. Les communautés doivent être associées au débat relatif à la formation du personnel.

La ministre de la Santé Publique répond comme suit aux différents intervenants.

À propos de la définition des soins palliatifs, il est vrai que le texte communiqué par le ministre des Affaires sociales sera incessamment soumis à la Conférence interministérielle.

La ministre retient de l'intervention d'un membre que la notion de fin de vie à bref délai a pour lui une dimension nettement différente de celle de phase terminale.

Elle ne croit pas que la volonté soit d'exclure du champ des soins palliatifs tous les patients dont le décès ne surviendrait pas dans un délai très court.

Plutôt que de parler en termes de mois, il s'agit plutôt de savoir que l'on parle d'une personne qui entame la dernière phase de sa vie, et dont le décès est prévisible dans un délai bref.

Il faudra confronter à cette approche les dispositions du plan actuel pour voir si elles y sont ou non conformes.

L'intervenante pense que la démarche gouvernementale est assez correcte, même si elle peut, bien sûr, toujours être améliorée. Elle est en tout cas meilleure qu'une définition trop large, qui empiéterait sur d'autres terrains.

Pour ce qui concerne la qualité de l'accueil dans les maisons de repos (et de soins), le pouvoir fédéral n'est compétent qu'en ce qui concerne les interventions venant de l'INAMI. On a annoncé une augmentation des besoins dans les années qui viennent, comme on le voit déjà pour l'année 2000.

C'est pourquoi on a plaidé, au niveau fédéral, pour une augmentation des moyens. Cela a été fait pour l'année 2001. Pour les années 2002 et 2003, les conséquences budgétaires précises n'ont pas encore été calculées, mais on sait qu'il faut prévoir des moyens croissants.

D'autre part, on ne peut nier qu'il y a là aussi une très grande responsabilité des communautés et des régions, qui doivent prendre à leurs charges une part importante de l'ensemble.

In het kader van het akkoord over de herziening van de financieringswet wordt overgegaan tot een aanzienlijke verhoging van de middelen, wat de gemeenschappen en de gewesten in staat zal stellen om hun beleidskeuzes te maken.

Men zal vervolgens op dat niveau druk moeten uitoefenen.

Dat het wetsontwerp over de patiëntenrechten na het werk dat in de Senaat heeft plaatsgevonden in de Kamer wordt ingediend, heeft inderdaad te maken met de Grondwet.

De minister verduidelijkt dat zij hierover een overeenkomst heeft met de commissie voor de Volksgezondheid van de Kamer. Zij heeft een nota over de basisbegrippen en een voorontwerp van wet opgesteld.

Om het de samenleving mogelijk te maken hierover ook iets te zeggen, is het de bedoeling dat de minister in de komende weken de conceptnota indient en dat de Kamercommissie daarna een eerste bespreking zal houden, gevolgd door verschillende hoorzittingen die op de nota gebaseerd zijn.

In dit kader zal ook de problematiek van de palliatieve zorg worden aangesneden, zelfs al blijven de rechten van de patiënt niet tot dit domein beperkt.

De minister stelt voor om de Kamer op het idee te brengen om voor de hoorzittingen ook de geïnteresseerde senatoren uit te nodigen. Zo kunnen zij reageren en er tijdens de werkzaamheden de reeds geleerde lessen naar voren brengen.

Er is dus geen sprake van dat de door een aantal senatoren ingediende voorstellen voor het einde van de werkzaamheden worden ingetrokken.

Wat het ontwerp betreft, dit zal pas aan de Raad van State worden voorgelegd wanneer de hoorzittingen achter de rug zijn. Op die manier kan het nog worden aangepast naar aanleiding van de opmerkingen die eventueel tijdens die hoorzittingen gemaakt zouden worden.

Een vorige spreekster wijst de minister erop dat bepaalde vragen in verband met de patiëntenrechten ook besproken moeten worden in het kader van een eventuele wetgeving inzake de euthanasie. Dit geldt bijvoorbeeld voor de absolute of betrekkelijke waarde die men toekent aan een voorafgaande wilsverklaring. Men mag in de twee discussies niet tot tegenstrijdige keuzes komen.

Een lid meent dat voor de beide brede maatschappelijke discussies, palliatieve zorg en euthanasie, Kamer én Senaat de nodige tijd moeten nemen, maar dat niet uit het oog mag worden verloren dat enkel de Kamer van volksvertegenwoordigers budgettaire engagementen kan aangaan.

Dans le cadre de l'accord sur la révision de la loi de financement, une augmentation sensible des moyens aura lieu, qui permettra aux régions et communautés de faire leurs choix politiques.

C'est à ce niveau qu'il faudra ensuite insister.

En ce qui concerne la constatation qu'après le travail de qualité accompli au Sénat, le projet de loi sur les droits des patients sera déposé à la Chambre, il est vrai que la Constitution impose cette façon de faire.

La ministre précise ce qu'elle a convenu avec la commission de la Santé publique de la Chambre à cet égard. Elle a établi une note de réflexion sur les concepts de fond, ainsi qu'un pré-projet de loi.

Pour permettre l'intervention de la société, il est prévu que la ministre dépose, dans les semaines à venir, la note de base (de conceptnota), après quoi une première discussion aura lieu à la commission de la Chambre, qui organisera différentes auditions au sujet de cette note.

Dans ce cadre, la problématique des soins palliatifs sera également abordée, même si les droits du patient ne se limitent pas à cet aspect des choses.

La ministre propose de suggérer à la Chambre que, pour les auditions, les sénateurs intéressés soient également invités. Ils pourront ainsi réagir, et faire part des éléments acquis au cours de leurs travaux.

Il n'y a donc pas lieu de retirer les propositions déposées par certains sénateurs, avant l'aboutissement des travaux.

Quant au projet, il ne sera soumis au Conseil d'État que lorsque les auditions auront eu lieu, afin de pouvoir l'adapter éventuellement sur la base des observations formulées lors de ces auditions.

Une précédente intervenante attire l'attention de la ministre sur le fait que certaines questions précises, qui relèvent des droits du patient, devront aussi être abordées dans la discussion de la législation éventuelle relative à l'euthanasie. Tel est le cas, par exemple, de la valeur, absolue ou indicative, que l'on accordera à la déclaration anticipée. Il ne faudrait pas que des options contradictoires soient prises à ce sujet dans l'un et l'autre des débats.

En ce qui concerne les deux larges débats de société sur les soins palliatifs et l'euthanasie, un membre signale que la Chambre et le Sénat doivent prendre le temps nécessaire, mais qu'il ne faut pas perdre de vue que seule la Chambre des représentants peut prendre des engagements budgétaires.

De minister bevestigt dat het probleem van de patiëntenrechten in de Kamercommissie voor de Volksgezondheid besproken zal worden.

Wat het budgettaire aspect betreft, verwijst zij naar wat eerder al gezegd is.

De resultaten van de Interministeriële Conferentie zullen zoals gewoonlijk na de vergadering tijdens een korte persconferentie worden meegedeeld.

De minister heeft er geen bezwaar tegen de verenigde commissies meer gedetailleerde informatie te verstrekken.

Voor de effectieve deelneming van de verpleegkundigen aan de opleidingssessies, bestaan er algemene regels inzake de opleidingen die plaatsvinden tijdens de werkuren.

Het klopt wel dat het, gezien het personeelstekort in deze sector, moeilijk is om hiervoor tijd uit te trekken.

De structurele oplossing van het probleem bestaat erin het aantal verpleegkundigen te verhogen. In verband hiermee verwijst de minister naar de opmerkingen die zij reeds eerder maakte.

Voor de ziekenoppassers zegt zij nu geen stelling te kunnen innemen, maar het probleem genoteerd te hebben.

Dit geldt ook voor het vrijwilligerswerk, dat in onze samenleving absoluut onmisbaar is.

Er zal werk gemaakt worden van een statuut, zoals de minister voor Sociale Zaken onlangs al aankondigde.

De minister heeft nota genomen van de opmerking dat het half miljard dat in het federaal plan vermeld staat, onvoldoende lijkt.

Wanneer men echter kijkt naar het totaalbedrag van 1,7 miljard, is het halve miljard hier een groot deel van.

Zelf denkt de minister dat het plan, naarmate het vordert en rekening houdend met de behoeften van de samenleving zelf, steeds meer middelen zal vragen.

De drijvende kracht van het Parlement zou hierin ook wel een belangrijke rol kunnen spelen, net zoals dit het geval is geweest voor de palliatieve zorg.

De minister meent dat de definitie en de criteria die zijn gedefinieerd in het palliatief plan van de regering niet in de weg staan dat daadwerkelijk over stervensbegeleiding wordt gecommuniceerd. Men moet leren dat woord te durven uitspreken. De minister treedt de belangrijke opmerking van een vorige spreker in die zin volledig bij.

La ministre confirme que c'est la commission de la Santé publique de la Chambre qui traitera de la problématique des droits du patient.

En ce qui concerne l'engagement budgétaire, elle renvoie à ce qui a été dit précédemment.

Pour ce qui est des résultats de la Conférence interministérielle, en général, on fait une courte conférence de presse après la réunion.

La ministre n'a aucune objection à transmettre des informations plus détaillées aux commissions réunies.

Quant à la possibilité effective, pour les infirmiers et infirmières, de participer aux séances de formation, il existe des règles générales relatives à la formation pendant le temps de travail.

Il est vrai que, vu la pénurie de personnel dans ce secteur, il devient particulièrement difficile de s'absenter.

La réponse structurelle à ce problème est d'augmenter le nombre d'infirmiers et infirmières. À cet égard, la ministre renvoie aux indications déjà données sur ce sujet.

Pour ce qui est des gardes-malades, elle déclare ne pas pouvoir prendre position ici, mais avoir pris note de la question.

Il en va de même pour ce qui concerne le volontariat, dont la fonction est absolument nécessaire dans notre société.

Le travail d'élaboration d'un statut sera entrepris, comme le ministre des Affaires sociales l'a annoncé récemment.

La ministre a pris acte du commentaire selon lequel le demi-milliard prévu dans le plan fédéral paraît insuffisant.

Cependant, si l'on considère le montant global de 1,7 milliard prévu, ce demi-milliard en représente une part importante.

Personnellement, la ministre pense que ce projet requerra, au fur et à mesure, de plus en plus de moyens, compte tenu de la demande de la société elle-même.

Le rôle moteur du Parlement pourrait aussi être important en la matière, comme il l'a été en matière de soins palliatifs.

La ministre estime que la définition et les critères du plan palliatif du gouvernement ne constituent pas un obstacle à une communication effective en ce qui concerne l'accompagnement des mourants. On doit apprendre à oser prononcer ce mot. La ministre adhère totalement à l'importante remarque formulée en ce sens par un orateur précédent.

In de budgettaire middelen voor de ligdagprijs is in het element « pijnbestrijding » expliciet voorzien, in die zin dat de bestaande kennis, die te veel opgedeeld is in diverse specialismen, in het geheel van de structuur zou aan bod komen. Het is inderdaad zo dat een aantal pijnartsen over de recentste technieken beschikken. Het is belangrijk dat deze technieken zoveel als mogelijk ter beschikbaar zijn.

*
* *

I. BESPREKING VAN DE ARTIKEL EN VAN HET WETSVORSTEL BETREFFENDE DE EUTHANASIE (nr. 2-244/1)

Opschrift van het wetsvoorstel

Amendementen nrs 27 en 28

In verband met het opschrift van het wetsvoorstel dient de heer Destexhe een hoofdamendement (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 27) en een subsidiair amendement (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 28) in.

Het hoofdamendement strekt ertoe het huidige opschrift van het wetsvoorstel, dat het woord « euthanasie » bevat, te vervangen door het volgende opschrift: « Wetsvoorstel strekkende om in uitzonderlijke omstandigheden het overlijden te bespoedigen van een patiënt die in een stervensfase verkeert. »

De indiener van het amendement verklaart dat de hoorzittingen hebben aangetoond dat er, over de gebruikelijke ideologische en filosofische breuklijnen heen, een vrij grote consensus bestaat om voor de terminale fase een wettelijke regeling tot stand te brengen.

Hij vindt dus dat het raadzaam is de wettelijke regeling exclusief te beperken tot de terminale fase die nog nader moeten worden gedefinieerd. Bijgevolg strekt het amendement ertoe het toepassingsgebied van het wetsvoorstel te verkleinen.

Het subsidiair amendement strekt ertoe het opschrift van het wetsvoorstel te vervangen door het volgende opschrift: « Wetsvoorstel strekkende om onder bepaalde voorwaarden hulp bij zelfdoding toe te staan. »

Tijdens de hoorzittingen werd er gesproken over hulp bij zelfdoding. Na zorgvuldige herlezing van alle definities van het onderhavige voorstel, besluit de spreker evenwel dat het van groot belang is de beoogde situaties en handelingen correct te benoemen. Onder euthanasie kan men zeer uiteenlopende dingen verstaan. In de Belgische publieke opinie heerst er zeer grote verwarring over euthanasie.

Les moyens budgétaires affectés au prix de la journée d'hospitalisation prévoient explicitement l'élément « lutte contre la douleur », en ce sens que les connaissances existantes, qui sont trop morcelées entre diverses spécialisations, seraient présentes dans l'ensemble de la structure. En effet, certains médecins de la douleur disposent des techniques les plus récentes. Il est important que ces techniques soient disponibles le plus largement possible.

*
* *

I. DISCUSSION DES ARTICLES DE LA PROPOSITION DE LOI RELATIVE A L'EUTHANASIE (n° 2-244/1)

Intitulé de la proposition de loi

Amendements n°s 27 et 28

M. Destexhe dépose, à propos de l'intitulé de la proposition de loi, un amendement principal (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 27) et un amendement subsidiaire (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 28).

L'amendement principal propose de remplacer le titre actuel de la proposition de loi, qui reprend le mot « euthanasie », par l'intitulé suivant: « Proposition de loi visant à hâter le décès d'un patient en phase terminale dans des cas exceptionnels. »

L'auteur de l'amendement précise que les auditions ont démontré l'existence d'un assez large consensus, dépassant les clivages idéologiques et philosophiques habituels, pour légiférer en phase terminale.

Il estime donc qu'il serait sage de commencer par légiférer exclusivement sur la phase terminale, qu'il faudra encore définir. L'amendement consiste par conséquent à réduire le champ de la proposition de loi.

L'amendement subsidiaire tend à remplacer le titre de la proposition par l'intitulé suivant: « Proposition de loi tendant à autoriser, sous certaines conditions, le suicide assisté. »

On a parlé de suicide assisté dans les auditions. Cependant, après avoir soigneusement relu les définitions de la proposition en discussion, l'intervenant conclut qu'il est très important de nommer correctement ce dont on parle et les actes que l'on vise. On a vu que l'euthanasie recouvre des choses extrêmement différentes. Il règne dans l'opinion publique belge une très large confusion sur ce qu'est l'euthanasie.

Sommigen denken dat euthanasie in België al gelegaliseerd is. Anderen denken dat dit alleen voor patiënten in de terminale fase zal gebeuren. Nog anderen menen dat de voorgestelde wetgeving van toepassing zal zijn op ziektegevallen als dat van de heer Jean-Marie Lorand, dat zeer veel aandacht kreeg in de media.

Het is dus van belang de definities te verduidelijken en ervoor te zorgen dat gevallen van patiënten in de terminale fase en van patiënten die niet in die fase verkeren, niet in dezelfde tekst worden geregeld.

De spreker meent dat wanneer iemand beslist om zijn leven te beëindigen, om welke redenen ook, dit een zelfmoord is. Wanneer een arts beslist om hem bij de uitvoering van die daad te helpen, gaat het om hulp bij zelfdoding.

De spreker wijst erop dat hij geen enkel filosofisch bezwaar heeft tegen hulp bij zelfdoding. In « *Le mythe de Sisyphe* » schrijft Albert Camus dat zelfmoord het enige echt belangrijke filosofische probleem is.

Spreker gaat er dus van uit dat een arts in sommige uitzonderlijke gevallen, een ernstig zieke persoon, die van mening is dat zijn leven niet langer de moeite waard is, kan bijstaan.

Een andere optie zou erin bestaan twee afzonderlijke voorstellen uit te werken, een met betrekking tot de terminale fase en een voor hulp bij zelfdoding.

Een lid wijst erop dat een groot deel van de debatten erop gericht was de problematiek in zijn geheel te benaderen.

Naar zijn mening wordt met twee aparte wetsvoorstellen, zoals nu wordt gesuggereerd, de coherentie niet versterkt.

De spreker zelf is van mening dat men een dergelijk onderscheid niet kan maken op basis van de toestand van de patiënt.

Hij verwijst bovendien naar de werkzaamheden van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek dat het begrip uitzichtloze situatie hanteert.

De grote verdienste van het Raadgevend Comité ligt precies in de nauwkeurige omschrijving van wat men moet verstaan onder uitzichtloze situatie en in de wil — die door sommige leden van de commissie, waaronder de spreker, wordt gedeeld — om in een wet op de euthanasie het voordeel van een waardige dood niet te ontzeggen aan ongeneeslijk zieken.

Uit de evolutie in de werkzaamheden van de verenigde commissies is duidelijk gebreken, dat, indien dit de uitdrukkelijke wil was van sommige parlementsleden, het in de optie van een enig wetsvoorstel noodzakelijk is een onderscheid te maken rekening houdend met de toestand van de patiënt, waarbij aan de arts wordt overgelaten die toestand te beoordelen.

Certains pensent qu'elle est déjà légalisée en Belgique. D'autres croient que l'on va légiférer uniquement pour les malades en phase terminale. D'autres encore pensent que la législation en préparation visera le cas de malades tels que M. Jean-Marie Lorand, dont le cas a été fort médiatisé.

Il importe donc de clarifier les définitions et de ne pas faire en sorte que les cas des patients en phase terminale et de ceux qui ne le sont pas soient traités dans un seul et même texte.

Pour l'intervenant, lorsqu'une personne décide de mettre fin à sa vie, quelles qu'en soient les raisons, il s'agit d'un suicide. Lorsqu'un médecin décide de l'aider à accomplir cet acte, il s'agit d'un suicide assisté.

L'intervenant précise que le suicide assisté ne lui pose aucun problème philosophique. Albert Camus a écrit, dans *Le mythe de Sisyphe*, que le suicide était le seul problème philosophique vraiment important.

L'intervenant admet donc qu'un médecin puisse, dans certaines conditions exceptionnelles, assister une personne gravement malade, qui estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Une autre option consisterait à faire deux propositions de loi distinctes, l'une concernant la phase terminale et l'autre le suicide assisté.

Un membre rappelle qu'une large part des débats qui ont eu lieu a consisté à aborder la problématique dans son ensemble.

La cohérence ne lui paraît pas renforcée par le fait de prévoir deux propositions de loi séparées, comme cela vient d'être suggéré.

L'intervenant considère pour sa part que l'état du malade ne permet pas de faire une telle distinction.

Il se réfère en outre aux travaux du Comité consultatif de bioéthique, et à la définition donnée par celui-ci, qui parle de situation sans espoir.

L'importance du travail accompli réside précisément dans le fait de pouvoir déterminer ce qu'étaient les situations sans espoir, et dans la volonté affirmée par certains membres de la commission, dont l'intervenant, de ne pas enlever, dans une loi sur l'euthanasie, le bénéfice d'une mort digne à des malades atteints d'une maladie incurable.

Toute l'évolution qui a eu lieu au cours des travaux des commissions réunies a bien montré que si telle était la volonté de certains parlementaires, on imaginait aussi, dans la cohérence d'une proposition de loi unique, de faire une distinction en fonction de la situation des malades, tout en laissant au médecin un pouvoir d'appréciation quant à cette situation.

Tijdens de werkzaamheden bleek ook hoe moeilijk het was voor de wetgever om de criteria vast te leggen op basis waarvan een onderscheid kan worden gemaakt tussen een patiënt in de terminale fase en een patiënt die aan een ongeneeslijke ziekte lijdt.

Spreeker vindt het coherenter om de twee soorten situaties in één enkel voorstel te regelen.

Over hulp bij zelfdoding schreef Camus in «*Le mythe de Sisyphe*» inderdaad dat dit het belangrijke probleem van onze eeuw was en wellicht ook van de volgende eeuwen en dat het misschien wel de fundamentele filosofische vraag was.

Spreeker herinnert eraan dat hij bij het begin van de werkzaamheden heeft verwezen naar «*L'homme révolté*», het werk van Camus dat volgde op «*Le mythe de Sisyphe*». In dat boek reikt de schrijver een antwoord aan door te stellen dat vrijheid en zin voor verantwoordelijkheid de mens in staat stellen de zelfmoord te overstijgen door inzet en solidariteit.

Spreeker is van mening dat men eenzelfde benadering kan volgen met betrekking tot de problematiek van euthanasie.

Een spreekster verklaart dat ze de kwestie van het opschrift van het wetsvoorstel wil voorbehouden tot later, wanneer duidelijk is hoe de besprekingen evolueren. Persoonlijk volgt ze grotendeels de logica van de amendementen die door de heer Destexhe werden ingediend. Na reflectie onder verschillende collega's werd voorgesteld een wettelijk kader te creëren voor de begeleiding van het levenseinde, waarin bij wijze van uitzondering euthanasie mogelijk zou zijn.

De tekst had dus als opschrift: «Wetsvoorstel betreffende de begeleiding van het levenseinde». Men had daar kunnen aan toevoegen «en betreffende euthanasie in uitzonderlijke gevallen».

De discussie over het voorstel om een onderscheid te maken tussen euthanasie in de terminale fase en hulp bij zelfdoding is zeer belangrijk, aangezien het om twee zeer verschillende situaties gaat, ook vanuit filosofisch oogpunt.

Men mag ervan uitgaan dat men in de verenigde commissies een zekere consensus kan bereiken over de manier waarop de arts patiënten op het einde van hun leven moet begeleiden, en dus ook over de beëindiging van het leven in de terminale fase, met andere woorden over het bespoedigen, in uitzonderlijke gevallen, van het overlijden van een patiënt die in een stervensfase verkeert, zoals het amendement nr. 27.

Het voorgenoemde onderscheid is fundamenteel. Als men het heeft over het levenseinde, denken de meeste mensen aan de terminale fase en niet aan de situatie waarin mensen wensen dat hun leven wordt beëindigd, alhoewel ze zich medisch gezien niet in een terminale fase bevinden. Een wetgeving over leven en

En effet, les travaux ont montré la difficulté qu'il y avait, pour le législateur, à établir les critères permettant d'opérer une distinction entre un patient en phase terminale et un malade atteint d'une maladie incurable.

L'intervenant croit que la cohérence est plus grande en traitant les deux types de situations dans une seule et même proposition.

En ce qui concerne le suicide assisté, Camus écrivait en effet, dans *Le mythe de Sisyphe*, qu'il s'agissait du problème important de notre siècle, et peut-être des siècles à venir, et que c'était peut-être là la question philosophique fondamentale.

L'intervenant rappelle la référence qu'il a faite, au début des travaux, à l'ouvrage de Camus qui a suivi *Le mythe de Sisyphe*, et qui s'intitule «*L'homme révolté*». Dans ce livre, l'auteur apporte une réponse à cette problématique du suicide, en considérant que c'est la responsabilité et la liberté qui permettent de dépasser le suicide par l'engagement et la solidarité.

L'intervenant pense que cette même démarche peut être suivie lorsqu'on aborde la problématique de l'euthanasie.

Une intervenante déclare qu'elle souhaitait réserver la question de l'intitulé de la proposition de loi, en fonction de l'évolution des discussions. À titre personnel, elle peut suivre assez largement la logique des amendements déposés par M. Destexhe, qui est le résultat de la réflexion menée avec plusieurs collègues, et qui avait amené à proposer un encadrement légal de l'accompagnement de fin de vie dans lequel l'euthanasie pouvait figurer, à titre d'exception.

Le texte était donc intitulé «Proposition relative à l'accompagnement en fin de vie». On aurait pu ajouter «et à l'exception d'euthanasie».

La discussion relative à la distinction proposée entre l'euthanasie en phase terminale et le suicide assisté est très importante, car il s'agit de deux situations profondément différentes, y compris sur le plan philosophique.

Il paraît évident que l'on peut trouver au sein des commissions réunies un certain consensus sur la manière dont le médecin doit accompagner les patients en fin de vie, en ce compris l'arrêt de vie en phase terminale, c'est-à-dire le fait de hâter le décès d'un patient en phase terminale dans des cas exceptionnels, comme le dit l'amendement n° 27.

Sur le fond, la distinction précitée est très importante. En effet, lorsqu'on parle de fin de vie, la plupart des gens songent à la phase terminale, et non aux situations dans lesquelles certaines personnes souhaitent qu'on mette fin à leurs jours alors que, médicalement parlant, ils ne se trouvent pas en phase termi-

dood moet dus de beoogde situatie duidelijk omschrijven.

Het onderscheid tussen terminale fase en hulp bij zelfdoding vindt men over het algemeen terug in de zeldzame wetten die ter zake over de hele wereld bestaan, behalve misschien in Nederland. Vaak regelt de wetgeving zelfs alleen de medisch geassisteerde zelfdoding.

Het Franse Comité voor bio-ethiek behandelt deze vraag in zijn unaniem advies over de door de arts na te streven handelwijze bij de begeleiding van patiënten op het einde van hun leven.

Het is ook de reden waarom spreekster samen met andere leden amendementen heeft ingediend over de rechten van de patiënt, het tegengaan van therapeutische hardnekkigheid, de weigering elke therapie te staken, zodat de patiënt op het einde van zijn leven op een specifieke en persoonlijke manier benaderd kan worden.

Professor Vincent heeft goed aangetoond met welke uiteenlopende situaties de arts kan worden geconfronteerd in zijn contact met patiënten op het einde van hun leven en dat het dus al te eenvoudig is slechts met één hypothese, die in een beperkt aantal gevallen opgaat, rekening te houden.

Het is dus zeer belangrijk om een onderscheid te maken tussen terminale fase en medisch geassisteerde zelfdoding.

De publieke opinie mag deze begrippen, die fundamenteel verschillend zijn, niet op voet van gelijkheid plaatsen. De wetgever moet op duidelijke en pedagogisch verantwoorde wijze te werk gaan.

Het gepaste onderscheid maken is des te belangrijker omdat wat de terminale fase betreft, een consensus mogelijk lijkt, terwijl dit voor de medisch geassisteerde zelfdoding niet het geval is.

Een lid wenst dat wordt teruggekeerd tot enige juridische logica. Spreker houdt zich dan ook aan het besproken voorstel en aan de ingediende amendementen. De tegenstanders van het wetsvoorstel moeten toch ooit eens positie kiezen. Eerst beweerde men dat de goedkeuring van het voorstel tot een rampzalige situatie zou leiden, want het zou de deur openen voor een reeks misbruiken. Nu wordt gezegd dat het alle aspecten omtrent het levenseinde moet omvatten. Men moet weten wat men wil. De indieners zelf hebben altijd gezegd dat het voorstel een bepaald aantal bijzondere gevallen beoogt, met uitsluiting van andere hypothesen, zoals euthanasie bij kinderen, bij gehandicapten, enz.

Het is merkwaardig dat over het verschil dat thans wordt gemaakt tussen terminale fase en medisch geassisteerde zelfdoding, niet werd gesproken op het ogenblik dat aan de indieners van het wetsvoorstel

nale. Une législation qui touche à la vie et à la mort doit donc être claire sur les situations qu'elle vise.

Le fait de distinguer la phase terminale et le suicide assisté se retrouve en général dans les quelques rares législations existant en la matière à travers le monde, sauf peut-être aux Pays-Bas. Souvent d'ailleurs, on légifère uniquement sur le suicide médicalement assisté.

Dans son avis unanime, le Comité français de bioéthique introduit cette question, dans le cadre du comportement auquel il est souhaitable que les médecins puissent parvenir lorsqu'ils accompagnent des personnes en fin de vie.

C'est aussi la raison des amendements déposés par l'intervenante avec d'autres membres sur les droits du patient, le non-acharnement thérapeutique, le refus de l'abandon thérapeutique, de manière à avoir une véritable approche du patient en fin de vie, dans sa globalité, et dans son histoire personnelle.

Le professeur Vincent a bien montré combien le médecin se trouvait, avec les patients en fin de vie, devant une multiplicité de situations possibles, et qu'il serait trop simple de ne considérer qu'une hypothèse correspondant à un nombre relativement limité de cas.

Il est donc très important de distinguer la phase terminale et le suicide médicalement assisté.

Il ne faudrait pas que ces concepts, qui sont profondément différents, puissent être, aux yeux des citoyens, mis sur le même pied. Le législateur doit viser la clarté et la pédagogie.

Faire la distinction indiquée est d'autant plus important qu'un consensus semble possible sur la question de la phase terminale, alors que tel n'est pas le cas pour le suicide médicalement assisté.

Un membre souhaite que l'on en revienne à une certaine logique juridique. À cet égard, l'intervenante s'en tient à la proposition à l'examen, et aux amendements déposés. Il faudra qu'à un moment donné, les opposants à la proposition de loi choisissent une attitude précise. Il a été dit que le vote de la proposition aboutirait à une catastrophe, car il ouvrirait la porte à une série d'abus. On dit maintenant qu'il faut y englober tous les aspects de la fin de vie. Il faut savoir ce que l'on veut. Pour leur part, les auteurs de la proposition ont toujours dit que celle-ci visait un certain nombre de cas bien particuliers, à l'exclusion d'autres hypothèses, comme l'euthanasie des enfants, des handicapés, etc.

Ensuite, en ce qui concerne la distinction que l'on fait aujourd'hui entre phase terminale et suicide médicalement assisté, il est curieux qu'on ne l'ait pas abordée au moment où, à l'origine, on a demandé aux

werd gevraagd het onderscheid te maken tussen terminale fase en niet-terminale fase.

In het begin was in dit voorstel alleen sprake van terminale fase.

In de loop van de besprekingen hebben sommigen zich afgevraagd of er geen onderscheid moest worden gemaakt tussen beide hypothesen en of er geen complexe en langere procedure moest worden ingevoerd voor de niet-terminale fase.

Om tegemoet te komen aan die bekommernis hebben de indieners van het voorstel amendementen ingediend.

Nu de amendementen zijn ingediend, beweren sommigen dat ze toch geen zin hebben, dat de arts alleen staat voor zulke situaties, en dat ze bijgevolg de bewuste amendementen niet zullen goedkeuren. Dit is toch wel een paradoxale situatie.

En zo staan we opnieuw aan het vertrekpunt van het debat over de noodzaak om wetgevend op te treden. Alle ontsparingen die deze amendementen moesten voorkomen in het geval van een niet-terminale fase, zijn opnieuw mogelijk.

Wat ten slotte het onderscheid tussen euthanasie en medisch geassisteerde zelfdoding betreft, verwijst spreker naar de debatten die daarover zijn gevoerd, en naar het — ietwat filosofisch onderscheid — dat sommige deskundigen maken: in het ene geval gaat het om begeleiding, een daad van medelijden, in het andere geval is het een totaal andere ingreep en gaat het niet noodzakelijk om euthanasie. Spreker is het dan ook niet eens met de voorgestelde amendementen.

Amendement nr. 36

De heer Galand dient op amendement nr. 27 een subamendement in, dat ertoe strekt het opschrift als volgt te formuleren (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 36): «Wetsvoorstel betreffende de handelingen die in uitzonderlijke omstandigheden het overlijden kunnen bespoedigen van een patiënt die in een stervensfase verkeert». Deze formulering lijkt correcter. De indiener van amendement nr. 27 zegt het daarmee eens te zijn.

Een senator wenst zijn tussenkomst te beperken tot amendement nr. 28, want hij heeft zelf op bepaalde artikelen amendementen ingediend die verband houden met het begrip zelfdoding. Hij heeft de indruk dat er grote verwarring heerst in verband met dit begrip, dat zelfs verward wordt met euthanasie.

Er moet duidelijk worden bepaald dat het voorstel wel degelijk betrekking heeft op euthanasie, op verzoek van de patiënt, en uitgevoerd door een derde.

auteurs de la proposition de loi de faire la distinction entre phase terminale et phase non terminale.

Au départ, il n'y avait, dans cette proposition, que la notion de phase terminale.

C'est au cours de la discussion que certains se sont demandé s'il ne fallait pas faire la distinction entre les deux hypothèses, et prévoir une procédure plus complexe et plus longue en cas de phase non terminale.

C'est pour répondre à cette préoccupation que des amendements ont été déposés par les auteurs de la proposition.

On arrive aujourd'hui à une situation paradoxale où, maintenant que les amendements sont déposés, certains déclarent que, de toute façon, ils ne servent à rien, que le médecin est seul face à ce type de situations, et que dès lors, ils ne voteront pas les amendements en question.

On en revient ainsi au point de départ du débat sur la nécessité de légiférer. Par conséquent, tous les dérapages contre lesquels on a voulu, grâce à ces amendements, se prémunir dans le cadre de la phase non terminale risquent de se produire.

Enfin, en ce qui concerne la distinction entre l'euthanasie et le suicide médicalement assisté, l'intervenant renvoie aux débats qui ont déjà eu lieu à ce sujet, et à la distinction — quelque peu philosophique — opérée par certains experts: d'un côté, il s'agit d'un accompagnement, d'un acte de compassion; de l'autre, c'est un acte tout à fait différent, où il ne s'agit pas nécessairement d'euthanasie. L'intervenant ne peut donc se rallier aux amendements proposés.

Amendement n° 36

M. Galand dépose, à l'amendement n° 27, un sous-amendement tendant à formuler l'intitulé comme suit (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 36): «Proposition de loi visant les actes qui peuvent hâter le décès d'un patient». Cette formulation paraît plus correcte. L'auteur de l'amendement n° 27 déclare qu'il peut s'y rallier.

Un sénateur souhaite limiter son intervention à l'amendement n° 28, car il a lui-même déposé à certains articles des amendements qui ont à voir avec la notion de suicide. Il a le sentiment que la plus grande confusion règne à propos de cette notion, que l'on confond même avec celle d'euthanasie.

Il doit être précisé clairement que ce que l'on vise dans la proposition, c'est bien l'euthanasie, à la demande du patient, et exécutée par un tiers.

Zelfdoding is een heel andere «techniek», waarbij de patiënt zich zelf het leven beneemt.

Spreker wenst ook dat hier geen verwarring wordt gesticht over de wijze waarop zelfdoding in andere landen wordt beschouwd, ook op wetenschappelijk gebied.

Zelfdoding is er een welomlijnd begrip dat niets te maken heeft met euthanasie.

Hulp bij zelfdoding is, bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, een alternatief dat losstaat van het begrip euthanasie.

Spreker wenst dat die mogelijkheid ook hier in overweging wordt genomen. Er zijn immers patiënten die, wanneer ze aan het einde van hun leven gekomen zijn, zelf de verantwoordelijkheid op zich willen nemen om er een einde aan te maken, en niet wensen dat een derde dat in hun plaats doet.

Hulp bij zelfdoding zou, in omstandigheden die vergelijkbaar zijn met die voor euthanasie, dus ook moeten worden geregeld in de wet die thans wordt voorbereid.

Spreker bedoelt daarmee niet dat zelfdoding in alle situaties moet worden gelegaliseerd. In de gevallen die strikt beantwoorden aan de voorwaarden die gelden voor euthanasie, moet dit wel mogelijk zijn.

Spreker verwijst naar de Angelsaksische landen; waar in Europa euthanasie wordt toegepast, wordt daar veeleer hulp bij zelfdoding geboden, en is euthanasie eerder zeldzaam.

Het zou een ernstige vergissing zijn alleen wetgevend op te treden in verband met euthanasie en hulp bij zelfdoding uit te sluiten. Dat zou aanleiding geven tot een rechtsvacuüm en tot onzekerheid.

Het zou ertoe leiden dat een arts, als alle voorwaarden vervuld zijn om euthanasie toe te passen, de patiënt niet de middelen mag geven om tot zelfdoding over te gaan.

Het zou echter eveneens een vergissing zijn hulp bij zelfdoding in de plaats te stellen van euthanasie.

Een lid sluit zich aan bij de woorden van de indener van amendement nr. 27. Zij meent dat het verantwoord is een onderscheid te maken tussen de terminale fase — waar de arts geconfronteerd wordt met een waardeconflict en niet anders kan dan euthanasie toe te passen, in uitzonderlijke gevallen — en de niet-terminale fase, waar het gaat om hulp bij zelfdoding.

Spreker is het evenwel niet eens met het voorgestelde opschrift; ze geeft de voorkeur aan een formulering waarin de rechten en de waardigheid van de patiënt expliciet worden vermeld (zie amendement nr. 38 waarvan hierna sprake).

Le suicide consiste en une tout autre «technique», où un patient se donne lui-même la mort.

L'intervenant souhaite également que l'on ne crée pas ici la confusion sur la façon dont le suicide est perçu dans d'autres pays, y compris sur le plan scientifique.

Le suicide y est un concept parfaitement délimité, qui n'a rien à voir avec l'euthanasie.

L'aide au suicide est, par exemple aux États-Unis, une alternative qui se juxtapose à celle de l'euthanasie.

L'intervenant souhaiterait que l'on envisage également cette possibilité ici. En effet, il est des patients qui, arrivés au terme de leur vie, souhaitent prendre eux-mêmes la responsabilité d'y mettre fin, et ne désirent pas qu'un tiers le fasse à leur place.

L'aide au suicide, dans des situations comparables à celles envisagées pour l'euthanasie, devrait donc être visée par la législation en préparation.

L'intervenant ne veut pas dire par là que l'aide au suicide doit être légalisée dans toutes les situations. Mais elle devrait l'être dans les cas qui répondent strictement aux mêmes conditions que celles fixées pour l'euthanasie.

L'intervenant renvoie aux pays anglo-saxons, où, dans les cas où, en Europe, l'euthanasie est appliquée, on pratique plutôt l'aide au suicide, l'euthanasie étant plus rare.

Ce serait une grave erreur de légiférer uniquement à propos de l'euthanasie, et d'exclure l'aide au suicide, ce qui créerait un vide juridique et une incertitude.

Cela aboutirait à ce qu'un médecin qui se trouve dans les conditions requises pour pratiquer l'euthanasie ne soit pas autorisé à fournir au patient le moyen d'accomplir l'acte lui-même.

Mais ce serait également une erreur de substituer l'aide au suicide à l'euthanasie.

Une membre se rallie aux propos de l'auteur de l'amendement n° 27. Elle estime justifié de faire une distinction entre la phase terminale — où le médecin se trouve dans une situation de conflit de valeurs et ne peut faire autrement que de pratiquer l'euthanasie, dans des cas exceptionnels — et la phase non terminale, où il s'agit de suicide assisté.

Cependant, l'intervenante ne peut se rallier à l'intitulé proposé, car elle donne la préférence à une formulation où les droits et la dignité du patient sont explicitement visés (voir l'amendement n° 38 dont question ci-après).

Amendement nr. 38

Een ander lid merkt op dat hij inderdaad een amendement heeft ingediend dat ertoe strekt het opschrift van het voorstel als volgt te vervangen: «Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het levenseinde» (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 38).

Dit amendement neemt het opschrift over van het voorstel dat de fractie van de spreker had ingediend met het oog op de bescherming van de menselijke waardigheid. Indiener is van oordeel dat de wetgeving positief moet worden geformuleerd. Iemand helpen sterven is een negatieve handeling, althans wat de gevolgen betreft. Beter is ernaar te streven de waardigheid van de mens op het einde van zijn leven te verzekeren.

Definities zijn gevaarlijk in het recht, maar men moet toch weten waarover men spreekt.

In dat opzicht is het advies dat het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in 1997 uitbracht verhelderend. Wanneer men spreekt over euthanasie, gaat het uiteraard over een problematiek in verband met het levenseinde.

Wanneer men iemand, of zichzelf, laat sterven in een niet-terminale fase, spreekt men bijgevolg over hulp bij zelfdoding.

Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft dat verschil gemaakt, en het is ook belangrijk dat het wordt gemaakt, want de twee situaties zijn fundamenteel verschillend.

Als antwoord op een vorige spreker merkt het lid op dat we niet te snel mogen verwijzen naar «Angelsaksische systemen».

In slechts één Staat van de Verenigde Staten is hulp bij zelfdoding geregeld, namelijk in Oregon.

In de Staat Maine is, samen met de presidentsverkiezingen, een referendum gehouden over de legalisering van hulp bij zelfdoding. Die mogelijkheid is verworpen.

Voorstellen alsof in de Angelsaksische landen hulp bij zelfdoding algemeen gelegaliseerd is, is dus volkomen onjuist.

De spreker tot wie deze opmerking gericht is, antwoordt dat dit niet zijn bedoeling was. Hij wilde er alleen op wijzen dat, in welbepaalde omstandigheden, hulp bij zelfdoding een alternatief is voor euthanasie, in België en in de Angelsaksische landen.

Een ander lid stelt vast dat er sprake van is het begrip euthanasie te laten vallen. Sprekerster zegt dat ze de redenering die aan de basis ligt van deze suggestie niet begrijpt. Euthanasie is immers een goed omschreven begrip. Oorspronkelijk heerste daarover bij

Amendement n° 38

Un autre membre précise qu'il a en effet déposé un amendement tendant à remplacer l'intitulé de la proposition par l'intitulé suivant: «Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het levenseinde» (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 38).

Cet amendement reprend le titre de la proposition que le groupe de l'intervenant avait déposée, en vue de protéger la dignité humaine, estimant qu'il fallait prévoir une législation formulée de façon positive, donner la mort à quelqu'un étant toujours un acte négatif, au moins dans ses conséquences. Il vaut mieux viser à garantir la dignité de la personne en fin de vie.

Les définitions sont dangereuses en droit, mais d'autre part, il faut savoir de quoi on parle.

À cet égard, l'avis rendu par le Comité consultatif de bioéthique en 1997 est éclairant. Il est évident que, lorsqu'on parle d'euthanasie, on vise un dilemme qui se pose en fin de vie.

Dès lors, dans l'hypothèse où l'on (se) donne la mort en dehors de la phase terminale, il s'agit bien de suicide assisté.

Cette distinction a été opérée par le Comité de bioéthique, et il importe de la faire, les deux situations étant foncièrement différentes.

En réponse à un précédent orateur, l'intervenant souligne qu'il ne faut pas parler trop vite «des systèmes anglo-saxons».

Il n'y a qu'un État des États-Unis où l'aide au suicide est réglementée: c'est l'Oregon.

Dans l'État du Maine, un référendum vient d'avoir lieu en même temps que l'élection présidentielle, en vue de légaliser le suicide assisté. Cette possibilité a été rejetée.

Il est donc tout à fait inexact de présenter les choses comme si le suicide assisté était légalisé de façon générale dans les pays anglo-saxons.

L'intervenant auquel s'adresse cette observation répond que telle n'a pas été son intention. Il a seulement voulu souligner que l'aide au suicide était souvent, dans des circonstances bien précises, une alternative à l'euthanasie, en Belgique et dans les pays anglo-saxons.

Une autre membre constate qu'il est question de supprimer le concept de l'euthanasie. L'intervenante déclare qu'elle ne comprend pas le raisonnement qui sous-tend cette suggestion. En effet, l'euthanasie est un concept bien défini. Certes, au départ, une certaine

de bevolking weliswaar enige verwarring, maar nu weet iedereen waarover het gaat.

Het is niet de bedoeling om de tekst van het voorstel, enerzijds, en bepalingen over het levenseinde in het algemeen, over de rechten van de patiënt, over de pijnbestrijding, anderzijds, door elkaar te halen. Als men al deze concepten met elkaar verwacht, dan kunnen de werkzaamheden van de verenigde commissies nooit tot een goed einde worden gebracht.

Anderzijds, kan men niet voor alle patiënten in niet-terminale fase spreken van hulp bij zelfdoding. Ook hier haalt men de concepten door elkaar.

Amendement nr. 37

Mevrouw de T^r Serclaes dient bij het amendement nr. 27 een subamendement in, dat voorstelt het opschrift als volgt te wijzigen (doc. Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 37): «Wetsvoorstel betreffende de begeleiding bij het levenseinde en de handelingen die in uitzonderlijke omstandigheden het overlijden bespoedigen van een patiënt die in een stervensfase verkeert.»

De indienst van het amendement herhaalt dat men er beter aan had gedaan pas op het einde van de werkzaamheden over het opschrift van het wetsvoorstel te discussiëren in plaats van bij het begin.

Zij wijst er op dat er amendementen zijn ingediend om artikelen *1bis*, *1ter* en *1quater*, in het wetsvoorstel in te voegen, die juist gaan over de begeleiding bij het levenseinde.

De spreekster is van mening dat men over euthanasie moet kunnen praten in het kader van deze begeleiding; vandaar de voorgestelde formulering in haar subamendement.

De hoorzittingen hebben inderdaad aangetoond dat een verzoek om euthanasie niet zomaar uit het niets ontstaat, maar het resultaat is van de situatie waarin de patiënt zich op een gegeven ogenblik bevindt.

Amendement nr. 39

De heer Destexhe dient een subamendement in op zijn subsidiair amendement nr. 28 ertoe strekkende de woorden «hulp bij zelfdoding» te vervangen door de woorden «medische hulp bij zelfdoding» (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 39).

Een ander lid verklaart, als men uitgaat van het recht op zelfbeschikking van de patiënt — een zijn inziens essentieel recht —, volgende zaken samen moeten bestaan om een waardig levenseinde te verzekeren:

confusion a pu régner à ce sujet dans l'esprit de la population mais, actuellement, chacun sait de quoi il s'agit.

Le but n'est pas de mélanger le texte de la proposition avec des dispositions sur la fin de vie en général, les droits du patient, la lutte contre la douleur. Si l'on veut mélanger tous ces concepts, les travaux des commissions réunies ne pourront pas aboutir.

D'autre part, on ne peut parler de suicide assisté pour tous les patients en phase non terminale. Ici encore, on mélange les concepts.

Amendement n° 37

Mme de T^r Serclaes dépose à l'amendement n° 27 un sous-amendement, qui propose de formuler l'intitulé comme suit (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 37): «Proposition de loi visant l'accompagnement en fin de vie et les actes visant à hâter le décès d'un patient en phase terminale dans des cas exceptionnels».

L'auteur de l'amendement répète qu'il eût mieux valu discuter du titre de la proposition de loi à la fin des travaux, plutôt qu'au début.

Elle précise que des amendements ont été déposés en vue d'insérer des articles *1^{er}bis*, *1^{er}ter*, et *1^{er}quater* dans la proposition de loi, qui concernent précisément l'accompagnement de la fin de vie.

L'intervenante estime qu'il faut pouvoir discuter de l'euthanasie dans le cadre de cet accompagnement, d'où la formulation proposée par son sous-amendement.

Les auditions ont en effet montré qu'une demande d'euthanasie ne surgissait pas de nulle part, mais qu'elle était le résultat de la situation d'un patient à un moment donné.

Amendement n° 39

M. Destexhe dépose un sous-amendement à son amendement subsidiaire n° 28, en vue d'insérer le mot «médicalement» entre le mot «suicide» et le mot «assisté» (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 39).

Un autre membre déclare que, lorsqu'on considère le droit du patient à disposer de lui-même — droit qui lui paraît essentiel —, les choses suivantes doivent coexister pour assurer une fin de vie digne :

— een correct en gelijk recht op palliatieve zorg voor iedereen, om de pijn maximaal te verzachten: de zes indieners hebben daarover een wetsvoorstel ingediend;

— voor de patiënten die hun pijn niet meer kunnen verdragen: een reeks criteria waaraan dient te worden voldaan, om te kunnen overgaan tot euthanasie, al dan niet in terminale fase (de grens tussen beide fasen valt immers moeilijk te bepalen, zoals werd aangetoond tijdens de hoorzittingen); in dit verband kan de spreker de idee aanvaarden dat sommige patiënten, of ze zich nu in een terminale fase bevinden of niet de voorkeur geven aan zelfdoding met de hulp van een geneesheer.

Uit een lang onderhoud met Nederlanders heeft spreker onthouden dat zij hulp bij zelfdoding beschouwen als iets dat niet in een wet op euthanasie moet worden opgenomen.

Om die reden is spreker van zins om later, na overleg met haar collega's, een afzonderlijk wetsvoorstel betreffende hulp bij zelfdoding in te dienen.

Een ander lid stelt verder vast dat alle aanwezige parlementsleden de verdediging van de menselijke waardigheid gunstig gezind zijn en zich elk op hun manier inspinnen om deze te waarborgen.

Spreker zegt voorstander te zijn van een wetgeving over de begeleiding van het levenseinde, met inbegrip van de uitzondering van euthanasie. Zijn voorkeur gaat uit naar specifieke teksten voor het levenseinde en voor de begeleiding van het levenseinde en de niet-terminale fase.

Hij is van mening dat de medische hulp bij zelfdoding een andere problematiek vormt, aangezien zelfdoding erin bestaat zichzelf het leven te ontnemen.

Hulp bij zelfdoding bestaat erin dat een derde hulpmiddelen voor die zelfdoding ter beschikking stelt.

Euthanasie in terminale of niet-terminale fase maakt daarentegen een einde aan iemands leven op diens verzoek en wordt onder bepaalde omstandigheden en volgens bepaalde procedures (vastgelegd in de wet, als er een wet bestaat) door een derde persoon gepleegd.

Medische hulp bij zelfdoding vormt dus een andere problematiek, die een andere benadering vergt en waarover het debat nog niet is gevoerd. Het zou dus volkomen voorbarig en naast de kwestie zijn om dit nu al te beslechten.

Spreker maakt veeleer een onderscheid tussen het levenseinde en de uitzondering van euthanasie in de gevallen buiten het levenseinde.

De palliatieve zorg betekent veel meer dan een goede verdooving.

— un droit d'accès correct et égal pour tous aux soins palliatifs, où il faut arriver à un soulagement maximal de la douleur: les six auteurs ont déposé une proposition de loi à ce sujet.

— pour les patients qui ne peuvent plus endurer leur souffrance: une série de critères auxquels il doit être satisfait pour qu'il puisse être procédé à une euthanasie, en phase terminale ou non (la frontière entre ces deux phases étant difficile à définir, comme l'ont montré les auditions); à cet égard, l'intervenante peut accepter l'idée que certains patients, qu'ils soient ou non en phase terminale, préfèrent se donner eux-mêmes la mort, avec l'aide d'un médecin.

L'intervenante a retenu d'un long entretien avec des Néerlandais qu'ils considèrent l'aide au suicide comme une chose qui ne doit pas être intégrée dans une loi sur l'euthanasie.

C'est pourquoi l'intervenante envisage, après concertation avec ses collègues, le dépôt ultérieur d'une proposition de loi distincte traitant du suicide assisté.

Un autre membre encore constate que tous les parlementaires présents sont favorables à la défense de la dignité des personnes, et s'efforcent, à leur manière, de l'assurer.

L'intervenant se dit partisan d'une législation sur l'accompagnement de la fin de vie, y compris l'exception d'euthanasie. Sa préférence va à des textes spécifiques pour la fin de vie et l'accompagnement de cette fin de vie, et les phases non terminales.

En ce qui concerne le suicide médicalement assisté, il estime qu'il s'agit d'une autre problématique, car le suicide est le fait de se priver soi-même de sa vie.

L'assistance au suicide est la mise à disposition par un tiers de moyens de se suicider.

Par contre, l'euthanasie en phase terminale ou non terminale est un acte qui, à la demande d'une personne, met fin à la vie de celle-ci, et est posé par un tiers dans certaines conditions et selon certaines procédures (prévues par une législation, s'il y en a une).

Le suicide médicalement assisté est donc une autre problématique, qui demande une autre approche, et au sujet de laquelle le débat n'a pas encore eu lieu. Il serait dès lors tout à fait prématuré et inapproprié de lui faire un sort maintenant.

L'intervenant opère plutôt la distinction entre la fin de vie, et l'exception d'euthanasie dans les cas de non-fin de vie.

Quant aux soins palliatifs, ils représentent beaucoup plus qu'une bonne analgésie.

Men tracht een drieluik in het leven te roepen: de rechten van de patiënt, de palliatieve zorg en euthanasie als uitzondering.

Misschien zou men een alomvattende benaming voor dit drieluik moeten vinden en onder dat opschrift zou men dan de drie benaderingen beter in elkaar zien overgaan.

Amendement nr. 53

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in dat ertoe strekt het opschrift van het voorstel te vervangen als volgt: «Wetsvoorstel tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1966 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies» (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 53).

Eén van de indieners van het amendement preciseert dat dit amendement een onderdeel vormt van een geheel van amendementen die een nieuwe tekst vormen die past in de algemene filosofie van de eerste tekst die door zijn fractie werd ingediend.

Naarmate de discussie vordert zal spreekster de wijzigingen die aan de oorspronkelijke tekst werden aangebracht, toelichten.

Een lid verklaart dat hij dit amendement niet kan onderschrijven omdat het uitgaat van een andere filosofie dan die waardoor de zes auteurs zich lieten inspireren.

Spreekster is van oordeel dat in verband met de andere amendementen het doel en de methodes en de procedures vaak door elkaar worden gehaald.

Van bij het begin van de debatten, nu al meer dan een jaar geleden, heeft men zich enkel gebogen over euthanasie en niet over de begeleiding van het levens-einde. Dat moet klaar en duidelijk aan de bevolking worden meegedeeld.

Door zijn aandacht toe te spitsen op de begeleiding van zieken aan het levenseinde scheidt men verwarring, omdat over de palliatieve zorg een ander wetsvoorstel werd ingediend, dat precies deze begeleiding behandelt, en omdat werd overeengekomen over dit wetsvoorstel te stemmen op hetzelfde ogenblik als over het wetsvoorstel betreffende de euthanasie.

Men moet de zaken bij hun naam noemen.

Om die reden, na de auteurs van de verschillende amendementen te hebben gehoord, en hoewel hij hun bezorgdheid begrijpt, kan hij zich onmogelijk aansluiten bij die amendementen.

Een ander lid merkt op dat het vrij moeilijk is om zich uit te spreken over amendementen die nog maar net zijn ingediend en waarover toch eens wat grondiger moet worden nagedacht.

L'on essaie de créer un triptyque: droits du patient, soins palliatifs et exception d'euthanasie.

Peut-être faudrait-il trouver une dénomination globale à ce triptyque et sous ce titre, on verrait mieux, alors, les trois approches se succéder.

Amendement n° 53

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement tendant à remplacer l'intitulé de la proposition par ce qui suit: «Proposition de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales» (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 53).

L'un des auteurs de l'amendement précise que celui-ci appartient à un ensemble d'amendements qu'il faut considérer de façon globale, et qui constituent un nouveau texte, tout en s'inscrivant dans la philosophie générale du premier texte déposé par son groupe.

Au fur et à mesure de la discussion, l'intervenante exposera les modifications qui ont été apportées à ce texte initial.

Un membre déclare qu'il ne peut souscrire à cet amendement, qui est sous-entendu par une philosophie différente de celle qui a inspiré les six auteurs.

En ce qui concerne les autres amendements, l'intervenante estime que l'on confond toujours l'objectif et les méthodes et procédures.

Depuis le début des débats, voici plus d'un an, on ne s'est occupé que d'euthanasie, et non de l'accompagnement de la fin de vie. Cela doit être dit clairement à l'égard de la population.

Viser l'accompagnement des malades en fin de vie jette la confusion, parce qu'une autre proposition a été déposée, qui traite des soins palliatifs et parle précisément de l'accompagnement, et qu'il a été convenu de voter en même temps que celle qui concerne l'euthanasie.

Il faut appeler les choses par leur nom.

C'est pourquoi, après avoir entendu les auteurs des divers amendements, et tout en comprenant leur souci, il ne peut se rallier à ces amendements.

Une autre membre observe tout d'abord qu'il est assez difficile de se prononcer sur des amendements qui viennent d'être déposés, et méritent une réflexion un peu plus approfondie.

Spreekster breekt een lans voor het duidelijk onderscheiden van de concepten. Er vond een hele reeks hoorzittingen over euthanasie plaats en iedereen weet nu waarover het gaat. Men beschikt ook over de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek waarover eensgezindheid blijkt te bestaan.

Aangezien men een wetgeving over de euthanasie wil, moet dat ook duidelijk in het opschrift worden vermeld, zodat wordt voorkomen dat er verwarring wordt gezaaid bij de bevolking door de indruk te wekken dat men iets veel breder beoogt dan euthanasie in de strikte betekenis van het woord.

Spreekster geeft toe dat de hulp bij zelfdoding ongetwijfeld evenveel aandacht verdient als de euthanasie, maar dat veronderstelt een diepgaand debat dat nog niet werd gevoerd.

Nu moet men zich beperken tot de discussie over het wetsvoorstel euthanasie en vervolgens tot dat betreffende de palliatieve zorg.

Een ander lid is van mening dat het debat over de euthanasie niet kan worden losgemaakt van dat over de palliatieve zorg. In het wetsvoorstel over de palliatieve zorg dat zij heeft ingediend, stelt spreekster voor om de patiënten die in aanmerking kunnen komen voor palliatieve zorg, te definiëren als de patiënten die geen baat meer kunnen verwachten van een curatieve benadering.

In hun voorstel wijken de ministers af van deze opvatting en beperken zij de palliatieve zorg tot de terminale fase.

Spreekster van haar kant is van oordeel dat de patiënten in een niet-terminale fase ook tot de palliatieve zorg toegang moeten hebben.

Men mag dan beweren dat alle patiënten moeten kunnen kiezen tussen de verschillende bestaande mogelijkheden, voor de niet-terminale patiënten is dat niet het geval.

Een lid antwoordt als volgt op de verschillende sprekers.

Eerst en vooral is hij van mening dat men moet ophouden voortdurend te verwijzen naar wat de hoorzittingen zouden hebben aangetoond, want klaarblijkelijk heeft iedereen zo zijn eigen opvatting over wat er is gezegd.

In tegenstelling tot wat een vorige spreker heeft gezegd, is hij van mening dat op basis van de toestand van de zieke in 99% van de gevallen een onderscheid kan worden gemaakt tussen de terminale fase en andere hypothesen.

Een ander lid antwoordt dat hij heeft gezegd dat de arts een belangrijke rol heeft bij het maken van dit onderscheid, en niet dat dit niet mogelijk is.

De vorige spreker verklaart voorts dat de gevoerde discussie aantoont hoe groot de verwarring rond het

L'intervenante plaide pour que l'on distingue clairement les concepts. Toute une série d'auditions ont eu lieu à propos de l'euthanasie, et tout le monde sait maintenant de quoi il s'agit. On dispose aussi de la définition du Comité consultatif de bioéthique, sur laquelle il semblait exister un consensus.

Puisque l'on veut une législation sur l'euthanasie, il faut le dire dans l'intitulé du texte, et éviter de semer la confusion à l'égard de la population, en donnant l'impression que l'on vise quelque chose de plus large que l'euthanasie au sens strict.

L'intervenante admet que l'aide au suicide mérite sans doute autant d'attention que l'euthanasie, mais cela suppose un débat approfondi qui n'a pas encore eu lieu.

Il faut s'en tenir maintenant à la discussion de la proposition de loi sur l'euthanasie, et ensuite à celle qui concerne les soins palliatifs.

Une autre membre estime que l'on ne peut séparer le débat sur l'euthanasie de celui sur les soins palliatifs. Dans la proposition qu'elle a déposée au sujet de ces derniers, l'intervenante proposait de définir les patients susceptibles de bénéficier des soins palliatifs comme ceux qui ne pouvaient plus espérer de bénéfice d'une approche curative.

Dans le plan qu'ils ont présenté, les ministres s'écartent de cette conception, en limitant les soins palliatifs à la phase terminale.

L'intervenante estime pour sa part que les patients en phase non terminale doivent aussi pouvoir y avoir accès.

Lorsqu'on dit que tous les patients doivent pouvoir choisir entre les différentes possibilités qui existent, il faut bien constater que tel n'est pas le cas pour les patients non terminaux.

Un membre répond comme suit aux différents intervenants.

Il estime tout d'abord qu'il faut arrêter de se référer sans cesse à ce que les auditions auraient démontré puisqu'apparemment, les uns et les autres ont des perceptions différentes de ce qui a été dit.

Par ailleurs, contrairement à ce qu'a dit un précédent orateur, il estime que l'état du malade permet, dans 99% des cas, de faire la distinction entre la phase terminale et d'autres hypothèses.

Un autre membre réplique qu'il a dit que le médecin avait un rôle très important à jouer dans cette distinction, et non qu'il était impossible de la faire.

Le précédent orateur poursuit en déclarant que la discussion qui vient d'avoir lieu montre la confusion

begrip «euthanasie» is. In de definitie van de zes indieners zelf zit een grote contradictie, aangezien er sprake is van een handeling door «een derde», terwijl uit de rest van het voorstel blijkt dat alleen een arts euthanasie kan plegen.

Logischerwijs moeten de woorden «door een derde» worden vervangen door de woorden «door een arts».

In geen enkele van de bronnen die hij heeft geraadpleegd (*Robert, Larousse*, het Franse comité voor bio-ethiek, internationale teksten) vindt de spreker de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek terug, die door de indieners werd overgenomen.

Wel vindt men vaak de volgende definitie terug: «opzettelijke beëindiging van het leven van een persoon in een terminale fase, al dan niet op zijn verzoek».

Een arts die een einde stelt aan het leven van een persoon, zonder dat die erom heeft gevraagd, pleegt euthanasie.

Bovendien heeft de spreker de vorige sprekers geen duidelijk onderscheid horen maken tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Slechts één heeft geprobeerd het onderscheid te formaliseren. Uit zijn woorden lijkt te kunnen worden opgemaakt dat bij hulp bij zelfdoding de daad door de patiënt zelf wordt gepleegd, terwijl bij euthanasie hij aan een derde vraagt de daad te voltrekken.

Als een patiënt zijn arts een geneesmiddel vraagt en dit oraal inneemt, zou het om zelfmoord gaan, terwijl het om euthanasie zou gaan als de arts een injectie geeft.

De spreker meent dat deze twee begrippen duidelijk zouden moeten worden neergeschreven zodat erover kan worden gedebatteerd.

Er werd ook beweerd dat vooral met het oog op de coherentie geen twee afzonderlijke wetsvoorstellen werden ingediend. Volgens de spreker toont de discussie aan dat dit vooral een kwestie van verwarring is.

Ten slotte is de uitbreiding van het toepassingsgebied van het wetsvoorstel tot de terminale fase niet ingegeven door de hoorzittingen of door suggesties van collega's, zoals werd beweerd, maar is dit wel degelijk de wil van de indieners zelf.

Eén van hen betwist deze opmerking.

De vorige spreker benadrukt voort dat zijn voorstel niet met de noodtoestand mag worden vereenzelvigd.

In dat laatste geval is er sprake van een verplichting om op te treden.

qui règne à propos de la notion d'euthanasie. Dans la définition même retenue par les six auteurs, il y a une contradiction majeure, puisqu'il y est question de l'acte pratiqué par «un tiers», alors qu'il résulte de tout le reste de la proposition que seul un médecin peut pratiquer l'euthanasie.

Les mots «par un tiers» devraient donc, en toute logique, être remplacés par les mots «par un médecin».

Dans toutes les sources que l'intervenant a consultées (dictionnaires *Robert, Larousse*, comité français de bioéthique, textes internationaux), on ne trouve pas la définition du Comité consultatif de bioéthique, retenue par les six auteurs.

Celle que l'on retrouve le plus souvent est la suivante: «acte intentionnel de fin de vie d'une personne en phase terminale, que ce soit oui ou non à sa demande».

Lorsqu'un médecin met fin à la vie d'une personne sans sa demande, il s'agit d'une euthanasie.

En outre, l'intervenant n'a pas entendu, chez les précédents orateurs, une distinction claire entre euthanasie et suicide assisté.

Un seul a tenté de la formaliser. Ses propos semblent indiquer que, selon lui, le suicide assisté serait l'acte commis par le patient lui-même, alors qu'il y aurait euthanasie lorsqu'il demande à un tiers de l'accomplir.

Cela signifie que, si le patient demande à son médecin un médicament et le prend par la bouche, il s'agit d'un suicide, mais que si le médecin administre une piqûre, il s'agit d'une euthanasie.

L'intervenant estime qu'il faudrait mettre par écrit la définition des deux notions pour pouvoir en discuter.

Il a également été dit que ne pas prévoir deux propositions distinctes était une question de cohérence. L'intervenant estime que la discussion montre qu'il s'agit plutôt d'une question de confusion.

Enfin, le fait d'élargir le champ d'application de la proposition de loi à la phase terminale trouve son origine, non dans les auditions ou les suggestions de collègues, comme cela a été dit, mais bien dans la volonté propre des six auteurs.

L'un de ceux-ci conteste ce dernier point.

Le précédent orateur poursuit en soulignant que la proposition qu'il formule ne s'identifie pas à l'état de nécessité.

En effet, celui-ci suppose l'obligation d'accomplir un acte.

In de oplossing die de spreker naar voren schuift, wordt de arts op generlei wijze verplicht euthanasie te plegen; hij heeft altijd de keuze.

Een senator heeft de indruk dat twee paar begrippen opzettelijk worden verward: de terminale en de niet-terminale fase enerzijds en euthanasie en hulp bij zelfdoding anderzijds.

De spreker geeft het voorbeeld van een terminale kankerpatiënt die nog twee weken te leven heeft en die zich in de voorwaarden, opgesomd in het wetsvoorstel, bevindt.

Hij kan zijn arts dus vragen euthanasie te plegen. Het is echter ook mogelijk dat hij veel belang hecht aan zijn recht op zelfbeschikking en dat hij de zorg om de handeling te stellen, om ethische redenen, niet aan de arts wil overlaten, maar de arts een geneesmiddel vraagt dat hij zelf zal innemen. Deze twee situaties zijn perfect vergelijkbaar en worden in de studies over dit onderwerp dikwijls samen behandeld.

Als het wetsvoorstel niet wordt gewijzigd, dan kan de arts in het eerste van deze identieke gevallen niet worden vervolgd en in het tweede wel omdat hij geen hulp heeft verleend aan een persoon in nood.

Dezelfde redenering kan worden gevolgd voor een niet-terminale patiënt.

Is het aanvaardbaar dat een arts, in identieke situaties, in één geval niet kan worden gestraft, en in een ander, waarin de autonomie van de patiënt veel groter is, wel?

De spreker vraagt dat in ieder geval de intellectuele eerlijkheid wordt opgebracht om geen verwarring te zaaien tussen de begrippen terminale en niet-terminale fase en tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, ook al begrijpt hij dat sommigen wensen dat euthanasie tot de terminale fase beperkt blijft.

Hierover moet worden gedebatteerd.

Zo kan men zich bijvoorbeeld tot de terminale fase beperken, waarbij zowel de mogelijkheid van euthanasie als van hulp bij zelfdoding wordt overwogen.

Een lid verklaart dat de definitie van euthanasie die door een vorige spreker werd aangehaald, haar verontrust omdat ze ook de mogelijkheid omvat een patiënt te doden zonder diens instemming.

Zij ziet hierin een reden te meer om het opschrift van het wetsvoorstel en de erin opgenomen definitie zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven en om ze niet af te zwakken door een beroep te doen op verwante begrippen.

Er werd ook gezegd dat een patiënt palliatieve zorg moet krijgen zodra er niet langer hoop op genezing is.

Or, dans la solution proposée par l'intervenant, le médecin n'est jamais obligé d'accomplir une euthanasie; il a toujours le choix.

Un sénateur a le sentiment que l'on confond volontairement ici deux couples de notions. On a d'une part la phase terminale et la phase non terminale, et d'autre part l'euthanasie et le suicide assisté.

L'intervenant prend l'exemple d'un patient cancéreux en phase terminale qui a encore deux semaines à vivre et se trouve dans les conditions énumérées par la proposition.

Il peut donc demander à son médecin de pratiquer l'euthanasie. Mais il peut aussi attacher une grande importance à son droit à disposer de lui-même et, pour des raisons éthiques ou morales, ne pas vouloir laisser au médecin le soin d'accomplir cet acte, mais lui demander une médication qu'il prendra lui-même. Ces deux situations sont tout à fait comparables, et sont d'ailleurs souvent traitées conjointement dans les études dont on dispose sur le sujet.

Si la proposition de loi reste inchangée, pour un patient dans des conditions identiques, dans le premier cas, le médecin ne pourrait être poursuivi, alors que, dans le second, il pourrait l'être pour non-assistance à personne en danger.

Le même raisonnement peut être suivi pour un patient non terminal.

Est-il acceptable que, dans des situations identiques, le médecin ne soit pas punissable dans un cas, mais le soit dans l'autre, où l'autonomie du patient est plus grande?

L'intervenant demande en tout cas que l'on ait l'honnêteté intellectuelle de ne pas semer la confusion dans les concepts de phase terminale et non terminale, et d'euthanasie et de suicide assisté, même s'il comprend que certains souhaitent limiter l'euthanasie à la phase terminale.

Le débat doit être mené à ce sujet.

On pourrait par exemple imaginer de se limiter à la phase terminale, tout en prévoyant la possibilité à la fois de l'euthanasie et du suicide assisté dans ce cadre.

Une membre déclare que la définition de l'euthanasie citée par un précédent intervenant l'inquiète, car elle englobe le fait de donner la mort à un patient sans son consentement.

L'intervenante y voit une raison de plus pour préciser le plus possible le titre de la proposition de loi et la définition qu'elle contient, et pour ne pas les affaiblir par le recours à des concepts voisins.

Il a aussi été dit que le patient devait pouvoir bénéficier des soins palliatifs dès qu'il ne pouvait plus espérer de guérison.

Wat echter als de patiënt deze oplossing niet wenst?

De waardigheid van de patiënt op het levenseinde betekent ook dat de patiënt voor zichzelf bepaalt wat die waardigheid inhoudt.

Een ander lid onderstreept dat de discussie over het opschrift van het wetsvoorstel en de definitie van euthanasie zeer belangrijk is en ingrijpende gevolgen heeft.

Wanneer men vasthoudt aan de etymologische betekenis van het woord euthanasie («goede dood»), dan gaat het om de wijze waarop de dood wordt beleefd. De definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek biedt geen soelaas. Een vorige spreker had overschot van gelijk door te wijzen op de grote verwarring rond het begrip «euthanasie» in de teksten van veel autoriteiten.

Door van die term gebruik te maken wordt de verwarring alsmear groter omdat men steeds meer van de etymologische betekenis verwijderd is geraakt.

Het verward en meerduldig gebruik van de term «euthanasie» bewijst een slechte dienst aan hen die willen dat het een manier is om zijn dood te beleven door een eerbiedwaardige persoonlijke keuze.

Men zou kunnen zeggen dat het gaat om een manier om zijn leven te doen sterven. Wat sommigen momenteel zelfmoord noemen moet dus in het begrip euthanasie worden opgenomen, net zoals wat sommigen momenteel euthanasie noemen in het begrip «zelfmoord» moet worden opgenomen.

In de huidige samenleving lijkt het vasthouden aan het begrip euthanasie dus geen mogelijkheid te bieden om uit de bestaande verwarring te geraken.

De levenswil van de ander, zelfs in de wijze waarop hij wil sterven, en niet de wil om te sterven, moet de bovenhand halen.

Deze levenswil van de ander kan ook de begeleiding van de ander zijn in respect voor zijn wil, de wijze waarop hij zijn dood wil beleven en niet zijn leven te zien sterven.

De wet moet dit radicaal verschil duidelijk aangeven opdat het zou gaan om een wet van een samenleving die mensen helpt hun leven en hun dood te beleven.

Een spreekster verklaart dat de term «euthanasie» om die redenen is geschrapt uit het opschrift en de definitie van het alternatieve wetsvoorstel dat door haar fractie werd ingediend.

De indieners van dit voorstel staan verstedd want ze stellen elke dag vast dat op het terrein verwarring blijft bestaan over de begrippen therapeutische hardnekkigheid en rechtstreekse en onrechtstreekse en actieve en passieve euthanasie.

Mais que faire alors si le patient ne veut pas de cette solution?

Lorsqu'on parle de dignité du patient en fin de vie, cela inclut aussi le choix du patient à propos de ce qu'il considère personnellement comme sa dignité.

Un autre membre souligne que la discussion sur le titre de la proposition de loi et sur la définition de l'euthanasie est très importante et lourde de conséquences.

Si l'on s'en tient à l'étymologie du mot euthanasie («bonne mort»), celle-ci serait alors une façon de vivre sa mort. L'on n'est pas aidé par la définition du Comité consultatif de bioéthique, et un précédent intervenant a parfaitement raison de faire remarquer la grande confusion qui règne actuellement sur le terme «euthanasie» dans les textes émanant d'une série d'autorités.

Dès lors, recourir à ce terme, au lieu de sortir de la confusion, nous y plonge au contraire, parce que, partout, l'on s'est écarté de son sens étymologique.

Ceux qui veulent que ce soit une façon de vivre sa mort par un choix personnel respectable sont eux-mêmes desservis maintenant par l'usage confus et multiple qui est fait du terme euthanasie.

On pourrait dire qu'il s'agit d'une façon de faire mourir sa vie. Il faudrait donc englober ce que certains appellent aujourd'hui suicide dans l'euthanasie, mais il faudrait également englober ce que certains appellent aujourd'hui euthanasie dans le terme «suicide».

Dans la société d'aujourd'hui, vouloir s'accrocher au terme euthanasie ne paraît donc pas être une piste pour sortir de la confusion actuelle.

En effet, c'est le désir de la vie de l'autre, même dans la façon dont il veut assumer sa mort, et non le désir de sa mort, qui doit l'emporter.

Ce désir de la vie de l'autre peut aussi être l'accompagnement de l'autre dans le respect de son désir, sa façon à lui de vivre sa mort et non de voir mourir sa vie.

C'est cette différence radicale que la loi doit clairement indiquer, pour qu'il s'agisse d'une loi de société qui aide les gens à vivre leur vie et leur mort.

Une intervenante déclare que, tant en ce qui concerne le titre que la définition, et après réflexion, le terme «euthanasie» a été, pour les mêmes raisons, supprimé de la proposition de loi alternative déposée par son groupe.

Les auteurs de cette proposition restent très perplexes, car ils constatent chaque jour que la confusion continue à régner sur le terrain entre l'acharnement thérapeutique, l'euthanasie directe, indirecte, active et passive.

Het behoud van de definitie van het wetsvoorstel lijkt niet aangewezen want ze stemt noch overeen met de betekenis die de bevolking in het algemeen aan dit woord geeft, noch met de betekenis in de medische en buitenlandse vakliteratuur.

Amendement nr. 27 leidt tot problemen omdat niet duidelijk is waarop het betrekking heeft. Worden alle manieren bedoeld waarop een patiënt die op het einde van zijn leven vraagt er een einde aan te maken, kan worden begeleid en alle manieren waarop een behandeling kan worden gegeven die de dood tot gevolg heeft?

In de medische vakliteratuur, maken artsen een onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie. Heeft het in amendement nr. 27 voorgesteld opschrift op beide betrekking?

De fractie van de spreekster wil het probleem van de hulp bij zelfdoding niet aansnijden in het kader van een wetgeving inzake euthanasie.

Deze fractie meent dat de debatten in het algemeen over de euthanasieproblematiek gingen, en de hulp bij zelfdoding, die uitgaat van een andere filosofie, niet volledig werd behandeld.

Ten slotte noopt de definitie van noodtoestand tot voorzichtigheid; een vorige spreker verwarde dit begrip immers met morele dwang. In een noodtoestand wordt de arts niet tot handelen gedwongen: in geweten velt hij een waardeoordeel.

Een ander lid merkt op dat de wetgever aan begrippen, in dit geval euthanasie, de inhoud kan geven die hij wil.

Als men rekening houdt met de hoorzittingen, de internationale literatuur en de klassieke definitie van euthanasie, is het evenwel duidelijk dat het gaat om een medische ingreep bij het levenseinde. Als men bijgevolg gevallen wil regelen die geen betrekking hebben op het levenseinde, treedt men buiten het kader van deze klassieke definitie.

Stemmingen

Het amendement nr. 27 van de heer Destexhe wordt verworpen met 23 tegen 3 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 36 van de heer Galand (subamendement op het amendement nr. 27) wordt verworpen met 23 tegen 3 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 37 van mevrouw de T' Serclaes (subamendement op het amendement nr. 27) wordt verworpen met 23 tegen 3 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 28 van de heer Destexhe (subsidiair amendement bij het amendement nr. 27) wordt verworpen met 27 stemmen tegen 1 stem.

Retenir la définition de la proposition ne paraît pas indiqué, car elle ne correspond ni au sens que la population donne généralement à ce mot, ni à ce qui figure dans la littérature médicale et étrangère.

En ce qui concerne l'amendement n° 27, il pose problème parce qu'on ne sait pas exactement ce qui est visé. Vise-t-on toutes les manières dont on peut accompagner un patient en fin de vie qui demande d'en finir, et toutes les manières dont on peut administrer des traitements ayant pour effet d'entraîner la mort?

Dans la littérature médicale, les médecins font la distinction entre euthanasie passive et euthanasie active. Le titre proposé à l'amendement n° 27 vise-t-il les deux?

Quant au suicide assisté, le groupe de l'intervenante ne souhaite pas aborder cette problématique dans le cadre d'une législation sur l'euthanasie.

Il considère en effet que, si la réflexion et les débats ont porté en général sur la problématique de l'euthanasie, ils n'ont pas été complets sur celle du suicide assisté, lequel relève d'une autre philosophie.

Enfin, il faut être prudent lorsqu'on donne une définition de l'état de nécessité; un précédent intervenant a en effet confondu celui-ci avec la contrainte morale. Dans l'état de nécessité, le médecin n'a pas l'obligation de poser un acte: il fait un choix de valeur en conscience.

Un autre membre fait observer que le législateur a le pouvoir de donner aux concepts, et notamment à celui d'euthanasie, le contenu qu'il veut.

Cependant, si l'on considère les auditions, la littérature internationale, et la définition classique de l'euthanasie, il s'agit clairement d'une intervention médicale en fin de vie. Par conséquent, si l'on entend réglementer des cas qui ne se situent pas dans la fin de vie, on ne se trouve plus dans le cadre de cette définition classique.

Votes

L'amendement n° 27 de M. Destexhe est rejeté par 23 voix contre 3 et 2 abstentions.

L'amendement n° 36 de M. Galand (subamendement à l'amendement n° 27) est rejeté par 23 voix contre 3 et 2 abstentions.

L'amendement n° 37 de Mme de T' Serclaes (subamendement à l'amendement n° 27) est rejeté par 23 voix contre 3 et 2 abstentions.

L'amendement n° 28 de M. Destexhe (amendement subsidiaire à l'amendement n° 27) est rejeté par 27 voix contre 1.

Het amendement nr. 39 van de heer Destexhe (sub-amendement op het amendement nr. 28) wordt verworpen met 26 stemmen tegen 1 stem bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 38 van de heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel wordt verworpen met 17 tegen 6 stemmen bij 5 onthoudingen.

Het amendement nr. 53 van mevrouw Nyssens c.s. wordt verworpen met 20 tegen 2 stemmen bij 6 onthoudingen.

Hoofdstuk I — Opschrift

Amendement nr. 42

De heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel dienen een amendement in dat ertoe strekt het opschrift van hoofdstuk I te vervangen als volgt: «Hoofdstuk I — Zorgverlening als basisrecht voor iedereen». (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 42).

Een van de indieners preciseert dat de indieners het wetsvoorstel van hun fractie in amendementen hebben omgevormd.

Ze vinden het belangrijk dat het recht op palliatieve zorgverlening als zodanig wordt geformuleerd en gerealiseerd.

Als een persoon die zich in een noodtoestand bevindt, het recht heeft om te vragen dat een einde aan zijn leven wordt gemaakt, moet hij ook het recht op palliatieve zorgverlening kunnen opeisen.

Vooraleer tot euthanasie over te gaan, moet aan de patiënten worden voorgesteld hun pijn weg te nemen.

Een recht op euthanasie in een niet-terminale fase is niet mogelijk als tegelijkertijd het recht op palliatieve zorg niet is gegarandeerd. Zoals reeds gezegd, is dit niet het geval.

Een lid heeft begrip voor het standpunt van de vorige spreekster, maar onderstreept dat met de indiening van twee afzonderlijke wetsvoorstellen over euthanasie en palliatieve zorg, de indieners hebben willen benadrukken — en dat blijft ook zo — dat iemand die om euthanasie vraagt niet kan worden verplicht eerst palliatieve verzorging te ondergaan.

Een van de indieners van het amendement antwoordt dat ze het ermee eens is dat palliatieve zorgverlening niet kan worden opgelegd, maar dat de patiënt er recht op heeft, zowel in de terminale als in de niet-terminale fase, en dat daarin niet is voorzien.

Een lid antwoordt dat in de huidige stand van de wetgeving, elke burger recht heeft op de best mogelijke verzorging.

L'amendement n° 39 de M. Destexhe (sous-amendement à l'amendement n° 28) est rejeté par 26 voix contre 1 et 1 abstention.

L'amendement n° 38 de M. Vandenberghe et Mme van Kessel est rejeté par 17 voix contre 6 et 5 abstentions.

L'amendement n° 53 de Mme Nyssens et consorts est rejeté par 20 voix contre 2 et 6 abstentions.

Chapitre premier — Intitulé

Amendement n° 42

M. Vandenberghe et Mme van Kessel déposent un amendement tendant à remplacer l'intitulé du chapitre premier par ce qui suit: «Chapitre premier — Des soins palliatifs comme droit fondamental pour tous». (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 42).

L'un des auteurs précise que ceux-ci ont traduit en amendements la proposition de loi déposée par leur groupe.

Il est essentiel, à leurs yeux, que l'accès aux soins palliatifs soit formulé comme un droit de base pour chaque citoyen, et réalisé comme tel.

Si une personne a le droit, lorsqu'elle se trouve dans une situation de nécessité, de demander qu'il soit mis fin à sa vie, elle doit aussi avoir le droit de réclamer et d'obtenir des soins palliatifs.

Il faut d'abord offrir aux patients la possibilité de faire disparaître leur douleur, avant de procéder à une euthanasie.

On ne peut parler du droit à demander l'euthanasie en phase non terminale, si, parallèlement, le droit d'accès aux soins palliatifs n'est pas garanti dans cette même phase. Or, comme déjà indiqué, tel n'est pas le cas.

Un membre comprend le point de vue de la précédente intervenante mais souligne qu'en déposant des propositions de loi distinctes pour l'euthanasie et pour les soins palliatifs, les auteurs ont voulu mettre en évidence — et tel reste leur point de vue — que ces soins ne pouvaient à leurs yeux constituer un passage obligé avant toute demande d'euthanasie.

L'un des auteurs de l'amendement répond qu'elle partage le point de vue selon lequel les soins palliatifs ne peuvent jamais constituer une obligation pour le patient, mais qu'ils doivent être un droit, dans la phase terminale mais aussi dans la phase non terminale, ce qui n'est pas prévu.

Un membre réplique que dans l'état actuel de la législation, tout citoyen a droit aux meilleurs soins.

Een van de indieners van het amendement verklaart dat het hier natuurlijk om een politieke stellingname gaat en dat hij bijgevolg niet de illusie koestert dat hij zijn collega's van het tegenovergestelde kan overtuigen.

Niettemin benadrukt hij dat het formuleren van een basisrecht op palliatieve zorgverlening zin heeft. Op dezelfde manier kwamen trouwens ook heel wat andere sociale rechten tot stand.

Spreker verwijst naar de discussie die in de jaren 80 plaatsvond over de wet-D'Hoore betreffende het recht op bepaalde sociale verworvenheden. Toen vroeg men zich ook af of dit wel zin had. De wetgever heeft uiteindelijk beslist dit recht te bevestigen.

Door het recht op palliatieve zorgverlening te bevestigen, ziet de wetgever zich genoodzaakt er de conclusies uit te trekken. In elk geval verschaft het de patiënt het recht de overheid ertoe te dwingen die juridische verbintenis na te leven.

Een tweede voorbeeld betreft de bevestiging van de economische en sociale rechten in de Grondwet.

Deze kwestie werd altijd al als delicaat beschouwd, maar uiteindelijk is men tot het besluit gekomen dat dit de goede werkwijze was.

Als men de palliatieve zorgverlening ernstig neemt, moet deze een wettelijke basis krijgen en mag ze niet alleen afhangen van een meerderheid of van het beleidsprogramma van een regering of een minister.

Waarom moet deze wettelijke basis worden opgenomen in een wet over de waardigheid van de persoon op het einde van zijn leven? Dat is nodig om duidelijk te maken dat de maatschappij alles in het werk stelt om preventief op te treden, om te beletten dat iemand om euthanasie vraagt.

Palliatieve zorgverlening is geen alternatief voor euthanasie, maar wil een levensomgeving tot stand brengen die deze vraag doet verdwijnen en die voldoende opvangmogelijkheden ter beschikking stelt, zodat het overlijden van de patiënten niet hoeft te worden versneld.

Het recht op palliatieve zorgverlening betekent uiteraard geen verplichting om zich aan deze zorgverlening te onderwerpen. Maar een weigering betekent evenmin een recht op euthanasie.

De Nederlandse Hoge Raad formuleerde dit principe in de vaak geciteerde zaak-Chabot en wees erop dat, als men zelf de noodtoestand inroept, dit geen rechtvaardigingsgrond inhoudt als er rechtmatige alternatieven bestaan.

Een vorige spreker verklaart dat men niet alle rechten van alle burgers in elke wet moet opnemen. Men kan moeilijk alle patiëntenrechten vermelden in het voorliggende wetsvoorstel.

L'un des auteurs de l'amendement déclare que les prises de position relatives à cette matière sont évidemment de nature politique, et que, dès lors, il n'a pas l'illusion qu'il convaincra ses collègues qui sont d'un avis contraire.

Cependant, l'intervenant désire insister sur le fait que formuler un droit de base aux soins palliatifs a un sens. De la même manière, on a formulé aussi beaucoup d'autres droits sociaux.

L'intervenant se réfère à la discussion qui a eu lieu dans les années 80 à propos de la loi D'Hoore relative au droit à certains acquis sociaux. L'on s'est demandé, là aussi, si cette démarche avait un sens. Le législateur a finalement décidé de consacrer ce droit.

Consacrer un droit aux soins palliatifs fait que le législateur se sent obligé d'en tirer les conséquences. En tout cas, cela crée pour le patient un droit à contraindre l'autorité à respecter cette obligation juridique.

Un deuxième exemple est la consécration des droits économiques et sociaux dans la Constitution.

Ce point a toujours été considéré comme délicat, mais il a finalement été admis que c'était là une bonne façon de procéder.

Si l'on prend au sérieux le droit aux soins palliatifs, il doit avoir une base légale, et ne peut dépendre seulement d'une majorité, ni d'un programme politique du gouvernement ou du ministre.

Pourquoi cette base légale doit-elle figurer dans une loi relative à la dignité de la personne en fin de vie? Pour mettre en évidence que dans la société, on fait tout, à titre préventif, pour empêcher que ne naissent des demandes d'euthanasie.

Les soins palliatifs ne sont pas une alternative à l'euthanasie mais consistent à créer un milieu et un climat de vie qui font que ces demandes ne doivent tout simplement pas être posées parce que l'on dispose de suffisamment de moyens d'accueil pour qu'il ne faille pas hâter le décès de patients.

Il va de soi que le droit aux soins palliatifs ne constitue pas une obligation de subir ces soins. Mais refuser ceux-ci ne signifie pas non plus que l'on a droit à l'euthanasie.

Le Hoge Raad néerlandais lui-même a énoncé ce principe dans l'affaire Chabot souvent citée, en indiquant que, lorsqu'on se place soi-même dans une situation de nécessité, cela ne constitue pas une cause de justification, lorsque des alternatives légitimes existent.

Un précédent intervenant déclare qu'il ne faut reprendre tous les droits de tous les citoyens dans chaque loi. On peut difficilement mentionner tous les droits des patients dans la proposition de loi en discussion.

Een afzonderlijk wetsvoorstel voorziet in het recht op palliatieve zorgverlening, maar dit recht is beperkt tot de terminale fase. De andere zorgverlening ressorteert onder de gewone patiëntenrechten.

Een van de indieners van het amendement begrijpt niet waarom een artikel over het recht op palliatieve zorgverlening niet in het voorstel over de euthanasie kan worden opgenomen. Dit zou toch een belangrijk signaal zijn voor de samenleving.

Een lid merkt op dat de patiëntenrechten niet ontbreken in de wetsvoorstellen van de zes indieners.

Die welke de euthanasie betreffen zijn opgenomen in het voorstel over de euthanasie en die welke over de palliatieve zorgverlening handelen in het desbetreffende voorstel.

De palliatieve zorgverlening wordt overigens ook vermeld in het voorstel over de euthanasie (zie artikel 3, 1^o).

Een ander lid verklaart geen inhoudelijke bezwaren te hebben tegen de opmerkingen van een vorige spreker, maar hij stelt vast dat artikel 2 van het voorstel van de zes indieners over de palliatieve zorgverlening het recht op de palliatieve zorgverlening bevestigt.

Voorts ontkennen de door de zes senatoren ingediende amendementen het recht op palliatieve zorgverlening in de terminale fase niet.

Het in amendement nr. 14 (*cf. infra*) voorgestelde artikel 3 bevat een § 3 die bepaalt welke elementen een arts de patiënt moet voorleggen, met name ook de mogelijkheden van palliatieve zorgverlening. Dat is later een bijkomend procedureonderdeel dat het onderscheid tussen de terminale en niet-terminale fase duidelijk maakt.

Bovendien is de uitbreiding van de palliatieve zorgverlening een ander probleem. Het maakt deel uit van het algemeen beleid en hoeft de juridische keuzes niet te doorkruisen die nu worden gemaakt.

Mevrouw de T' Serclaes merkt op dat ze samen met de heren Galand en Destexhe een amendement heeft ingediend dat ertoe strekt een artikel *1^{quater}* (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 24) in te voegen waardoor de handelingen rond het levenseinde een wettelijke grondslag krijgen. In het artikel worden de verplichtingen van de samenleving en vooral van de arts tegenover de stervende patiënt, met inbegrip van het recht op een voortdurende en kwaliteitsvolle palliatieve zorgverlening, duidelijk omschreven.

De patiëntenproblematiek moet in zijn geheel worden beschouwd. De verschillende aspecten ervan in afzonderlijke teksten behandelen, is niet het best mogelijke signaal dat men kan geven.

Une proposition de loi distincte prévoit le droit aux soins palliatifs, mais ces droits sont réservés à la phase terminale. Les autres soins relèvent des droits ordinaires et quotidiens des patients.

L'un des auteurs de l'amendement ne comprend pas ce qui empêche de reprendre un article relatif au droit aux soins palliatifs dans la proposition relative à l'euthanasie, et de donner ainsi un signal important à la société.

Un membre observe que les droits du patient ne sont pas absents des propositions de loi des six auteurs.

Ceux qui concernent l'euthanasie sont repris dans la proposition qui traite de l'euthanasie, et ceux qui concernent les soins palliatifs dans celle qui traite de ces soins.

Les soins palliatifs sont d'ailleurs mentionnés aussi dans la proposition sur l'euthanasie (voir article 3, 1^o).

Un autre membre déclare ne pas avoir d'objections de fond aux observations formulées par un précédent orateur, mais il constate que l'article 2 de la proposition des six auteurs relative aux soins palliatifs consacre le droit aux soins palliatifs en question.

Par ailleurs, les amendements déposés par les six auteurs ne disent pas qu'il n'y a pas de droit aux soins palliatifs en phase terminale.

L'article 3 proposé par l'amendement n^o 14 (voir *infra*) comporte un § 3 qui détermine les éléments que le médecin doit présenter au patient, et notamment les possibilités de soins palliatifs. C'est, ultérieurement, un élément de procédure supplémentaire qui indique la différence entre la phase terminale et la phase non terminale.

Pour le surplus, l'extension des soins palliatifs est un autre problème. C'est un élément d'ordre politique général, qui ne doit pas interférer ici, dans les choix juridiques que l'on fait ici.

Mme de T' Serclaes signale qu'elle a déposé avec MM. Galand et Destexhe un amendement tendant à insérer un article *1^{er quater}* (doc. Sénat, n^o 2-244/4, amendement n^o 24), qui reprend en grande partie la discussion qui vient d'avoir lieu, en la replaçant dans le contexte général d'une législation prévoyant un encadrement légal des actes d'accompagnement de fin de vie, dans laquelle il est clairement indiqué les obligations de la société, et en particulier du médecin, par rapport au patient en fin de vie, en ce compris le droit de bénéficiaire de soins continus et palliatifs de qualité.

La problématique du patient doit être considérée dans sa globalité, et en traiter les divers aspects dans des textes séparés n'est pas le meilleur signal que l'on puisse donner.

Amendement nr. 45

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in dat ertoe strekt het opschrift van Hoofdstuk I te vervangen door de woorden: «Hoofdstuk I. — Palliatieve en voortdurende zorg» (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 45).

Een van de indieners van het amendement verduidelijkt dat de problematiek van de palliatieve en voortdurende zorg nauw verbonden is met de in het wetsontwerp behandelde problematiek. Een van de vorige sprekers heeft er terecht op gewezen dat elke burger recht heeft op een zo goed mogelijke verzorging, maar anderzijds is de palliatieve zorg een relatief nieuw element in de geneeskunde. Ze is immers een afwijking van de helende benadering van de geneeskunde waarmee we allen vertrouwd zijn.

In de palliatieve geneeskunde wordt ongetwijfeld meer dan in de klassieke helende geneeskunde rekening gehouden met het psychologisch, sociaal en familiaal lijden, met de noodzakelijke begeleiding en met de problematiek van de communicatie.

Het is wel degelijk zinvol de palliatieve zorg in dit wetsvoorstel op te nemen omdat niemand op dit ogenblik kan zeggen hoe de tekst van het wetsvoorstel inzake palliatieve zorg dat door de zes senatoren werd ingediend, uiteindelijk zal luiden.

Zal de tekst belangrijke verplichtingen voor de regering tot gevolg hebben met betrekking tot de aan te wenden middelen? Niemand weet het.

We moeten dus duidelijk maken wat er moet worden verstaan onder palliatieve en voortdurende zorg en we moeten een krachtig signaal geven dat de palliatieve zorg wordt geïntegreerd in de bezinning over het levenseinde. Een correcte en algemene toegang tot de palliatieve zorg kan het aantal euthanasieverzoeken immers sterk doen dalen.

Stemmingen

Het amendement nr. 42 van de heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 45 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 1

Bij dit artikel wordt geen enkele opmerking gemaakt.

Het wordt aangenomen met 22 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement n° 45

Mme Nyssens et M. Thissen déposent également un amendement tendant à remplacer l'intitulé du Chapitre I^{er} par les mots «Chapitre I^{er}: Soins palliatifs et continus» (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 45).

L'un des auteurs de l'amendement précise que ceux-ci estiment en effet que la problématique des soins palliatifs et continus est intimement liée à celle que traite la proposition de loi en discussion. Il est vrai que, comme l'a dit un précédent orateur, chaque citoyen a droit aux meilleurs soins, mais il est vrai aussi que les soins palliatifs sont une application relativement récente de la médecine, puisqu'ils s'écartent de l'approche curative habituelle de celle-ci.

Certaines notions sont sans doute beaucoup plus présentes dans la médecine palliative que dans la médecine curative habituelle, notamment la prise en compte de la souffrance psychologique, sociale, familiale, l'accompagnement qui doit avoir lieu à ce sujet, et la problématique de la communication.

L'insertion des soins palliatifs dans la proposition à l'examen se justifie aussi par le fait que, si une autre proposition de loi des six auteurs traite effectivement de cette matière, il est impossible de dire, à l'heure actuelle, quel sera le contenu du texte qui sera finalement voté à ce sujet.

S'agira-t-il ou non d'un texte qui créera des obligations très importantes dans le chef du gouvernement, notamment quant aux moyens à mettre en œuvre? On ne le sait pas.

C'est pourquoi il faut indiquer ici ce que l'on entend par soins palliatifs, continus et continués, et donner un signal fort sur l'absolue nécessité d'intégrer les soins palliatifs dans la réflexion sur la fin de vie, étant donné qu'un accès correct et généralisé aux soins palliatifs doit permettre de réduire de façon significative le nombre de demandes d'euthanasie.

Votes

L'amendement n° 42 de M. Vandenberghe et de Mme van Kessel est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 45 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

Article premier

Cet article ne suscite aucune observation.

Il est adopté par 22 voix et 6 abstentions.

Artikel 1bis (nieuw)

Amendement nr. 22

Mevrouw de T' Serclaes c.s. dient een amendement in tot invoeging van een artikel 1bis (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 22).

Dit artikel luidt als volgt:

«Art. 1bis. — Elke patiënt, ongeacht of hij meerderjarig dan wel minderjarig is, heeft recht op alle nuttige en passende informatie over zijn gezondheidstoestand en over de mogelijke behandeling en zorgverlening.

De arts deelt hem deze informatie op een passende wijze en in passende termen mee en let daarbij op het oordeelsvermogen en de fysieke en geestelijke toestand van de patiënt.

De informatie moet juist en volledig zijn, behalve in zeer dringende gevallen of wanneer de patiënt zulks niet wenst of zijn toestand het niet toelaat.»

De hoofdindieners van het amendement wijst erop dat ze al bij de discussie over het opschrift van het voorstel de bezorgdheid van de indieners van het amendement tot uiting heeft gebracht over de opstelling van een wetgeving die de begeleiding van de patiënt bij het levenseinde regelt.

De amendementen nrs. 22 tot 24 van dezelfde indieners zijn opgenomen in de tekst die destijds aan de commissieleden werd bezorgd. Die tekst bevatte een voorstel tot wettelijke regeling van de begeleiding bij het levenseinde om ervoor te zorgen dat de euthanaserende handeling niet afzonderlijk wordt beschouwd.

De indieners zijn immers van oordeel dat de euthanaserende handeling niet op een geïsoleerde manier mag worden benaderd alsof het om een plotseling verzoek zou gaan.

De talrijke personen die werden gehoord, hebben de complexiteit van het onderwerp duidelijk aangetoond en hebben gewezen op het belang van een betere dialoog tussen patiënt en arts, in het bijzonder in het ziekenhuis.

De hoorzittingen hebben aangetoond dat de problematiek van de euthanasie een gevolg is van de steeds technische geneeskunde, die enerzijds verbazingwekkende dingen kan doen, maar die de patiënt ook de zeggenschap over zijn eigen leven en dood kan ontnemen.

Deze problematiek moet daarom als een geheel worden behandeld, uitgaande van een aantal rechten van de patiënt (zie met name de hoorzitting van mevrouw Mylène Baum).

Article 1^{er}bis (nouveau)*Amendement n° 22*

Mme de T'Serclaes et consorts déposent un amendement tendant à insérer un article 1^{er}bis dans la proposition à l'examen (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 22).

Cet article est libellé comme suit:

«Art. 1^{er}bis. — Tout patient, qu'il soit mineur ou majeur, a droit à obtenir toutes informations utiles et appropriées sur son état de santé et sur les possibilités de traitement et de soins.

Le médecin les lui communique sous une forme et en des termes appropriés en fonction de sa capacité de discernement et de son état physique et mental.

Sauf urgence ou indication contraire tenant aux souhaits ou à la situation du patient, cette information doit être correcte et complète.»

L'auteur principal de l'amendement rappelle qu'à l'occasion de la discussion relative au titre de la proposition, elle a déjà eu l'occasion d'exprimer le souci des signataires de l'amendement d'élaborer une législation qui garantisse un continuum dans l'accompagnement de la fin de vie.

Les amendements n^{os} 22 à 24 déposés par les mêmes signataires sont repris du texte communiqué en son temps aux commissaires, qui constituait une proposition visant un encadrement légal de l'accompagnement de fin de vie, et qui tendait à ce que l'acte d'euthanasie ne soit pas envisagé isolément.

En effet, les auteurs estiment que l'on ne peut traiter de façon isolée le seul acte d'euthanasie, comme si cette demande surgissait de nulle part.

Les nombreuses personnes qui ont été auditionnées ont bien montré la complexité du sujet, et l'importance d'un meilleur dialogue patient-médecin, particulièrement au sein de l'hôpital.

Les auditions ont montré que la question de l'euthanasie a surgi face à une médecine de plus en plus technique, qui peut aujourd'hui réaliser des prouesses, mais aussi déposséder les patients de leur propre mort ou de leur parole sur leur propre vie.

Il est donc important de traiter cette question dans un ensemble, et à partir de certains droits que l'on confère au patient (voir notamment l'audition de Mme Mylène Baum à ce sujet).

De centrale doelstelling van een wet over de begeleiding bij het levenseinde moet erin bestaan dat iedereen de mogelijkheid krijgt zijn eigen dood opnieuw in handen te nemen. Hiertoe is een echte dialoog tussen arts en patiënt onontbeerlijk.

Als men echt wil dat de patiënt als een volwaardige persoon wordt beschouwd en niet enkel als een lichaam dat moet worden verzorgd, moet deze patiënt over een aantal fundamentele rechten beschikken die hem toelaten een echte dialoog aan te gaan met zijn arts en effectief betrokken te worden bij de beslissingen die hem aangaan.

Om het probleem van het euthanasieverzoek correct te benaderen, moet men rekening houden met de context waarin dit verzoek wordt geformuleerd.

De indieners van de amendementen nrs. 22 tot 24 zijn van oordeel dat deze problematiek moet worden geïntegreerd in een wet over de begeleiding bij het levenseinde, waarbij het euthanasieverzoek als een uitzonderlijke toestand wordt beschouwd waaraan moet kunnen worden tegemoetgekomen, maar dan wel in de context van concrete zorgverlening en van een hernieuwde dialoog tussen patiënt en arts.

Met deze amendementen willen de indieners de nieuwe arts-patiëntrelatie in het ziekenhuis invoeren en ervoor zorgen dat alle medische handelingen, in het bijzonder bij het levenseinde, deel uitmaken van een open dialoog tussen de patiënt, de arts en alle partners die de medische beslissing moeten nemen.

De ingediende amendementen zijn voor het belangrijkste deel reeds in de medische plichtenleer opgenomen en de inhoud ervan is vervat in talrijke internationale teksten zoals de Verklaring over de bevordering van de patiëntenrechten in Europa (WGO, 1994) en het Europees Handvest van de zieke en de ziekenhuisgebruiker.

De voorgestelde artikelen 1*bis* tot 1*quater* definiëren fundamentele rechten in verband met informatie en toestemming. Volgens de indieners moeten in de tekst van de euthanasiewet een minimum aan patiëntenrechten worden opgenomen omdat ze de basis vormen van de dialoog tussen patiënt en arts en omdat de huidige non-dialoog rond de ongeneeslijk zieke en rond het overlijden geleidelijk moet worden omgezet in een serene communicatie tussen de verschillende betrokkenen.

Artikel 1*bis* strekt ertoe het principe van het recht op informatie een reële inhoud te geven als grondslag van een echte therapeutische relatie.

Hiertoe moet de patiënt op een zo volledig mogelijke manier worden geïnformeerd over zijn toestand, over de te verwachten evolutie van zijn ziekte, over de mogelijke behandeling en zorgverlening en de gevolgen daarvan.

Permettre à chacun de se réappropriier sa propre mort doit être l'objectif central d'une législation relative à l'accompagnement de fin de vie. Pour ce faire, il est essentiel de pouvoir développer un véritable dialogue entre le médecin et son patient.

Si l'on veut véritablement que le patient soit considéré comme une personne à part entière et pas seulement comme un organisme à soigner, il faut que ce patient puisse disposer d'un minimum de droits lui permettant de nouer un véritable dialogue avec son médecin, et d'être réellement partie prenante des décisions qui le concernent.

Si l'on veut en effet traiter correctement la question de la demande d'euthanasie, on ne peut l'isoler du contexte dans lequel cette demande est formulée.

C'est pourquoi les auteurs des amendements n^{os} 22 à 24 estiment que cette question doit être intégrée dans une législation sur l'accompagnement de fin de vie, dans laquelle la demande d'euthanasie est appréhendée comme une situation exceptionnelle, à laquelle on doit certes pouvoir répondre, mais dans un contexte de soins précis et de dialogue patient-médecin réhabilité.

Ce qui motive ces amendements est de pouvoir véritablement initier ce nouveau rapport médecin-patient au sein de l'hôpital, et de s'assurer que tous les actes médicaux — particulièrement en fin de vie — fassent l'objet d'un dialogue suivi, dans la transparence, entre le patient, le médecin et l'ensemble des partenaires de la décision médicale.

Les amendements déposés font déjà partie, pour l'essentiel, de la déontologie médicale, et sont repris dans de nombreux textes internationaux comme la Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe (OMS, 1994), la Charte européenne du malade et des usagers de l'hôpital, etc.

Les articles 1^{er}*bis* à 1^{er}*quater* proposés définissent des droits essentiels concernant l'information et le consentement. Les auteurs des amendements tiennent à ce qu'un minimum de droits du patient soient consacrés dans la législation sur l'euthanasie, parce que ce n'est que sur cette base qu'un dialogue patient-médecin pourra se développer correctement, et que le non-dit actuel autour de la maladie incurable et du décès sera progressivement transformé en une communication sereine entre les différents acteurs.

L'article 1^{er}*bis* proposé vise à donner au principe de l'information une réalité tangible sur laquelle fonder une véritable relation thérapeutique.

Il est indispensable, pour que cette relation soit correcte, que le patient soit informé le plus correctement et le plus complètement possible sur sa situation, sur l'évolution probable de sa maladie, sur les traitements et soins envisageables et leurs effets.

Amendement nr. 22 strekt er dus toe de patiënt een algemeen recht te verlenen op informatie over zijn gezondheidstoestand en op de mogelijke behandeling en zorgverlening.

Het bepaalt tevens dat deze informatie op een passende wijze aan de patiënt moet worden meegegeeld en dat deze informatie juist en volledig moet zijn, behalve in zeer dringende gevallen of wanneer de patiënt zulks niet wenst of zijn toestand het niet toelaat.

De indieners van het amendement hadden de voorgestelde tekst meer kunnen uitwerken. Sommige internationale teksten, in de Kamer ingediende voorstellen en andere teksten die thans door de verenigde commissies worden behandeld, gaan op dit vlak veel verder.

Een senator sluit zich volledig aan bij de woorden van de vorige spreker. Gedurende het hele euthanasiedebat is gezegd dat onze wetgeving een lacune vertoont op het vlak van de patiëntenrechten. Op die lacune moet op een of andere manier worden geweten.

De spreker pleit ervoor dat deze opmerkingen veel eerder worden vermeld in de toelichting, waarin moet worden gewezen op de nood aan een wet over de rechten van de patiënt.

Voorts zal in de loop van de huidige regeerperiode wellicht een wet in die zin worden uitgewerkt.

Voor de amendementen nrs. 23 en 24 geldt een gelijkaardige opmerking. De spreker stelt voor het inhoudelijke debat over deze materie op een ander ogenblik te voeren omdat ze niet thuishoort in een debat over euthanasie en eventueel over hulp bij zelfdoding, maar in een ruimer debat over de rechten van de patiënt.

Een lid vindt dat de vorige spreker een wijs voorstel formuleerde. Bepaalde wetsvoorstellen met betrekking tot de rechten van de patiënt zijn overigens in behandeling in de Senaatscommissie voor de Sociale Aangelegenheden.

De fractie waartoe het lid behoort, was altijd bereid om vorderingen te maken en om een geheel van regels op te stellen over wat de patiënt van de arts mag verwachten, bijvoorbeeld op het ogenblik waarop de ziekte wordt gediagnosticeerd.

Het lid vindt het niet opportuun om in een bijzondere wet algemene regels vast te leggen die niet alleen van toepassing zijn op euthanasie, maar ook op de algemene gezondheidstoestand van de mens.

Indien men daartoe, ondanks alles, toch zou besluiten, creëert men een uiterst gevaarlijke situatie want de voorgestelde bepaling is van algemene aard. Ze is bijgevolg op iedereen van toepassing, wat het

L'amendement n° 22 vise donc à conférer au patient un droit général à l'information sur son état de santé, et sur les possibilités de traitement et de soins.

Il prévoit aussi que cette information doit être communiquée au patient en des termes appropriés, et que, sauf urgence ou indication contraire tenant aux souhaits ou à la situation du patient, l'information doit être correcte et complète.

Les auteurs de l'amendement auraient pu développer davantage le texte proposé. Certains textes internationaux, certaines propositions déposées antérieurement à la Chambre, et d'autres, dont les commissions réunies sont actuellement saisies, vont d'ailleurs beaucoup plus loin dans le détail.

Un sénateur se déclare entièrement d'accord avec le contenu des propos de la précédente intervenante. Tout au long de la discussion sur l'euthanasie, il a été dit que notre législation comportait une lacune en ce qui concerne les droits du patient. Il faut renvoyer à cette lacune d'une façon ou d'une autre.

L'intervenant plaide pour que ce qui vient d'être dit soit plutôt repris dans les développements, où la nécessité d'une législation sur les droits du patient devrait être soulignée.

Du reste, il est probable qu'une telle législation verra le jour au cours de la présente législature.

Une remarque similaire vaut pour les amendements n^{os} 23 et 24. L'intervenant suggère de tenir le débat de fond à ce sujet à un autre moment, car il n'a pas sa place dans une discussion sur l'euthanasie et, éventuellement, sur le suicide assisté, mais bien dans une discussion plus large sur les droits du patient.

Un membre estime que la proposition du précédent intervenant est sage. Certaines propositions de loi, qui concernent les droits du patient, sont du reste actuellement soumises à la commission des Affaires sociales du Sénat.

Le groupe de l'intervenant a toujours marqué son accord pour avancer en la matière, et déterminer un corpus de règles sur ce que le patient est en droit d'attendre du médecin, entre autres au moment où survient sa maladie.

L'intervenant ne croit pas qu'il soit opportun, dans une loi particulière, de préciser des dispositions d'ordre général qui s'appliquent, non seulement à l'euthanasie, mais à l'ensemble de la situation de santé de la personne humaine.

Si l'on décidait malgré tout de le faire, ce serait extrêmement dangereux, car la disposition proposée est d'ordre général. Elle s'applique donc à tous et, ce faisant, remet en cause la position restrictive prise par

beperkend standpunt van de zes auteurs ten opzichte van minderjarigen en gehandicapte personen op de helling zet.

Een vorige spreekster antwoordt dat zowel meerderjarigen als minderjarigen recht hebben op informatie. Het gaat hier absoluut niet om euthanasie. Het voorgestelde artikel moet worden gezien in het kader van een voorstel over de begeleiding bij het levens-einde en die begeleiding kan zowel op minderjarigen als op meerderjarigen betrekking hebben.

Een lid deelt het standpunt dat zowel minderjarigen als meerderjarigen recht hebben op informatie.

Spreekster is het eens met de inhoud van het voorgestelde amendement.

Ze is het nochtans ook eens met een vorige spreker die van oordeel is dat de wijze waarop de relatie tussen de patiënt en de arts moet verlopen moeilijk in een wettekst kan worden gegoten omdat de inhoud van het voorgestelde amendement veel ruimer is.

De discussie over euthanasie heeft het maatschappelijk debat over de rechten van de patiënt en over de relatie tussen de patiënt en de arts versneld en uitgebreid. Dit debat moet ook in de gemeenschappen worden gevoerd.

In september 1998 heeft spreekster de decanen van alle Vlaamse universiteiten bezocht en hen verzocht in de opleiding voor geneesheren elementen in te lassen met betrekking tot de communicatie met de patiënt en het overbrengen van slecht nieuws in verband met de gezondheid.

Deze problematiek kan niet zomaar met een wetsartikel worden geregeld.

Ze kan wel worden opgenomen in de toelichting bij het voorstel dat ter discussie ligt.

Een ander lid sluit zich aan bij de mening die door vorige sprekers werd geuit. Ook hij keurt het amendement over de grond van de zaak goed.

Het voorstel dat ter discussie ligt, heeft uitsluitend betrekking op meerderjarigen. Het is niet opportuun er een bepaling in op te nemen die ook op minderjarigen van toepassing is.

Bovendien gaat de communicatie tussen patiënt en arts veel verder dan tot nu toe werd beschreven.

Wanneer men het heeft over *informed consent*, gaat het over de behandeling die de patiënt ondergaat nadat hij daarover de nodige informatie heeft gekregen en er zijn toestemming voor gegeven heeft.

In voorliggend voorstel gaat het over de euthanasievraag die uitgaat van de patiënt zelf en die tot de arts is gericht. Dat wordt behandeld in artikel 3 van dit voorstel.

les six auteurs à l'égard des mineurs et des personnes handicapées.

Une précédente intervenante répond que le droit à l'information concerne aussi bien les majeurs que les mineurs. Il ne s'agit absolument pas ici de l'euthanasie. L'article proposé se conçoit dans le cadre d'une proposition sur l'accompagnement de la fin de vie. Cet accompagnement peut concerner des mineurs comme des majeurs.

Un membre partage le point de vue selon lequel tant les mineurs que les majeurs ont le droit à l'information.

En ce qui concerne l'amendement proposé, l'intervenante peut se rallier à son contenu.

Cependant, elle se rallie aussi au point de vue exprimé par un précédent orateur et selon lequel, s'agissant de la manière dont la relation entre patient et médecin doit se dérouler, il est très difficile d'insérer cela dans le texte de loi, parce que le contenu de l'amendement proposé est beaucoup plus large.

La discussion sur l'euthanasie a accéléré et élargi, dans la société, le débat sur les droits du patient et la relation de ce dernier avec le médecin. Ce débat doit aussi être mené dans les communautés.

En septembre 1998, l'intervenante a rendu visite aux doyens de toutes les universités flamandes pour leur demander de prévoir dans la formation des médecins des éléments relatifs à la communication avec le patient et à la délivrance de messages difficiles relatifs à leur santé.

Tout cela dépasse largement l'inscription d'un article dans la législation.

Mais cela pourrait effectivement être repris dans les développements relatifs à la proposition à l'examen.

Un autre membre se rallie à l'opinion exprimée par les précédents intervenants, tout en approuvant comme eux l'amendement sur le fond.

La proposition à l'examen ne concerne que les majeurs. Il n'est pas opportun d'y introduire une disposition visant également les mineurs.

De plus, la communication entre patient et médecin va beaucoup plus loin que ce qui a été dit jusqu'à présent.

Lorsqu'on parle d'*informed consent*, il s'agit du traitement du patient, auquel celui-ci doit donner son accord après avoir été informé.

Dans la proposition à l'examen, il s'agit d'une demande d'euthanasie qui émane du patient lui-même et qui est adressée au médecin. Cela est traité à l'article 3 de cette proposition.

Een lid sluit zich aan bij amendement nr. 22, ingediend door mevrouw de T' Serclaes c.s. De hoofdindienster verwees naar de teksten die haar geïnspireerd hebben en die algemeen bekend zijn, aangezien het gaat om internationale teksten, onder meer van de WGO en de Raad van Europa.

De fractie van spreekster voorziet in het kader van haar globaal voorstel ook in een hoofdstuk over de rechten van de patiënt dat, op enkele nuances na, op dezelfde manier is opgesteld (stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 47). Het recht van de patiënt om informatie te weigeren, is er lichtjes anders in geformuleerd.

Spreekster drukt een zekere bezorgdheid uit over het bezwaar dat het niet opportuun zou zijn de rechten van de patiënt te behandelen in het kader van het voorstel dat ter discussie ligt. De minister van Volksgezondheid heeft wel de indiening van een nota, een voorontwerp van wet en hoorzittingen in de Kamer aangekondigd, maar er is geen enkele zekerheid over het tijdschema van de werkzaamheden.

Het is bovendien jammer dat de uitgebreide werkzaamheden van de Senaat in de Kamer nog eens worden overgedaan.

Amendement nr. 47, dat spreekster mee ondertekend heeft, is niet uitputtend wat betreft de rechten van de patiënt. De auteurs hebben datgene geselecteerd wat betrekking kan hebben op alle beslissingen in verband met het levenseinde en wat volgens hen de euthanasievraag moet voorafgaan.

Amendement nr. 52

De heer Galand dient op amendement nr. 22 een subamendement in, dat voorstelt de woorden «ongeacht of hij meerderjarig dan wel minderjarig is» te doen vervallen (stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 52).

Dit subamendement houdt rekening met de opmerkingen die zopas werden gemaakt. Het strekt ertoe de woorden die meer verwarring dan klaarheid brengen, te doen vervallen.

Een ander lid stelt vast dat er in de verenigde commissies een meningsverschil bestaat over de wettelijke vorm die de conclusie van meer dan een jaar werkzaamheden moet aannemen.

Sedert het debat dat in 1997 in de Senaat werd gevoerd, is het duidelijk dat het de bedoeling was zich bezig te houden met het probleem van de waardigheid van de persoon op het einde van zijn leven, een periode waarin een reeks medische beslissingen worden genomen en het aantal euthanasiegevallen beperkt is. Het probleem van de waardigheid op het einde van het leven is gelukkig niet beperkt tot de euthanasie.

Un membre se rallie à l'amendement n° 22, déposé par Mme de T' Serclaes et consorts. L'auteur principal a rappelé les textes dont elle s'est inspirée, et qui ont une grande notoriété puisqu'il s'agit de textes internationaux émanant notamment de l'OMS et du Conseil de l'Europe.

Le groupe de l'intervenante a également prévu, dans le cadre de sa proposition globale, un chapitre relatif aux droits du patient qui est rédigé de la même manière, à quelques nuances près (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 47). La mention du droit du patient à refuser l'information y est exprimée de façon légèrement différente.

Quant aux objections relatives à l'opportunité de traiter des droits du patient dans le cadre de la proposition à l'examen, l'intervenante exprime une certaine inquiétude car, si la ministre de la Santé publique a annoncé le dépôt d'une note et d'un avant-projet en la matière, ainsi que des auditions à la Chambre, on n'a aucune assurance quant au calendrier des travaux.

En outre, il est dommage de recommencer dans une autre assemblée un travail déjà largement entamé au Sénat.

L'amendement n° 47 cosigné par l'intervenante n'est pas exhaustif au sujet des droits du patient. Les auteurs ont sélectionné ce qui pouvait concerner toutes les décisions de fin de vie et qui leur semble devoir précéder la demande d'euthanasie.

Amendement n° 52

M. Galand dépose à l'amendement n° 22 un sous-amendement, qui propose de supprimer les mots «qu'il soit mineur ou majeur» (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 52).

Ce sous-amendement tient compte de remarques qui viennent d'être formulées. Il tend à supprimer des termes qui amènent plus de confusion que de clarté.

Un autre membre constate qu'il existe une divergence d'opinions au sein des commissions réunies, au sujet de la forme légale que doit revêtir la conclusion des travaux menés depuis plus d'un an.

Depuis le débat qui a eu lieu au Sénat en 1997, il était clair que l'on entendait traiter le problème de la dignité de la personne en fin de vie, période où une série de décisions médicales sont prises, et où le nombre de cas d'euthanasie est limité. Le problème de la dignité en fin de vie ne se réduit heureusement pas à la question de l'euthanasie.

Dat was precies een deel van de inbreng van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, dat voorstelde minimum voorwaarden op te stellen teneinde een verschuiving van clandestien uitgevoerde euthanasie naar andere medische beslissingen bij het levenseinde te voorkomen.

De amendementen van leden van de meerderheid beperken het debat opnieuw.

Dat is de politieke wil die tot uiting komt in de keuze om bepaalde aspecten van het probleem in dit voorstel te regelen en om andere aspecten te verwijzen naar andere teksten die zich in een ander stadium van discussie bevinden.

Vermits er hier sprake is van de wilsverklaring of van de instemming van de patiënt, is het goed dat een en ander door amendementen wordt verduidelijkt.

Het probleem van de rechten van de patiënt is niet nieuw. De spreker heeft in de jaren 1970 over dit onderwerp artikelen gepubliceerd waarin hij de medische verantwoordelijkheid behandelt. Het begrip *informed consent* komt uit de Verenigde Staten en is door het Hof van Cassatie zowel in Frankrijk als in België uitgebreid. Wanneer de patiënt niet correct ingelicht is en niet in kennis van zaken toestemming heeft gegeven, draagt de arts geen verantwoordelijkheid voor een fout, maar wel voor een risico.

Zonder zich al over de inhoud van de amendementen te willen uitspreken, is spreker van oordeel dat de idee om te preciseren welke graad van instemming vereist is voor de beslissingen die het voorliggend voorstel beoogt, niet *a priori* mag worden verworpen.

Een lid vindt dat de amendementen met betrekking tot de rechten van de patiënt grondiger dienen te worden onderzocht, onder meer het recht van de patiënt om informatie te weigeren.

Dat moet gebeuren in het kader van de door de minister van Volksgezondheid aangekondigde bespreking.

Een ander lid verklaart dat de amendementen interessant lijken, maar dat hij eveneens van oordeel is dat ze grondig moeten worden onderzocht. Zo is het recht om informatie te weigeren een buitengewoon complex probleem in de relatie tussen de arts en de patiënt.

De voorgestelde tekst heeft geprobeerd rekening te houden met alle nuances met betrekking tot het probleem van de waarheid in deze relatie.

Dat moet het onderwerp zijn van een algemene bespreking.

Algemene bepalingen over de rechten van de patiënt inschrijven in een specifieke tekst over de euthanasie, zou van dat recht een specifiek probleem maken.

C'était précisément là l'un des apports de l'avis du Comité consultatif de bioéthique, qui suggérait que l'on fixe des conditions minimales, pour éviter un glissement des euthanasies clandestines vers d'autres décisions médicales en fin de vie.

Les amendements déposés par des membres de la majorité réduisent à nouveau le débat.

Telle est la volonté politique, qui transparait dans le choix de régler certains aspects du problème dans la proposition à l'examen, et de renvoyer d'autres aspects à d'autres textes, dont la discussion se trouve à un autre stade d'avancement.

Or, lorsqu'il est question ici de la déclaration de volonté ou du consentement du patient, il est bon que des amendements soient déposés en vue de préciser les choses.

Le problème des droits du patient n'a rien de neuf. L'intervenant a publié des articles sur le sujet dans les années 70, à propos de la responsabilité médicale. La notion d'*informed consent* vient des États-Unis et a été élargie par la Cour de cassation, tant en France qu'en Belgique. Lorsque le patient n'a pas été correctement informé, n'a pas donné son consentement éclairé, la responsabilité du médecin n'est pas une responsabilité pour faute, mais une responsabilité pour le risque.

Sans vouloir se prononcer dès à présent sur le contenu des amendements proposés, l'intervenant estime qu'il ne faut pas rejeter a priori l'idée de préciser le degré de consentement requis pour les décisions visées par les propositions à l'examen.

Un membre estime que les amendements déposés au sujet des droits du patient méritent d'être examinés de façon plus approfondie, notamment sur certains sujets, comme le droit du patient de ne pas savoir.

Cela doit se faire dans le cadre de la discussion annoncée par la ministre de la Santé publique.

Un autre membre déclare que les amendements lui paraissent intéressants, mais estime lui aussi qu'ils méritent discussion. Ainsi, le droit de ne pas savoir est un problème extrêmement compliqué dans la relation entre le médecin et le malade.

Le texte présenté a tenté de prendre en compte l'ensemble des nuances relatives à la problématique de la vérité dans cette relation.

Tout cela doit faire l'objet d'une discussion générale.

Intégrer dans un texte spécifique relatif à l'euthanasie des dispositions générales sur les droits du patient, ce serait faire de ces droits du patient une problématique spécifique.

Spreker is geen voorstander van een dergelijke aanpak.

Bovendien heeft een vorige spreker er op pertinente wijze de aandacht op gevestigd dat er in de verenigde commissies meningsverschillen bestaan over de finalisering van de werkzaamheden.

De hoofdindieners van het amendement nr. 22 stelt te kunnen instemmen met het subamendement nr. 52, ingediend door de heer Galand, dat ertoe strekt elke onduidelijkheid weg te nemen omtrent de toepassing van de tekst op alle patiënten. Dit neemt niet weg dat men, bij de redactie van een wetgeving op de patiëntenrechten, wel de discussie dient te voeren over het lot van de minderjarige patiënten, met inachtnaam van het Verdrag over de rechten van het kind.

Met betrekking tot de opmerking, dat de tekst die wordt voorgesteld door het amendement nr. 22 veel eerder thuishoort in een wet op de patiëntenrechten dan in een wet betreffende de euthanasie, merkt spreekster op dat het voordeel van het amendement is dat men tenminste kan verwijzen naar deze discussie, wanneer later een wetgeving op de patiëntenrechten wordt besproken. Bovendien lijkt het wenselijk om nu reeds een aantal patiëntenrechten op te nemen in het kader van een wetgeving op de euthanasie, zodat de betrokken patiënten er zich reeds op kunnen beroepen.

Het lid wijst erop dat uit de hoorzittingen is gebleken dat verschillende getuigen het bestaan van patiëntenrechten — of tenminste van een aantal ervan — als onontbeerlijk beschouwen. Sommigen hebben zelfs geopperd dat de patiëntenrechten een voorafgaande voorwaarde dienen te zijn voor een wet op de euthanasie. Op de opmerking, dat hierover eerst uitgebreid moet worden nagedacht, repliceert spreekster dat reeds in de vorige legislatuur uitgebreid werd gedebatteerd over een wetsontwerp van de regering dien-aangaande.

Zij verwijst tevens naar de recente verklaringen van de minister van Volksgezondheid, die heeft aangekondigd een reflectienota over de patiëntenrechten in de Kamer te zullen voorleggen. Daarbij dienen wel enkele kanttekeningen te worden gemaakt.

Waarom slechts een reflectie- of een intentienota en geen wetsontwerp? Waarom wordt deze nota in de Kamer van volksvertegenwoordigers neergelegd, terwijl in de Senaat reeds sedert een jaar over dit onderwerp wordt gedebatteerd? Deze werkwijze maakt het, volgens het lid, zeer twijfelachtig dat een wet op de patiëntenrechten in deze legislatuur het licht zal zien. Vandaar dat het allernoodzakelijkst is om nu reeds, in de wet op de euthanasie, een minimum aan patiëntenrechten in te schrijven.

De verwijzing naar bepalingen, opgenomen in artikel 3, § 3, van voorliggend wetsvoorstel is niet terzake

L'intervenant n'est pas favorable à une telle approche.

Pour le surplus, un précédent orateur a relevé avec pertinence qu'il existait des divergences au sein des commissions réunies quant à la manière de finaliser les travaux.

L'auteur principal de l'amendement n° 22 dit souscrire au sous-amendement n° 52 de M. Galand, qui tend à dissiper toute confusion quant à l'application du texte à tous les patients. Il n'empêche que lorsqu'on rédige une loi sur les droits des patients, on doit débattre du sort des patients mineurs en tenant compte de la Convention relative aux droits de l'enfant.

En ce qui concerne l'observation suivant laquelle le texte proposé par l'amendement n° 22 serait davantage à sa place dans une loi relative aux droits du patient que dans une loi relative à l'euthanasie, l'intervenante souligne que l'avantage de l'amendement est que l'on pourra au moins faire référence à cette discussion lorsque le législateur examinera une législation sur les droits du patient. En outre, il semble souhaitable d'intégrer dès à présent certains droits des patients dans le cadre de la législation relative à l'euthanasie, de sorte que les patients concernés puissent déjà les invoquer.

La membre signale qu'il ressort des auditions que plusieurs témoins jugent indispensable l'existence des droits des patients, ou du moins de certains de ces droits. D'aucuns ont même affirmé que les droits des patients devaient être une condition préalable à une loi sur l'euthanasie. À la remarque selon laquelle il faut d'abord entamer une large réflexion, elle réplique qu'au cours de la législature précédente, on a déjà débattu longuement d'un projet de loi du gouvernement sur la question.

Elle renvoie également aux déclarations qu'elle a faites récemment la ministre de la Santé publique, qui a déclaré qu'elle allait déposer à la Chambre des représentants une note de réflexion sur les droits des patients. Elle souhaite cependant émettre quelques observations à ce sujet.

Pourquoi une simple note de réflexion ou une déclaration d'intention et non un projet de loi? Pourquoi déposer cette note à la Chambre des représentants alors que le Sénat débat de la question depuis un an déjà? Pour la membre, cette méthode fait qu'il est peu probable qu'une loi sur les droits du patient voie le jour au cours de la présente législature. Il est donc absolument nécessaire d'inscrire d'ores et déjà, dans la loi relative à l'euthanasie, des droits minimaux pour les patients.

L'intervenante juge que la référence à la disposition figurant à l'article 3, § 3, de la proposition de loi à

doend, aldus spreekster. Deze bepaling dient immers gelezen te worden als één van de voorwaarden opdat het uitvoeren van euthanasie geen misdrijf zou uitmaken. De tekst van het amendement nr. 22 gaat er integendeel van uit dat er reeds van bij het begin een goede therapeutische relatie zou ontstaan tussen de arts en de patiënt, in het bijzonder — maar niet uitsluitend — bij het levenseinde. Dit is overigens ook de draagwijdte van het wetsvoorstel betreffende de rechten van de patiënt van de heer Patrik Vankrunkelsven (stuk Senaat, nr. 2-474/1), dat een juridische waarborg wenst te bieden voor de rechten van de patiënt bij alle medische handelingen bij het levenseinde. Dit gaat verder dan slechts euthanasie, die een zeer uitzonderlijke medische handeling is.

Bij wijze van besluit stelt het lid dat een minimum aan patiëntenrechten reeds in de wet op de euthanasie dient te worden opgenomen, indien de Senaat zijn wetgevende verantwoordelijkheden wenst op te nemen. Dit blijkt uit alle hoorzittingen. Zij hoopt dan ook dat het amendement nr. 22 op een meerderheid kan rekenen van de leden van de verenigde commissies.

Een lid wijst erop dat zijn fractie zich steeds heeft verzet tegen de inperking van de bevoegdheden van de Senaat. Diegenen die de hervorming destijds mee hebben goedgekeurd zijn slecht geplaatst om hier nu kritiek op te hebben.

Een ander lid meent dat het debat over de euthanasie zich situeert in een ruimer kader, met name de palliatieve zorg en de patiëntenrechten. Zolang een wet op de patiëntenrechten onbestaande is, is het vereist een minimale regeling uit te werken in het kader van een euthanasiewet. Het amendement nr. 22 is dan ook strikt noodzakelijk. Het recht op informatie, op instemming, op verzet tegen medische hardnekkigheid, op palliatieve zorg en, in het algemeen, op de wijze waarop de patiënt zijn levenseinde wenst te beleven dient samen te worden behandeld met voorliggend ontwerp.

Het recht op informatie houdt vanzelfsprekend niet de verplichting in om personen in te lichten over hun gezondheidstoestand wanneer dezen zulks niet wensen. Het amendement nr. 22 beoogt niet enkel de autonomie van de patiënt of de solidariteit van diens omgeving, maar beiden: autonomie én solidariteit. Dit moet ook de doelstelling zijn van het werk in de Senaat.

Ten slotte wijst het lid erop dat, wanneer enkele patiëntenrechten zouden worden geïntegreerd in de wet op de euthanasie zoals voorgesteld door het amendement nr. 22, de Kamer van volksvertegenwoordigers steeds de mogelijkheid heeft deze bepalingen te schrappen uit het overgezonden ontwerp wanneer mocht blijken dat het wetsontwerp op de patiëntenrechten dezelfde rechten herneemt. De voor-

l'examen, n'est pas pertinente. En effet, cette disposition doit être interprétée comme constituant une des conditions pour qu'un acte d'euthanasie afin que cet acte ne soit pas considéré comme un délit. Le texte de l'amendement n° 22 part au contraire du principe que d'emblée, une bonne relation thérapeutique s'établirait entre le médecin et le patient, et ce plus particulièrement — mais non exclusivement — en fin de vie. Telle est d'ailleurs également la portée de la proposition de loi relative aux droits du patient de M. Patrik Vankrunkelsven (doc. Sénat, n° 2-474/1), qui vise à offrir une garantie juridique des droits du patient dans tous les actes médicaux qui sont posés en fin de vie. Cela va plus loin que simplement l'euthanasie, qui est un acte médical tout à fait exceptionnel.

Pour conclure, la membre déclare qu'il y a lieu d'inscrire déjà des droits minimaux pour le patient dans la loi relative à l'euthanasie si le Sénat tient à assumer ses responsabilités législatives. C'est ce qui ressort de toutes les auditions. L'intervenante espère donc que l'amendement n° 22 pourra recueillir l'assentiment de la majorité des membres des commissions réunies.

Un membre souligne que son groupe s'est toujours prononcé contre la limitation des compétences du Sénat. Ceux qui, à l'époque, ont approuvé la réforme, sont mal placés pour émettre maintenant des critiques à ce sujet.

Un autre membre estime que le débat sur l'euthanasie s'inscrit dans un cadre plus large, à savoir celui des soins palliatifs et des droits du patient. Tant qu'on ne disposera pas d'une loi sur les droits des patients, il faudra élaborer une réglementation minimale dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie. L'amendement n° 22 est donc indispensable. Le droit à l'information, au consentement, au refus de l'acharnement thérapeutique, aux soins palliatifs et, de manière générale, le droit qu'a le patient de choisir la manière dont il veut vivre la fin de sa vie, doivent être réglés conjointement avec la présente proposition de loi.

Il va de soi que le droit à l'information ne signifie pas qu'on est tenu d'informer des personnes sur leur état de santé alors que celles-ci ne le souhaitent pas. L'amendement n° 22 ne vise pas uniquement l'autonomie du patient ou la solidarité de l'entourage de celui-ci, mais les deux: l'autonomie et la solidarité. Tel doit être également le but du travail effectué au Sénat.

Enfin, le membre souligne que si l'on intégrait certains droits du patient dans la loi relative à l'euthanasie, comme cela est proposé dans l'amendement n° 22, la Chambre des représentants aurait toujours la possibilité de supprimer les dispositions en question du projet qui lui sera transmis, s'il s'avérait que le projet de loi relative aux droits du patient prévoit des droits identiques. Toutefois, il

zichtigheid vereist echter dat men nu reeds enkele patiëntenrechten garandeert in het kader van de euthanasiewetgeving.

Een lid verwijst naar het amendement nr. 48, ingediend op artikel 3 van voorliggend ontwerp, dat dezelfde bezorgdheid uitdrukt als het amendement nr. 22. De minderjarige patiënten worden hierin uitdrukkelijk genoemd. Uit de verschillende hoorzittingen is immers gebleken dat er een intense dialoog bestaat tussen de arts en de minderjarigen — vaak kinderen — die aan het einde van hun leven zijn gekomen. Vooral de getuigenis van dokter Moulin dien-aangaande was treffend.

Het lid herinnert eraan dat aan de oorsprong van de werkzaamheden van de Senaat de reactie ten grondslag ligt van de patiënt ten opzichte van de arts die te weinig gehoor geeft aan diens verzuchtingen. Vaak treden artsen op een te technische en te weinig humane manier op. Dit aspect van de ganse discussie dreigt uiteindelijk niet geregeld te worden in voorliggend wetsontwerp, hetgeen zeer betreurenswaardig is. De wetgever neemt zijn verantwoordelijkheid niet op door de patiëntenrechten nu niet te regelen, zoals dit wel gebeurt voor de palliatieve zorg.

Een ander lid pleit ervoor drie aparte wetsvoorstellen tezamen te behandelen en goed te keuren: de euthanasie, de palliatieve zorg en de patiëntenrechten. Men dient daarbij eerder de omgekeerde volgorde te volgen, en eerst de patiëntenrechten, dan de palliatieve zorg en pas op het laatst de euthanasie te regelen.

Vermits nu blijkt dat zelfs een parallelle behandeling van deze drie dossiers niet mogelijk is, is het essentieel dat een algemene bepaling betreffende de patiëntenrechten in de wet op de euthanasie wordt ingelast. Spreekster kan dan ook haar instemming betuigen met de amendementen nrs. 22 en 48.

Een lid beaamt dat er reeds lang een wet op de patiëntenrechten had moeten zijn, zoals dit eveneens het geval is met een wet op de palliatieve zorg. Over dit laatste wordt reeds vanaf 1974 gesproken. Het is dan ook de hoogste tijd dat er, binnen een tijdsbestek van ongeveer een jaar, over al deze materies een wetgeving voorhanden is. Er is de jongste dertig jaar immers genoeg tijd verloren.

Een andere spreker wijst op de tekst van artikel 3, § 3, 1^o, van het wetsvoorstel. Hierin worden zowel de palliatieve zorg als de informatie over de gezondheidstoestand geregeld.

Een vorige spreker repliceert dat er een verschil bestaat tussen de informatie over de mogelijkheden inzake palliatieve zorg, zoals geformuleerd in artikel 3, § 3, 1^o, en het recht op palliatieve zorg. Vooral wanneer het gaat om niet-terminale patiënten is dit onderscheid van groot belang.

serait prudent de garantir d'ores et déjà certains droits du patient dans le cadre de la législation relative à l'euthanasie.

Un membre renvoie à l'amendement n^o 48 qui a été déposé à l'article 3 de la proposition de loi et qui exprime des préoccupations identiques à celles qui sous-tendent l'amendement n^o 22. Les patients mineurs sont mentionnés explicitement. Il ressort en effet des auditions qu'il y a un dialogue intense entre les médecins et les patients mineurs — souvent des enfants — qui sont parvenus à la fin de leur vie. Le témoignage du docteur Moulin était particulièrement frappant à cet égard.

Le membre rappelle que la réaction du patient vis-à-vis du médecin qui ne tient pas suffisamment compte de ses souhaits est à l'origine des travaux du Sénat. Les médecins agissent souvent d'une manière trop technique et pas assez humaine. En définitive, cet aspect du débat risque de ne pas être réglé dans la proposition de loi à l'examen, et c'est très regrettable. En s'abstenant de régler maintenant les droits des patients comme on le fait pour les soins palliatifs, le législateur ne prend pas ses responsabilités.

Une autre membre demande que l'on examine et adopte conjointement trois propositions de loi distinctes, à savoir celle relative à l'euthanasie, celle relative aux soins palliatifs et celle relative aux droits du patient. À ce sujet, il y a lieu de suivre plutôt l'ordre inverse et de régler d'abord les droits du patient, ensuite les soins palliatifs et en dernier lieu l'euthanasie.

Comme il appert maintenant qu'il n'est même pas possible de traiter ces trois dossiers en parallèle, il est essentiel d'inscrire dans la loi relative à l'euthanasie une disposition générale sur les droits du patient. L'intervenante peut donc souscrire aux amendements n^{os} 22 et 48.

Un membre confirme que depuis longtemps déjà, on aurait dû adopter une loi sur les droits du patient; il en va d'ailleurs de même en ce qui concerne une loi éventuelle sur les soins palliatifs. Pour cette dernière, on en parle depuis 1974. Par conséquent, il est grand temps que dans un délai d'un an environ, on dispose d'une législation qui couvre toutes ces matières. En effet, on a suffisamment perdu de temps ces trente dernières années.

Un autre intervenant attire l'attention sur le texte de l'article 3, § 3, 1^o, de la proposition de loi. Cette disposition règle à la fois les soins palliatifs et l'information sur l'état de santé.

Une préopinante réplique qu'il y a une différence entre l'information sur les possibilités en matière de soins palliatifs, comme elle est formulée à l'article 3, § 3, 1^o, et le droit aux soins palliatifs. Cette distinction est très importante, surtout lorsqu'il s'agit de patients qui ne sont pas en phase terminale.

Een lid merkt op dat het wetsvoorstel niet uitgaat van een verplichting tot palliatieve zorgverlening. Door het basisrecht op een palliatieve zorg in te schrijven in de wetgeving, wil de fractie van het lid bewerkstelligen dat het toedienen van palliatieve zorg een normale medische verplichting is, waartoe elke instelling verplicht is zonder onderscheid des persoons. Een loutere informatie over de mogelijkheden is, zoals wordt voorgesteld in voorliggend wetsvoorstel, is hiermee niet te vergelijken.

Een vorige spreekster repliceert dat deze aangelegenheid in het hoofdstuk «Algemene bepalingen» dient te worden behandeld. In dit hoofdstuk worden een aantal algemene principes inzake een goed medisch handelen bij het levenseinde vooropgesteld. Het is absoluut noodzakelijk dit hoofdstuk te beginnen met de informatie en de toestemming en vervolgens de verplichting tot palliatieve zorg en het verbod op therapeutische verbetering te behandelen. Dit zijn minimale voorwaarden voor een goed medisch handelen bij het levenseinde, die in de wet moeten worden opgenomen vóór de regeling van de euthanasie zélf.

Het lid treedt een vorige spreekster bij, die heeft gesteld dat een globale regeling voor het medisch handelen bij het levenseinde moet worden uitgewerkt, veeleer dan enkel een regeling voor de euthanasie.

Een ander lid onderschrijft de stelling dat een minimum aan patiëntenrechten in de euthanasiewet moet worden geregeld, en dit om twee redenen.

Vooreerst wordt over het wetsvoorstel betreffende de euthanasie gesproken alvorens men overgaat tot de bespreking van het voorstel inzake palliatieve zorg. Hoewel de stemmingen over beide voorstellen samen zullen plaatsvinden, bestaat er geen enkele garantie over het verloop van deze bespreking, noch over de tekst die uiteindelijk zal worden goedgekeurd.

Ten tweede zullen beide voorstellen, eens ze wet zullen geworden zijn, hun eigen leven gaan leiden. In het voorstel met betrekking tot de euthanasie wordt niet gerept over palliatieve zorg. De logica vereist evenwel dat de palliatieve zorg wordt geïntegreerd in de euthanasiewet.

Een lid vraagt zich af welk bezwaar er is tegen het opnemen van een summierere bepaling inzake patiëntenrechten, vermits men het eens is over de noodzaak daarvan.

Er wordt geantwoord dat in het hoofdstuk «Algemene bepalingen» nooit alles voor iedereen kan worden geregeld. Wanneer men zulks toch zou proberen, leidt dit tot onvolledigheid in de wetgeving, hetgeen moet worden vermeden. Het is onmogelijk om alle rechten, gaande van patiëntenrechten, rech-

Un membre souligne que la proposition de loi ne part pas du principe suivant lequel il y a obligation de prodiguer des soins palliatifs. En inscrivant le droit fondamental aux soins palliatifs dans la législation, le groupe de l'intervenant veut faire en sorte que l'administration de soins palliatifs devienne une obligation médicale normale, qui s'impose à tous les établissements sans distinction de personnes. On ne peut pas comparer cela avec une simple information sur les possibilités comme proposé dans la proposition de loi à l'examen.

Une préopinante réplique que cette question doit être réglée dans le chapitre «Dispositions générales». Ce chapitre prévoit une série de dispositions générales concernant la bonne pratique médicale en fin de vie. Il est absolument indispensable de faire débiter ce chapitre par l'information et le consentement et de passer ensuite à l'obligation de fournir des soins palliatifs et à l'interdiction de pratiquer l'acharnement thérapeutique. Ce sont des conditions minimales pour une bonne pratique médicale à la fin de la vie et il y a lieu de les insérer dans la proposition de loi avant les dispositions réglant l'euthanasie proprement dite.

L'intervenante souscrit aux propos d'une préopinante qui a déclaré qu'il fallait élaborer un dispositif global pour les actes médicaux posés à la fin de la vie plutôt qu'un dispositif qui concerne uniquement l'euthanasie.

Un autre membre approuve la thèse suivant laquelle il faut intégrer un minimum de droits des patients dans la loi relative à l'euthanasie, et ce pour deux raisons.

Tout d'abord, on examine la proposition de loi relative à l'euthanasie avant de passer à l'examen de la proposition relative aux soins palliatifs. Même si on votera simultanément sur les deux propositions, il n'y a aucune garantie, ni quant au déroulement de la discussion ni quant au texte qui sera voté en définitive.

La deuxième raison, c'est qu'une fois devenus loi, les deux textes vont évoluer de manière indépendante. La proposition relative à l'euthanasie ne contient rien au sujet des soins palliatifs. Or, la logique demande que les soins palliatifs soient intégrés dans la loi relative à l'euthanasie.

Un membre se demande quelle est l'objection contre le fait d'insérer une disposition sommaire relative aux droits du patient, dès lors que tous conviennent de la nécessité de le faire.

Il lui est répondu qu'on ne peut pas, dans le chapitre «Dispositions générales», tout régler pour tout le monde. Si l'on devait malgré tout essayer de le faire, on créerait une législation incomplète, ce qu'il y a lieu d'éviter. Il est impossible d'intégrer tous les droits dans la future loi: les droits du patient, les droits des

ten van artsen en ziekenhuizen, palliatieve zorg enzovoort, op te nemen in deze wet.

Amendement nr. 51

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 51), dat er toe strekt een nieuw artikel *1bis* in te voegen. Dit artikel wijzigt artikel 1 van het koninklijk besluit nr. 78 teneinde het palliatieve aspect in de geneeskunde te integreren.

Stemmingen

Het amendement nr. 22 van mevrouw de T' Serclaes c.s. wordt verworpen met 15 tegen 4 stemmen bij 9 onthoudingen.

Het amendement nr. 52 van de heer Galand (sub-amendement op het amendement nr. 22) wordt verworpen met 15 tegen 4 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het amendement nr. 51 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 19 tegen 2 stemmen bij 7 onthoudingen.

Het amendement nr. 48 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 9 onthoudingen.

Artikel *1ter* (nieuw)

Amendement nr. 23

De heer Galand verwijst naar de verantwoording van zijn amendement nr. 23 (stuk Senaat, nr. 2-244/4), dat de invoeging van een artikel *1ter* (nieuw) beoogt, dat betrekking heeft op de informatie en de toestemming van de patiënt. Dat artikel luidt als volgt:

«*Art. 1ter. — Onder hetzelfde voorbehoud mag geen medische handeling worden uitgevoerd, voortgezet of stopgezet zonder de vrije toestemming van de vooraf goed geïnformeerde patiënt.*

De toestemming kan op elk ogenblik worden ingetrokken. In dat geval informeert de arts de patiënt over de voorzienbare gevolgen van zijn beslissing.

De patiënt die het recht op informatie en op toestemming waarover hij krachtens deze wet beschikt niet zelf wil uitoefenen, kan daarvoor een vertrouwenspersoon aanwijzen.

Eenieder kan schriftelijk, op de wijze die hij passend acht, richtlijnen opstellen over de omstandigheden van zijn levenseinde voor het geval dat hij zelf niet meer in staat zou zijn om zijn wensen kenbaar te maken. Dit document heeft voor de arts een indicatieve waarde.

De arts die meent dat hij uit principe de wensen van de patiënt over de omstandigheden van zijn levens-

médecins et des hôpitaux, les droits aux soins palliatifs, etc.

Amendement n° 51

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 51), visant à insérer un article *1^{er}bis* nouveau. Cet article modifie l'article 1^{er} de l'arrêté royal n° 78 en vue d'intégrer la dimension palliative dans l'art médical.

Votes

L'amendement n° 22 de Mme de T' Serclaes et consorts est rejeté par 15 voix contre 4 et 9 abstentions.

L'amendement n° 52 de M. Galand (sous-amendement à l'amendement n° 22) est rejeté par 15 voix contre 4 et 8 abstentions.

L'amendement n° 51 de Mme Nyssens et de M. Thissen est rejeté par 19 voix contre 2 et 7 abstentions.

L'amendement n° 48 de Mme Nyssens et de M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

Article *1ter* (nouveau)

Amendement n° 23

M. Galand renvoie à la justification de son amendement n° 23 (doc. Sénat, n° 2-244/4), qui vise à insérer un article *1^{er}ter* (nouveau) concernant l'information et le consentement du patient. Cet article est rédigé comme suit:

«*Art. 1ter. — Sous ces mêmes réserves, aucun acte médical ne peut être posé, poursuivi ou arrêté sans le consentement libre et éclairé du patient.*

Ce consentement peut être retiré à tout moment. Dans ce cas le médecin informe le patient sur les effets prévisibles de sa décision.

Le patient, qui ne souhaite pas exercer lui-même les droits à l'information et au consentement que lui confère la présente loi, peut désigner à cet effet une personne de confiance.

Toute personne peut établir par écrit, de la manière qu'elle juge appropriée, des directives quant aux modalités de sa fin de vie pour le cas où elle ne se trouverait plus en état d'exprimer ses souhaits. Ce document a une valeur indicative pour le médecin.

Le médecin qui estime, par principe, ne pas pouvoir répondre à tout ou partie des souhaits du patient

einde niet of slechts gedeeltelijk kan inwilligen, moet de patiënt daarvan op de hoogte brengen als die hem daarover vragen stelt.»

Een lid wijst erop dat de problematiek van de informatie en de toestemming van de patiënt, net zomin als de patiëntenrechten in het algemeen, gedurende de werkzaamheden van de verenigde commissies tijdens deze legislatuur grondig is behandeld.

Spreker is het niet eens met het amendement nr. 23, zoals het werd geformuleerd. Tot waar gaat uiteindelijk het recht van de patiënt om te worden geïnformeerd en om niet te worden geïnformeerd?

Bovendien regelt het amendement tegelijk de problematiek van het levenstestament. Dit neemt slechts enkele lijnen in beslag, terwijl er over deze aangelegenheid een lange discussie is geweest. De initiële tekst van voorliggend wetsvoorstel werd overigens aangepast overeenkomstig de opmerkingen die tijdens de hoorzittingen werden gemaakt.

Ten slotte verzet het lid zich tegen een mechanistisch systeem van vertrouwenspersonen, dat tot misbruiken kan leiden.

Een ander lid verwijst naar de amendementen nrs. 49 en 50, die door haar respectievelijk werden ingediend op de artikelen 4 en 5, die eveneens betrekking hebben op de toestemming van de patiënt en op het vooraf kenbaar maken van diens wensen, met een indicatieve waarde.

In deze amendementen wordt niet gesproken over een vertrouwenspersoon, omdat de indieners, net zoals de vorige spreker, reserves hebben bij een dergelijk systeem.

Het lid wijst erop dat in de amendementen nrs. 49 en 50 het woord «wens» wordt gebruikt — en niet, zoals in het amendement nr. 23, het woord «richtlijnen» — omdat er geen formaliteiten worden vereist en de wens op elke manier, op elk ogenblik kan worden uitgedrukt in het kader van een vertrouwensrelatie tussen de arts en de patiënt.

Nog een ander lid kondigt aan dat, bij de stemmen over het amendement nr. 23, een gesplitste stemming zal worden gevraagd over de verschillende leden van het voorgestelde artikel 1^{ter}, omdat verschillende aangelegenheden worden behandeld.

Het eerste lid bepaalt overigens niets nieuws. Er bestaat reeds een lange traditie in de rechtspraak over de informatie aan de patiënten. Het amendement bepaalt overigens duidelijk dat een patiënt die niet wenst geïnformeerd te worden het recht daartoe heeft, in tegenstelling tot hetgeen werd opgemerkt door een vorige spreker. Een patiënt kan een vertrouwenspersoon aanwijzen, maar is daartoe niet verplicht.

quant aux modalités de sa fin de vie est tenu de l'en informer lorsque le patient l'interroge à ce sujet.»

Un membre attire l'attention sur le fait que les commissions réunies n'ont pas examiné en profondeur le problème de l'information ni du consentement du patient, pas plus que les droits du patient en général.

L'intervenant n'est pas d'accord sur l'amendement n° 23 tel qu'il est formulé. Jusqu'où va finalement le droit du patient d'être ou de ne pas être informé?

En outre, l'amendement vise à régler en même temps le problème du testament de vie. L'on n'y consacre que quelques lignes, alors qu'il a fait l'objet d'une longue discussion. Le texte initial de la proposition de loi à l'examen a d'ailleurs été adapté en fonction des remarques qui avaient été formulées au cours des auditions.

Enfin, le membre s'oppose à la création d'un système de recours automatique à des personnes de confiance, car il pourrait mener à des abus.

Une autre membre renvoie aux amendements n^{os} 49 et 50 qu'elle a déposés aux articles 4 et 5, et qui concernent également le consentement du patient et la manifestation préalable de ses souhaits, qui aurait une valeur indicative.

Il n'est pas question de personne de confiance dans ces amendements, car les auteurs, comme l'intervenant précédent, émettent certaines réserves à l'encontre d'un tel système.

La membre attire l'attention sur le fait que dans les amendements n^{os} 49 et 50, on emploie le mot «souhait» — et non, comme à l'amendement n° 23, le mot «directives» — parce qu'aucune formalité n'est requise et que le souhait peut être émis de n'importe quelle manière et à n'importe quel moment dans le cadre de la relation de confiance entre le médecin et le patient.

Un autre membre annonce qu'il demandera, lorsqu'on votera sur l'amendement n° 23, un vote séparé sur les différents alinéas de l'article 1^{er}ter proposé, parce que ceux-ci portent sur différentes questions.

Du reste, l'alinéa 1^{er} n'apporte rien de nouveau. Il existe déjà, dans la jurisprudence, une longue tradition d'information du patient. Au demeurant, l'amendement prévoit clairement qu'un patient qui ne souhaite pas être informé a le droit de ne pas l'être, contrairement à ce qu'a déclaré l'intervenant précédent. Le patient peut désigner une personne de confiance, mais n'est pas obligé de le faire.

Het amendement bevat vervolgens bepalingen over een voorafgaande verklaring die de patiënt kan afleggen over de behandelingen bij het naderend levenseinde. De bepalingen daaromtrent werden kort gehouden omdat deze verklaring slechts een indicatieve waarde heeft. Het is dan ook niet nodig hieromtrent te veel in detail te treden.

Het laatste lid van het amendement nr. 23 ten slotte garandeert dat de patiënt weet tot hoever de behandelende arts ingaat op zijn wensen. Dit lijkt een logische aanvulling.

Een lid wijst erop dat het deel van het amendement nr. 23, dat betrekking heeft op de wilsverklaring, zijns inziens eerder thuishoort in het hoofdstuk IV van het wetsvoorstel.

De vorige spreekster is het hiermee niet eens. In de optiek van het amendement nr. 23 kan de verklaring betrekking hebben op alle omstandigheden bij het levenseinde en niet enkel op het euthanaserend optreden, zoals het hoofdstuk IV van voorliggend wetsvoorstel beoogt. Het is dan ook logisch dat een dergelijke bepaling wordt opgenomen in het hoofdstuk dat betrekking heeft op de « Algemene bepalingen ».

Een lid zegt zijn goedkeuring niet te kunnen geven aan het amendement nr. 23. Ofwel wordt bedoeld dat een arts moet kunnen weigeren op een euthanasievraag in te gaan op basis van medische gronden, die hij aan de patiënt moet meedelen. Een dergelijke bepaling bevindt zich reeds in artikel 6 van voorliggend wetsvoorstel. Ofwel wenst men dat de arts zijn filosofische of confessionele houding toelicht. Daarvan kan echter geen sprake zijn. Wie als arts niet wil meewerken aan een vraag om euthanasie, op basis van andere dan louter medische gronden, dient zich hierover niet te verantwoorden ten opzichte van de patiënt.

Stemmingen

Het eerste tot en met het derde lid van het artikel 1^{ter} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 23 van de heer Galand c.s., worden verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het vierde lid van het artikel 1^{ter} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 23 van de heer Galand c.s., wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het vijfde lid van het artikel 1^{ter} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 23 van de heer Galand c.s., wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Artikel 1^{quater} (nieuw)

Amendement nr. 24

De heer Destexhe c.s. dienen een amendement in om een artikel 1^{quater} (nieuw) in het wetsvoorstel in

L'amendement contient en outre des dispositions relatives à la possibilité, pour le patient, de faire une déclaration concernant les traitements en cas de fin de vie imminente. L'on a fait en sorte que ces dispositions soient brèves parce que cette déclaration n'a qu'une valeur indicative. Il n'est donc pas nécessaire d'entrer dans trop de détails en la matière.

Enfin, le dernier alinéa de l'amendement garantit au patient le droit de savoir dans quelle mesure le médecin traitant répond à ses souhaits. Cet ajout semble logique.

Un membre attire l'attention sur le fait que la partie de l'amendement n° 23 qui concerne la déclaration de volonté devrait plutôt se trouver, selon lui, au chapitre IV de la proposition de loi.

L'intervenante précédente n'est pas d'accord. Dans l'optique de l'amendement n° 23, la déclaration peut concerner l'ensemble des modalités de fin de vie et pas uniquement l'euthanasie telle que régie par le chapitre IV de la proposition de loi à l'examen. Il est dès lors logique de faire figurer pareille disposition dans le chapitre « Dispositions générales ».

Un membre dit ne pas pouvoir souscrire à l'amendement n° 23. Ou bien on veut dire qu'un médecin doit pouvoir refuser de donner suite à une demande d'euthanasie pour des raisons médicales qu'il doit communiquer au patient. Une disposition en ce sens figure déjà à l'article 6 de la proposition de loi en discussion. Ou bien on souhaite que le médecin explique son attitude philosophique ou confessionnelle. Il ne saurait toutefois en être question. Celui qui, en tant que médecin, ne veut pas acquiescer à une demande d'euthanasie pour des raisons autres que purement médicales ne doit pas se justifier à l'égard du patient.

Votes

Les alinéas 1^{er} à 3 de l'article 1^{ter} (nouveau) proposés par l'amendement n° 23 de M. Galand et consorts sont rejetés par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'alinéa 4 de l'article 1^{ter} (nouveau) proposé par l'amendement n° 23 de M. Galand et consorts est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'alinéa 5 de l'article 1^{ter} (nouveau) proposé par l'amendement n° 23 de M. Galand et consorts est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

Article 1^{quater} (nouveau)

Amendement n° 24

M. Destexhe et consorts déposent un amendement visant à insérer un article 1^{quater} (nouveau) dans la

te voegen (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 24).

Dat artikel luidt als volgt:

«Art. 1^{quater}. — De arts is verplicht de patiënt die in een stervensfase verkeert, alle morele en medische — curatieve of palliatieve — bijstand te verlenen die nodig is om zijn fysiek of geestelijk lijden te verlichten en zijn waardigheid te garanderen. Elke patiënt heeft recht op kwalitatief hoogstaande ononderbroken en palliatieve zorg.

De arts ziet af van elke handeling die redelijkerwijs niet kan bijdragen tot de verbetering van de gezondheid of de toestand van de patiënt en in het bijzonder van alle handelingen die overbodig zijn of niet in verhouding staan tot zijn toestand omdat zij, volgens de laatste stand van de geneeskunde, geen redelijk uitzicht bieden op genezing, beterschap of verzachting van het lijden, doch slechts tot doel hebben het overlijden uit te stellen.

Voor alle handelingen die verband houden met het levenseinde van de patiënt, moet de arts in geweten handelen volgens de laatste stand van de genees- en verpleegkunde, de algemeen erkende principes van behoorlijk medisch handelen, overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 1^{bis} en 1^{ter} en, voorzover mogelijk, moet daarbij het advies ingewonnen worden van het verplegend team en van derden die op hun beurt nuttig advies kunnen geven.

Handelingen die bedoeld zijn om het fysiek en geestelijk comfort van de patiënt te waarborgen zijn toegestaan, zelfs al kunnen ze als neveneffect hebben dat het overlijden bespoedigd wordt. »

Een van de indieners van het amendement licht toe dat de eerste zin van het eerste lid van het voorgestelde artikel 1^{quater} letterlijk de tekst overneemt van de geneeskundige plichtenleer. Door deze tekst in een wet op te nemen geeft men hem een groter gewicht.

Vervolgens wordt het recht gegarandeerd voor elke patiënt op kwalitatief hoogstaande ononderbroken en palliatieve zorg. Dit recht heeft niet enkel betrekking op de terminale fase, maar dient in alle omstandigheden te worden gegarandeerd. Daarmee wordt uiting gegeven aan een algemene opvatting over zorgverstrekking.

Het tweede lid van het voorgestelde artikel 1^{quater} heeft betrekking op de therapeutische hardnekkigheid, die uitdrukkelijk wordt afgekeurd. De arts dient zich dan ook te onthouden van dergelijke handelingen.

Het derde lid van het voorgestelde artikel 1^{quater} heeft betrekking op alle handelingen die verband houden met het levenseinde van de patiënt. Daarin wordt ook het verband gelegd met de voorgestelde artikelen 1^{bis} en 1^{ter}, die de informatie en de toestemming van de patiënt betreffen.

proposition de loi (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 24).

Cet article est rédigé comme suit:

«Art. 1^{er}quater. — Le médecin doit donner au patient en fin de vie toute assistance morale et médicale — curative ou palliative — pour soulager ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité. Tout patient a le droit de bénéficier de soins continus et palliatifs de qualité.

Le médecin s'abstient de tout acte qui ne puisse raisonnablement contribuer à améliorer la santé ou la situation du patient, et plus particulièrement de tous actes inutiles ou disproportionnés par rapport à son état, en ce qu'ils n'offriraient, au regard du dernier état de l'art de guérir, aucune perspective raisonnable de guérison, d'amélioration ou de soulagement de ses souffrances, mais n'auraient pour objet que de retarder le décès.

Pour tous actes relatifs à la fin de vie du patient, le médecin doit agir en conscience, selon le dernier état de l'art de guérir et de soigner, les principes de bonne conduite médicale généralement reconnus, conformément aux dispositions des articles 1^{er}bis et 1^{er}ter, et dans toute la mesure du possible en prenant l'avis de l'équipe soignante et de tiers susceptibles d'être utilement consultés.

Sont admis les actes destinés à assurer le confort physique et moral du patient, même s'ils peuvent avoir ou ont pour effet secondaire de hâter le décès. »

L'un des auteurs de l'amendement déclare que la première phrase de l'alinéa 1^{er} de l'article 1^{er}quater proposé reproduit littéralement le texte du code de déontologie médicale. L'inscription de ce texte dans une loi lui confère un plus grand poids.

Il garantit ensuite à tout patient le droit à des soins continus et palliatifs de qualité. Ce droit ne vaut pas seulement pour la phase terminale, il doit être garanti en toutes circonstances. On exprime de la sorte une conception générale à propos du système de soins.

L'alinéa 2 de l'article 1^{er}quater proposé concerne l'acharnement thérapeutique, qui est explicitement désavoué. Le médecin doit donc s'abstenir d'actes en ce sens.

L'alinéa 3 de l'article 1^{er}quater proposé traite de tous les actes relatifs à la fin de vie du patient. Il établit également un lien avec les articles 1^{er}bis et 1^{er}ter proposés, qui concernent l'information et l'assentiment du patient.

Het lid meent dat het amendement nr. 24 tegemoet komt aan de verzuchtingen van professor Vincent. De arts moet binnen een zeker deontologisch kader handelen en samen optreden met het team dat hem omringt.

Voor alle duidelijkheid wordt in het laatste lid van het voorgestelde artikel 1^{quater} uitdrukkelijk gesteld dat handelingen, die bedoeld zijn om het fysiek en geestelijk comfort van de patiënt te waarborgen, toegestaan zijn. Daarmee wordt een duidelijk onderscheid gemaakt met handelingen die tot de dood kunnen leiden.

Een lid vraagt of de omschrijving die in het laatste lid van het voorgestelde artikel 1^{quater} wordt gegeven ook de handelingen omvat die tot de dood kunnen leiden, met andere woorden of euthanasie — volgens de definitie die aan dit begrip wordt gegeven in voorliggend wetsvoorstel — erin begrepen is. Of is het integendeel de uitdrukking van de bestaande toestand in de medische plichtenleer, die medische handelingen die de pijn verlichten toestaat, ook al bespoedigen ze het levenseinde?

De vorige spreekster bevestigt dat dit laatste het geval is.

Een lid herhaalt dat de bepalingen, voorgesteld door het amendement nr. 24, eerder thuishoren in een wet op de patiëntenrechten.

Spreekster is van oordeel dat de formulering die wordt gehanteerd in het eerste lid de poort openzet naar therapeutische hardnekkigheid. Aan patiënten die in een stervensfase verkeren moet immers geen curatieve bijstand worden verleend.

Voorts wordt in het derde lid gesproken over het advies van het medisch team én van derden. Wie zijn die derden? Gaat het om familieleden, de pastoor of een poetsvrouw? De tekst is zeer onduidelijk op dit vlak.

Een ander lid pleit voor duidelijke teksten, die niet te veel interpretatieruimte laten. Het laatste lid dreigt verwarring te zaaien ontstaan over de juiste inhoud: gaat het om gecontroleerde sedatie, om euthanasie, ...? Volgens spreker laat deze tekst euthanasie toe zonder welke voorwaarde dan ook, bijvoorbeeld door het toedienen van steeds groter wordende dosissen morfine. Bekeken vanuit het standpunt van de tegenstanders van de euthanasie, is deze bepaling slechter dan de bepalingen van het wetsvoorstel nr. 2-244/1. Het kan niet dat euthanasie wordt geregeld in één zin van enkele lijnen.

Een van de indieners van het amendement nr. 24 herhaalt dat de eerste zinnen van het eerste lid letterlijk overgenomen werden uit de medische plichtenleer, die duidelijk inhoudt dat men geen therapeutische hardnekkigheid mag aan de dag leggen. Overigens moet het eerste lid samen worden gelezen met andere leden, zodat één en ander duidelijk wordt.

L'intervenant estime que l'amendement n° 24 répond aux aspirations du professeur Vincent. Le médecin doit agir dans un cadre déontologique donné et collaborer avec l'équipe qui l'entoure.

Dans un souci de clarté optimale, le dernier alinéa de l'article 1^{er quater} proposé dit explicitement que les actes destinés à assurer le confort physique et moral du patient sont admis. On fait ainsi une nette distinction entre ce type d'acte et les actes pouvant entraîner la mort.

Un commissaire demande si la définition que donne le dernier alinéa de l'article 1^{er quater} proposé s'étend aux actes pouvant entraîner la mort ou, en d'autres termes, si l'euthanasie — selon la définition que donne de cette notion la proposition de loi en discussion — en relève. Ou est-elle au contraire l'expression de l'état actuel de la déontologie médicale, qui autorise les actes médicaux destinés à soulager la douleur, même s'ils hâtent le décès?

La préopinante déclare que la définition est liée à la déontologie médicale actuelle.

Une commissaire répète que les dispositions proposées par l'amendement n° 24 seraient plus à leur place dans une loi sur les droits des patients.

Elle considère que la formulation de l'alinéa 1^{er} laisse la porte ouverte à l'acharnement thérapeutique. Il ne faut en effet pas accorder d'assistance curative aux patients qui se trouvent en phase terminale.

L'alinéa 3 parle par ailleurs de l'avis de l'équipe médicale ainsi que de tiers. Qui sont ces tiers? S'agit-il de membres de la famille, du curé ou d'une femme de ménage? Le texte est très imprécis à ce sujet.

Un autre commissaire plaide pour des textes clairs, qui ne laissent pas une marge d'appréciation trop large. Le dernier alinéa risque de semer la confusion quant à son contenu exact: s'agit-il de sédation contrôlée, d'euthanasie, ...? D'après l'intervenant, ce texte autorise l'euthanasie inconditionnellement, par exemple par l'administration de doses de morphine de plus en plus fortes. Du point de vue des opposants à l'euthanasie, cette disposition est pire que les dispositions de la proposition n° 2-244/1. L'euthanasie ne saurait être réglementée en une seule phrase de quelques lignes.

L'une des auteurs de l'amendement n° 24 répète que les premières phrases de l'alinéa 1^{er} sont issues textuellement du code de déontologie médicale, qui implique clairement que l'on ne peut pas faire preuve d'acharnement thérapeutique. Du reste, l'alinéa 1^{er} doit être lu en corrélation avec d'autres alinéas, de manière à clarifier les choses.

Het is de arts die de derde persoon kiest, waarvan sprake is in het derde lid. Het is overigens ook de arts die desgevallend overlegt met een andere arts wanneer het bijvoorbeeld om een moeilijke pathologie gaat. Dit criterium werd uit voorzichtigheid toegevoegd aan de bepalingen omtrent het medisch handelen bij het levenseinde, maar houdt geen enkele verplichting in.

Spreekster verduidelijkt ook dat de medische handelingen bij het levenseinde dienen te geschieden overeenkomstig de voorgestelde artikelen *1bis* en *1ter*, dit wil zeggen met volledige informatie van de patiënt en met diens toestemming. Dit geldt bijvoorbeeld voor het toedienen van morfine, wat niet zomaar kan gebeuren.

Een lid verwijst naar de term «geoorloofd», die wordt gehanteerd in de verantwoording van het amendement in verband met de handelingen die bedoeld zijn om het fysiek en geestelijk comfort van de patiënt te waarborgen. Betekent dit dat deze handelingen toegelaten zijn?

De vorige spreekster antwoordt bevestigend.

Hetzelfde lid merkt vervolgens op dat het amendement nr. 24 niet spreekt over het intentioneel element, dit wil zeggen al dan niet de wil hebben om de dood te veroorzaken, doch enkel over het feitelijk handelen. Zij is het eens met de vorige spreekster die, vanuit deze optiek, stelt dat euthanaserende handelingen niet onder de omschrijving van het laatste lid van het voorgestelde artikel *1quater* vallen. Spreekster zegt niet te begrijpen dat anderen van oordeel zijn dat euthanasie er wél onder valt.

Een lid verwijst naar de definitie van het begrip «euthanasie» in artikel 2 van voorliggend wetsvoorstel, die slechts toegelaten is onder strikte voorwaarden. Zijn opmerking was net bedoeld om de vaagheid van het vierde lid van het voorgestelde artikel *1quater* aan de kaak te stellen. Het is niet duidelijk welke draagwijdte is van deze zin.

Wat de opmerking over het intentioneel element betreft, merkt het lid op dat, wanneer men grote dosissen morfine toedient aan een terminaal zieke patiënt, dit onomkeerbaar tot de dood zal leiden.

In het algemeen is spreker van mening dat, wanneer men regelgevend wenst op te treden inzake euthanasie, zulks onmogelijk is in enkele zinnestelsels en zonder een duidelijke definitie te geven van het begrip «euthanasie».

Een van de indieners van het amendement nr. 24 replicert dat er van onduidelijkheid geen sprake is, wel integendeel. Het amendement nr. 24 is net bedoeld om een aantal onduidelijke situaties in het medische handelen bij het naderend levenseinde expliciet te regelen. Er is een duidelijk onderscheid tussen medische handelingen die, teneinde de pijn te

C'est le médecin qui choisit la tierce personne dont il est question à l'alinéa 3. C'est d'ailleurs lui aussi qui, le cas échéant, procède à une concertation avec un autre médecin lorsqu'il s'agit par exemple d'une pathologie difficile. C'est par précaution que ce critère a été ajouté aux dispositions relatives aux actes médicaux relatifs à la fin de la vie, mais il n'implique aucune obligation.

L'intervenante explique également que les actes médicaux relatifs à la fin de la vie doivent être accomplis conformément aux articles *1^{er}bis* et *1^{er}ter* proposés, ce qui suppose une information complète du patient et son consentement. Cela vaut par exemple pour l'administration de morphine, qui ne peut pas se faire sans discernement.

Un membre renvoie au terme «licites» qu'utilise la justification de l'amendement relatif aux actes destinés à assurer le confort physique et moral du patient. Cela signifie-t-il que ces actes sont autorisés?

La préopinante répond par l'affirmative.

La même membre fait ensuite observer que l'amendement n° 24 ne parle pas de l'élément intentionnel, c'est-à-dire de la présence ou de l'absence de la volonté de provoquer la mort, mais n'évoque que l'acte réel. Elle est d'accord avec la préopinante, qui, dans cette optique, affirme que les actes d'euthanasie ne relèvent pas de la définition du dernier alinéa de l'article *1^{er}quater* proposé. L'intervenante dit ne pas comprendre que d'autres considèrent que l'euthanasie en relève bel et bien.

Un commissaire se réfère à la définition de la notion d'«euthanasie» à l'article 2 de la proposition de loi en discussion, laquelle n'est autorisée que dans des conditions strictes. Sa remarque visait précisément à stigmatiser l'imprécision de l'alinéa 4 de l'article *1^{er}quater* proposé. On ne voit pas clairement quelle est la portée de cette phrase.

Pour ce qui est de la remarque concernant l'élément intentionnel, l'intervenante observe que, si l'on administre de fortes doses de morphine à un patient en phase terminale, cette démarche le conduira irréversiblement à la mort.

D'une manière générale, l'intervenante estime que si l'on souhaite réglementer la question de l'euthanasie, il est impossible de le faire en quelques phrases et sans donner une définition précise de la notion d'«euthanasie».

Un des auteurs de l'amendement n° 24 répond qu'il n'est pas question d'imprécision, bien au contraire. Le but de l'amendement n° 24 est précisément de régler explicitement un certain nombre de situations floues de la pratique médicale à l'approche de la fin de la vie. Il y a une nette distinction entre, d'une part, les actes médicaux qui, destinés à atténuer la douleur,

verzachten, als onrechtstreeks gevolg hebben dat de patiënt sneller overlijdt — soms aangeduid als «passieve euthanasie» —, enerzijds, en anderzijds de euthanasie op het verzoek van de patiënt — ook «actieve euthanasie» genoemd. De artsen moeten duidelijkheid hebben over de situatie waarin ze zich bevinden.

Het lid herhaalt dat, voor het amendement nr. 24, een gesplitste stemming per lid aangewezen is.

Een ander lid merkt op dat artikel 2 van voorliggend wetsvoorstel de definitie van euthanasie betreft, terwijl artikel 3 handelt over de voorwaarden. Bij de bespreking van artikel 1 mag geen intentieproces worden gemaakt.

Amendement nr. 58

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een subsidiair amendement in op amendement nr. 24 van de heer Destexhe c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 58).

Dit subsidiair amendement heeft tot doel het voorgestelde art. 1^{quater} te vervangen als volgt:

«Art. 1^{quater}. — § 1. Wanneer een patiënt in een stervensfase verkeert, zijn de artsen hem alle morele en medische bijstand verschuldigd die nodig is om zijn geestelijk en fysiek lijden te verlichten en zijn waardigheid te garanderen. Zij zorgen ervoor dat de patiënt op een passende manier wordt behandeld en begeleid en geven hem volledige en passende informatie. Zij vragen aan het personeel dat deskundig is inzake palliatieve zorgverlening om aan de patiënt alle informatie en vereiste bijstand te geven.

Zij moeten zich onthouden van uitzichtloze therapieën, dat wil zeggen dat ze geen handelingen mogen uitvoeren of voortzetten die overbodig of niet noodzakelijk zijn of niet in verhouding staan tot de gezondheidstoestand van de patiënt omdat ze, volgens de laatste stand van de geneeskunde, geen redelijk uitzicht bieden op genezing, verbetering van de toestand van de patiënt of verlichting van zijn lijden, maar alleen tot doel hebben het ogenblik van het overlijden uit te stellen.

Heeft de vooraf goed geïnformeerde patiënt vrij zijn toestemming gegeven, dan zijn toegestaan de behandelingen die nodig zijn om het lijden van de patiënt die in een stervensfase verkeert, te verlichten en hem maximaal lichamelijk en geestelijk comfort verschaffen, zelfs al kunnen de behandelingen als niet-bedoeld neveneffect hebben dat het ogenblik van het overlijden wordt bespoedigd.

§ 2. Alle ernstige beslissingen in verband met een patiënt die in een stervensfase verkeert, inzonderheid het beginnen, stopzetten of niet uitvoeren van een behandeling, die het leven van de patiënt kunnen verkorten, worden genomen door de arts die de patiënt behandelt.

ont pour conséquence indirecte de hâter le décès du patient — appelés parfois «euthanasie passive» — et, d'autre part, l'euthanasie pratiquée à la demande du patient — appelée aussi «euthanasie active». Les médecins doivent savoir très clairement dans quelle situation ils se trouvent.

L'intervenant répète que, pour l'amendement n° 24, il est indiqué de procéder à un vote distinct alinéa par alinéa.

Un autre membre souligne que l'article 2 du projet à l'examen porte sur la définition de l'euthanasie, alors que l'article 3 concerne les conditions. Il ne peut être question de faire un procès d'intention lors de la discussion de l'article 1^{er}.

Amendement n° 58

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement subsidiaire à l'amendement n° 24 de M. Destexhe et consorts (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 58).

Cet amendement subsidiaire vise à remplacer l'article 1^{er quater} par la disposition suivante:

«Art. 1^{er quater}. — § 1^{er}. Lorsqu'un patient se trouve en fin de vie, les médecins lui doivent toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Ils assurent le patient d'un traitement et d'un accompagnement adéquats et l'informent de manière complète et adéquate. Ils font appel au personnel compétent en matière de soins palliatifs pour donner toute l'information et l'assistance requise par le patient.

Ils doivent s'abstenir de tout acharnement thérapeutique, c'est-à-dire d'entreprendre ou de poursuivre des actes inutiles, non nécessaires ou disproportionnés par rapport à l'état de santé du patient, en ce qu'ils n'offriraient, au regard du dernier état de l'art de guérir, aucune perspective raisonnable de guérison, d'amélioration de l'état du patient ou de soulagement de sa souffrance, mais n'auraient pour objet que de retarder le moment du décès.

Sont admis, avec le consentement libre et éclairé du patient, les traitements nécessaires pour soulager les souffrances du patient en fin de vie et lui assurer un maximum de confort physique et moral, même si les traitements administrés peuvent avoir pour effet secondaire non recherché de hâter le moment du décès.

§ 2. Toutes les décisions graves relatives à un patient en fin de vie, notamment la mise en route, l'arrêt ou l'abstention d'un traitement, susceptibles d'abrèger la vie du patient, sont prises par le médecin ayant la charge du patient.

Deze arts kan alleen dan optreden wanneer de vooraf goed geïnformeerde patiënt vrij zijn toestemming heeft gegeven en nadat hij het advies heeft ingewonnen van de naasten, tenzij de patiënt zich daartegen verzet, en van iedere andere persoon die door de patiënt is aangewezen. Hij raadpleegt eveneens minstens één andere arts die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt en, in voorkomend geval, ook het verplegend of palliatief team dat de patiënt begeleidt.

Is de patiënt niet bij bewustzijn of verkeert hij in de onmogelijkheid om zijn wil te kennen te geven, dan houdt de arts die de patiënt behandelt, bovendien rekening met hetgeen de patiënt eventueel eerder te kennen heeft gegeven, met de mening van de naasten en van iedere andere persoon die vroeger door de patiënt is aangewezen. »

Een van de indieners stelt vast dat onduidelijkheid blijft bestaan over de juiste draagwijdte van het begrip «euthanasie». Hij verwijst naar de amendementen die door zijn fractie werden ingediend om dit begrip duidelijk te omlijnen.

Wat betreft het amendement nr. 58, dat nauw verband houdt met het amendement nr. 24, is iedereen het erover eens dat artsen alle nodige zorgen moeten toedienen, zoals wordt voorgesteld in het eerste lid. Er bestaat evenmin een meningsverschil over de plicht van medici om niet te vervallen in therapeutische hardnekkigheid die enkel het moment van het overlijden kan uitstellen indien er geen uitzicht op beter-schap bestaat.

Wel toegelaten daarentegen zijn medische handelingen die bedoeld zijn om de pijn te verlichten, die onrechtstreeks kunnen leiden tot het bespoedigen van de dood. In tegenstelling met hetgeen vorige sprekers hebben opgemerkt, is het lid van oordeel dat het intentioneel element in dit debat essentieel is. In het strafrecht is de opzet immers van groot belang.

De arts die beslissingen moet nemen bij het naderend levenseinde, moet dit kunnen doen binnen een juridisch kader. Daarbij is de vrijwillige en duidelijke toestemming van de patiënt vereist. Ook de mening van diens naasten en van andere derden kan worden gevraagd, tenzij de patiënt zich hiertegen verzet.

De andere indiener van het amendement nr. 58 verduidelijkt dat haar fractie amendementen heeft ingediend vanuit een brede optiek van medische handelingen bij het levenseinde.

Amendement nr. 61

De heer Vandenberghe dient een subamendement in op subsidiair amendement nr. 58 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen (stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 61). Het strekt ertoe het tweede lid van de voorgestelde § 1 te doen voorafgaan door de woorden «Tenzij de patiënt erom verzoekt».

Ce dernier ne peut agir qu'après avoir recueilli le consentement libre et éclairé du patient, ainsi que l'avis des proches, à moins que ce dernier ne s'y oppose, et de toute personne désignée par le patient. Il consulte également au moins un confrère spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient et, le cas échéant, l'équipe soignante ou l'équipe palliative qui entoure le patient.

Si le patient est inconscient ou dans l'impossibilité manifeste d'exprimer sa volonté, le médecin ayant la charge du patient, prend, en outre, en considération les indications éventuelles exprimées antérieurement par le patient, celles de ses proches et de toute personne désignée antérieurement par le patient. »

Un des auteurs de l'amendement constate que la portée exacte de la notion d'«euthanasie» reste imprécise. Il renvoie aux amendements déposés par son groupe et qui visent à cerner clairement cette notion.

En ce qui concerne l'amendement n° 58, qui est étroitement lié à l'amendement n° 24, tout le monde s'accorde à dire que, comme il est proposé à l'alinéa 1^{er}, les médecins sont tenus de prodiguer tous les soins nécessaires. Il n'y a pas davantage de divergence de vues quant au devoir qu'ont les médecins de s'abstenir de tout acharnement thérapeutique qui ne peut que retarder le moment du décès dès lors qu'il n'y a pas de perspective de guérison.

Sont en revanche admis les actes médicaux visant à alléger les souffrances du patient, qui peuvent avoir pour effet indirect de hâter le décès. Contrairement à ce qu'ont déclaré certains préopinants, l'intervenant estime que l'élément intentionnel est essentiel dans ce débat, puisque l'intention revêt une grande importance en droit pénal.

Le médecin qui doit prendre les décisions à l'approche de la fin de la vie doit pouvoir le faire dans un cadre juridique; il faut pour cela le consentement libre et explicite du patient. On peut également demander l'avis de ses proches et d'autres tiers, à moins que le patient ne s'y oppose.

L'autre auteur de l'amendement n° 58 précise que son groupe a déposé des amendements dans une large optique des soins médicaux en fin de vie.

Amendement n° 61

M. Vandenberghe dépose à l'amendement subsidiaire n° 58 de Mme Nyssens et M. Thissen un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 61), tendant à faire précéder l'alinéa 2 du § 1^{er} proposé par les mots «sauf demande contraire du patient;».

Stemmingen

De eerste zin van het eerste lid van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 24 van de heer Destexhe c.s., wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen.

Het eerste lid — met uitzondering van de eerste zin —, het tweede en het derde lid van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 24 van de heer Destexhe c.s., worden verworpen met 16 tegen 5 stemmen bij 7 onthoudingen.

Het vierde lid van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 24 van de heer Destexhe c.s., wordt verworpen met 23 tegen 5 stemmen.

Het eerste lid van de eerste paragraaf van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 58 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen, wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen.

Het tweede lid van de eerste paragraaf van het artikel 1^{quater} (nieuw) zoals voorgesteld door het amendement nr. 58 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen, wordt verworpen met 16 tegen 4 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het derde lid van de eerste paragraaf van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 58 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen, wordt verworpen met 17 tegen 4 stemmen bij 6 onthoudingen.

De tweede paragraaf van het artikel 1^{quater} (nieuw), zoals voorgesteld door het amendement nr. 58 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen, wordt verworpen met 17 tegen 4 stemmen bij 7 onthoudingen.

Het amendement nr. 61 van de heer Vandenberghe (subamendement op het amendement nr. 58) wordt verworpen met 16 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Artikel 2*Amendement nr. 26*

Mevrouw de T' Serclaes c.s. dienen een amendement in om artikel 2 te doen vervallen (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 26).

De hoofdindieners licht toe dat het in de globale visie van de ondertekenaars van het amendement wenselijker is de medische handeling die wordt bedoeld te verduidelijken in hetzelfde artikel als de voorwaarden die hiervoor worden gesteld. Spreekster verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij dit amendement. Mocht toch een definitie van de term «euthanasie» worden aangenomen, is het van het allergrootste belang dat wordt verduidelijkt dat enkel een arts kan overgaan tot levensbeëindigend hande-

Votes

La première phrase de l'alinéa 1^{er} de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 24 de M. Destexhe et consorts, est rejeté par 16 voix contre 12.

L'alinéa 1^{er}, à l'exception de la première phrase, et les alinéas 2 et 3 de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 24 de M. Destexhe et consorts, sont rejetés par 16 voix contre 5 et 7 abstentions.

L'alinéa 4 de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 24 de M. Destexhe et consorts, est rejeté par 23 voix contre 5.

L'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 58 de Mme Nyssens et M. Thissen, est rejeté par 16 voix contre 12.

L'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 58 de Mme Nyssens et M. Thissen, est rejeté par 16 voix contre 4 et 8 abstentions.

L'alinéa 3 du § 1^{er} de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 58 de Mme Nyssens et M. Thissen, est rejeté par 17 voix contre 4 et 6 abstentions.

Le § 2 de l'article 1^{er quater} (nouveau), proposé par l'amendement n° 58 de Mme Nyssens et M. Thissen, est rejeté par 17 voix contre 4 et 7 abstentions.

L'amendement n° 61 de M. Vandenberghe (sous-amendement à l'amendement n° 58) est rejeté par 16 voix contre 8 et 3 abstentions.

Article 2*Amendement n° 26*

Mme de T' Serclaes et consorts déposent un amendement visant à supprimer l'article 2 (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 26).

L'auteur principale précise que dans la vision globale des signataires de l'amendement, il serait préférable que l'acte médical que l'on vise soit défini avec précision dans le même article que celui où sont fixées les conditions de cet acte. L'intervenante renvoie à la justification écrite de cet amendement. Si, toutefois, une définition du terme «euthanasie» devait être retenue, il importerait avant tout de préciser que seul un médecin est habilité à procéder à un acte euthanasique. Il n'est question, dans la définition

len. De door voorliggend wetsvoorstel voorgestelde definitie spreekt enkel over een derde persoon.

Een lid herinnert eraan dat de verenigde commissies, bij de aanvang van de werkzaamheden inzake euthanasie, besloten hebben de definitie van het Bio-Ethisch Comité als uitgangspunt voor de discussie te nemen. Deze definitie wordt thans hernomen in artikel 2 van voorliggend wetsvoorstel. Dit uitgangspunt is belangrijk om de juiste politieke houding te kunnen aannemen. De voorwaarden, die elders in het wetsvoorstel werden opgenomen met betrekking tot de bestraffing van het levensbeëindigend handelen, bepalen overigens uitdrukkelijk dat enkel een arts euthanasie kan plegen. Het ganse wetsvoorstel is gebaseerd op de definitie van het bio-ethisch comité.

Een ander lid wijst erop dat uit de hoorzittingen is gebleken dat over de definitie, zoals voorgesteld door het Bio-Ethisch Comité, vele vragen open blijven. Sommige leden van de verenigde commissies kunnen zich erin vinden; andere niet. Het is derhalve iets te eenvoudig om deze definitie zomaar over te nemen in de wet, alsof ze ongecontesteerd is.

Een ander lid repliceert dat deze definitie afkomstig is van het bio-ethisch comité, dat een pluralistische samenstelling heeft.

De vorige spreekster zegt verheugd te zijn over het feit dat het Bio-Ethisch Comité een voorstel van definitie heeft gedaan, maar dat tevens rekening dient gehouden te worden met de debatten in de verenigde commissies naar aanleiding van de hoorzittingen.

Een lid merkt op dat de definitie, gegeven door het Bio-Ethisch Comité, geen wettelijke definitie is. Dit behoort overigens niet tot de opdracht van het comité. De door het comité gegeven definitie had tot doel om de eigen werkzaamheden af te lijnen. Men dient in de wetgeving echter ook rekening te houden met de hoorzittingen voor de verenigde commissies, met de maatschappelijke signalen, met talrijke documenten, enzovoort. Het louter overnemen van de definitie van het Bio-Ethisch Comité leidt enkel tot een grotere verwarring.

Mocht het amendement nr. 26, dat de schrapping van artikel 2 beoogt, niet worden aangenomen, dan dient hoe dan ook de door artikel 2 gegeven definitie te worden aangepast.

Een lid wijst erop dat reeds geruime tijd wordt gediscussieerd over de juiste draagwijdte van het begrip «euthanasie». Als wetgever heeft de Senaat ook een pedagogische taak, met name het klaar omschrijven van datgene wat zij beoogt, zeker nu een groot publiek dit thema heeft kunnen volgen door de openbare vergaderingen. Sommige interventies dragen evenwel bij tot het tegenovergestelde, en zaaien

proposée par la présente proposition de loi, que d'un tiers.

Un membre rappelle qu'au début des travaux sur l'euthanasie, les commissions réunies ont décidé de prendre comme base de discussion la définition du Comité consultatif de bioéthique. Cette définition figure actuellement à l'article 2 de la proposition à l'examen. Ce point de départ est capital pour pouvoir adopter l'attitude politique adéquate. Les conditions de la sanction de l'acte euthanasique, qui ont été insérées à d'autres endroits de la proposition, disposent par ailleurs expressément que seul un médecin peut pratiquer une euthanasie. La proposition de loi tout entière repose sur la définition du Comité consultatif de bioéthique.

Une autre membre souligne que les auditions ont montré que de nombreuses questions restaient en suspens à propos de la définition telle que proposée par le Comité consultatif de bioéthique. Certains membres des commissions réunies peuvent y trouver leur compte, d'autres non. Il est par conséquent un peu trop simple d'intégrer la définition telle quelle dans la loi, comme si elle ne souffrait aucune contestation.

Un autre membre réplique que cette définition émane du Comité consultatif de bioéthique, dont la composition est pluraliste.

L'intervenante précédente dit que si elle se réjouit du fait que le Comité consultatif de bioéthique ait fait une proposition de définition, il convient néanmoins aussi de tenir compte des débats qui se sont déroulés en commissions réunies à l'occasion des auditions.

Un membre fait remarquer que la définition donnée par le Comité consultatif de bioéthique ne revêt aucun caractère légal. Le Comité n'a d'ailleurs pas pour mission d'en proposer une. La définition donnée par le Comité avait pour objectif de délimiter les travaux proprement dits. L'on doit par ailleurs tenir compte dans la législation des auditions qui ont eu lieu en commissions réunies, des signaux qui sont lancés par la société, de nombreux documents, etc. Se contenter de reprendre la définition du Comité consultatif de bioéthique ne fera qu'augmenter la confusion.

Si l'amendement n° 26, qui vise à supprimer l'article 2, venait à ne pas être adopté, il faudrait en tout cas adapter la définition donnée à l'article 2.

Un membre souligne que cela fait longtemps que l'on discute de la portée exacte de la notion d'euthanasie. En tant que législateur, le Sénat a aussi une mission pédagogique, à savoir celle de définir clairement ses intentions, surtout qu'un large public a pu suivre l'évolution du débat sur ce thème du fait de la publicité des réunions. Certaines interventions produisent toutefois l'effet inverse et sèment davan-

meer verwarring dan ze duidelijkheid scheppen. Spreker is voorstander van het behoud van de definitie van het Bio-Ethisch Comité in de wet.

Voor een ander lid zijn de woorden «handeling» en «een andere dan de betrokkene» zeer vaag. Wat is de juiste draagwijdte van het woord «handeling»? Is het woord «behandeling» hier op zijn plaats? In de medische wetenschap is er een duidelijke stroming aanwezig die van oordeel is dat een euthanaserend optreden nooit onder de uitoefening van de geneeskunst kan vallen.

Ook de woorden «een andere dan de betrokkene» geeft een wel heel brede speelruimte.

Spreekster verwijst naar de amendementen die door haar fractie werden ingediend met betrekking tot de definitie.

Een lid staat volledig achter de definitie van het Bio-Ethisch Comité, waarvan specialisten terzake deel uitmaken, vaak van een verschillende gezindte. Als zij, vanuit verschillende achtergronden, erin slagen een duidelijke definitie te geven, heeft dit een grote betekenis.

Het voordeel van de definitie, zoals voorgesteld door artikel 2, is dat ze zeer kort is. De zorgvuldigheidsvereisten worden verder in de tekst behandeld. Uit de andere artikelen blijkt bijvoorbeeld dat met «een andere» een arts wordt bedoeld, zonder dat dit wordt opgenomen in de definitie.

Een ander lid repliceert dat het feit, dat enkele Belgische experts overeenstemming bereiken over een definitie die nergens anders in de wereld wordt gegeven, niet betekent dat men ze zomaar moet aanvaarden. De door het wetsvoorstel voorgestelde definitie zal in het buitenland niet worden aanvaard.

Wanneer een arts een patiënt een tablet in de mond steekt, valt deze volgens het lid onder het toepassingsveld van de wet, zoals omschreven door artikel 2. Wanneer de patiënt dit zélf doet, is dat niet het geval. De vraag is echter in hoeverre dit verschil verantwoord is.

De vorige spreekster meent dat men de deskundigheid van de leden van het Bio-Ethisch Comité niet mag verwarren met de werkzaamheden van de samenstellers van een woordenboek.

Een lid is van oordeel dat een definitie, vooropgesteld door het Bio-Ethisch Comité, een richtlijn en een hulpmiddel kan vormen voor het debat, maar dat men dit niet mag verwarren met het wetgevende werk dat geheel verschillend is. De wetgever moet verschillende omstandigheden voor ogen houden en precies aflijnen welke situatie hij bedoelt. De term «euthanasie» dekt echter zeer verschillende situaties. Dit moet vermeden worden. Het is dan ook van belang dat voor verschillende omstandigheden verschillende regelingen worden uitgewerkt.

tage la confusion qu'elles ne clarifient les choses. L'intervenant est partisan du maintien de la définition du Comité consultatif de bioéthique.

Une autre membre considère comme très vagues les termes «acte» et «un tiers». Quelle est la portée exacte du mot «acte»? Est-il utilisé à bon escient en l'occurrence? Dans le monde médical, d'aucuns adhèrent clairement à l'idée que l'acte euthanasique ne peut en aucun cas relever de l'art médical.

L'expression «un tiers» laisse elle aussi une très large marge de manœuvre.

L'intervenante renvoie aux amendements que son groupe politique a déposés à propos de la définition.

Un membre adhère entièrement à la définition du Comité consultatif de bioéthique, qui est composé de spécialistes en la matière appartenant souvent à des courants philosophiques différents. Le fait que ceux-ci parviennent, à partir de conceptions différentes, à donner une définition claire, revêt une grande importance.

La définition proposée à l'article 2 a le grand mérite d'être concise. Les critères de prudence sont traités plus loin dans le texte. Il appert par exemple des autres articles que l'on vise par les mots «un tiers» un médecin, sans qu'on le mentionne dans la définition.

Un autre membre réplique que le fait que quelques experts belges parviennent à se mettre d'accord sur une définition qui n'est donnée nulle part ailleurs au monde, ne signifie pas pour autant qu'il faille l'accepter telle quelle. La définition proposée par la proposition de loi ne sera pas acceptée à l'étranger.

Lorsqu'un médecin donne à un patient un comprimé à avaler, il tombe sous le coup de l'article 2 de la proposition de loi. Lorsque le patient prend lui-même le comprimé, il n'en est rien. Il convient de se demander jusqu'à quel point cette distinction est justifiée.

L'intervenante précédente estime qu'il faut se garder d'assimiler l'expertise des membres du Comité consultatif de bioéthique aux travaux effectués par les auteurs d'un dictionnaire.

Un membre estime qu'une définition, préconisée par le Comité consultatif de bioéthique, peut constituer, dans le cadre du débat, une directive et un outil, qu'il faut néanmoins se garder de confondre avec le travail législatif, dont la nature est tout autre. Le législateur doit garder diverses circonstances à l'esprit et définir avec précision la situation qu'il vise. Or, le terme «euthanasie» couvre des situations très différentes. C'est ce qu'il faut éviter. Il importe dès lors d'élaborer des règles différentes pour des circonstances différentes.

Een vorige interveniënt herhaalt dat het Bio-Ethisch Comité zijn definitie niet heeft willen opdringen aan de verenigde commissies. De senatoren zijn er dan ook niet door gebonden. De door het comité gehanteerde definitie werd enkel gehanteerd om zijn eigen werkzaamheden duidelijk af te bakenen. De Senaat dient zijn wetgevende verantwoordelijkheid op te nemen.

Een ander lid verklaart tegenstander te zijn van een te algemene definitie van de euthanasie, zoals voorgesteld wordt door het Bio-Ethisch Comité, maar pleit ervoor de medische handelingen, die worden beoogd, heel precies te omschrijven en te reglementeren. In het andere geval zal de wet op de euthanasie leiden tot grote problemen op het terrein en vele rechtszaken met zich meebrengen. Het voorstel tot schrapping van artikel 2 moet dan ook samengelezen worden met de voorstellen tot invoering van de artikelen 1bis tot 1quater. De aanneming van deze amendementen zou leiden tot een grotere duidelijkheid.

Amendement nr. 5

De heer Vankrunkelsven dient het volgende amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 5):

« Dit artikel aanvullen met een nieuw lid, luidende :

« Hulp bij zelfdoding wordt als volgt gedefinieerd: het opzettelijk behulpzaam zijn van een ander bij zelfdoding of hem de middelen daartoe verschaffen. »

De indiener vraagt de aandacht van de leden van de verenigde commissies voor de problematiek van de zelfdoding. Het zou een gemiste kans zijn mocht men een wetgeving omtrent de legalisering van de euthanasie goedkeuren, zonder dat deze problematiek daarbij aan bod zou komen. Hierover bestaat evenwel enige begripsverwarring.

Vooreerst wenst spreker de definitie van hulp bij zelfdoding weer te geven, in het kader van de euthanasie. Dit begrip kan in ruime zin worden opgevat. Een vraag van eender welke persoon die zelfmoord wenst te plegen en die daarbij, bijvoorbeeld, de hulp vraagt van een arts, kan onder deze definitie vallen. In het kader van deze discussie wenst de senator echter enkel die patiënten te viseren, die zich in identiek dezelfde omstandigheden bevinden als diegenen die in aanmerking komen voor de euthanasie, overeenkomstig het wetsvoorstel nr. 2-244, met name diegenen die ondraaglijk lijden en die, in de huidige kennis van de medische wetenschap, niet kunnen worden geholpen en die bovendien van mening zijn dat zijzelf het eigen leven moeten beëindigen, zonder dat zij een beroep doen op een arts die hier mogelijk een ethisch probleem mee zou hebben.

Un intervenant précédent répète que le Comité de bioéthique n'a pas voulu imposer sa définition aux commissions réunies. Les sénateurs ne sont dès lors pas tenus par cette définition. Si le Comité a utilisé cette définition, c'est uniquement pour délimiter clairement ses travaux. Le Sénat doit prendre ses responsabilités au niveau législatif.

Un autre membre se dit opposé à une définition trop générale de l'euthanasie telle que celle proposée par le Comité de bioéthique et prône que l'on définit et que l'on réglemente les actes médicaux de manière très précise. À défaut, la loi sur l'euthanasie engendrerait de gros problèmes sur le terrain et un important contentieux judiciaire. La proposition visant à supprimer l'article 2 doit donc être lue à la lumière des propositions visant à insérer les articles 1^{er}bis à 1^{er}quater. L'adoption de ces amendements permettrait de rendre les choses beaucoup plus claires.

Amendement n° 5

M. Vankrunkelsven dépose l'amendement suivant (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 5):

« Compléter cet article par un nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Par assistance au suicide, il y a lieu d'entendre le fait d'aider intentionnellement une personne à se suicider ou de lui en procurer les moyens. »

L'auteur attire l'attention des membres des commissions réunies sur la problématique de l'assistance au suicide. Ce serait perdre une occasion que d'adopter une législation légalisant l'euthanasie sans tenir compte de cette problématique. L'on confond toutefois quelque peu certaines notions.

L'intervenant souhaite tout d'abord que l'on définit l'assistance au suicide dans la proposition relative à l'euthanasie. On peut en donner une définition large. Le cas où une personne souhaite mettre fin à ses jours et demande par exemple à un médecin de l'aider peut tomber sous cette définition. Dans le cadre de la discussion en cours, l'intervenant ne veut cependant parler que des patients qui se trouvent exactement dans les mêmes conditions que celles pour lesquelles l'euthanasie est autorisée selon la proposition de loi n° 2-244, à savoir les personnes qui subissent des souffrances insupportables, auxquelles il n'est pas possible de venir en aide dans l'état actuel des connaissances médicales et qui estiment devoir mettre fin elles-mêmes à leurs jours, sans l'intervention d'un médecin auquel une demande d'euthanasie pourrait poser un problème éthique.

Ongeveer 40% van de patiënten die overlijden worden, op de ene of de andere manier, geconfronteerd met een medische handeling op het einde van hun leven. Deze medische handelingen zijn onder te brengen in twee groepen: enerzijds de medische handelingen die de pijn verzachten of een behandeling staken (ongeveer 35%), en anderzijds het toedienen van letale middelen die daadwerkelijk de dood als gevolg hebben (de overige 5%).

Deze laatste groep valt op zijn beurt uiteen in drie delen: de euthanasie (de arts dient actief het middel toe), de hulp bij zelfdoding (de arts stelt het middel ter beschikking maar dient het niet zélf toe) en het toedienen van letale middelen zonder de vraag van de patiënt. Uiteraard kan men dit laatste nooit aanvaarden. De overige twee subgroepen — euthanasie en hulp bij zelfdoding — moeten echter samen worden behandeld en besproken.

Ook in andere landen worden beide problematieken samen behandeld: in het gedoogbeleid, dat sedert 1984 bestaat in Nederland, werd steeds de hulp bij zelfdoding betrokken. Ook nu, naar aanleiding van de bespreking van een nieuwe wetgeving, worden beide samen behandeld. Dit is eveneens het geval bij de bespreking van een parlementair initiatief in Zwitserland (de zogenaamde «motion-Ruffi»). Als laatste voorbeeld verwijst spreker naar de situatie in de Verenigde Staten, waar één Staat de hulp bij zelfdoding reeds heeft gereguleerd, maar waar de discussie volop woedt in de andere Staten en in de medische wereld. Het begrip «euthanasie» wordt daar vrijwel niet gebruikt.

De Liga voor de rechten van de mens is van oordeel dat, wat de Nederlandse wetgeving betreft, de hulp bij zelfdoding van patiënten die ondraaglijk lijden als een vorm van euthanasie kan worden beschouwd.

Bovendien verwijst spreker naar de initiële wetsvoorstellen, die door elk van de mede-indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 werden ingediend bij de aanvang van deze legislatuur. Verschillende van deze voorstellen behandelen ook de hulp bij zelfdoding, in tegenstelling tot voorliggend wetsvoorstel.

In vrijwel alle medische artikelen en tijdschriften worden euthanasie en hulp bij zelfdoding in één adem behandeld. Vaak liggen de definities zelfs heel dicht bij mekaar. Volgens een welbepaalde definitie is het zelfs zo dat, wanneer de patiënt de wil had om zélf het middel in te nemen, maar dit niet kon wegens zijn medische toestand, zulks wordt beschouwd als hulp bij zelfdoding.

Tenslotte verwijst spreker naar een bijdrage van professor Maurice Adams in het juli-nummer van *Ethische Perspectieven* (KULeuven), waarin hij opmerkt dat het heel bijzonder is dat in een nieuwe wet

Quelque 40% des patients en fin de vie sont confrontés d'une manière ou d'une autre à un acte médical. Les actes médicaux peuvent être classés en deux catégories, à savoir celle des actes médicaux visant à atténuer la douleur ou à suspendre un traitement (environ 35 % des cas) et celle des actes médicaux consistant à administrer des substances létales entraînant effectivement la mort (les 5 % restants).

La deuxième catégorie couvre trois sous-catégories, à savoir celle de l'euthanasie (le médecin administre lui-même un médicament), celle de l'assistance au suicide (le médecin fournit le médicament mais ne l'administre pas lui-même) et celle de l'administration de substances létales au patient sans demande de sa part, chose qui est évidemment inadmissible. Les deux autres sous-groupes — euthanasie et assistance au suicide — doivent toutefois être examinés et discutés conjointement.

D'autres pays joignent également ces deux questions: l'assistance au suicide a toujours été associée à la politique de tolérance menée aux Pays-Bas depuis 1984. Dans le cadre de la discussion actuelle relative à une nouvelle législation, les deux questions sont également examinées conjointement. C'est d'ailleurs aussi comme cela que les choses se passent actuellement dans le cadre de la discussion de la «motion Ruffi», une initiative parlementaire suisse. L'intervenant cite enfin l'exemple des États-Unis où un État a déjà réglementé l'assistance au suicide, alors que la discussion bat son plein dans les autres États et dans le monde médical. La notion d'«euthanasie» n'y est toutefois quasiment pas utilisée.

S'agissant de la législation néerlandaise, la Ligue des droits de l'homme estime que l'assistance au suicide fournie à des patients confrontés à une souffrance insupportable peut être considérée comme une forme d'euthanasie.

L'intervenant renvoie en outre aux propositions de loi initiales qui ont été déposées au début de la présente législature par chacun des coauteurs de la proposition de loi n° 2-244/1. Plusieurs de ces propositions traitent également de l'assistance au suicide, contrairement à la proposition de loi à l'examen qui reste muette à ce sujet.

La plupart des articles médicaux et des revues spécialisées associent étroitement l'euthanasie et l'assistance au suicide. Les définitions de ces notions sont même souvent fort proches. Il y a même une définition selon laquelle l'acte consistant à administrer à un patient un médicament qu'il voulait prendre sans y arriver en raison de son état de santé, relève de l'assistance au suicide.

L'intervenant fait enfin référence à un article paru dans le numéro de juillet de la revue «*Ethische Perspectieven*» (KULeuven) dont l'auteur, le professeur Maurice Adams, dit trouver très curieux que la

wel euthanasie, maar niet de hulp bij zelfdoding wordt geregeld. Professor Adams merkt zelfs op dat dit gebrek buitengewoon opmerkelijk is: het heeft geen zin om het «meerdere» te regelen zonder het «mindere» te reglementeren.

Hulp bij zelfdoding op zich wordt thans niet strafrechtelijk als een misdrijf omschreven feit beschouwd, maar kan wel gekwalificeerd worden als het niet-toedienen van hulp aan een persoon in gevaar.

Concluderend stelt spreker, dat beide aangelegenheden samen in één wet dienen geregeld te worden. Men zou zich immers op het internationale forum belachelijk maken mocht dit niet gebeuren, vermits elders beide zaken ook samen worden behandeld. Meer fundamenteel is het feit dat de arts, die hulp biedt bij zelfdoding, strafrechtelijk kan worden veroordeeld, ongeacht of hij de zorgvuldigheidsvereisten die elders in de wet worden opgesomd zou hebben gerespecteerd. Het is aanbevelingswaardig dat, wanneer deze zorgvuldigheidsvereisten zouden worden in acht genomen, er geen sprake is van een strafrechtelijk misdrijf.

Een lid meldt dat amendement nr. 5 de dubbelzinnigheid van het debat perfect aantoot.

Zij denkt dat euthanasie buiten de terminale fase in feite neerkomt op hulp bij zelfdoding.

Het feit dat euthanasie in een afzonderlijk artikel moet worden gedefinieerd, bemoeilijkt de zaak alleen maar.

In de Nederlandse wet wordt het concept euthanasie als zelfdoding niet gedefinieerd en niet gebruikt. In elk artikel wordt de desbetreffende handeling afzonderlijk gedefinieerd.

Spreekster verwijst bovendien naar de hoorzitting met professor Dalcq, die duidelijk heeft verklaard dat zelfmoord volgens ons strafrecht niet strafbaar is.

Het verzuim om hulp te bieden aan een persoon in gevaar is wel degelijk een misdrijf, maar als zodanig is de daad van deelneming die erin bestaat iemand te helpen om zichzelf te doden niet strafrechtelijk vervolgbaar, aangezien zelfmoord dat ook niet is.

In andere landen is deze handeling wel in het Strafwetboek opgenomen.

We hebben er dus alle belang bij om in één wet geen verarring te creëren tussen de ultieme of uitzonderlijke handeling bij het levenseinde en een handeling die is ingegeven door een hele andere logica, waar een persoon die niet in de terminale fase is een einde wil maken aan zijn leven of daarbij geholpen wil worden.

Een ander lid meent ook dat het beter was geweest euthanasie als zodanig niet te definiëren, omdat een definitie alleen maar beperkend en verwarrend kan werken.

nouvelle loi règle la question de l'euthanasie sans régler celle de l'assistance au suicide. Il trouve même que cette lacune revêt un caractère exceptionnel: une réglementation qui n'applique pas le principe du «qui peut le plus peut le moins» n'a aucun sens.

Sur le plan pénal, l'assistance au suicide n'est pas considérée actuellement en soi comme un crime. Elle peut toutefois être qualifiée de non-assistance à personne en danger.

En conclusion, l'intervenant déclare qu'il convient de régler ces deux questions ensemble, dans une même loi. En ne le faisant pas, l'on se ridiculiserait sur la scène internationale dans la mesure où ces deux questions sont traitées conjointement dans les autres pays. La fait que le médecin qui fournit une assistance au suicide est passible d'une condamnation pénale, qu'il ait ou non respecté les critères de prudence définis ailleurs dans la loi, constitue un problème plus fondamental. Il convient de prévoir que le médecin qui a respecté ces critères de prudence ne commet pas un crime au sens pénal.

Une membre déclare que l'amendement n° 5 montre bien l'ambiguïté du débat.

Elle pense que l'euthanasie, si elle n'est pas réservée à la phase terminale, relève d'une autre logique, qui est celle du suicide assisté.

Le fait de devoir se pencher sur la définition de l'euthanasie dans un article particulier rend les choses encore plus complexes.

La loi hollandaise, par exemple, ne définit pas la notion d'euthanasie comme telle. Elle ne l'utilise d'ailleurs même pas. Elle définit dans un article particulier l'acte qu'elle vise.

L'intervenante renvoie en outre à l'audition du professeur Dalcq, qui a bien expliqué que, dans notre droit pénal, le suicide n'est pas incriminé.

Le délit de non-assistance à personne en danger existe bien sûr, mais en tant que tel, l'acte de participation, qui vise à aider quelqu'un à se suicider, n'est pas susceptible de sanction pénale, puisque le suicide lui-même ne l'est pas.

Dans d'autres pays, cet acte est incriminé dans le Code pénal.

On a donc intérêt à ne pas mêler, dans une même législation, ce qui relève d'un acte ultime ou exceptionnel en fin de vie, de ce qui relève d'une toute autre logique où, en conscience, une personne qui n'est pas en phase terminale veut mettre fin à ses jours, ou être aidée pour le faire.

Un autre membre estime lui aussi qu'il eût été plus sage de ne pas définir l'euthanasie comme telle, parce que cela ne peut qu'être restrictif et prêter à confusion.

De hulp bij zelfdoding vormt een moeilijk probleem. Het zou hier gaan om medische hulp bij zelfdoding.

In tegenstelling tot wat eerder is gezegd, hebben bepaalde landen wetten over hulp bij zelfdoding en niet over euthanasie en vice versa.

Spreker kan het dus niet eens zijn met de voorgestelde keuzen.

Een lid antwoordt dat zij behalve de Staat Oregon geen enkel land kent met een wetgeving over hulp bij zelfdoding.

In België is inderdaad niet voorzien in een specifieke bepaling inzake hulp bij zelfdoding, maar daaruit kan men niet afleiden dat dit toegestaan is.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding vormen twee verschillende problemen. Spreekster vindt het niet wenselijk om zonder enige voorbereiding of reflectie in een wet over euthanasie een gedeelte over hulp bij zelfdoding in te lassen.

Zij wil dat aan beide onderwerpen ten minste een afzonderlijk debat wordt gewijd.

Zij vraagt zich ook af of de voorliggende teksten, die zeer verregaand zijn, wel compatibel zijn met de internationale principes van de medische ethiek. Zo is op de conferentie van Marbella uitdrukkelijk gezegd dat een arts die hulp biedt na een mislukte zelfmoordpoging handelt in het kader van de bijstand die verschuldigd is aan een persoon in gevaar.

Een ander lid zegt zich te storen aan een aantal veralgemeningen die werden geuit door de indiener van het amendement nr. 5. Er is immers slechts één Staat waar een regeling werd uitgewerkt. Die regeling wordt vanuit de breed maatschappelijke en vanuit juridische hoek fel gecontesteerd.

Het lid deelt geenszins de mening dat België achterlijk zou zijn omdat hier nog geen regeling werd uitgewerkt over de hulp bij zelfdoding. Integendeel: België zal in negatieve zin opvallen door de vooropgestelde wetgeving inzake euthanasie. De hulp bij zelfdoding verschilt compleet van de euthanasie, omdat het recht op de eigen dood juridisch zou worden erkend.

In het algemeen dreigt het amendement nr. 5 de begripsverwarring over de draagwijdte van het woord «euthanasie» slechts groter te maken dan ze al is.

De indiener van het amendement nr. 5 repliceert op de opmerking van een vorige spreker dat euthanasie, evenmin als de hulp bij zelfdoding, niet uitdrukkelijk strafbaar wordt gesteld, doch als moord of doodslag wordt beschouwd. Artikel 422*bis* van het Strafwetboek spreekt over schuldig verzuim, wegens het niet verlenen van hulp aan een persoon in groot gevaar.

Quant à l'assistance au suicide, il s'agit d'un problème très difficile. Il s'agirait ici d'un suicide médicalement assisté.

Contrairement à ce qui a été dit, certains pays ont une législation sur le suicide assisté et pas sur la problématique de l'euthanasie, ou l'inverse.

L'intervenant ne peut donc suivre la voie qui est proposée.

Une membre réplique que, mis à part l'État d'Oregon, elle ne voit pas quel autre pays aurait légiféré sur le suicide assisté.

En Belgique, il n'y a effectivement pas de disposition spécifique visant le suicide assisté, mais on ne peut en conclure pour autant qu'il soit autorisé.

L'euthanasie et le suicide assisté sont deux problèmes différents. L'intervenante estime inopportun d'insérer, sans autre préparation ni réflexion, dans une législation sur l'euthanasie, un volet relatif au suicide assisté.

Elle souhaite, à tout le moins, une discussion distincte pour chacun de ces deux sujets.

Elle attire aussi l'attention sur le problème de la compatibilité des textes qui seront votés, et qui sont très audacieux, avec les principes de l'éthique médicale au niveau international. Ainsi, lors de la conférence de Marbella, il a été dit que le médecin qui intervient après un suicide manqué agit dans le cadre de l'assistance due à une personne en danger.

Un autre membre se dit contrarié par un certain nombre de généralisations exprimées par l'auteur de l'amendement n° 5. Il n'y a, en effet, qu'un seul État où une réglementation ait été élaborée. Et cette réglementation est contestée tant par une grande partie de la société que par les milieux juridiques.

L'intervenant ne partage absolument pas l'opinion selon laquelle la Belgique serait attardée parce qu'aucune réglementation sur l'assistance au suicide n'y a encore été adoptée. C'est au contraire dans le mauvais sens que la Belgique se distinguera par la législation proposée en matière d'euthanasie. L'aide au suicide diffère fondamentalement de l'euthanasie, parce que le droit de se donner la mort serait juridiquement reconnu.

D'une manière générale, l'amendement n° 5 risque de ne faire qu'accroître la confusion qui existe déjà quant à la portée rationnelle du terme «euthanasie».

L'auteur de l'amendement n° 5 réplique à la remarque d'un intervenant précédent que l'euthanasie n'est pas, non plus que l'assistance au suicide, explicitement rendue punissable, mais qu'elle est considérée comme un meurtre ou un homicide. L'article 422*bis* du Code pénal parle d'abstention coupable pour n'avoir pas procuré une aide à une personne exposée à

Op basis hiervan kunnen mensen die hulp bij zelfdoding bieden worden gestraft.

Vervolgens wijst spreker op de algemene filosofie van voorliggend wetsvoorstel. Euthanasie wordt op zich niet aanvaard en blijft strafbaar. Het wordt slechts aanvaard wanneer alle voorwaarden, die worden opgesomd in het voorstel, zijn vervuld.

Het amendement nr. 5 heeft tot doel exact dezelfde situatie te creëren voor de medische hulp bij zelfdoding, die principieel strafbaar en onaanvaardbaar blijft — het is wellicht beter dit dan ook expliciet in het Strafwetboek op te nemen —, maar wel toelaatbaar is wanneer aan dezelfde zorgvuldigheidsvereisten wordt voldaan.

Spreker beweert gezinszins dat in alle Staten van de VS de hulp bij zelfdoding toegelaten is, maar wel dat het debat hierover thans over het ganse land wordt gevoerd.

Een lid meent dat de vorige spreker professor Adams slecht citeert. Professor Adams zegt dat de vraag moet worden onderzocht of hulp bij zelfdoding niet tezamen met de euthanasie dient te worden geregeld. Daarmee beweert de professor niet dat hulp bij zelfdoding moet gelegaliseerd worden.

Vanuit juridisch oogpunt bekeken, is het zo dat voor hulp bij zelfdoding de strafbare deelneming, zoals geregeld in Boek I van het Strafwetboek, niet kan spelen omdat de zelfdoding geen strafrechtelijk misdrijf is. Ook deelname aan zelfmoord is derhalve niet strafbaar. Fundamenteel anders is het met de doodslag, hetgeen wel degelijk een misdrijf is. Ook de euthanasie valt hieronder. Het is dan ook compleet onjuist om euthanasie en hulp bij zelfdoding te benaderen vanuit dezelfde juridische invalshoek.

Ten tweede, heeft de fractie van het lid steeds vooropgesteld dat de vragen omtrent het levenseinde in een breed perspectief dienden behandeld te worden. Dit was ook de benadering van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek.

De meerderheid van de gevallen van medische besluitvorming inzake het naderend levenseinde hebben noch met euthanasie, noch met hulp bij zelfdoding te maken. Voor deze globale problematiek diende een wettelijk kader te worden uitgewerkt, met inbegrip van de patiëntenrechten in deze situatie. Deze brede aanpak wordt — jammer genoeg — thans verworpen omdat men een wet op de euthanasie wil maken, hetgeen een zeer specifiek punt is.

Mocht men integendeel een breed wettelijk kader hebben willen creëren, dan zou daarin de hulp bij zelfdoding inderdaad moeten opgenomen zijn, doch vanuit de principiële benadering dat zulks onaanvaardbaar is.

De discussie, die thans wordt gevoerd, leidt slechts tot meer verwarring omdat begrippen door mekaar

un péril grave. C'est sur cette base que ceux qui accordent une assistance au suicide peuvent être punis.

L'intervenant se réfère ensuite à la philosophie générale de la proposition de loi en discussion. L'euthanasie n'est pas acceptée en soi et elle reste punissable. Elle n'est acceptée que si toutes les conditions énumérées dans la proposition sont réunies.

L'amendement n° 5 vise à créer exactement la même situation pour l'assistance médicale au suicide, laquelle reste en principe punissable et inacceptable — et sans doute serait-il dès lors préférable de la mentionner explicitement dans le Code pénal —, mais est admissible si l'on se conforme aux mêmes critères de prudence.

L'intervenant ne prétend nullement que l'aide au suicide soit autorisée dans tous les États des États-Unis, mais bien qu'elle fait l'objet d'un débat dans l'ensemble du pays.

Selon un commissaire, le préopinant déforme les paroles du professeur Adams. Celui-ci dit qu'il faut examiner la question de savoir si l'assistance au suicide ne doit pas être réglementée en même temps que l'euthanasie. Il ne prétend pas pour autant qu'il faille légaliser l'assistance au suicide.

Du point de vue juridique, la participation criminelle telle qu'elle est réglée au livre I^{er} du Code pénal ne peut être invoquée pour l'assistance au suicide, parce que le suicide n'est pas une infraction pénale. La participation au suicide n'est donc pas non plus punissable. Il en va tout à fait différemment de l'homicide, qui est bel et bien un délit. L'euthanasie en relève également. Il est donc tout à fait incorrect d'aborder l'euthanasie et l'assistance au suicide sous le même angle juridique.

Deuxièmement, le groupe de l'intervenant a toujours préconisé d'examiner les questions relatives à la fin de vie dans une large perspective. Telle a été également l'approche du Comité consultatif de bioéthique.

La plupart des cas de décisions médicales relatives à l'approche de la mort n'ont rien à voir ni avec l'euthanasie, ni avec l'assistance au suicide. Pour cette problématique globale, il aurait fallu développer un cadre légal, incluant les droits des patients qui se trouvent dans cette situation. Cette large approche est malheureusement aujourd'hui rejetée parce que l'on veut faire une loi sur l'euthanasie, ce qui constitue un point très spécifique.

Si, au contraire, on avait voulu créer un cadre légal large, celui-ci aurait effectivement dû inclure l'assistance au suicide, mais en partant du principe qu'elle est inacceptable.

La discussion menée actuellement ne fait qu'accroître la confusion, parce qu'on amalgame des notions

worden gebruikt. In artikel 2 van voorliggend voorstel wordt een definitie gegeven van de euthanasie, maar verderop blijkt dat zowel de terminale als de niet-terminale patiënten worden beoogd. Volgens het lid heeft euthanasie echter enkel betrekking op terminale patiënten.

Tenslotte merkt spreker op dat, in de USA, enkel de Staat Oregon de hulp bij zelfdoding heeft geregeld. In alle andere Staten — 50 van de 51 — blijft dit verboden. Naar aanleiding van de presidentsverkiezingen van november 2000 werd in de Staat Maine een referendum gehouden, waarbij de hulp bij zelfdoding werd verworpen. Het Amerikaanse Huis van afgevaardigden heeft de wetgeving van Oregon inzake de hulp bij zelfdoding «overruled» op grond van de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid en de Staten. Deze «bill» wordt thans besproken in de Amerikaanse Senaat, die hierover eerstdaags uitspraak doet. Men mag derhalve niet de indruk wekken dat in de Verenigde Staten de discussie evolueert in de richting van de toelaatbaarheid van de hulp bij zelfdoding.

De indiener van het amendement nr. 5 repliceert dat het maatschappelijk debat over de hulp bij zelfdoding in Amerika op dezelfde wijze wordt gevoerd als wat in België aan de gang is inzake euthanasie.

Wat de juridische benadering van de vorige spreker betreft, stelt spreker dat in de verenigde commissies elkeen, als lid van de wetgevende macht, evenveel recht van spreken heeft. Gelukkig tellen niet enkel juridische argumenten mee.

Met betrekking tot de analyse van professor Adams, verwijst spreker naar de tekst van diens hand, waarin hij uitdrukkelijk zegt dat, zijns inziens, de hulp bij zelfdoding wettelijk moet worden geregeld.

De vorige spreker ontkent dit niet, maar wijst erop dat professor Adams, net zoals de fractie van het lid, voorstander is van een algemene juridische regeling van de medische beslissingen bij het naderend levenseinde, onder meer op het vlak van hulp bij zelfdoding. Voorliggend wetsvoorstel betreft daarentegen enkel de problematiek van de euthanasie. Bovendien is professor Adams geenszins een voorstander van een aanvaarding van de hulp bij zelfdoding onder de voorwaarden die worden omschreven in het amendement nr. 5.

Een lid merkt op dat de discussies die tot nu toe al gevoerd zijn over euthanasie, duidelijk aantonen hoe moeilijk het is om het probleem af te bakenen, een juiste situatie te vinden en alle situaties die zich zouden kunnen voordoen, te beschouwen.

Hoewel niet iedereen deze mening deelt, betreft euthanasie enkel de terminale fase. Bij geassisteerde zelfmoord gaat het duidelijk om iets anders.

différentes. L'article 2 de la proposition présentée donne une définition de l'euthanasie, mais ensuite il apparaît qu'elle vise les patients en phase terminale et ceux qui ne le sont pas. Or, selon l'intervenant, l'euthanasie ne concerne que les patients en phase terminale.

Enfin, il fait remarquer qu'aux États-Unis, seul l'État d'Oregon a réglementé l'assistance au suicide. Dans tous les autres États — 50 sur 51 — elle reste interdite. À l'occasion des élections présidentielles de novembre 2000, un référendum organisé dans l'État du Maine a conduit au rejet de l'assistance au suicide. La Chambre des représentants américaine a «rapporté» la législation de l'Oregon concernant l'assistance au suicide sur la base de la répartition des compétences entre l'autorité fédérale et les États. Cette «proposition de loi» est actuellement en discussion au Sénat américain, lequel se prononcera sous peu à ce sujet. On ne peut donc pas donner l'impression qu'aux États-Unis, la discussion évolue dans le sens de l'admissibilité de l'assistance au suicide.

L'auteur de l'amendement n° 5 réplique que le débat de société sur l'assistance au suicide aux États-Unis est mené de la même manière que la question de l'euthanasie en Belgique.

En ce qui concerne l'approche juridique du préopinant, l'intervenant déclare qu'au sein des commissions réunies, chacun, en tant que membre du pouvoir législatif, jouit du même droit de parole. Il n'y a heureusement pas que les arguments juridiques qui comptent.

S'agissant de l'analyse du professeur Adams, l'intervenant renvoie au texte écrit par ce dernier, dans lequel il dit explicitement qu'à son avis, l'assistance au suicide doit être réglementée par la loi.

Le préopinant ne le conteste pas, mais souligne que le professeur Adams, tout comme le groupe du membre, est partisan d'une réglementation juridique générale des décisions médicales relatives à l'approche de la mort, notamment en ce qui concerne l'assistance au suicide. La proposition de loi en discussion, par contre, ne concerne que la problématique de l'euthanasie. De plus, le professeur Adams n'est absolument pas partisan de l'admission de l'assistance au suicide aux conditions définies par l'amendement n° 5.

Un membre remarque que toutes les discussions qui ont déjà eu lieu à propos de l'euthanasie montrent bien la difficulté qu'il y a à cerner le problème, à trouver une situation correcte, et à rencontrer toutes les situations susceptibles de se présenter.

L'euthanasie concerne — bien que certains ne soient pas de cet avis — la phase terminale. Avec le suicide assisté, il s'agit clairement d'autre chose.

Tijdens de discussie over euthanasie is ook het belang van palliatieve zorgverlening benadrukt.

Wat geassisteerde zelfmoord betreft zijn we niet aan conclusies toegekomen. Dit thema vraagt een even grondige bestudering als euthanasie.

Spreeker wenst dit probleem apart te bespreken om verwarring te vermijden.

Een ander lid meent dat de standpunten die vorige sprekers naar voor brachten niet zo tegengesteld zijn als zij zelf denken.

De ene wil euthanasie beperken tot de terminale fase terwijl de andere een nieuw hoofdstuk over geassisteerde zelfmoord wil toevoegen, iets wat verschilt van de terminale fase.

Het onderscheid dat de indiener van het amendement maakt wordt ook in Nederland in de statistieken gebruikt. Het cijfer van 0,7% betreft geassisteerde zelfmoord. Dit werd bevestigd in een artikel van professor Englert.

Spreeker meent dus dat er een zekere samenhang is in het standpunt van de indiener van amendement nr. 5.

Een ander lid benadrukt dat het onderscheid tussen euthanasie en geassisteerde zelfmoord niets te maken heeft met de toestand van de zieke, noch met zijn situatie ten opzichte van de dood.

Het is trouwens altijd erg moeilijk te bepalen hoe lang een patiënt nog zal leven.

Het onderscheid heeft veeleer te maken met de houding die de dokter aanneemt ten opzichte van het verzoek.

Sommigen menen dat alles wat niet te maken heeft met de terminale fase neerkomt op geassisteerde zelfmoord.

Spreeker deelt deze stelling niet. Volgens hem betreft euthanasie patiënten die zich in een terminale fase bevinden of patiënten die ondraaglijk lijden door een ongeneeslijke ziekte en van wie de dokter meent dat zij niet op korte termijn zullen overlijden.

Op juridisch vlak zijn de standpunten over geassisteerde zelfmoord erg uiteenlopend.

Sommigen zeggen dat hulp bij zelfdoding geen misdrijf kan zijn omdat zelfdoding ook geen misdrijf is.

In onze samenleving wordt het recht op zelfdoding niet ontkend, hoewel er in de wereld wel wetgevingen bestaan die zelfmoord bestraffen.

Spreeker kan een dergelijke opvatting niet delen.

La discussion autour de l'euthanasie a aussi permis de mettre en évidence l'importance des soins palliatifs.

En ce qui concerne le suicide assisté, on n'est pas allé au bout de la discussion. Ce thème demande un examen tout aussi approfondi que celui de l'euthanasie.

L'intervenant plaide pour que l'on traite séparément de ce problème, afin d'éviter des confusions.

Un autre membre estime que les positions défendues par de précédents orateurs ne sont pas aussi opposées qu'ils semblent le croire.

En effet, l'un semble vouloir réserver l'euthanasie à la phase terminale, alors que l'autre veut ajouter un nouveau chapitre sur le suicide assisté, ce qui est différent de la phase terminale.

Aux Pays-Bas, dans les statistiques, on opère la distinction faite par l'auteur de l'amendement, où le chiffre de 0,7% concerne le suicide assisté. Cela a été confirmé dans un article écrit par le professeur Englert.

L'intervenant estime donc qu'il y a une certaine cohérence dans la position défendue par l'auteur de l'amendement n° 5.

Un autre membre souligne que la distinction entre euthanasie et suicide assisté n'est pas liée à l'état du malade ni, lui semble-t-il, à sa situation par rapport à la mort.

Le temps qui reste à un patient est d'ailleurs toujours très compliqué à déterminer.

La distinction est plutôt liée à l'attitude que peut prendre le médecin par rapport à la demande formulée.

Certains considèrent que tout ce qui ne concerne pas la phase terminale relève du suicide assisté.

L'intervenant ne partage pas cette thèse. Pour lui, l'euthanasie concerne des patients qui se trouvent en phase terminale, ou qui souffrent d'une maladie incurable entraînant des souffrances insupportables et dont le médecin estime que la mort ne surviendra pas dans un délai rapproché.

Sur le plan juridique, les points de vue que l'on entend à propos du suicide assisté sont assez variés.

Certains disent que l'aide au suicide ne peut pas être un délit, puisque le suicide n'en est pas un.

En effet, le droit au suicide ne paraît pas être remis sérieusement en question dans notre société, encore qu'il existe des législations dans le monde qui punissent le suicide.

L'intervenant ne peut s'accorder avec une telle conception des choses.

Hij verwijst naar een boek dat tien jaar geleden is verschenen met als titel *Zelfmoord, gebruiksaanwijzing*. Hij was erg geschokt door dit boek.

Hulp bij zelfdoding is volgens hem een soort onderbreking van de begeleiding van de patiënt. Een dergelijke houding verschilt ook van een houding waarbij men op een concrete manier tot op het einde zijn verantwoordelijkheden opneemt.

Volgens hem moet er in ieder geval grondig worden nagedacht over geassisteerde zelfmoord.

Spreker antwoordt op het argument dat sommigen hebben aangehaald als zou het niet nodig zijn een definitie van euthanasie te geven. Hij verwijst hiervoor naar wat een aanhanger van dit standpunt zei tijdens de hoorzitting van professor Vincent: «Wanneer we het over euthanasie hebben, moeten we weten waarover we praten. Mij lijkt de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek duidelijk, want daarin wordt uitgelegd wat euthanasie inhoudt en omgekeerd wat ze niet inhoudt.»

Meestal zorgt een definitie ervoor dat de zaken wat duidelijker worden.

Uit de suggestie om aan dit wetsvoorstel een gedeelte over geassisteerde zelfmoord toe te voegen — een thema dat nu niet wordt behandeld — blijkt duidelijk het verschil tussen beide begrippen.

Ten slotte verwijst spreker naar een artikel uit de *Massachusetts Medical Society* dat betrekking heeft op de toestand in Nederland, meer bepaald in Rotterdam.

Dit artikel toont duidelijk aan dat er makkelijk een onderscheid kan worden gemaakt tussen euthanasie en medische hulp bij zelfdoding of hulp bij zelfdoding.

Een lid verduidelijkt dat zij nooit heeft beweerd dat euthanasie niet gedefinieerd moest worden, maar dat zij het niet nodig acht een definitie op te nemen in een specifiek artikel.

Toch gaat spreekster ermee akkoord dat in artikel 3 wordt bepaald om welke daad het gaat (een daad gesteld door een dokter, in tegenstelling tot andere daden).

Spreekster vraagt trouwens aan de vorige spreker welk ethisch en semantisch onderscheid hij maakt tussen het feit dat een dokter een persoon die hem daarom vraagt de middelen verschaft om een einde te maken aan diens leven, en het feit dat een dokter zelf een einde maakt aan dat leven.

Het lid aan wie deze vraag wordt gesteld, antwoordt dat de begeleiding door de arts en de verantwoordelijkheid van de arts hier het fundamentele onderscheid uitmaken.

Een ander lid onderschrijft de stelling, dat het verschil tussen hulp bij zelfdoding en medische begelei-

Il se réfère à la parution, voici presque dix ans, d'un livre intitulé *Suicide, mode d'emploi*, qui l'avait frappé de manière particulièrement négative.

L'aide au suicide représente, à ses yeux, une forme de rupture de l'accompagnement du patient, et une attitude différente de celle où chacun assume, concrètement et jusqu'au bout, toutes ses responsabilités.

Il lui semble en tout cas que la réflexion sur le suicide assisté doit être approfondie.

En ce qui concerne l'argument avancé par certains, selon lequel il ne faudrait pas prévoir de définition de l'euthanasie, l'intervenant renvoie à ce que disait un tenant de cette thèse lors de l'audition du professeur Vincent: «Quand on parle d'euthanasie, il faut savoir de quoi on parle. Il me semble que la définition du Comité de bioéthique est claire, puisqu'elle explique en quoi consiste l'acte d'euthanasie et, *a contrario*, ce qu'elle n'est pas.»

De manière générale, le fait de prévoir une définition est de nature à clarifier les choses.

La suggestion d'introduire dans la proposition à l'examen un volet relatif au suicide assisté, qui n'est actuellement pas visé, montre bien que les deux notions sont distinctes.

Enfin, l'intervenant renvoie à un article émanant de la *Massachusetts Medical Society* et ayant trait à la situation aux Pays-Bas, plus particulièrement à Rotterdam.

Cet article montre bien qu'une distinction entre euthanasie et suicide médicalement assisté ou aide au suicide peut être opérée de façon assez claire.

Une membre précise qu'elle n'a jamais prétendu qu'il ne fallait pas définir l'acte précis d'euthanasie, mais bien qu'elle ne trouvait pas opportun de donner une définition dans un article spécifique.

Par contre, l'intervenante est d'accord pour que l'on indique à l'article 3 de quel acte il s'agit (acte posé par un médecin, par opposition aux autres actes).

L'intervenante demande par ailleurs au précédent orateur quelle différence éthique et sémantique il fait entre le fait pour un médecin de donner à une personne qui le demande les moyens de mettre fin à ses jours, et le fait pour le médecin de pratiquer lui-même l'acte.

Le membre auquel cette question s'adresse répond que la différence fondamentale réside dans l'accompagnement par le médecin et dans la responsabilité de celui-ci.

Un autre membre se rallie à la thèse selon laquelle la différence entre l'assistance au suicide et l'accom-

ding van zelfdoding gelegen is in de begeleiding van de patiënt. De vraag naar een euthanaticum is iets anders dan de vraag van een patiënt aan een arts om hem te helpen bij de zelfdoding. De grens is niet altijd even scherp.

Ook het verschil tussen een terminale en een niet-terminale patiënt is niet altijd even duidelijk. Patiënten met een dodelijke aandoening, zoals kanker of aids, sterven immers meestal niet aan die aandoening zélf, maar wel aan verwickelingen (bloedingen, infecties, wonden, hartritmestoornissen, ademhalingsmoeilijkheden, enz.). Bovendien is de toekomstprospectie vaak moeilijk aan te geven, zelfs door de grootste experts. En ten slotte kan een niet-levensbedreigende patiënt toch afglijden tot een uitzichtloze situatie met ondraaglijk lijden. Desgevallend kan de aanhef van de vierde paragraaf van het artikel 3, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14, worden gelibelleerd als volgt: «Indien de arts oordeelt dat de aandoening in zich niet binnen afzienbare tijd tot sterven behoeft te leiden.»

Een lid verklaart dat amendement nr. 5 hem erg breed lijkt en aanleiding kan geven tot erg uiteenlopende interpretaties en een diffuse boodschap geeft aan de bevolking. Als dit in bepaalde landen wettelijk bepaald is, is dit voornamelijk om aanzet tot zelfmoord te bestraffen. Dit bestaat echter niet in ons strafrecht.

Het is inderdaad zo dat in sommige landen, zoals in Zwitserland, geassisteerde zelfmoord wordt bestraft, maar er zijn ook verzachtende omstandigheden, afhankelijk van de drijfveer van de handeling.

Het antwoord op deze vraag moet dus verfijnd worden.

Ten slotte wordt ook vaak verwezen naar Nederland. Persoonlijk staat spreekster erg ver van de Nederlandse wetgeving en dichter bij een Latijnse cultuur.

Amendementen nrs. 62 en 90

Mevrouw de T' Serclaes dient op haar amendement nr. 26 een subsidiair amendement in dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt (stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 62):

«Onder euthanasie moet worden verstaan de uitzonderlijke handeling die op verzoek van de patiënt die in een stervensfase verkeert, door een arts wordt uitgevoerd en waarmee bewust een einde wordt gemaakt aan het leven van die patiënt om zijn ondraaglijk en onomkeerbaar lijden te verlichten.»

De huidige tekst heeft het over «handelen door een andere dan door betrokkene». Dit begrip «andere» maakt de definitie verwarrend, aangezien er in het

pagnement médical du suicide réside dans l'accompagnement du patient. La demande d'un euthanasiant est autre chose que la demande d'aide au suicide qu'un patient adresse à un médecin. La limite n'est pas toujours aussi nette.

La différence entre un patient en phase terminale et un patient qui ne l'est pas n'est pas non plus toujours aussi précise. En effet, les patients souffrant d'une affection mortelle, comme le cancer ou le sida, ne meurent généralement pas de cette affection même, mais plutôt des complications qu'elle entraîne (hémorragies, infections, plaies, troubles cardiaques, difficultés respiratoires, etc.). En outre, il est souvent difficile de faire un pronostic, même pour les plus grands experts. Enfin, un patient dont la vie n'est pas menacée peut malgré tout basculer dans une situation sans issue, marquée par une souffrance insupportable. Le cas échéant, la phrase liminaire du § 4 de l'article 3, proposé par l'amendement n° 14, pourrait être libellé comme suit: «Si le médecin est d'avis que l'affection en soi ne devrait pas entraîner la mort à brève échéance.»

Une membre déclare que l'amendement n° 5 lui paraît extrêmement large, et susceptible de donner lieu à des interprétations et à un message très larges vis à vis de la population. Si, dans certains pays, on a légiféré en cette matière, c'est d'abord pour punir tout ce qui est incitation au suicide. Or, ceci n'existe pas dans notre code pénal.

Il est vrai que, dans d'autres pays, notamment la Suisse, on punit le suicide assisté, mais on prévoit des circonstances atténuantes en fonction du mobile de l'action.

La réponse à apporter à la question doit dès lors être affinée.

Enfin, on fait souvent référence à l'exemple des Pays-Bas. Personnellement, l'intervenante se sent très loin de la législation hollandaise, et bien plus proche d'une culture latine.

Amendements n^{os} 62 et 90

Mme de T' Serclaes dépose à son amendement n° 26 un amendement subsidiaire tendant à remplacer l'article 2 par ce qui suit (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 62):

«Par euthanasie, il y a lieu d'entendre l'acte exceptionnel pratiqué par un médecin, à la demande d'un patient en phase terminale, qui met fin délibérément à la vie de celui-ci pour soulager ses souffrances insupportables et irréductibles.»

Le texte actuel parle d'un acte accompli par un tiers. Cette notion de «tiers» introduit une confusion dans la définition elle-même, puisque toute la propo-

hele voorstel uitsluitend wordt gesproken over euthanasie uitgevoerd door een arts.

Het woord «bewust» vervangt het woord «opzettelijk».

Spreekster meent trouwens dat het toepassingsveld beperkt moet worden tot de terminale fase.

Ten slotte maakt de vermelding «waarmee bewust een einde wordt gemaakt aan het leven» het mogelijk een onderscheid te maken met andere medische handelingen bij het levenseinde.

Uiterste nauwkeurigheid is geboden aangezien de verantwoordelijkheid van de arts op het spel kan staan, zowel op burgerrechtelijk als op strafrechtelijk gebied als een tekst wordt goedgekeurd.

De vele voorbeelden die de media halen, tonen aan in welke mate artsen voor het gerecht gedaagd kunnen worden, niet noodzakelijk op initiatief van het parket, maar door een particulier die zich burgerlijke partij stelt.

Spreekster verwijst naar de uitlatingen van professor Vincent die aangaf dat hij in zijn intensive care-afdeling vaak meerdere beslissingen moest nemen over patiënten in een stervensfase.

Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft een definitie opgesteld waarnaar de indieners van dit voorstel verwijzen. In zijn advies nr. 1 van mei 1998, stelt het Raadgevend Comité voor bio-ethiek uitdrukkelijk dat door een arts uitgevoerde handelingen als het toedienen van kalmeermiddelen en pijnstillende middelen met mogelijk levensverkortende werking, het staken of nalaten van medisch zinloze behandeling, niet in de definitie van euthanasie kunnen worden opgenomen.

Dit toont het belang aan van een duidelijke definitie.

Een lid verklaart dat in de voorgestelde tekst twee zaken belangrijk lijken. Een eerste is het bijvoeglijk naamwoord «uitzonderlijke».

De door de zes indieners voorgestelde tekst kan inderdaad een meer algemene wetgeving lijken. Het voordeel van amendement nr. 62 is dat het de nadruk legt op het uitzonderlijke karakter van de daad en dat zodoende euthanasie onderscheiden wordt van de andere medische handelingen en een rechtvaardigingsgrond vergt die past in de logica van de noodtoestand.

Het tweede element is het feit dat het amendement enkel slaat op de terminale fase.

Een derde belangrijk element van deze tekst is de term «bewust». Uit de hoorzittingen is gebleken dat heel wat vertegenwoordigers van de medische wereld een onderscheid maken op basis van de drijfveer van de daad.

sition ne parle que de l'euthanasie pratiquée par un médecin.

Le mot «délibérément» remplace le terme «intentionnellement».

L'intervenante estime par ailleurs qu'il y a lieu de limiter le champ d'application à la phase terminale.

Enfin, la mention «qui met fin délibérément à la vie» permet d'opérer la distinction avec les autres actes médicaux posés en fin de vie.

Il convient d'être extrêmement précis, dès lors que la responsabilité du médecin pourrait être engagée au civil et au pénal, si un texte devrait être voté.

Les multiples exemples relatés par la presse montrent à quel point les médecins sont exposés à être traduits devant les tribunaux, pas nécessairement à l'initiative du parquet, mais par la constitution de partie civile d'un particulier.

L'intervenante renvoie aux déclarations du professeur Vincent, qui a indiqué que, souvent, il était amené, dans son service de soins intensifs, à prendre de nombreuses décisions face à des patients en fin de vie.

Le Comité consultatif de bioéthique, qui a retenu une définition, à laquelle se réfèrent les auteurs de la proposition, exclut lui-même explicitement de sa définition, dans son avis n° 1 de mai 1998, les actes posés par un médecin tels que l'administration de calmants ou d'analgésiques qui entraînent le risque d'abrèger la vie, ou l'arrêt de traitements médicaux vains.

Ceci montre l'importance d'une définition précise.

Un membre déclare que deux choses lui paraissent intéressantes dans le texte proposé. La première est l'adjectif «exceptionnel».

Le texte proposé par les six auteurs peut, en effet, sembler être une législation d'ordre plus général. L'avantage de l'amendement n° 62 est qu'il insiste sur le caractère exceptionnel de l'acte, et que, dès lors, l'euthanasie n'est pas un traitement médical comme un autre, et s'insère dans une cause justificative, dans la logique de l'état de nécessité.

Le deuxième élément est que l'amendement ne vise que la phase terminale.

Le troisième intérêt de ce texte réside dans le terme «délibérément». Il est apparu, lors des auditions, que beaucoup de représentants du monde médical opèrent des distinctions selon l'intention qui inspire l'acte posé.

Dat is trouwens de reden waarom de amendementen die spreekster mee heeft ondertekend, een geground onderscheid maken tussen actieve en passieve, directe en indirecte euthanasie.

Ook de termen «om zijn ondraaglijk en onomkeerbaar lijden te verlichten» zijn interessant, omdat zij aantonen dat deze zaak zowel een subjectieve kant («ondraaglijk») als objectieve kant («onomkeerbaar», volgens de huidige stand van de wetenschap) heeft.

Een lid benadrukt dat het debat verwarrend is omdat men onder andere de term euthanasie (etymologisch: goede dood) niet voorbehoudt voor handelingen die geen misdrijf vormen.

Na het beëindigen van zijn werkzaamheden had het Raadgevend Comité voor bio-ethiek ofwel het beginconcept moeten herzien, ofwel het aan de wetgever moeten overlaten om een definitie te formuleren.

Spreekster wenst dat er ofwel in de tekst zelf een definitie wordt gegeven ofwel een specifiek artikel wordt gewijd aan de definitie. In dat laatste geval moet er meteen worden verduidelijkt dat er een daad wordt bedoeld die geen misdrijf is.

Een ander lid meent dat de definitie van «euthanasie», zoals voorgesteld door het amendement nr. 62, op zich prachtig is, maar tegelijk ook een definitie van «gecontroleerde sedatie» zou kunnen zijn. «Het lijden verlichten» is immers ook aanwezig bij gecontroleerde sedatie, en de arts weet dat dit de dood tot gevolg zal hebben. Vandaar dat de voorgestelde definitie erg verwarrend is. Het risico bestaat immers dat een arts die gecontroleerde sedatie uitvoert zal immers ook aan alle zorgvuldigheidscriteria moeten voldoen, die in de wet zijn opgesomd.

Een lid herinnert eraan dat een definitie op objectieve criteria gebaseerd moet zijn en geen waardeoordeelen mag inhouden. De term «uitzonderlijk» vormt een waardeoordeel.

Het Strafwetboek gebruikt die term niet.

Het Strafwetboek bestraft bijvoorbeeld het niet vaak voorkomende misdrijf weerspanningheid. Zelfs in dat verband gebruikt het Strafwetboek bij de definitie ervan niet het woord «uitzonderlijk».

Voor de beoordeling van de uitzonderlijke aard wordt een aantal feitelijke en juridische elementen gebruikt (voorwaarden in de definitie, die de werkingssfeer of ten minste het concrete gebruik ervan beperken).

Een aantal elementen bevestigen de uitzonderlijke aard van euthanasie: de definitie zelf die minderjarigen en gehandicapten uitsluit, en de voorwaarden uit het voorliggende wetsvoorstel.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les amendements cosignés par l'intervenante faisaient des distinctions plus fouillées entre euthanasie active et passive, directe et indirecte.

Les termes «pour soulager des souffrances insupportables e irréductibles» sont également intéressants, car ils soulignent à la fois l'aspect subjectif (insupportables) et l'aspect objectif (irréductibles, dans l'état actuel de la médecine) des choses.

Un membre souligne que l'une des confusions du débat vient de ce qu'on ne réserve pas le terme euthanasie (étymologiquement: bonne mort) à ce qui n'est pas une infraction.

Le Comité de bioéthique eût dû, à la fin de ses travaux, soit revoir le concept utilisé au début de ceux-ci, soit passer le flambeau au législateur en ce qui concerne la définition.

L'intervenant plaide pour que, soit ce soit le texte lui-même qui donne la définition, soit on maintienne un article spécifique relatif à la définition, mais alors, il faut préciser tout de suite que l'on vise un acte qui n'est pas constitutif d'infraction.

Un autre membre estime que la définition de l'euthanasie qui figure dans l'amendement n° 62 est excellente en soi, mais qu'on pourrait également l'appliquer à la notion de «sédation contrôlée». La notion d'«allègement de la souffrance» est également présente dans la sédation contrôlée, et le médecin sait qu'elle entraînera la mort. La définition proposée est donc très déconcertante. Un médecin pratiquant la sédation contrôlée risque de devoir lui aussi satisfaire à tous les critères de prudence énumérés dans la loi.

Un membre rappelle qu'une définition doit se fonder sur des critères objectifs, et ne doit pas porter de jugements de valeur. Or, le terme «exceptionnel» constitue un tel jugement.

Le Code pénal ne fait état nulle part de ce terme.

Ainsi, le Code pénal sanctionne la rébellion. Ce délit n'est pas fréquent, Or, le Code pénal n'utilise pas le terme exceptionnel pour le définir.

L'appréciation du caractère exceptionnel se déduit d'une série d'éléments, soit de fait, soit de droit (conditions mises à la définition, qui en restreignent la portée ou, à tout le moins, l'utilisation concrète).

Le caractère exceptionnel de l'euthanasie découle d'une série d'éléments: la définition elle-même, le fait que l'on écarte les mineurs, et les personnes handicapées, les conditions prévues par la proposition de loi en discussion.

Spreker aanvaardt de term «uitzonderlijk» dus niet. Wat betekent dat overigens? Hoe vaak mag een handeling voorkomen om toch nog uitzonderlijk te blijven? Uitzonderlijk vergeleken waarmee? Met het aantal verzoeken of met andere criteria?

Men mag geen subjectieve beoordelingen door de definitie mengen al kan dat voor de bevolking geruststellend werken. Dat kan de zaak alleen maar bemoeilijken wanneer de arts en eventueel de rechtbanken deze wet moeten toepassen.

Een lid vindt dat de term «uitzonderlijk» — ongeacht of die in het Strafwetboek voorkomt — goed het nagestreefde doel aangeeft.

Een lid kan zich niet aansluiten bij het voorstel van een ander lid om het woord «euthanasie» te vervangen door de woorden «gecontroleerde sedatie». Dat is maar een van de vele mogelijke technieken.

Ten slotte dient te worden gepreciseerd dat het gaat om een medische handeling uitgevoerd door een arts.

Voor het overige is spreker het eens met subamendement nr. 62.

Een lid pleit ervoor om zo dicht mogelijk bij de definitie van het Bio-Ethisch Comité te blijven, die werd overgenomen in artikel 2 van voorliggend wetsvoorstel. Niettemin erkent het lid dat het wenselijk zou kunnen zijn om, in dat artikel 2, te expliciteren dat een arts — en niet «een derde persoon» — de euthanasie dient uit te voeren. Daarover is iedereen het immers eens.

Een ander lid meent dat men een onderscheid moet maken tussen, enerzijds, een definitie van een begrip en, anderzijds, de uitvoeringsprocedure die eraan verbonden is. De definitie van het Bio-Ethisch Comité kan best worden behouden, temeer omdat ook bijvoorbeeld het Congres van de Vlaamse huisartsen er niet in slaagt een consensus te vinden over een definitie van euthanasie.

Bovendien wordt, in de definitie zoals voorgesteld door het amendement nr. 62, gesproken over «terminale» patiënten. Het lid verwijst naar zijn eerdere tussenkomst dienaangaande.

Positief is dan weer dat het amendement aangeeft dat euthanasie een «bewuste» handeling moet zijn. Dit element vraagt de aandacht van de verenigde commissies.

Op een uitlating van een vorig lid antwoordt een ander lid dat een definitie geen doelstelling is. Het woord «uitzonderlijk» zou tot eindeloze moeilijkheden leiden met name wat de conclusies betreft die de rechterlijke macht er uit kan of moet trekken.

Een vorige spreker merkt op dat er een verschil is tussen een congres, waarbij ideeën en standpunten worden verdedigd, en een wetgevende commissie,

L'intervenant ne peut donc accepter le terme «exceptionnel». Que signifie-t-il du reste? Combien faut-il qu'il y ait d'actes pour que cela reste exceptionnel? Exceptionnel par rapport à quoi? Au nombre de demandes, ou à d'autres critères?

Il ne faut pas mélanger des appréciations subjectives à la définition, même si cela peut paraître rassurant à l'égard de la population. Cela ne fera que compliquer les choses lors de son application par le médecin et, éventuellement, par les tribunaux.

Un membre estime que le terme «exceptionnel», qu'il soit repris ou non dans le Code pénal, indique bien l'objectif que l'on poursuit.

L'intervenant ne peut s'accorder avec la suggestion d'un membre de remplacer le terme «euthanasie» par les mots «sédation contrôlée». Celle-ci n'est en effet qu'une technique parmi d'autres.

Enfin, il faudrait préciser qu'il s'agit de l'acte médical pratiqué par un médecin.

Pour le surplus, l'intervenant peut marquer son accord sur le sous-amendement n° 62.

Un membre plaide pour que l'on s'en tienne autant que faire se peut à la définition du Comité de bioéthique qui est reproduite à l'article 2 de la proposition de loi à l'examen. Le commissaire reconnaît néanmoins qu'il pourrait s'avérer souhaitable de préciser dans cet article 2 que l'euthanasie doit être pratiquée par un médecin et non pas par «un tiers». Ce point fait l'unanimité.

Un autre membre considère qu'il y a lieu de faire une distinction entre la définition d'une notion et la procédure de mise en œuvre qui y est attachée. L'on pourrait très bien conserver la définition du Comité de bioéthique, d'autant plus que d'autres instances telles que le *Congres van de Vlaamse huisartsen* ne parviennent pas non plus à dégager un consensus à propos de la définition de l'euthanasie.

De plus, il est question, dans la définition inscrite à l'amendement n° 62, de patients «en phase terminale». Le membre renvoie à son intervention antérieure à ce propos.

Par contre, il y a un élément positif dans le fait que cet amendement indique que l'euthanasie doit être un acte accompli «délibérément». Cet élément appelle l'attention des commissions réunies.

Un autre membre réplique, en réponse à un précédent intervenant, qu'une définition n'est pas un objectif. Le terme «exceptionnel» donnerait lieu à des difficultés sans fin, notamment dans les conclusions que pourraient ou devraient en tirer le pouvoir judiciaire.

Un intervenant précédent note qu'il y a une différence entre un congrès au cours duquel on défend des idées et des points de vues et une commission de

waar over een wet wordt gestemd. Een wet moet aan een aantal voorwaarden voldoen. Zij moet trachten te bereiken wat zij beoogt.

Over de vraag of men in een wet al dan niet een definitie moet opnemen, is al veel inkt gevloeid. Volgens een traditionele, Romeinse spreuk is elke definitie gevaarlijk, omdat men zich schuldig maakt aan arrogantie indien men in een wet de voorspelling van de toekomst ziet. Eenmaal goedgekeurd, gaat een wet een eigen leven leiden. De sociale en technologische omstandigheden veranderen immers, waardoor bepaalde problemen zich stellen in een compleet nieuwe context. Het is zelfs reeds voorgevallen dat het Hof van Cassatie een andere definitie gaf dan hetgeen de wet zegde. Dit was bijvoorbeeld zo met het onderscheid tussen wettige en natuurlijke kinderen, waar het Hof van mening was dat ook natuurlijke kinderen recht hadden op een voorbehouden deel van de erfenis van hun ouders, hoewel de wet iets anders zegde.

Een bijkomend element is dat men zich hier bevindt in het strafrecht. In het burgerlijk recht is een definitie een richtingaanwijzer, die niet steeds doorslaggevend is. Het amendement nr. 14 geeft evenwel duidelijk aan dat men zich in de strafrechtelijke sfeer bevindt.

De definitie, gegeven in artikel 2, is echter in tegenspraak met de omschrijving, bedoeld in artikel 3 van voorliggend voorstel. Men zaait dan ook verwarring. Indien het de bedoeling is van de indieners van de amendementen nrs. 13 en volgende om, zoals blijkt uit de verantwoording, duidelijk te maken dat het gemeen strafrecht toepasselijk blijft, doch in de hypothesen van artikel 3 niet van toepassing is, waarom wordt dan in artikel 2 een definitie gegeven die niet in overeenstemming is met artikel 3? Waarom deze afzonderlijke definitie?

De toepassing van deze definitie zal tot gevolg hebben dat euthanasie, zelfs wanneer men zich bevindt buiten de hypothesen van artikel 3, niet meer gelijk te stellen valt met de gemeenrechtelijke doodslag. Mocht dit wel het geval zijn, is de definitie immers overbodig. Hieraan zijn verregaande gevolgen verbonden.

Het is dan ook, vanuit juridisch-technisch oogpunt bekeken, onbegrijpelijk een aparte definitie te geven in artikel 2 en een ander toepassingsveld in artikel 3 van het wetsvoorstel. Een definitie van een misdrijf dekt de verschillende elementen die het misdrijf uitmaken alsmede de uitzonderingen daarop. Dit is nu eenmaal de werkwijze van het strafrecht.

Juridisch-technisch zijn er maar enkele juiste mogelijkheden. Ofwel geeft men in artikel 2 een definitie van artikel 3, en herneemt men hierin de voorwaarden waaronder euthanasie geen misdrijf is. Dit zou natuurlijk dubbel werk zijn, waardoor artikel 2 overbodig wordt. Ofwel geeft men de definitie die wordt voorgesteld in het amendement nr. 62. Het lid

l'assemblée législative appelée à voter un texte de loi. Une loi doit remplir plusieurs conditions. Elle doit tendre à atteindre ses objectifs.

La question de savoir s'il faut ou non insérer une définition dans une loi a déjà fait couler beaucoup d'encre. Selon un dicton issu de la tradition romaine, toute définition est dangereuse, parce que l'on se rendrait coupable d'arrogance en considérant qu'une loi peut prévoir l'avenir. Une fois votée, la loi vit sa propre existence. Comme les circonstances sociales et l'environnement technologique évoluent, certains problèmes se posent dans un contexte entièrement nouveau. Il est même déjà arrivé que la Cour de cassation donne d'une notion une définition s'écartant de celle que donne la loi. Ce fut par exemple le cas en ce qui concerne la distinction entre les enfants légitimes et les enfants naturels, lorsque la Cour estima que les enfants naturels avaient également droit à une quotité réservée de la succession de leurs parents, bien que la loi dise autre chose.

À cela s'ajoute que l'on se trouve en l'espèce dans la sphère du droit pénal. En droit civil, une définition a valeur indicative et ne joue pas toujours un rôle déterminant. L'amendement n° 14 indique toutefois clairement que l'on se trouve dans la sphère du droit pénal.

La définition énoncée à l'article 2 est cependant contraire à celle qui est visée à l'article 3 de la proposition à l'examen. L'on sème donc la confusion. Si l'intention des auteurs des amendements n°s 13 et suivants est, ainsi qu'il ressort de la justification, de préciser que le droit pénal commun reste applicable bien qu'il ne trouve pas à s'appliquer dans les hypothèses visées à l'article 3, pourquoi la définition donnée à l'article 2 n'est-elle pas conforme à celle qui est visée à l'article 3? Pourquoi une définition distincte?

De par l'application de cette définition, l'euthanasie ne sera plus assimilable à l'homicide de droit commun, même plus en dehors des hypothèses visées à l'article 3. Sinon, la définition serait en effet inutile. Il s'agit d'un élément lourd de conséquences.

Du point de vue juridique, il est dès lors incompréhensible que l'on énonce, à l'article 2 de la proposition de loi, une définition ayant telle portée et à l'article 3, une définition ayant telle autre portée. La définition d'un délit couvre les divers éléments constitutifs du délit ainsi que les exceptions. C'est ainsi que fonctionne le droit pénal.

Il n'y a qu'un nombre limité de possibilités correctes du point de vue juridique. Soit on donne à l'article 2 la définition de l'article 3 en y ajoutant les conditions qui doivent être remplies pour que l'euthanasie ne soit pas un délit, ce qui ferait bien sûr double emploi et rendrait l'article 2 superflu. Soit on retient la définition figurant dans l'amendement

wenst deze definitie te ondersteunen, doch zal hierop enkele subamendementen indienen. Ofwel moet het woord «derde persoon» worden vervangen door het woord «arts».

De definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, die wordt overgenomen in artikel 2, is echter tot stand gekomen buiten elke juridische context waarin ze zou moeten gehanteerd worden. De definitie is in het leven geroepen om, in het advies van het Raadgevend Comité, aan te geven welke gevallen onder ogen worden genomen. Ter zake gaat het over het gedeeltelijk depenaliseren van de euthanasie. De gehanteerde definitie moet dan ook conform zijn aan de uitzonderingssituatie.

Wat het amendement nr. 62 betreft, merkt spreker op dat het de verdienste heeft te preciseren dat het om een medische handeling gaat, maar anderzijds ware het wenselijker te stellen dat de handeling «opzettelijk» — en niet «bewust» — moet zijn. De term «opzettelijk» heeft immers een specifieke betekenis in het strafrecht. De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement in die zin in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 90 — subamendement op het amendement nr. 62).

Een lid verklaart dat de zes indieners met hun amendementen een nieuwe weg inslaan waarbij de oorspronkelijk voorgestelde tekst opnieuw uit het Strafwetboek wordt gehaald.

Al kan de fractie van spreekster het niet eens zijn met de onderliggende filosofie, toch had deze tekst de verdienste duidelijk te zijn, omdat hij na de artikelen die doodslag en moord bestraffen de formule invoerde: «Er is misdaad noch wanbedrijf ...».

Een groot aantal gehoorde personen en politieke partijen hebben zich tegen deze bepaling gekant omdat een uitzondering werd gemaakt op het verbod om te doden.

Met hun amendementen hebben de zes auteurs getracht een andere oplossing aan te reiken om een symbool te vrijwaren.

Spreekster meent evenwel dat dit symbool niet alleen een louter formele waarde heeft, maar ook een inhoud.

Een tekst die begint met de frase «Er is misdaad noch wanbedrijf» past onmiskenbaar in een strafrechtelijke logica.

Het gaat dan niet om een procedurewet met een veeleer medische inhoud.

Elk woord uit dit amendement heeft een strafrechtelijke en een medische weerklank. Spreekster vindt dat eens en voor altijd moet worden beslist welke logica men hanteert.

Men moet weten of het gaat om een machtiging van de wet of om een afwijking op een overigens gehandhaafd verbod.

n° 62. Le membre dit qu'il soutiendra cette dernière, mais qu'il a l'intention de déposer quelques sous-amendements à l'amendement n° 62. Soit on remplace le mot «tiers» par le mot «médecin».

La définition du Comité consultatif de bioéthique, qui figure à l'article 2, a toutefois été élaborée en dehors de tout contexte juridique, alors qu'elle est appelée à être utilisée dans un contexte juridique. Elle a été conçue en vue d'indiquer quels sont les cas qui sont visés dans l'avis du Comité consultatif. Il est question en l'espèce d'une dépenalisation partielle de l'euthanasie. Il faut dès lors que la définition utilisée soit conforme à la situation d'exception.

S'agissant de l'amendement n° 62, l'intervenant fait remarquer qu'il a le mérite de préciser que l'acte en question est un acte médical, mais il aurait été préférable de dire que cet acte doit être accompli non pas «délibérément», mais «intentionnellement». Le terme «intentionnellement» a en effet un sens spécifique en droit pénal. M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement dans le sens suggéré (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 90 — sous-amendement à l'amendement n° 62).

Une membre déclare que les amendements des six auteurs ont choisi une voie nouvelle en ôtant du Code pénal le texte initialement proposé.

Celui-ci avait le mérite de la clarté, même si le groupe de l'intervenante ne peut se rallier à la philosophie qui le sous-tend, puisqu'il insérerait, comme suite aux articles punissant le crime et l'assassinat, la formule: «Il n'y a ni crime ni délit ...».

Bon nombre de personnes entendues et de partis politiques se sont insurgés contre ces dispositions, parce qu'il s'agissait d'une exception à l'interdiction de tuer.

Les amendements des six auteurs ont essayé de trouver une autre voie pour préserver un symbole.

L'intervenante estime que ce symbole n'est pas purement formel, et doit correspondre au fond.

Un texte qui commence par les termes «Il n'y a ni crime ni délit» s'inscrit sans contestation possible dans une logique pénale.

Il ne s'agit pas d'une loi de procédure qui serait plutôt de nature médicale.

Chaque terme de l'amendement a une résonance à la fois pénale et médicale. L'intervenante estime qu'il faudrait une fois pour toutes décider dans quelle logique on s'inscrit.

Il faut savoir si l'on se trouve devant une autorisation de la loi ou une dérogation à un interdit qui demeure.

De bevolking eist duidelijkheid. In de debatten vragen mensen steeds of bepaalde handelingen nu toegelaten zijn of niet.

Een lid begrijpt de wending niet, die de bespreking neemt. Men heeft de zes indieners van het voorstel verweten het Strafwetboek te willen wijzigen voor een specifieke situatie.

Daarop hebben zij gereageerd door de voorgestelde tekst uit het Strafwetboek te halen. Toch bleef het gaan om een wet die in het strafrechtelijk systeem behoort. De bepaling is vergelijkbaar met die inzake abortus, behalve dat ze niet in het Strafwetboek wordt ingevoerd.

Artikel 350 van het Strafwetboek bepaalt inderdaad:

«Hij die door spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin heeft toegestemd, wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.

Er is evenwel geen misdrijf wanneer de zwangere vrouw die door haar toestand in een noodsituatie verkeert, een geneesheer verzoekt haar zwangerschap af te breken en indien de zwangerschapsafbreking uitgevoerd wordt onder de volgende voorwaarden:

(...)»

Wat de definitie betreft, hoe kan men een wet inzake euthanasie uitvaardigen zonder dat concept te definiëren? Op een bepaald ogenblik moet toch duidelijk zijn om welke medische handeling het gaat.

Dat zou anders zijn als er een algemeen aanvaarde definitie bestond. Zo is abortus niet gedefinieerd omdat iedereen wist waarom het ging.

Wanneer een concept niet algemeen erkend en aanvaard is, is een definitie nodig. Men kan toch niet in elke regel een lange bijzin invoeren om aan te geven waarover het gaat.

In artikel 3 wordt geen nieuwe definitie van euthanasie gegeven, maar worden de voorwaarden vastgesteld waaronder euthanasie geen aanleiding geeft tot vervolging en veroordeling van de arts.

Zo geeft het Strafwetboek een definitie van doodslag en stelt de straffen vast. Het bevat evenwel ook een artikel 411, dat bepaalt dat doodslag verschoonbaar is indien het is uitgelokt door zware gewelddaden tegen personen. Naast een algemene bepaling zijn dus ook verschoningsgronden vastgesteld.

Als men de definitie zou schrappen, vreest spreker dat degenen die daar vandaag om vragen, morgen de

La population demande que les choses soient clarifiées. Dans les débats, les gens posent des questions pour savoir si telle ou telle chose est permise ou non.

Un membre déclare qu'il ne comprend pas la tournure que prend la discussion. On a fait le reproche aux six auteurs de la proposition de vouloir modifier le Code pénal, alors qu'il s'agissait de légiférer à propos d'une situation particulière.

Ce message a été entendu, et le texte proposé a été «sorti» du Code pénal mais, bien évidemment, il s'agit malgré tout d'une loi qui s'inscrit dans le système pénal. C'est une disposition analogue à celle prévue en matière d'avortement, sauf qu'elle n'est pas placée dans le Code pénal.

L'article 350 du Code pénal prévoit en effet ce qui suit:

«Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes:

(...)»

En ce qui concerne la définition, comment édicter une loi qui parle d'euthanasie, sans définir celle-ci? Il faut bien qu'à un moment donné, on sache ce qu'est l'acte du médecin que l'on vise.

Il en irait autrement s'il existait une définition généralement reconnue. Ainsi, on n'a pas défini l'avortement, parce que chacun sait ce dont il s'agit.

Il faut une définition, lorsque la notion n'est pas unanimement reconnue et admise. On ne peut, à chaque ligne du texte, utiliser une longue périphrase pour désigner l'euthanasie.

Quant à l'article 3, il ne donne pas une nouvelle définition de l'euthanasie, mais définit les conditions dans lesquelles une euthanasie n'aboutit pas à une poursuite et à une condamnation du médecin.

De même, le Code pénal vise l'homicide, définit l'homicide et édicte des sanctions. Il comporte cependant aussi un article 411, qui prévoit que l'homicide est excusable s'il a été provoqué par des violences graves commises envers les personnes. Il y a donc une disposition de nature générale, et des causes de justification.

Si l'on supprimait la définition, l'intervenant craint fort que ceux-là même qui, aujourd'hui, demandent

onduidelijkheid van het concept en zijn werkingssfeer zullen aanklagen.

Een ander lid blijft van mening dat het niet raadzaam is een definitie op te nemen in artikel 2, maar dat het juridisch gezien beter is in artikel 3 te bepalen wat bedoeld wordt met euthanasie.

Spreekster meent dat een vorige spreker tegenstrijdige argumenten gebruikt wanneer hij zegt dat de definitie nodig was om het toepassingsgebied te bepalen. Artikel 2 zegt immers nergens duidelijk dat de tekst uitsluitend van toepassing is op meerderjarigen. Deze verduidelijking staat pas in artikel 3.

Als men blijft volhouden dat artikel 2 een definitie moet bevatten, moeten minstens de woorden «door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek» vervangen worden door de woorden «door een arts op verzoek van de patiënt».

Ook over de termen «bewust» en «opzettelijk» is een grondige discussie nodig. Beide termen hebben immers andere connotaties in het strafrecht.

Er moet ook duidelijk gezegd worden welke daden niet bedoeld worden, zoals het Comité voor de bio-ethiek doet. Anders zullen artsen, en dan vooral artsen in intensive care-afdelingen, nog meer moeite hebben dan vandaag om beslissingen met verstrekkende gevolgen te nemen.

Wat gecontroleerde sedatie betreft is het duidelijk dat deze techniek niet bedoeld is om een einde te maken aan iemands leven, maar om zijn lijden te verlichten, ook al kan deze techniek het overlijden indirect bespoedigen.

De algemene tendens is om meer en meer een beroep te doen op de aansprakelijkheid — met inbegrip van de burgerlijke aansprakelijkheid — net zoals dat in de Verenigde Staten gebeurt.

Spreekster is een hevig voorstander van een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn arts.

Hoe meer er wettelijk wordt bepaald, hoe moeilijker de dialoog tussen hen wordt.

Een lid verdedigt het geven van een definitie van «euthanasie» in artikel 2 van de wet, omdat op die manier wordt bevestigd dat «een goede dood» op zich niet uit de strafwet gaat, doch slechts in bepaalde omstandigheden en mits het volgen van bepaalde procedures toelaatbaar is.

Een ander lid merkt op dat in de gegeven definitie niets staat over de aanwezigheid van een arts, noch over ondraaglijk lijden. Het probleem waar men voor staat is dat in de definitie niets staat over de wettelijke voorwaarden waaronder euthanasie geen misdrijf is.

cette suppression, se plaignent demain du flou de la notion et de son champ d'application.

Une autre membre continue de penser qu'il est inopportun de donner une définition à l'article 2, et qu'il est préférable, sur le plan juridique, de s'en tenir à définir, à l'article 3, ce qui est visé comme étant l'acte d'euthanasie.

L'intervenante estime que les propos d'un précédent orateur ne sont pas dépourvus de contradiction puisqu'il a déclaré que la définition était nécessaire pour définir le champ d'application, alors que l'article 2 ne dit nullement, par exemple, que le texte s'applique exclusivement aux majeurs. C'est à l'article 3 que l'on retrouve cette précision.

Si l'on persiste à vouloir donner une définition à l'article 2, il faut au moins remplacer le mot «tiers» par le mot «médecin».

Il faut aussi avoir une discussion approfondie sur les termes «délibérément» et «intentionnellement», qui ont chacun leur poids en droit pénal.

Il faudrait aussi dire clairement ce qui n'est pas visé, comme le fait le Comité de bioéthique. Sinon, les médecins qui travaillent, notamment, en soins intensifs, auront encore plus de difficultés qu'aujourd'hui, dans les décisions lourdes de conséquences qu'ils doivent prendre.

Quant à la sédation contrôlée, il est évident qu'elle ne vise pas à mettre fin délibérément à la vie d'une personne, mais à soulager des souffrances, même si cette technique peut amener de manière indirecte à hâter le décès.

La tendance générale est à engager de plus en plus la responsabilité — y compris la responsabilité civile —, comme on le fait aux États-Unis.

Pour sa part, l'intervenante est une partisane acharnée d'un rapport de confiance entre le patient et son médecin.

Plus on légifère, plus on rend leur dialogue difficile.

Un membre plaide pour que l'on définisse l'euthanasie à l'article 2 de la loi, parce que l'on confirmerait ainsi qu'«une bonne mort» n'échappe pas en soi du Code pénal, mais qu'elle est admissible uniquement dans certaines procédures.

Un autre membre fait observer que la définition ne fait aucunement allusion à la présence d'un médecin, ni à une douleur insoutenable. Le problème devant lequel on se retrouve est que la définition ne dit rien des conditions légales dans lesquelles l'euthanasie ne constituerait pas une infraction.

Een lid herhaalt dat de definitie hem duidelijk lijkt. De definitie heeft het over « een andere dan de betrokkene » aangezien die inderdaad de mogelijkheid heeft euthanasie toe te passen.

De definitie zegt echter niet dat, wanneer een andere dan de betrokkene euthanasie toepast, deze persoon geen misdrijf pleegt. Sterker nog, als deze persoon geen arts is, is er wel degelijk sprake van een misdrijf.

Er wordt duidelijk gezegd dat de euthanasie moet worden toegepast op vraag van de patiënt. Anders gaat het niet om euthanasie.

Hier wordt dus niet bedoeld op begeleiding bij het levenseinde.

Hoe kan een dergelijke tekst dubbelzinnig zijn ?

In artikel 2 verwijzen de woorden « het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek » naar het Strafwetboek.

In artikel 3 wordt verduidelijkt dat, wanneer men deze handeling uitvoert en men arts is, er geen misdrijf wordt gepleegd als wordt voldaan aan de voorwaarden opgesomd in het artikel.

Dit lijkt duidelijk genoeg voor de burger.

Een lid besluit dat artikel 2 van toepassing is op alle vormen van euthanasie, terwijl artikel 3 een beperkte toepassing heeft.

Een vorige spreker antwoordt dat deze twee toepassingsvelden elkaar perfect zouden moeten overlappen, aangezien de dubbelzinnigheid te wijten is aan het feit dat de term « euthanasie » niet enkel wordt gebruikt voor handelingen die geen misdrijf zijn.

Een ander lid herinnert eraan dat de artikelen 2 en 3 altijd samen moeten worden gelezen. De draagwijdte van de verschillende bepalingen en definities is dan voor iedereen duidelijk.

Een lid is van mening dat de verwarring over de definitie van « euthanasie » een gevolg is van de opvatting, die leeft in de hoofden van velen, dat het in wezen gaat om levensbeëindiging bij de terminale fase. Wanneer men de definitie zou geven vanuit dat opzicht, zou veel verwarring reeds worden weggenomen. De bepalingen van artikel 3 doen evenwel het tegendeel vermoeden, vermits ze ook spreken van euthanasie bij niet-terminale patiënten. Ook uit de hoorzittingen is gebleken dat het hier veeleer om hulp bij zelfdoding gaat, hoewel hulp bij zelfdoding ook voorkomt in de terminale fase.

Het voorstel om een onderscheid in wetgeving te maken tussen de terminale en de niet-terminale fase,

Un autre membre encore répète que la définition lui paraît claire. Elle parle d'un tiers, parce qu'un tiers a effectivement la possibilité de pratiquer une euthanasie.

Mais elle ne prévoit pas que, lorsqu'un tiers pratique une euthanasie, il ne commet pas d'infraction. Au contraire, lorsque ce tiers n'est pas médecin, il y a infraction.

On spécifie bien que l'euthanasie doit avoir lieu à la demande du patient. Sinon, il ne s'agit pas d'une euthanasie.

On ne vise donc pas toutes les pratiques qui accompagnent la fin de vie.

Où est l'ambiguïté d'un texte de cette nature ?

À l'article 2, ce sont les mots « qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci » qui constituent une référence au Code pénal.

À l'article 3, on précise que si l'on commet cet acte, et si l'on est médecin, on ne commet pas d'infraction, pour autant que les conditions énumérées par l'article soient réunies.

Tout cela paraît assez clairement compréhensible par le citoyen.

Un membre conclut que l'on peut donc voir l'article 2 comme l'ensemble des euthanasies, et l'article 3 comme un ensemble plus restreint, situé dans le premier.

Un précédent orateur répond qu'il voudrait que ces deux ensembles se superposent parfaitement, car l'ambiguïté vient de ce que l'on ne réserve pas le mot « euthanasie » aux cas où il n'y a pas infraction.

Un autre membre rappelle que les articles 2 et 3 doivent toujours se lire conjointement. La portée des diverses dispositions et définitions est alors claire pour tout le monde.

Selon un membre, la confusion à propos de la définition de l'« euthanasie » vient de la conception, que beaucoup ont en tête, qu'il s'agit essentiellement d'une interruption de vie en phase terminale. En définissant l'euthanasie de ce point de vue, on éviterait déjà en grande partie la confusion. Or, les dispositions de l'article 3 font supposer le contraire, puisqu'elles prévoient également la possibilité de pratiquer l'euthanasie sur des patients ne se trouvant pas en phase terminale. Les auditions aussi ont montré qu'il s'agit davantage, en l'occurrence, d'aide au suicide, bien que celle-ci se présente également en phase terminale.

La proposition avancée par certains de faire une distinction, dans la législation, entre la phase termi-

zoals voorgesteld door sommigen, zou het debat meer duidelijkheid kunnen geven.

Een ander lid meent dat de gelijkstelling tussen enerzijds «euthanasie» en anderzijds «goede dood» niet verdedigbaar is. Het is alsof de «goede dood» pas verdedigbaar is indien een andere u doodt. Dit is een aberratie.

Ten tweede komt hier opnieuw de dubbelzinnigheid in de verhouding tussen de artikelen 2 en 3 aan bod. Indien euthanasie, zoals gedefinieerd in artikel 2, «de goede dood» is, dan zou dit betekenen dat het feit, dat iemand wordt gedood door een derde persoon die geen arts is en niet voldoet aan de vereisten van artikel 3, als «goede dood» kan worden beschouwd.

Er is geen precedent in het strafrecht, waarbij het ene deel van de definitie van een handeling strafbaar is en het andere niet. De definitie moet de veruitwending zijn van de toepassingsvoorwaarden. In het voorliggend wetsvoorstel wordt een onderscheid gemaakt tussen gewone doodslag en euthanasie.

Een lid verwijst naar de diverse verklaringen die in de woordenboeken worden gegeven aan het woord «euthanasie». Daarin komt steeds naar voor dat het gaat om iemand te doden om hem uit zijn pijn en lijden te verlossen. In de oudste betekenis van het woord wordt euthanasie gelijkgesteld met «de goede dood». Daarmee is niet gezegd dat elke «goede dood» ook euthanasie moet zijn.

In artikel 2 wordt de definitie genomen van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, die daarover zeer lang heeft nagedacht. Dit was de beste definitie die men kon neerschrijven. Men kan steeds iets verduidelijken, maar in onderhavig wetsvoorstel wordt de verduidelijking gegeven in artikel 3, dat de voorwaarden beschrijft waarbinnen de euthanasie geen misdrijf is. Beide artikelen moeten samen worden gelezen. In dat geval bestaat er niet de minste onduidelijkheid.

Een ander lid begrijpt niet hoe de gelijkschakeling van «euthanasie» en de «goede dood» in hoofde van sommigen kan gebeuren.

Spreker ziet ook geen dubbelzinnigheid tussen artikel 2 en artikel 3. Artikel 2 geeft de definitie; artikel 3 geeft de voorwaarden waarbinnen de handeling geen misdrijf is.

Een lid vindt het verband tussen de door de zes indieners voorgestelde tekst en het Strafwetboek erg vaag. Zou het niet beter zijn gebruik te maken van een formule als «in afwijking van ...» of «onverminderd ...» en daarbij te verwijzen naar de Strafwet?

Spreekster is er niet van overtuigd dat euthanasie gepleegd buiten de voorwaarden als gesteld in het wetsvoorstel strafbaar is.

nale et la phase non terminale, permettrait d'éclaircir le débat.

Un autre membre estime qu'il n'est pas défendable d'assimiler «euthanasie» et «bonne mort». C'est comme si la «bonne mort» n'était possible que si quelqu'un d'autre vous tue. C'est une aberration.

Ensuite, le problème du rapport ambigu entre les articles 2 et 3 se trouve une nouvelle fois posé. Si l'euthanasie telle que définie à l'article 2 est la «bonne mort», cela signifie que la mort infligée par un tiers qui n'est pas médecin et qui ne remplit pas les conditions fixées à l'article 3, ne peut être tenue pour une «bonne mort».

Il n'y a en droit pénal aucun précédent dans lequel une partie de la définition d'un acte serait punissable tandis que l'autre ne le serait pas. La définition doit être l'extériorisation des conditions d'application. La proposition de loi actuelle fait une distinction entre homicide simple et euthanasie.

Un membre renvoie aux diverses définitions que les dictionnaires donnent du mot «euthanasie». Il en ressort toujours qu'il s'agit de provoquer la mort de quelqu'un pour le délivrer de ses souffrances. Dans sa signification la plus ancienne, l'euthanasie est assimilée à la «bonne mort». Cela ne signifie pas pour autant que toute «bonne mort» doive être une euthanasie.

L'article 2 reprend la définition du Comité consultatif de bioéthique qui a longuement réfléchi à la question. C'est la meilleure définition que l'on a pu donner. On peut bien sûr toujours préciser les choses et, en l'espèce, on l'a fait à l'article 3 de la proposition de loi qui définit les conditions dans lesquelles l'euthanasie ne constitue pas un délit. Il faut lire les articles 2 et 3 en corrélation l'un avec l'autre et, quand on fait cela, toute confusion disparaît.

Un autre membre dit ne pas comprendre comment il se fait que certains puissent assimiler «euthanasie» et «bonne mort».

Il ajoute qu'il ne voit aucune ambiguïté entre les articles 2 et 3. L'article 2 donne la définition de l'acte en question, tandis que l'article 3 définit les conditions dans lesquelles il ne constitue pas un délit.

Une membre trouve le lien entre le texte proposé par les six auteurs et le Code pénal extrêmement ténu. Ne faudrait-il pas utiliser une formule telle que «par dérogation à ... » ou «sans préjudice de ... » et renvoyer à des articles du Code pénal?

L'intervenante n'est pas rassurée sur le caractère punissable d'une euthanasie pratiquée en dehors des conditions prévues par la loi en préparation.

Een lid merkt op dat het niet juist is te zeggen dat er in de Strafwet geen definities zonder sancties bestaan. Hij verwijst naar artikel 301 van de Strafwet over de wetten en verordeningen op loterijen, speelhuizen en pandhuizen.

Artikel 301 geeft een definitie van loterijen: «Als loterijen worden beschouwd alle verrichtingen die het publiek aangeboden worden en die bestemd zijn om winst te verschaffen door middel van het lot.»

De volgende artikels geven aan in welke gevallen uitbaters van loterijen strafbaar zijn: uitbaters van niet wettelijk toegelaten loterijen, zij die briefjes van niet wettelijk toegelaten loterijen plaatsen, venten of verspreiden, enz.

Voor bijvoorbeeld publieke omroepers worden uitzonderingen gemaakt.

Er bestaan in de Strafwet dus hoofdstukken waarin een definitie is opgenomen omdat die niet genoegzaam bekend is. Deze definitie geeft geen enkele aanleiding tot vervolging, maar wordt gevolgd door een aantal artikels waarin wordt bepaald wanneer er sprake is van een misdrijf.

Amendement nr. 46

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement nr. 46 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5), dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt:

«Art. 2. — § 1. *Onder palliatieve zorg wordt verstaan, de zorg die erop gericht is:*

— *de zieke die geen baat meer heeft bij een curatieve behandeling de zorg te verlenen die het lijden maximaal verzacht en het beheersen van de fysieke symptomen mogelijk maakt;*

— *de zieke te begeleiden in zijn psychologisch, sociaal en familiaal lijden en zijn geestelijke en levensbeschouwelijke noden;*

— *de familie ertoe aan te zetten een rol te spelen in het levenseinde van de zieke, de communicatie tussen de familie en het verzorgingsteam te optimaliseren en de familie te begeleiden tijdens het rouwproces.*

De palliatieve zorg maakt deel uit van een beleid van voortdurende zorg.

§ 2. *Elke patiënt heeft recht op kwalitatief hoogstaande palliatieve en voortdurende zorg.*

Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg moet er borg voor staan dat alle patiënten op dezelfde manier worden behandeld wat betreft de toegang tot de palliatieve zorg en dat alle verenigingen, netwerken, teams, eenheden, centra en personen die bij de palliatieve zorg betrokken zijn, op dezelfde manier worden behandeld.

Un membre observe qu'il est inexact de dire qu'il n'existe pas dans le Code pénal de définition sans sanction. Il se réfère à l'article 301 de ce Code, concernant les lois et règlements sur les loteries, les maisons de jeu et les maisons de prêt sur gages.

L'article 301 donne une définition des loteries: «Sont réputées loteries toutes opérations offertes au public et destinées à procurer un gain par la voie du sort.»

Les articles suivants précisent dans quels cas les exploitants de loteries sont punissables: ceux qui ne sont pas autorisés légalement, ceux qui ont passé, distribué ou colporté des billets de loterie non autorisés, etc.

Des exceptions sont prévues, par exemple, pour les crieurs publics.

Il y a donc, dans le Code pénal, des chapitres où l'on donne une définition parce qu'elle n'est pas communément admise, définition qui ne prête à aucune poursuite, mais qui est suivie d'articles précisant dans quelles conditions il y a infraction.

Amendement n° 46

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement n° 46 (doc. Sénat, n° 2-244/5), tendant à remplacer l'article 2 par ce qui suit:

«Art. 2. — § 1^{er}. *Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre les soins visant à:*

— *prodiguer au malade, en dehors de toute démarche curative, les soins adéquats qui amèneront au soulagement optimal de la douleur et au contrôle des symptômes physiques;*

— *accompagner le malade dans sa souffrance psychologique, sociale, familiale et spirituelle ou philosophique, et*

— *encourager la famille du malade à prendre une place dans la phase de fin de vie, optimiser la communication entre celle-ci et l'équipe soignante et l'accompagner au cours du processus de deuil.*

Les soins palliatifs s'inscrivent dans une optique de soins continus.

§ 2. *Tout patient a le droit de bénéficier de soins palliatifs et continus de qualité.*

Les dispositifs d'offres de soins palliatifs existants doivent garantir à la fois l'égalité de traitement de tous les patients dans l'accès aux soins palliatifs, et l'égalité de traitement de tous les associations, réseaux, équipes, unités, centres et acteurs en matière de soins palliatifs.

Het personeel dat in de gezondheidszorg werkt, moet een opleiding krijgen over pijnbestrijdende behandelingen en palliatieve zorg.

Hiertoe kunnen samenwerkingsakkoorden worden gesloten tussen de federale Staat en de gemeenschappen en gewesten. »

Een van de indieners herinnert eraan dat zijn fractie een nieuwe tekst heeft voorbereid van het wetsvoorstel dat hij oorspronkelijk had ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-151/1). Deze tekst is artikel per artikel in amendementen gegeten.

Het in het amendement voorgestelde artikel 2 stemt dus niet overeen met artikel 2 van de tekst van de zes indieners.

Spreekster vestigt de aandacht op de definitie van palliatieve zorg die in dit amendement wordt gegeven en die rekening houdt met de elementen die uit de hoorzittingen naar voren kwamen.

Voor het overige verwijst zij naar de discussies die hierover al zijn gevoerd.

Amendementen nrs. 43 en 57

De heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel dienen twee amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendementen nrs. 43 en 57).

Het amendement nr. 43 heeft tot doel artikel 2 te vervangen als volgt:

« Art. 2. — Eenieder heeft recht op palliatieve zorgverlening. »

Het amendement nr. 57 stelt voor hetzelfde artikel te vervangen als volgt:

« Art. 2. — § 1. Eenieder heeft recht op palliatieve zorgverlening.

§ 2. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder « palliatieve zorgverlening » het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapie reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingende familiale ondersteuning van essentieel belang zijn. »

Een lid licht toe dat haar fractie steeds het recht op menswaardig sterven als uitgangspunt heeft genomen. Dit impliceert de plicht van de samenleving om alles te doen wat in haar mogelijkheid ligt om iedereen dit recht te bezorgen. Dit wordt mede bepaald door de budgettaire omgeving, door de reglementering en de erkenningsnormen in de gezondheidszorg. Maar in dit debat dienen eerst de principes duidelijk te worden gesteld, en moet wettelijk worden bepaald dat eenieder recht heeft op palliatieve zorg. Dit bete-

La formation des professionnels de la santé aux traitements de lutte contre la douleur et aux soins palliatifs doit être assurée.

À ces fins, des accords de coopération peuvent être conclus entre l'État fédéral et les communautés et régions. »

L'un des auteurs rappelle que son groupe a préparé un texte nouveau par rapport à la proposition de loi qu'il avait initialement déposée (n° 2-151/1). Ce texte a été coulé dans une série d'amendements distincts, article par article.

L'article 2 proposé par l'amendement ne correspond donc pas à l'article 2 du texte des six auteurs.

L'intervenante attire l'attention sur la définition des soins palliatifs reprise dans cet amendement, qui tient compte des éléments apportés par les auditions.

Pour le surplus, elle renvoie à la discussion qui a déjà eu lieu à ce sujet.

Amendements n^{os} 43 et 57

M. Vandenberghe et Mme van Kessel déposent deux amendements (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendements n^{os} 43 et 57).

L'amendement n° 43 vise à remplacer l'article 2 par la disposition suivante:

« Art. 2. — Toute personne a droit aux soins palliatifs. »

L'amendement n° 57 vise à remplacer le même article par la disposition suivante:

« Art. 2. — § 1^{er}. Toute personne a droit aux soins palliatifs.

§ 2. Pour l'application de la présente loi, on entend par « soins palliatifs » l'ensemble des soins actifs apportés aux patients dont la maladie ne réagit plus à des thérapies curatives et pour qui la maîtrise de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que l'assistance psychologique, morale, spirituelle et familiale, revêtent une importance capitale. »

Un membre souligne que son groupe est toujours parti du principe que chacun a droit à une mort digne. Cela implique que la société a le devoir de faire tout ce qui est en son pouvoir pour garantir ce droit à chacun. Tout est déterminé entre autres par l'environnement budgétaire, par la réglementation et par les normes d'agrément en matière de soins de santé. Il y a toutefois lieu, dans le cadre de ce débat, de commencer par définir les principes et prévoir dans la loi que chacun a droit aux soins palliatifs. Cela concerne notamment

kent onder meer de comfortbehandeling, het vermijden van alle vormen van fysieke pijn, de relaties met de sociale omgeving, en de spirituele aspecten. Elke burger heeft hierop recht.

Dit is niet enkel een zaak van budgettaire middelen, maar ook van de wijze van omgang met de patiënten. Daarin moet de patiënt centraal staan — en niet de vooruitgang van de medische wetenschap.

Het is belangrijk dit recht te verankeren in de wet zélf, opdat elke burger dit recht daadwerkelijk kan opeisen en er een verplichting bestaat voor de gezondheidsinstellingen om dit aan te bieden.

Op het moment dat men spreekt over de wetgeving op het opzettelijk levensbeëindigend handelen werkt men aan de grens van het begrip « mensenrechten », dat op eenieder zonder voorwaarden van toepassing is. Als samenleving en als wetgever moet men eerst alle mogelijke preventie aanbieden. De stelling, als zouden palliatieve zorg en euthanasie alternatieven van mekaar zouden zijn, gaat absoluut niet op.

Het is niet zo dat het al dan niet aanwezig zijn van een palliatief zorgpakket in ziekenhuizen, rust- of verzorgingstehuizen, het aantal euthanasiegevallen bepaalt. Vandaar dat het basisrecht op palliatieve zorg wettelijk dient verankerd te worden. Een wet op de euthanasie, waarbij de palliatieve zorg wordt overgelaten aan de uitvoerende macht, is onaanvaardbaar. Integendeel dient eerst het basisrecht op palliatie te worden verankerd, om zo preventief te werken, om dan pas een wet op de euthanasie te ontwerpen.

Een lid wijst op de inconsequenties die volgens hem in de voorstellen van de meerderheidsfracties ingebakken zitten. Men moet aandacht hebben voor wat, historisch bekeken, als euthanasie werd aangezien. In het gezaghebbend maandblad « *L'Esprit* » van november 2000, schrijft professor Jacques Ricot een artikel over het advies van het Franse Bio-Ethisch Comité, waarin hij spreekt over « *un avis controversé* ».

Tevens schetst hij de etymologische betekenis van het woord « euthanasie » door te verwijzen naar de draagwijdte van dit begrip in de 19e eeuw :

« ... Des te meer daar dit woord, voordat het de betekenis aannam van opzettelijke levensbeëindiging om de patiënt een milde dood te verschaffen, in deze strikt etymologische zin in het begin van de 19e eeuw min of meer de betekenis had van wat wij nu de palliatieve zorg noemen, zoals blijkt uit de volgende tekst.

Deze wetenschap, genaamd euthanasie, bestrijdt de benauwende aspecten van de ziekte, verzacht de pijn en maakt de laatste ogenblikken waaraan niemand ontsnapt, aanvaardbaar.

Patrick Verspieren, die dit uittreksel citeert, geeft de volgende verduidelijking :

les traitements de confort, les traitements supprimant toutes les formes de douleur physique, les relations avec l'environnement social et les aspects spirituels. Tout citoyen a droit à ces choses.

Il s'agit d'une question non pas seulement de moyens budgétaires, mais aussi de comportement vis-à-vis des patients. C'est le patient — et non pas les progrès de la médecine — qu'il faut placer au centre des préoccupations.

Il importe d'inscrire ce droit dans la loi même, pour que chaque citoyen puisse effectivement en exiger le respect et pour que les établissements de soins soient obligés de le garantir.

En parlant d'une législation relative aux actes d'interruption volontaire de la vie, on touche aux limites de la notion de « droits de l'homme » inconditionnellement valable pour tous. La société et le législateur doivent d'abord offrir toute les possibilités de prévention. La thèse selon laquelle les soins palliatifs et l'euthanasie seraient interchangeables est tout à fait fausse.

Il est inexact de dire que la présence ou non d'une offre de soins palliatifs dans un hôpital ou dans une maison de repos et de soins détermine le nombre de cas d'euthanasie dans ces établissements. C'est pourquoi il faut que le droit fondamental aux soins palliatifs soit inscrit dans la loi. On ne peut admettre qu'une loi relative à l'euthanasie laisse au pouvoir exécutif le soin d'organiser les soins palliatifs. Il faut au contraire concrétiser d'abord le droit fondamental aux soins palliatifs, et ce, dans une optique préventive, puis seulement élaborer une loi sur l'euthanasie.

Un membre attire l'attention sur les incohérences qui sont, à son avis, inhérentes aux propositions de loi des six auteurs. On doit prendre en considération ce qui est historiquement considéré comme étant de l'euthanasie. Dans l'édition de novembre 2000 du mensuel *L'Esprit*, qui fait autorité, le professeur Jacques Ricot a consacré un article à l'avis du Comité de bioéthique français qu'il dit « *controversé* ».

Il a également donné des précisions au sujet de l'étymologie du mot « euthanasie » en faisant référence à la portée qu'avait cette notion au XIX^e siècle :

« ... D'autant que, avant de signifier l'acte de procurer une mort douce en mettant délibérément fin à la vie du malade, le terme, en cette acception strictement conforme à l'étymologie, a désigné au début du XIX^e siècle ce que nous appelons à peu près aujourd'hui les soins palliatifs, comme en témoigne le texte suivant.

C'est cette science, appelée euthanasie, qui agit contre ce qu'il pourrait y avoir d'oppressant dans la maladie, soulage la douleur et rend très possible l'heure ultime à laquelle personne ne peut échapper.

Patrick Verspieren, qui cite cet extrait, apporte la précision suivante :

Deze « euthanasiewetenschap » van het begin van de 19e eeuw gebruikt eenvoudige middelen: verluchting van de kamer, aandacht voor de houding van de zieke in bed (en keuze van dit bed), aanwezigheid van verwanten. Op medisch vlak wordt aanbevolen geen onnodige chirurgische ingrepen te verrichten en zich te beperken tot een « symptomatische en palliatieve » behandeling. »

Terwijl in de 19e eeuw de euthanasie werd benaderd als een palliatieve symptomatische behandeling, wordt thans door sommigen beweerd dat de goede dood pas bestaat indien een ander u doodt. Dit gebeurt om de euthanasie te banaliseren ten aanzien van de publieke opinie.

Onder meer in het amendement nr. 57, wordt echter gevraagd om palliatieve zorg als maatschappelijk signaal op te nemen in een wet op de euthanasie waar ze thuishoort, gezien het noodzakelijk verband tussen beide begrippen. Een aparte wet op de euthanasie onderschat immers de complexiteit van de werkelijkheid en legt die noodzakelijke verbanden niet. Een aparte wet geeft antwoord op een mechanische vraag, die erin bestaat onder welke voorwaarden men al dan niet iemand kan doden. Wanneer men het woord « euthanasie » hanteert, zou men minstens een verwijzing moeten doen naar de historische betekenis van « de goede dood ». Hier wordt een etymologisch en semantisch verraad gepleegd tegenover wat een echte « goede dood » is.

Het lid verwijst naar de tussenkomenst van professor Adams tijdens de hoorzittingen. Professor Adams heeft er uitdrukkelijk voor gepleit om ook een regeling met betrekking tot de palliatie op te nemen in de euthanasiewetgeving. Hij citeert bovendien het arrest-Chabot van de Nederlandse Hoge Raad, dat stelt dat de overheid verplicht is palliatie aan te bieden en dat, indien een patiënt de palliatie weigert, deze voor zichzelf niet de noodtoestand creëert die de vraag tot euthanasie verantwoordt.

Ook het Europees Verdrag voor de rechten van de mens zegt dat de wet het menselijk leven moet beschermen. Eminente juristen leiden daaruit af dat palliatieve zorgen moeten worden uitgewerkt als antwoord op de vraag naar euthanasie. Anders is de overeenstemming met artikel 2 van het Europees Verdrag ten zeerste te betwijfelen. In de mate dat uit dat artikel 2 moet worden afgeleid dat levensbeëindigend handelen slechts als ultieme remedie — bij gebreke aan enig alternatief — overblijft, moet de euthanasiewetgeving duidelijk maken dat palliatieve zorg preventief en als een noodzakelijk alternatief moet worden naar voor gebracht.

De repliek, dat de palliatieve zorg wordt geregeld in een afzonderlijke wet, overtuigt niet omdat hierdoor de stelling wordt afgewezen dat palliatie een alternatief is voor de vraag naar euthanasie. Het antwoord op de vraag, of palliatieve zorg een

Cette « science de l'euthanasie », en ce début du XIX^e siècle, emploie des moyens simples: aération de la chambre, attention portée à la position du malade dans son lit (et choix de ce lit), présence des proches: au plan médical, il est recommandé de s'abstenir de tout recours inutile à la chirurgie et de se contenter de traitements « symptomatiques et palliatifs. » »

Alors qu'au XIX^e siècle, l'euthanasie était considérée comme un traitement palliatif symptomatique, d'aucuns affirment aujourd'hui qu'il n'y a de bonne mort que lorsque la mort est provoquée par autrui. L'objectif est de banaliser l'euthanasie aux yeux de l'opinion publique.

Dans l'amendement n° 57 notamment, on demande toutefois d'inscrire les soins palliatifs dans la loi relative à l'euthanasie, où ils ont leur place, pour donner un signal à la société, et ce, eu égard au lien nécessaire entre les deux notions. En effet, une loi distincte sur l'euthanasie sous-estimerait la complexité de la réalité et n'établirait pas ces liens nécessaires. Une loi distincte apporterait une réponse à la question « mécanique » de savoir dans quelles conditions on peut tuer quelqu'un. En employant le mot « euthanasie », on devrait au moins renvoyer à la signification historique de la « bonne mort ». En l'espèce, on commet une trahison étymologique et sémantique vis-à-vis de la signification exacte de la « bonne mort ».

Le membre renvoie à l'intervention dans laquelle le professeur Adams a plaidé explicitement au cours des auditions pour que l'on inscrive également dans la législation sur l'euthanasie un régime relatif aux soins palliatifs. Il cite en outre l'arrêt Chabot du *Nederlandse Hoge Raad* qui pose que les autorités doivent offrir des soins palliatifs et que lorsqu'un patient refuse ces soins, il ne se met pas lui-même dans un état de détresse justifiant l'euthanasie.

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme affirme également que la loi doit protéger la vie humaine. Des juristes éminents en ont déduit qu'il fallait développer les soins palliatifs en réponse à la demande d'euthanasie. Sinon, il est fort douteux que l'on puisse se conformer à l'article 2 de la Convention européenne. Dans la mesure où cet article 2 porte à déduire que l'acte servant à mettre volontairement fin à la vie doit être le remède ultime — à défaut de toute autre solution — la législation relative à l'euthanasie doit établir clairement que les soins palliatifs doivent être proposés à titre préventif et en tant qu'alternative nécessaire.

La réplique selon laquelle les soins palliatifs doivent être réglés dans une loi distincte n'est pas convaincante, parce qu'elle écarte la thèse selon laquelle les soins palliatifs serviraient d'alternative à la demande d'euthanasie. La réponse à la question de

antwoord kan bieden op de euthanasievraag, dient slechts gegeven te worden in het licht van de voorwaarden, omschreven in artikel 3 van voorliggend ontwerp. Door palliatieve zorg afzonderlijk te regelen, wijst men deze toets af.

Een van de auteurs van het wetsvoorstel nr. 2-246/1 verwijst naar de toelichting ervan :

« Palliatieve zorg moet voor iedereen gewaarborgd zijn. Dat is het doel van het derde wetsvoorstel (Stuk Senaat, nr. 2-246/1) dat de zes auteurs van dit voorstel samen indienen. Palliatieve zorg en euthanasie zijn duidelijk onderdelen van eenzelfde streefdoel: ongeneeslijk zieke patiënten een waardig levenseinde bezorgen. Palliatieve zorg en euthanasie sluiten elkaar niet uit; ze zijn integendeel twee elkaar aanvullende middelen om het hoofd te bieden aan zeer reële pijn en nood en aan verlies van waardigheid en autonomie. » (Stuk Senaat, nr. 2-244/1, blz. 4).

In de toelichting wordt zeer expliciet het standpunt van de zes auteurs omtrent de rol van de palliatieve zorg en van de euthanasie uiteengezet: palliatieve zorg moet verder ontwikkeld worden, palliatieve zorg en euthanasie sluiten elkaar niet uit, maar palliatieve zorg sluit ook euthanasie-aanvragen niet uit. Het is dus noodzakelijk om op het vlak van de euthanasie wetgevend op te treden. In artikel 2 wordt dit begrip dan ook gedefinieerd, door in artikel 3, derde lid, het volgende toe te voegen: « 1° de patiënt volledig inlichten over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting alsook over de verschillende bestaande therapeutische mogelijkheden en mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en over de gevolgen daarvan. »

Hier ook wordt het definitieve karakter die sommigen aan de palliatieve zorg toeschrijven, genuanceerd.

Sommige patiënten kunnen, na geïnformeerd te zijn over alle mogelijkheden met betrekking tot palliatieve zorg, van mening zijn dat dit voor hen geen oplossing biedt.

Evenzeer kan het iedere arts overkomen dat de patiënt de voorgestelde therapie weigert, zelfs indien het een genezende therapie is.

Daarom bepaalt de tekst dat er niet alleen informatie gegeven moet worden over de mogelijkheden van de palliatieve zorg, maar ook over de gevolgen ervan.

Het wetsvoorstel sluit dus niet uit dat de twee mogelijkheden naast elkaar bestaan.

Wat de voormelde gevolgen betreft, kan het bijvoorbeeld gaan om het feit dat de patiënt gedurende de tijd die hij nog te leven heeft, of gedurende een bepaalde periode, volledig de controle over zijn vrije wil zal verliezen.

savoir si les soins palliatifs peuvent apporter une réponse à la demande d'euthanasie ne peut être donnée qu'eu égard aux conditions définies à l'article 3 de la proposition de loi à l'examen. En réglant les soins palliatifs dans une loi distincte, on rejette ce principe.

L'un des auteurs de la proposition de loi n° 2-246/1 renvoie aux développements précédant celle-ci :

« L'accès aux soins palliatifs doit être garanti à tous. C'est l'objet de la troisième proposition de loi (doc. Sénat, n° 2-246/1) que les six auteurs de la présente proposition déposent conjointement. Il est évident en effet que les soins palliatifs et l'euthanasie relèvent d'un même objectif: assurer au patient incurable une fin de vie digne. Soins palliatifs et euthanasie ne s'excluent pas; au contraire, ils constituent deux possibilités complémentaires pour faire face à la réalité de la souffrance et de la détresse, à la perte de dignité et d'autonomie. » (doc. Sénat, n° 2-244/1, p. 4).

Ayant fait, dans les développements, de manière très explicite, l'exposé de la position des six auteurs sur le rôle des soins palliatifs et de l'euthanasie, sur le fait que les soins palliatifs doivent être développés, que soins palliatifs et euthanasie ne s'excluent pas, mais que les soins palliatifs n'excluent pas non plus les demandes d'euthanasie et, donc, la nécessité de légiférer en matière d'euthanasie, on donne, à l'article 2, une définition de cette dernière notion, en ajoutant, à l'article 3, alinéa 3: « 1° informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé et de son espérance de vie, ainsi que des différentes possibilités thérapeutiques et de prise en charge palliative existante, et de leurs conséquences. »

Il y a, ici aussi, une nuance par rapport au caractère définitif que certains prêtent aux soins palliatifs.

Certains patients peuvent considérer, après qu'on leur ait exposé toutes les possibilités existant en matière de soins palliatifs, que pour eux, ce n'est pas la solution.

De la même façon, il arrive à tout médecin qui propose une thérapeutique, même curative, à un patient en y mettant toute la persuasion possible, de se heurter à un refus.

C'est pourquoi le texte parle d'informer non seulement sur les possibilités de soins palliatifs, mais aussi sur leurs conséquences.

On n'exclut donc pas, dans la proposition de loi, le caractère parallèle des deux possibilités qui existent.

Quant aux conséquences dont il est question, il peut s'agir par exemple du fait que, pendant le temps qui reste à vivre, ou pendant une période déterminée, le patient se trouvera en état de perte complète de contrôle de son libre arbitre.

Spreker bedoelt hiermee niet alleen de technieken van gecontroleerde sedatie. Dit moet aan de patiënt uitgelegd worden, die goed moet weten wat palliatieve zorg in zijn situatie en voor zijn persoon betekent.

De vrijheid die men aan de zieke geeft, moet een verlichte vrijheid zijn in beide richtingen.

Een lid voegt eraan toe dat euthanasie een eeuwenoude verzwegen praktijk is.

Hoe vaak ziet men niet in de literatuur of de film dat mensen vragen dat men hun leven beëindigt omdat zij wegens een ongeval, ziekte, enz. geen uitweg meer zien?

Wat de laatste honderd, honderd vijftig jaar veranderd is, is de vooruitgang in de geneeskunde, waardoor men de grenzen van het leven verlegd heeft, al weet men dat de dood onvermijdelijk is.

Het is dus de geneeskunde die dit fundamenteel probleem geschapen heeft, dat er nu toe geleid heeft dat sommigen bijna een tegenstelling zien tussen euthanasie en palliatieve zorg.

Pas in 1948, met de Universele Verklaring van de rechten van de mens, is het begrip menselijke waardigheid in alle gedragingen doorgedrongen: het recht voor eenieder om zelf op een subjectieve wijze de manier te kiezen waarop hij zijn waardigheid uitdrukt. Het is dit aspect dat de indianers van dit voorstel wensen te behouden.

Wat het EVRM betreft, verbiedt dit verdrag natuurlijk een aantal daden vanwege de Staat ten opzichte van de burger, en niet van de burger ten opzichte van zichzelf.

Geen enkele rechterlijke uitspraak heeft trouwens ooit iemand echt kunnen weerhouden om zijn eigen keuzes te maken in verband met zijn bestaan.

Spreker verwijst naar een van zijn vorige opmerkingen in dit verband.

Wat de zes indianers van het voorstel vragen, zonder daarom het belang van de palliatieve zorg te ontkennen, is dat men niet aan een individu een techniek oplegt die hij niet zou aanvaarden wegens zijn eigen opvattingen over autonomie en vrijheid.

Een ander lid stelt vast dat sommige sprekers een soort extreem autonomistisch betoog houden, dat geen rekening houdt met de werkelijke toestand van sommige patiënten of met hun intellectueel vermogen of opleidingsniveau dat hen al dan niet in staat stelt een volwaardige dialoog met een arts te hebben, alle informatie te begrijpen, en hun standpunt te doen gelden.

L'intervenant ne fait pas seulement ici allusion aux techniques de sédation contrôlée. Cela doit être expliqué au patient, qui doit être bien conscient de ce que représente la notion de soins palliatifs, appliquée à sa propre situation et à sa propre personne.

La liberté donnée au malade doit être une liberté éclairée, dans un sens comme dans l'autre.

Un membre rappelle que l'euthanasie est un acte qui existe, sans qu'on le dise, depuis de nombreux siècles.

Lorsqu'on considère la littérature, le cinéma, combien de fois ne voit-on pas des personnes qui demandent la fin de leur vie parce qu'elles sont arrivées au bout du chemin, en raison d'un accident, d'une maladie, ... ?

Ce qui a changé, depuis cent ou cent cinquante ans, c'est le progrès médical, qui fait que l'on recule les bornes de la vie, alors même que l'on sait que la mort est inéluctable.

C'est donc la médecine qui a créé ce problème fondamental, et qui a abouti à ce que certains envisagent presque d'opposer euthanasie et soins palliatifs.

C'est seulement depuis 1948, avec la Déclaration universelle des droits de l'homme, que la notion de dignité humaine est apparue dans tous les comportements, c'est-à-dire le droit pour chacun de choisir lui-même, de façon subjective, les voies par lesquelles il exprime sa propre dignité. C'est cela que veulent maintenir les auteurs de la proposition à l'examen.

En ce qui concerne la CEDH, il s'agit évidemment d'une convention qui interdisait un certain nombre d'actes de l'État par rapport au citoyen, et non du citoyen par rapport à lui-même.

D'ailleurs, aucune décision jurisprudentielle n'est intervenue de manière décisive pour empêcher quelqu'un de faire ses propres choix par rapport à son existence.

L'intervenant renvoie à une de ses précédentes interventions à ce sujet.

Ce que demandent les six auteurs de la proposition à l'examen, sans nier pour autant l'intérêt des soins palliatifs, c'est que l'on n'impose pas à un individu un passage obligé par une technique qu'il n'accepterait pas, au nom de sa propre conception de l'autonomie et de la liberté.

Une autre membre constate que l'on assiste de la part de certains intervenants à une sorte de plaidoyer autonomiste à l'extrême, qui ne tient pas compte de la réalité de la situation de certains patients, ni de leurs capacités intellectuelles et éducationnelles à avoir un dialogue d'égal à égal avec le médecin, à comprendre toutes les informations, et à faire valoir leur point de vue.

Euthanasie en palliatieve zorg tegen elkaar uitspelen alsof het om twee alternatieve gaat, is niet wenselijk en beantwoordt niet aan de dagelijkse realiteit van de patiënten.

Het spreekt vanzelf dat er geen sprake is om aan wie dan ook palliatieve zorg op te leggen.

Spreekster heeft er in dit verband genoeg op gewezen dat correcte informatie en instemming van de patiënt vereist zijn voor elke medische daad, behandeling en zorg.

Een vorige spreker herinnert aan het voormelde uittreksel uit de toelichting bij het wetsvoorstel, dat aangeeft dat men geen tegenstelling wenst tussen palliatieve zorg en euthanasie. «Palliatieve zorg en euthanasie sluiten elkaar niet uit; ze zijn integendeel twee elkaar aanvullende middelen om het hoofd te bieden aan zeer reële pijn en nood en aan verlies van waardigheid en autonomie».

Spreker verwerpt tevens het argument dat door één van de sprekers die door de verenigde commissies gehoord werden, aangevoerd is, namelijk dat de waardige dood, het aanvoelen van het lijden, van de menselijke waardigheid en van wat de aftakeling zou kunnen zijn, rechtstreeks verband zouden houden met eenieders intellectueel vermogen.

De pijn wordt gevoeld, wat ook de toestand is waarin de persoon die ze voelt verkeert. Pijn is net zoals de dood een zaak waarover men geen theorieën ontwikkelt maar die men beleeft.

Beweren dat wat men aan bepaalde mensen voorstelt als een vrijheid, afhankelijk is van de intellectuele vermogens van de persoon tot wie men zich richt, komt erop neer dat sommigen in de samenleving beter dan anderen in staat zijn te bepalen wat waardigheid is.

Spreker kan het met een dergelijke benadering niet eens zijn.

Zaken die correct worden uitgelegd, in het bijzonder wanneer het gaat om ernstige zaken als leven en dood, zijn door iedereen te begrijpen.

Een ander lid herinnert eraan dat mevrouw Bron, voorzitter van het ethisch comité van het Instituut Bordet heel duidelijk uiteengezet heeft dat de juridisch erkende autonomie van een patiënt gepaard gaat met een feitelijke kwetsbaarheid van die patiënt die, wanneer hij met lijden geconfronteerd wordt, vooral vraagt dat men hem begeleidt en helpt.

Men moet dus de juridische autonomie waarvan hier sprake is niet al te zeer idealiseren.

Een lid oordeelt dat over dit punt in de verenigde commissies fundamentele meningsverschillen bestaan. Hij meent dat het standpunt van zijn partij geen afbreuk doet aan de menselijke waardigheid en het recht op een waardige dood. Integendeel was het

Opposer euthanasie et soins palliatifs, comme s'il s'agissait de deux alternatives, n'est pas heureux et ne correspond pas à la réalité quotidienne des patients.

Il va de soi qu'il n'est pas question d'imposer à quiconque de «subir» des soins palliatifs.

L'intervenante a suffisamment souligné, à cet égard, que l'information correcte et le consentement du patient sont requis pour tous les actes, traitements et soins médicaux.

Un précédent intervenant rappelle l'extrait des développements précédant la proposition de loi, dont il a été question ci-avant, et qui démontre que l'on n'entend pas opposer soins palliatifs et euthanasie: «Soins palliatifs et euthanasie ne s'excluent pas; au contraire, ils constituent deux possibilités complémentaires pour faire face à la réalité de la souffrance et de la détresse, à la perte de dignité et d'autonomie».

L'intervenant s'inscrit également en faux contre l'argument — avancé par une seule des personnes entendues par les commissions réunies — et selon lequel la mort digne, la perception de la souffrance, celle de la dignité humaine et de ce que pourrait être la déchéance, seraient directement liées aux capacités intellectuelles des uns et des autres.

La douleur est ressentie quelle que soit la situation de celui ou de celle qui la ressent. La douleur, comme la mort, est une chose que l'on ne théorise pas, mais que l'on vit.

Dire que ce qui peut être proposé aux uns et aux autres en termes de liberté est fonction des capacités intellectuelles des personnes auxquelles on s'adresse, aboutit à une conception de la société où, évidemment, certains seraient plus à même que d'autres de déterminer ce que serait la dignité.

L'intervenant ne peut souscrire à une telle approche.

Les choses expliquées de manière correcte, particulièrement lorsqu'il s'agit de choses aussi graves que la vie et la mort, sont intelligibles pour tous.

Un autre membre rappelle que Mme Bron, présidente du comité d'éthique de l'Institut Bordet, avait déclaré de façon très claire que l'autonomie de droit dont il était question se doublait d'une vulnérabilité de fait, et que le patient, lorsqu'il est face à la souffrance, demande avant tout qu'on l'accompagne et qu'on l'aide.

Il ne faut donc pas trop idéaliser l'autonomie de droit dont il est question ici.

Selon un membre, il existe, au sein des commissions réunies, des divergences d'opinion fondamentales sur ce point. Il estime que le point de vue de son parti ne porte pas atteinte à la dignité humaine ni au droit à une mort dans la dignité. Au contraire, le but était

precies de bedoeling om, via het wetsvoorstel nr. 2-160, de waardigheid van het levenseinde te bespreken. Evenwel moet worden vastgesteld dat het amendement, dat erin bestond het opschrift van voorliggend voorstel te herdefiniëren als «wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde», werd verworpen.

De volgende redenering wordt gemaakt: dankzij de vooruitgang van de geneeskunde beschikt men thans over talrijke middelen om het leven van een ernstig zieke patiënt te verlengen. De keerzijde daarvan is dat terminale patiënten met een steeds groter wordende aftakeling worden geconfronteerd; in dergelijke pijnlijke situaties moet hen de keuze worden gelaten hoe ze uit het leven wensen te stappen. In deze redenering worden enkele dingen door mekaar gehaald en vindt een taalvervorming plaats, waardoor het doden van een andere mens gelijk staat met het toedienen van palliatieve zorg. Wie een juist oordeel wil vellen, moet teruggrijpen naar de uitgangspunten. Bij de palliatie gaat het over hulp bij het sterven, terwijl euthanasie betrekking heeft op het doden van iemand. Het is onaanvaardbaar beide begrippen gelijk te stellen. Stellen dat beide begrippen op gelijke hoogte moeten worden gesteld — en niet het tweede subsidiair aan het eerste voorstellen — is een verglijding.

Ook vanuit geschiedkundig perspectief bekeken, moet men zich de vraag stellen of de dynamiek, die door de eeuwen heen is ontstaan om tegemoet te komen aan de concrete noden van een stervende patiënt, even groot zou zijn geweest indien men van meet af aan de patiënten de keuze zou hebben kunnen bieden tussen verzorgd worden of gedood worden.

Onterecht wordt hier een beeld geschetst van een autonome patiënt die in volle sterkte en inzicht beslist, nadat hem een toelichting is gegeven. Dit geeft geen blijk van een dialectische kijk op de mens, waarbij beslissingen gezamenlijk worden genomen en wordt geluisterd naar de raad van een ander. In het voorliggend wetsvoorstel wordt evenwel uitgegaan van een geneesheer, die een menu kan voorschotelen waaruit de patiënt, die aan het einde van zijn leven staat, kan kiezen.

Uit de hoorzittingen is evenwel gebleken dat het eerste wat de betrokkene, die verzoekt om euthanasie, vraagt niet is om op dat verzoek in te gaan, maar om iemand te horen die komt kloppen op de deur en zegt: «Ik blijf bij u.» Die relationele zorgbenadering willen de indieners van het amendement nr. 57 tot uiting brengen, en niet de gelijkschakeling tussen palliatie en euthanasie.

Het lid verwijst voorts naar de Duitse Grondwet die na 1945 tot stand kwamen, waarin de waardig-

precisément de discuter de la dignité en fin de vie dans le cadre de l'examen de la proposition n° 2-160. Force est toutefois de constater que l'amendement visant à remplacer les termes de l'intitulé de la proposition à l'examen par «proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort» a été rejeté.

On tient le raisonnement suivant: on dispose actuellement, grâce aux progrès de la médecine, de nombreux moyens permettant de prolonger la vie d'un patient gravement malade. Le revers de la médaille, c'est que les patients en phase terminale sont confrontés à une déchéance sans cesse plus grande; dans ce genre de situations pénibles, ils doivent pouvoir choisir leur manière de quitter la vie. En raisonnant de la sorte, on mélange certaines choses et on altère le sens de certains mots en mettant sur le même pied le fait de tuer un être humain et le fait de lui prodiguer des soins palliatifs. Pour pouvoir apprécier correctement les choses, l'on doit se référer aux principes de base. Les soins palliatifs servent à aider une personne à mourir, mais l'euthanasie sert à mettre fin à sa vie. Il est inacceptable de mettre ces deux notions sur le même pied. Affirmer que les deux notions doivent être mises sur un pied d'égalité — et ne pas faire de la deuxième une notion subsidiaire — c'est commettre un dérapage moral.

Dans une perspective historique, il faut également se demander si la dynamique que l'on a développée au fil des siècles pour répondre aux besoins concrets des mourants aurait été aussi grande si l'on avait pu laisser dès le début aux patients la possibilité de choisir entre être soignés ou être tués.

L'image du patient autonome qui, après avoir reçu des informations, prend sa décision avec détermination et en pleine connaissance de cause ne correspond pas à la réalité. Cette représentation des choses ne témoigne pas d'une vision dialectique de l'être humain, qui suppose que des décisions sont prises de manière concertée et que les conseils d'autrui sont écoutés. Dans la proposition à l'examen, on part de l'hypothèse dans laquelle un médecin peut présenter au patient en fin de vie un éventail de possibilités parmi lesquelles celui-ci peut faire un choix.

Il ressort toutefois des auditions que la première chose que souhaite la personne qui formule une demande d'euthanasie, ce n'est pas que l'on accède à sa demande, mais que quelqu'un vienne frapper à sa porte et lui dise qu'il restera avec elle. C'est cette optique relationnelle — dans laquelle ils veulent inscrire les soins — que les auteurs de l'amendement n° 57 voudraient voir exprimée, au lieu de voir mettre sur un pied d'égalité les soins palliatifs et l'euthanasie.

L'intervenant renvoie également à la Constitution allemande, qui a été rédigée après 1945 et dans

heid van de mens uitdrukkelijk aan bod komt omdat men wist dat, wanneer in de politiek of het publieke leven de waardigheid van de mens wordt gekoppeld aan de kwaliteit van het leven, men zich beweegt op de glijbaan van de beschaving.

Vanzelfsprekend is de kwaliteit van het leven van een zieke die stervende is iets anders dan de kwaliteit van het leven van een gezond persoon, maar dit heeft niets te maken met de waarde van het menselijk leven, dat niet bepaald wordt door het subjectieve inzicht van de burger zelf of van iemand anders. Integendeel, zo wordt bepaald door internationale verdragen, is de waardigheid van het leven intrinsiek verbonden aan de mens zélf. Het menselijk leven is als zodanig waardevol, zonder dat een wetgever een evaluatie kan maken van waardige en minderwaardige situaties.

Daarmee wordt niet ontkend dat het op het einde van het menselijk leven vaak moeilijk is, om te zorgen dat men op een menswaardige wijze sterft. Een menselijke aanpak van dit menselijke tekort, namelijk een openheid voor zorgverstrekking die niet kan worden gelijkgesteld met het doden van een ander, is een essentiële keuze. Vandaar dat het basisrecht op palliatieve zorg moet worden geïntegreerd in dit wetsvoorstel.

Een lid verklaart dat het probleem is de grenzen te kennen van de menselijke autonomie. Een vorige spreker heeft gezegd dat de patiënt niet in staat was het probleem in te schatten.

Spreker begrijpt niet goed dat degenen die iemand die aan het einde van zijn leven is gekomen, het recht ontzeggen om aangeboden mogelijkheden af te wijzen ten voordele van een andere oplossing, de eersten zijn om aan te dringen op goedkeuring van een wet over de rechten van de patiënten in alle omstandigheden.

Het is duidelijk dat in heel wat medische situaties de patiënt niet in staat is te oordelen of de keuze die door de arts wordt voorgesteld, al dan niet oordeelkundig is en dat is niet alleen zo op het einde van zijn leven.

Spreker aanvaardt dus niet dat men over zaken van leven of dood minder goed een advies kan geven dan over technische en wetenschappelijke gegevens bij bijvoorbeeld een moeilijke operatie.

Het gaat er gewoon om de individuele autonomie te respecteren.

Het is juist dat dit debat opnieuw leidt tot de discussie die al gevoerd is en waarbij een individuele kijk op de keuze van de patiënt botst met een andere meer sociale kijk op die keuze. Die twee opvattingen die verband houden met de levensfilosofie van de betrokkenen, lijken moeilijk met elkaar te verzoenen.

laquelle on parle explicitement de la dignité de l'être humain, parce que l'on savait que, lorsqu'on lie, en politique ou dans la vie publique, la dignité de l'être humain à la notion de qualité de la vie, on va vers la dérive d'une civilisation.

Il va de soi que la qualité de vie d'un malade mourant est tout autre chose que la qualité de vie d'une personne en bonne santé, mais cela n'a rien à voir avec la valeur de la vie humaine, qui n'est nullement déterminée par la conception subjective du citoyen lui-même ou d'autrui. Au contraire, selon les conventions internationales, la dignité de la vie est une valeur intrinsèque de la condition humaine. La vie humaine est précieuse en tant que telle, mais aucun législateur ne peut évaluer dans quelle mesure une situation est plus ou moins digne.

On ne nie pas pour autant qu'il peut être difficile d'assurer une mort digne aux personnes arrivées en fin de vie. Il est essentiel d'opter pour une approche humaine de ce problème humain et d'être ouvert à des soins ne pouvant pas être mis sur le même pied que l'acte consistant à tuer autrui. C'est pourquoi il faut inscrire le droit fondamental aux soins palliatifs dans la proposition à l'examen.

Un membre déclare que le problème est de savoir quelle est la limite des possibilités d'autonomie de la personne humaine. Une précédente intervenante a dit que le patient n'était pas en état d'appréhender le problème.

L'intervenant comprend mal que ceux qui dévient à une personne en fin de vie le droit d'écarter les possibilités qu'on lui offre au profit d'un autre choix, sont les premiers à insister pour que l'on vote une loi sur les droits des patients en toutes circonstances.

Il est manifeste que, dans bien des situations médicales, le patient n'est, pas plus qu'à la fin de sa vie, en mesure de juger si le choix proposé par le médecin est ou non judicieux.

L'intervenant n'accepte donc pas l'idée qu'à l'article de la mort, on serait moins capable de donner un avis que de le donner sur des éléments techniques et scientifiques lorsqu'on se trouve, par exemple, face à une opération difficile.

Il s'agit simplement ici de respecter l'autonomie individuelle.

Il est vrai que ce débat ramène à la discussion que l'on a déjà eue et où une conception individuelle du choix du patient s'oppose à une autre conception, plus sociale, de ce choix. Ces deux conceptions, qui tiennent vraiment à la philosophie de vie des uns et des autres, paraissent difficiles à réconcilier.

Dat is een van de fundamentele punten van het debat.

Een ander lid meent dat men individuele keuze en sociale benadering van die keuze niet lijnrecht tegenover elkaar mag plaatsen. Wat hier beoogd wordt, is de solidariteit rond de autonomie van de patiënt. Het is duidelijk dat een terminale patiënt vaak in een extreem kwetsbare toestand verkeert. Men verzamelt dus rond hem goed opgeleide teams van zorgverstrekkers; men zorgt ervoor dat zijn autonomie in een dergelijke kwetsbare toestand zo groot mogelijk blijft en dat die tot uiting komt in het diepe respect dat men voor de persoon heeft.

Amendementen nrs. 25, 29, 91, 92, 97, 98 en 99

De heer Vandenberghe c.s. dienen de volgende amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6):

— amendement nr. 91 stelt voor de definitie van euthanasie in artikel 2 van het wetsvoorstel in die zin te wijzigen, dat enkel een arts levensbeëindigend kan handelen (waardoor euthanasie wordt onderscheiden van doodslag) en dat hij zulks enkel opzettelijk kan doen (waardoor de handeling zich onderscheidt van de normale medische handelingen van een geneesheer);

— amendement nr. 92 voegt hieraan toe dat de betrokken patiënt lijdt aan een ondraaglijke en onbehandelbare pijn en dat hij zich moet bevinden in een medisch uitzichtloze terminale situatie. Dit amendement herneemt de basisopvatting van de fractie van de indieners omtrent euthanasie, die ook bij de bespreking van artikel 3 aan bod komt. Wanneer het de bedoeling is de definitie van euthanasie duidelijk vast te stellen, en meteen ook de voorwaarden aan te geven wanneer zulks geen misdrijf is, moet het amendement nr. 92 worden aangenomen;

— amendement nr. 99 (subsidiair op amendement nr. 92) strekt tot weglating van artikel 2, mocht het in zijn huidige vorm worden behouden en geen enkele van de amendementen worden aanvaard. De stemming, die hierover reeds heeft plaatsgevonden, is immers gebeurd zonder voorafgaande bespreking van het artikel of van de amendementen die erop zijn ingediend.

Een lid verklaart dat amendement nr. 92 van de heer Vandenberghe c.s. sterk lijkt op het amendement nr. 62 dat zij zelf heeft ingediend. Zij vraagt dan ook aan de indiener van het amendement wat volgens hem het verschil is tussen die twee amendementen.

De hoofdiener van amendement nr. 92 antwoordt, verwijzend naar het amendement nr. 90 dat is ingediend als subamendement op het amendement nr. 62, dat het woord «opzettelijk» beter op zijn

C'est là un des points fondamentaux du débat.

Un autre membre estime qu'il ne faut pas opposer de façon radicale choix individuel et socialisation du choix. Ce que l'on vise ici, pour ne pas tomber dans une idéalisation de la réalité, c'est la solidarité autour de l'autonomie du patient. Il est évident qu'en fin de vie, le patient est fréquemment en état d'extrême vulnérabilité. Donc, on mobilise autour de lui des équipes de soignants bien formés, des conditions pour que son autonomie puisse, dans une telle situation de vulnérabilité, s'exprimer au maximum, et être comprise dans la profondeur même du respect de la personne.

Amendements n^{os} 25, 29, 91, 92, 97, 98 et 99

M. Vandenberghe et consorts déposent les amendements suivants (doc. Sénat, n^o 2-244/6):

— l'amendement n^o 91 vise à modifier la définition de l'euthanasie qui figure à l'article 2 de la proposition de loi en prévoyant que seul un médecin peut mettre fin à la vie du patient (ce qui distinguerait l'euthanasie de l'assassinat) et qu'il ne peut le faire qu'intentionnellement (ce qui distinguerait l'euthanasie des actes médicaux normaux posés par un médecin);

— l'amendement n^o 92 vise à ajouter que le patient concerné souffre d'une douleur intolérable et impossible à traiter et qu'il se trouve dans une situation médicalement sans issue à caractère terminal. Cet amendement traduit l'opinion fondamentale concernant l'euthanasie que défend le groupe politique auquel appartiennent ses auteurs et qui sera exprimée aussi dans la discussion de l'article 3. Si l'on veut définir clairement l'euthanasie et préciser en même temps dans quelles circonstances l'euthanasie n'est pas un délit, alors il faut adopter l'amendement n^o 92;

— l'amendement n^o 99 (subsidaire à l'amendement n^o 92) vise à supprimer l'article 2 au cas où aucun des amendements n'aurait été adopté et où l'article serait maintenu dans sa forme actuelle. Le vote qui a déjà été émis à ce sujet l'a en effet été sans discussion préalable de l'article ni des amendements que l'on a proposé d'apporter à celui-ci.

Une membre déclare que l'amendement n^o 92 de M. Vandenberghe et consorts lui paraît très proche de l'amendement n^o 62 qu'elle a elle-même déposé. Elle demande dès lors à l'auteur principal de l'amendement quelle différence il voit entre ces deux amendements.

Faisant référence à l'amendement n^o 90 qui a été déposé en tant que sous-amendement à l'amendement n^o 62, l'auteur principal de l'amendement n^o 92 répond que le mot «intentionnellement» est préféra-

plaats is dan het woord «bewust». Tussen opzettelijk handelen en bewust handelen bestaat er een groot verschil.

Voor het overige zijn beide amendement inderdaad vrij gelijklopend, hoewel er een nuance is tussen het woord «terminaal» en het woord «stervensfase».

Wat het eerste aspect betreft, merkt spreker op dat er een onderscheid bestaat tussen «bewust», «met opzet» of «met kennis van zaken». Het woord «opzet» impliceert dat men wetens en willens een daad stelt om het beoogde gevolg te bereiken. Wanneer het woord «opzettelijk» wordt gebruikt in de definitie van euthanasie, betekent dit dat de arts weet dat hij een actieve daad van levensbeëindiging verricht en dat ook wil. Het «bewustzijn» dat een bepaalde medische handeling levensverkortend kan zijn is iets anders.

Volgens het lid is het van belang het woord «opzettelijk» te gebruiken, omdat op die manier het bijzonder opzet als voorwaarde wordt gesteld voor het strafbaar maken van het misdrijf euthanasie. Het bijzonder opzet bestaat dan in de gerichte wil om, op een actieve wijze, een einde te stellen aan het menselijk leven. Dit moet duidelijk tot uiting komen in de definitie.

De heer Galand en mevrouw Nagy dienen amendement nr. 25 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5) dat ertoe strekt in artikel 2 het woord «opzettelijk» te vervangen door de woorden «met kennis van zaken». Die woorden lijken beter op hun plaats dan het woord «opzettelijk» omdat «opzettelijk» in het strafrecht een bijzondere betekenis heeft. Volgens de strafrechtsleer verwijst het woord «opzettelijk» naar het begrip «algemeen opzet» of naar «misdadig opzet». Het gaat om het subjectief element van het misdrijf. Met «een opzettelijk gepleegd feit» wordt bedoeld dat de dader weet dat het feit door de wet strafbaar is gesteld maar de illegale handeling toch wil plegen.

Wat het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in zijn definitie heeft willen beklemtonen, is dat euthanasie een handeling is die met kennis van zaken wordt uitgevoerd, een weloverwogen handeling en niet een handeling die toevallig, onverwacht of per ongeluk is uitgevoerd. De definitie van het comité moet uiteraard in die zin worden begrepen, maar aangezien die definitie in de wet wordt opgenomen, dient alle onduidelijkheid weggenomen te worden.

Anderzijds wordt er in de Franse omgangstaal niet altijd een onderscheid gemaakt tussen «*intention*» (opzet, bedoeling) en «*mobile*» (beweegreden). Dat is tijdens het debat gebleken. Een reden temeer om het woord «*intentionnellement*» niet te gebruiken want al is het niet de «*intention*» (in de strafrechtelijke zin) van de arts om het leven te beëindigen, het is nog minder de beweegreden van zijn handelen.

ble au mot «*délibéré*ment». Il y a une grande différence entre un acte intentionnel et un acte *délibéré*.

Pour le reste, les deux amendements sont en effet assez similaires, bien qu'il existe une nuance entre le mot «*terminale*» et le mot «*stervensfase*».

Pour ce qui est du premier aspect, l'intervenant fait remarquer qu'il existe une distinction entre «*délibéré*ment», «*intentionnellement*» et «*en connaissance de cause*». Le mot «*intentionnellement*» implique que l'on pose sciemment un acte pour atteindre le but visé. Si l'on utilise le mot «*intentionnellement*» dans la définition de l'euthanasie, on entend que le médecin doit avoir pour but de poser un acte actif visant à raccourcir la vie. «*Savoir*» qu'un acte médical déterminé peut avoir pour effet de raccourcir la vie est toute autre chose.

Selon l'intervenant, il importe d'utiliser le mot «*intentionnellement*», parce que celui-ci implique qu'il doit y avoir eu *dol spécial* pour que le délit d'euthanasie soit punissable. Le *dol spécial* réside dans ce cas dans la volonté ciblée de mettre fin activement à la vie humaine. Cela doit ressortir clairement de la définition.

M. Galand et Mme Nagy déposent un amendement n° 25 (doc. Sénat, n° 2-244/5), tendant à remplacer, à l'article 2, le terme «*intentionnellement*» par les termes «*en connaissance de cause*». Ces termes paraissent plus adéquats, car le mot «*intentionnellement*» revêt une signification particulière en droit pénal. En effet, l'adverbe «*intentionnellement*» renvoie à ce que la doctrine pénale appelle le *dol général*, ou encore l'intention criminelle. Il s'agit de l'élément subjectif de l'infraction. Par l'expression «*commettre un fait intentionnellement*», on entend le fait de le commettre en étant conscient qu'il est fautif, et donc puni par la loi, et en voulant néanmoins commettre l'illégalité.

Ce que le Comité de bioéthique a voulu souligner dans sa définition, c'est que l'euthanasie renvoie nécessairement à un acte posé en pleine connaissance de cause, à un acte réfléchi et non fortuit, ou accidentel, ou accompli par négligence. C'est bien entendu dans ce sens qu'il faut comprendre la définition du Comité, mais dans la mesure où cette définition devient légale, il y a lieu d'éviter toute ambiguïté.

D'autre part, le terme «*intention*» se confond, dans le langage courant — «*ce n'était pas dans mon intention*», dit-on — avec le *mobile*. On l'a vu au cours du débat. Raison de plus pour ne pas recourir au terme «*intentionnellement*» car, si mettre fin à la vie n'est pas l'intention, au sens pénal, du médecin, c'est encore moins le *mobile* de ce dernier.

Zoals reeds werd opgemerkt, mag men niet vergeten dat de arts ook vervolging voor de burgerlijke rechtbank riskeert.

Bij euthanasie houdt de arts niet de dood van de patiënt voor ogen maar wel een zo groot mogelijk comfort van die patiënt of de minst slechte oplossing.

Gaat hij over tot euthanasie, dan gebeurt dat omdat die handeling een antwoord is op de uitzichtloze situatie die de patiënt en zijn arts het hoofd moeten bieden.

Er is dus een groot verschil tussen euthanasie zoals omschreven in artikel 3 van amendement nr. 14, en moord.

In het ene geval wil men de andere uitschakelen. In het andere wil men de persoonlijke keuzes en de waardigheid van de patiënt respecteren.

Een spreekster betreurt dat de tekst van het ingediende voorstel geen algemene bepaling bevat die euthanasie uitdrukkelijk strafbaar stelt wanneer zij niet wordt toegepast volgens de voorwaarden vervat in artikel 3. De ambiguïteit in de discussie vloeit gedeeltelijk hieruit voort.

Het woord «opzet» heeft een strafrechtelijke betekenis. De woorden «met kennis van zaken» die in een amendement zijn voorgesteld, zijn veel relevanter in een gedragscode.

Spreekster dringt er nogmaals op aan om een keuze te maken tussen deze twee opvattingen.

Zij heeft het dus moeilijk met amendement nr. 25 van de heer Galand en mevrouw Nagy, dat zij niet kan aanvaarden.

Een senator erkent dat men zich op een gevaarlijke piste begeeft wanneer men afstapt van het begrip «opzettelijk» (of, in het Frans, «intentionnellement») omdat de bedoeling ervan is een duidelijk onderscheid te maken met andere medische handelingen, die de dood tot gevolg kunnen hebben. Het stopzetten van bepaalde medische handelingen om niet te vervallen in therapeutische hardnekkigheid, het opdrijven van morfine om de pijn te verzachten en dergelijke meer, zijn handelingen die níét in de wet moeten worden geregeld. Het gevaar bestaat dat ze toch onder de toepassingsfeer van de wet vallen, indien het «opzettelijk» karakter niet wordt gehanteerd. Indien hieromtrent rechtspraak zou ontstaan, zou de medische hardnekkigheid eerder kunnen toenemen in plaats van af te nemen.

Spreekster heeft begrip voor de doelstelling van amendement nr. 25, doch hiervoor is het nodig dat een andere term wordt gehanteerd, die niet verwijst naar een bepaalde juridische omschrijving.

Een lid denkt niet dat een woord kan bepalen of het voorliggende wetsvoorstel al dan niet een strafrechtelijke dimensie verkrijgt.

Comme cela a déjà été rappelé, il ne faut pas oublier que le médecin encourt aussi des poursuites au civil.

Dans l'euthanasie, l'intention du médecin n'est pas la mort, mais le bien de son patient, ou le moindre mal pour celui-ci.

S'il pratique une euthanasie, c'est parce que c'est l'acte qui répond à la situation sans issue à laquelle le patient et son médecin doivent faire face.

Il y a donc une différence radicale entre l'acte d'euthanasie tel que précisé dans l'article 3 de l'amendement n° 14, et un meurtre.

Dans un cas, on veut la destruction de l'autre. Dans l'autre, on veut le respect du patient dans ses choix personnels et dans sa dignité.

Une intervenante regrette que le texte de la proposition à l'examen ne comporte pas une disposition générale punissant explicitement l'euthanasie qui n'est pas pratiquée dans les conditions énumérées à l'article 3. Une part de l'ambiguïté de la discussion vient de là.

Le mot «intention» relève d'une logique pénale. Le mot «délibérément» proposé par un amendement prend toute sa valeur dans le contexte d'un code de déontologie.

L'intervenante insiste à nouveau pour que l'on choisisse une fois pour toutes entre ces deux logiques.

L'intervenante est donc très mal à l'aise par rapport à l'amendement n° 25 de M. Galand et Mme Nagy, qu'elle ne peut accepter.

Un sénateur reconnaît que l'on s'engage sur une piste dangereuse si l'on abandonne le mot «intentionnellement», étant donné que l'on doit pouvoir faire une nette distinction avec d'autres actes médicaux qui peuvent entraîner la mort. Le fait d'interrompre certains actes médicaux pour ne pas verser dans l'acharnement thérapeutique, l'augmentation de la quantité de morphine en vue d'atténuer la douleur, notamment, sont des choses qu'il ne faut pas régler dans la loi. Elles risquent de toute manière de tomber sous l'application de la loi si l'on ne retient pas la notion d'intention. Au cas où une jurisprudence se développerait en la matière, l'on pourrait fort bien voir le phénomène de l'acharnement thérapeutique se développer plutôt que se résorber.

L'intervenant dit comprendre la finalité de l'amendement n° 25, mais il estime qu'il y a lieu d'utiliser un autre terme ne renvoyant pas à un concept juridique déterminé.

Un membre ne croit pas qu'un mot induise par lui-même des conséquences par rapport au caractère pénal ou non de la proposition de loi en discussion.

Deze strafrechtelijke dimensie kan afgeleid worden uit de tekst zelf, bijvoorbeeld uit de woorden «Er is geen misdaad ...» enz.

Spreker merkt op dat het woordenboek Larousse het woord «*intentionnellement*» als volgt definieert: «*exprès, volontairement*». Hetzelfde woordenboek definieert het woord «*délibérément*» als volgt: «*volontairement, intentionnellement*».

Spreker zou dus echt niet bij machte zijn aan te geven welke nuances er in het Frans tussen deze twee termen bestaan.

Hij heeft echter geen bezwaar tegen amendement nr. 25, voor zover het de tekst duidelijker maakt.

Een vorige spreker wijst erop dat in het strafrecht de woorden een eigen juridisch-technische betekenis hebben. Wanneer een patiënt overlijdt, en onderzocht wordt welke de burgerrechtelijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid is, dan kijkt men naar de directe oorzaak van het overlijden. In voorliggende hypothese is dit het actieve medische handelen van de geneesheer.

Vervolgens onderzoekt men of die medische handeling bewust is gesteld — dit betekent: waarbij men vrij beslist — en, vervolgens, het opzettelijk karakter ervan. Het beslissende juridische element om een waardering te geven over een geneeskundige handeling is of ze gewild of niet gewild was, met andere woorden al dan niet intentioneel was.

Of men daarbij rekening houdt met het heil van de patiënt is irrelevant. Iedere medische handeling is immers slechts verantwoord indien ze het voordeel van de patiënt nastreeft. Het is juridisch niet relevant een onderscheid te maken tussen, enerzijds, handelingen waarbij levensbeëindiging ontstaat die gewild is door de geneesheer en, anderzijds, de medische handelingen die levensbeëindigend zouden zijn zonder de intentie van de arts, vermits tweemaal het heil van de patiënt wordt nagestreefd, doch het gaat om twee verschillende situaties.. Het beslissende criterium is het al of niet intentioneel element. Hierover mag geen verwarring worden gecreëerd door een verkeerde woordkeuze.

De heer Destexhe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 29), dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt:

«*Art. 2. — Deze wet beoogt het overlijden van een patiënt die in een stervensfase verkeert, in uitzonderlijke omstandigheden te bespoedigen met de hulp van een arts. Voor het bepalen van de stervensfase wordt ervan uitgegaan dat volgens de laatste stand van de geneeskunde een natuurlijke dood binnen een maand zal intreden.*»

In de verantwoording van dit amendement wordt verduidelijkt dat het eerste deel ervan de strekking

Ce caractère pénal se déduit de l'analyse même du texte, et du fait, par exemple, que l'on dit «Il n'y a pas infraction ... », etc.

L'intervenant signale que le dictionnaire Larousse donne, comme définition du mot «intentionnellement» : «exprès, volontairement». Le même dictionnaire définit le mot «délibérément» de la façon suivante: «volontairement, intentionnellement».

L'intervenant serait donc bien incapable d'indiquer les nuances existant, en français, entre ces deux termes.

Cependant, il n'a pas d'objection à l'amendement n° 25, pour autant que celui-ci apporte une clarification.

Un intervenant précédent souligne que, dans le droit pénal, les mots ont une signification juridico-technique propre. Lorsqu'un patient décède et que l'on examine quelles sont les responsabilités civiles et pénales en question, l'on recherche la cause directe du décès. Dans ce cas, elle réside dans l'intervention médicale active du médecin.

L'on examine ensuite d'abord si l'acte médical en question a été posé sciemment — c'est-à-dire décidé librement — puis s'il a été posé intentionnellement. L'élément juridique déterminant pour pouvoir apprécier un acte médical est la réponse à la question de savoir si cet acte a été voulu ou non, c'est-à-dire s'il a été intentionnel ou non.

Peu importe de savoir dans ce cadre si l'on s'est soucié de l'intérêt du patient. Un acte médical n'est en effet justifié que s'il est posé dans l'intérêt du patient. Faire une distinction entre des actes qui emportent l'euthanasie voulue par le médecin et des actes médicaux qui emportent l'euthanasie hors de l'intention du médecin n'a aucun sens du point de vue juridique, étant donné que c'est toujours l'intérêt du patient qui prime, même s'il s'agit de deux situations différentes. Le critère déterminant est la réponse à la question de savoir s'il y a eu un élément intentionnel ou non. Il faut éviter de créer la confusion à cet égard par l'emploi d'une terminologie impropre.

M. Destexhe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 29), tendant à remplacer l'article 2 par ce qui suit:

«*Art. 2. — La présente loi vise à permettre, dans des conditions exceptionnelles, de hâter le décès d'un patient en phase terminale avec l'aide d'un médecin. La phase terminale est décrite sur la base d'un décès naturel qui devrait intervenir dans un délai d'un mois en fonction du dernier état de l'art de guérir.*»

La justification de cet amendement précise que la première partie de celui-ci vise à réduire la portée et le

van het voorliggende wetsvoorstel wil beperken, en dat het tweede deel een betere omschrijving van de stervensfase beoogt. Voor een coherente definitie zou het nuttig zijn om de mening van artsen te vragen want eenvoudig is dat zeker niet.

Spreekster is zich bewust van deze onvolmaaktheid aangezien er zich veel verschillende situaties voordoen en het onmogelijk is om het exacte moment van het overlijden te voorzien. De voormalige rector van de Gentse universiteit, Etienne Vermeersch, voorzitter van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, stelde de volgende definitie voor: «Volgens de gangbare medische inzichten zal de dood binnen 20 dagen of minder intreden.»

Een lid stelt vast dat het amendement in het verlengde ligt van wat de indiener ervan voordien verdedigde, namelijk dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen euthanasie en (medische) hulp bij zelfdoding.

Het ligt tevens in het verlengde van de tekst die spreekster met sommige collega's opgesteld heeft, en die letterlijk de woorden «het overlijden te bespoedigen» hernam. Spreekster blijft erbij dat er een logica is in het onderscheiden van beide elementen.

Trouwens, indien men het Nederlandse wetsvoorstel, dat binnenkort aangenomen zou kunnen worden, goed herleest, stelt men vast dat het dit onderscheid ook maakt.

Bovendien geeft de Nederlandse wet geen definitie van euthanasie in een bepaald artikel.

In artikel 1 van deze wet, waarin een aantal begrippen gedefinieerd worden, wordt euthanasie niet vermeld. Wel vermeldt het de begrippen «levensbeëindiging op verzoek» en het duidelijk anders gedefinieerde «hulp bij zelfdoding».

Deze oplossing biedt het voordeel dat heel wat begrippen duidelijker worden. Zoals gezegd blijft euthanasie namelijk een vaag begrip voor de bevolking en voor de artsen, ondanks de definitie die de wet eraan kan geven.

Spreekster verwijst ook naar een artikel dat op 28 november 2000 in *De Standaard* verschenen is, en waarin professor Van Neste de betekenis van beide begrippen uitlegt.

Een ander lid verklaart dat het amendement hem belangrijk lijkt, maar dat het nog te onduidelijk is. Het verdienstelijke eraan is dat teruggegrepen wordt naar het algemeen maatschappelijk aanvaarde begrip euthanasie, dat tevens de basis vormde voor de werkzaamheden van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek en van de huidige commissies, namelijk het bezorgen van een waardig levenseinde aan iedereen, binnen ons verzorgingsbestel.

De studie die onlangs in de *Lancet* verschenen is, toont aan dat vele geneeskundige beslissingen in de

champ de la proposition en discussion; la seconde vise à mieux définir la phase terminale. Il serait utile de demander l'avis de médecins pour tenter d'arriver à une définition cohérente de celle-ci, ce qui n'est pas simple.

L'intervenant est conscient de cette imperfection, étant donné la diversité des situations et l'impossibilité de prévoir le moment exact du décès. L'ancien recteur gantois Etienne Vermeersch, président du Comité consultatif de bioéthique, proposait de définir cette phase sur la «base d'un décès prévu dans les 20 jours ou moins».

Une membre constate que l'amendement se situe dans la logique de ce que son auteur a précédemment défendu, à savoir une distinction entre euthanasie et suicide (médicalement) assisté.

Il s'inscrit également dans la logique du texte que l'intervenante a élaboré avec certains collègues, et qui reprenait textuellement la notion de «hâter le décès». L'intervenante persiste à penser qu'il y a une logique à vouloir distinguer ces deux éléments.

D'ailleurs, si l'on relit bien le projet de loi néerlandaise qui pourrait être adopté incessamment, on constate que ce texte fait la distinction en question.

En outre, la loi hollandaise ne définit pas l'euthanasie dans un article particulier.

À l'article premier de cette loi, qui reprend un certain nombre de notions, l'euthanasie ne figure pas. Par contre, on trouve dans cette loi la notion de «levensbeëindiging op verzoek», et celle, bien distincte, de «hulp bij zelfdoding».

Cette solution a l'avantage de bien clarifier les concepts. En effet, comme déjà indiqué, le concept d'euthanasie reste flou pour la population et pour les médecins, nonobstant la définition que la loi pourrait en donner.

L'intervenante renvoie également à un article paru ce 28 novembre 2000 dans le *Standaard*, et où le professeur Van Neste explicite la portée des deux concepts.

Un autre membre déclare que l'amendement lui paraît important, mais encore insuffisamment clair. Il a le mérite d'en revenir au concept d'euthanasie tel qu'il est compris dans la société et tel qu'il existe à l'origine des travaux du Comité consultatif de bioéthique et de ceux des présentes commissions, à savoir rendre une fin de vie digne possible, et accessible pour tous, dans le cadre de notre système de soins de santé.

La récente étude parue dans le *Lancet* montre qu'un grand nombre de décisions médicales sont

stervensfase genomen worden. De dood van bijna 40% van de mensen wordt door deze beslissingen beïnvloed. Er is in dit verband nood aan veel meer openheid en dialoog.

Wat spreekster in het amendement aanvechtbaar lijkt, is dat euthanasie, die in haar ogen beperkt moet blijven tot de gevallen waarbij de arts zich in een noodtoestand bevindt, in de definitie beschouwd wordt zoals de andere medische beslissingen bij het levenseinde.

Men spreekt van «het overlijden te bespoedigen».

Indien het erom gaat het leven van de patiënt actief te beëindigen, kan men dit beter duidelijk vermelden en bijkomende en specifieke maatregelen invoeren.

Het begrip «natuurlijke dood» is ook een heikel punt in de voorgestelde definitie.

Wat heeft dit begrip te betekenen voor iemand die medisch behandeld wordt, die in een ziekenhuis verblijft?

Is dit een juridisch begrip, dat in een wettelijke definitie opgenomen kan worden?

In onze samenleving sterven nog maar weinig mensen aan een «natuurlijke dood» ...

Ten slotte, wat betreft de termijn van één maand, kan die in een wettelijke definitie opgenomen worden? Het gaat om een geneeskundige beoordeling, die onder meer afhangt van de laatste ontwikkelingen in de geneeskunde.

Een lid is het ermee eens dat het belang van het amendement erin bestaat dat het een onderscheid maakt tussen de gevallen in de stervensfase en de andere.

Spreekster haalt een recente brief aan van geneesheren-specialisten, die de noodzaak van een dergelijk onderscheid benadrukken.

Zij uiten fundamentele bezwaren tegen het ingediende voorstel, juist omdat het dit onderscheid niet maakt. Deze bezwaren zijn niet alleen principieel, maar betreffen ook praktische problemen die volgens hen hieruit zouden voortvloeien.

De geneesheren-specialisten gaan ervan uit dat er in de stervensfase dikwijls voldoende bewijzen zijn dat de dood nabij is, en dat bijgevolg de professionele en medische problemen in deze fase anders zijn dan in een niet-terminale fase. Zij wijzen er met nadruk op dat er een consensueel medisch en professioneel model zou bestaan met betrekking tot de stervensfase.

Wat betreft de termijn van één maand vermeld in het amendement, is spreekster sceptischer, omdat zij niet gelooft dat men de stervensfase in een termijn kan vastleggen.

prises en fin de vie. Près de 40% des gens voient leur décès influencé par ces décisions. Beaucoup plus de transparence et de dialogue sont nécessaires en la matière.

Ce qui, dans l'amendement, paraît contestable à l'intervenante, c'est que l'euthanasie qui, à ses yeux, doit rester limitée aux cas où le médecin se trouve en état de nécessité, est, dans la définition, traitée comme les autres décisions médicales en fin de vie.

Il est question de «hâter» le décès.

S'il s'agit de mettre fin activement à la vie du patient, il vaut mieux le dire clairement et prévoir des conditions supplémentaires et spécifiques.

Le concept de «mort naturelle» constitue un autre point délicat de la définition proposée.

Que représente cette notion pour une personne qui est traitée médicalement, qui séjourne dans un hôpital?

S'agit-il d'un concept juridique, qui peut être repris dans une définition légale?

Il n'y a plus guère de personnes qui, dans notre société, meurent de «mort naturelle» ...

Enfin, en ce qui concerne le délai d'un mois, peut-on le reprendre dans une définition légale? Il s'agit d'une appréciation médicale, qui dépend notamment des progrès les plus récents de la science médicale.

Une membre partage l'avis selon lequel l'intérêt de l'amendement est la distinction qu'il opère entre les cas relevant de la phase terminale et les autres.

L'intervenante se réfère à un courrier récent émanant des médecins spécialistes, qui soulignent la nécessité d'une telle distinction.

Ils ont des objections fondamentales à l'égard de la proposition à l'examen, précisément parce qu'elle n'opère pas cette distinction. Ces objections se fondent non seulement sur des raisons de principe, mais aussi sur les problèmes pratiques qui, selon eux, découleront de cette option.

Les médecins spécialistes considèrent que dans la phase terminale, il y a souvent une évidence suffisante quant à la proximité du décès et que, dès lors, les problèmes professionnels et médicaux se posent différemment dans cette phase et dans la phase non terminale. Ils insistent sur le fait qu'il y aurait un modèle consensuel médical et professionnel sur la phase terminale.

Sur le délai d'un mois prévu par l'amendement, l'intervenante est plus sceptique, car elle ne croit pas possible de figer la phase terminale dans un délai.

Het begrip «natuurlijke dood» is ook een probleem, omdat de betekenis ervan niet volledig vaststaat.

Ten slotte stelt het amendement opnieuw de vraag van het perspectief waarin men zich plaatst: is het een strafrechtelijk perspectief, of eerder een medisch perspectief, een wettelijke toelating, zoals blijkt uit de woorden «*Cette loi vise à permettre ...*» in de Franse tekst van het amendement?

Het probleem dat opgelost moet worden, betreft dus het verband tussen deze wettelijke toelating en de huidige strafwet.

De heer Vankrunkelsven dient ook een amendement in, dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 97):

«*Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet worden de handelingen van de arts verstaan waarbij hij legale middelen, op verzoek van de patiënt, toedient of ter beschikking stelt in de wetenschap dat ze een einde stellen aan zijn leven, gelet op diens ondraaglijke pijn en de uitzichtloze medische situatie waarin hij zich bevindt.*»

De indiener stelt in het amendement een nieuwe vertaling van het begrip «euthanasie» voor om uit de impasse hieromtrent te geraken, hoewel de definitie, zoals voorgesteld door het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, zijns inziens geen problemen stelt.

Amendement nr. 97 komt deels tegemoet aan de bezwaren die door sommige sprekers werden geopperd omdat het verwijst naar de ondraaglijke pijn en de uitzichtloze medische situatie van de patiënt. Het is evenwel geen echte definitie van euthanasie, maar veeleer een uitdrukking van de handelingen waarop de wet toepasselijk is.

Het woord «euthanasie», noch het begrip «hulp bij zelfdoding» wordt expliciet genoemd. De wet zal, volgens het amendement, van toepassing zijn op het ter beschikking stellen van letale middelen waarvan de arts weet dat ze de dood tot gevolg zullen hebben. Deze handelingen zullen in bepaalde omstandigheden niet strafbaar zijn.

De indiener van het amendement herinnert eraan dat hij een amendement heeft ingediend om, behalve euthanasie, ook hulp bij zelfdoding te definiëren.

Spreker heeft de indruk dat hier veel filosofische overwegingen naar voren worden gebracht en dat een oplossing moet worden gevonden door gewoon in artikel 2 te zeggen waarom het gaat. Bepaalde elementen overlappen inderdaad met de inhoud van artikel 3.

Het amendement heeft tot doel de delicate discussie over het concept «opzettelijk» te omzeilen.

De même, le concept de «mort naturelle» pose problème car on n'en maîtrise pas parfaitement le sens.

Enfin, l'amendement pose à nouveau la question de savoir dans quelle logique on se situe: s'agit-il d'une logique pénale, ou plutôt d'une logique médicale, d'une autorisation de la loi, comme l'indiquent les termes «la présente loi vise à permettre ...», utilisés dans l'amendement?

La question à résoudre est alors le lien entre cette permission de la loi et la loi pénale actuelle.

M. Vankrunkelsven dépose également un amendement, tendant à remplacer l'article 2 par le texte suivant (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 97):

«*Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, on entend par actes médicaux les actes par lesquels le médecin administre ou met à disposition des médicaments létaux, à la demande du patient, en sachant qu'ils mettront fin à sa vie, compte tenu de la douleur intolérable qu'il éprouve et de la situation médicale sans issue dans laquelle il se trouve.*»

L'auteur de l'amendement propose dans celui-ci une nouvelle traduction de la notion d'«euthanasie», pour que l'on puisse sortir de l'impasse, même si la définition proposée par le Comité consultatif de bioéthique ne pose aucun problème à son avis.

L'amendement n° 97 tient partiellement compte des objections formulées par certains orateurs, dans la mesure où il fait référence à la douleur intolérable qu'éprouve le patient et à la situation médicale sans issue dans laquelle il se trouve. Il ne s'agit toutefois pas véritablement d'une définition de l'euthanasie. Il s'agit plutôt d'une expression des actes auxquels la loi est applicable.

Ni le terme «euthanasie» ni la notion d'«aide au suicide» ne sont mentionnés expressément. La loi s'appliquera, aux termes de l'amendement, à la mise à disposition de médicaments létaux dont le médecin sait qu'ils entraîneront la mort. Ces actes en question ne seront pas punissables dans certaines circonstances.

L'auteur de l'amendement rappelle qu'il a également déposé un amendement tendant à insérer, à côté de la définition de l'euthanasie, celle du suicide assisté.

L'intervenant a le sentiment que beaucoup de considérations philosophiques sont émises ici, et qu'il faut s'efforcer de trouver une solution, en disant simplement à l'article 2 de quoi il s'agit. Il est vrai que certains éléments recourent en partie le contenu de l'article 3.

L'amendement tente d'évacuer ainsi la discussion délicate relative au concept «intentionnellement».

De laatste volzin van de tekst benadrukt dat het moet gaan om uitzichtloze situaties.

In het amendement zijn dus verschillende elementen samengebracht die in de loop van de discussie fundamenteel zijn gebleken zonder dat de term euthanasie uitdrukkelijk wordt gebruikt, wat spreker van bijkomend belang vindt vergeleken met het feit dat de in de tekst beschreven handelingen mogelijk worden gemaakt.

Een lid verklaart dat de denkoefening van de indiener van het amendement voldoende aantoonde dat men onvermijdelijk vastloopt als men euthanasie in een wettekst wil definiëren.

Spreekster blijft ervan overtuigd dat men niet in een afzonderlijk artikel definities moet geven, maar wel wanneer men de handeling noemt die men wil deponaliseren of toestaan.

De formulering «*on entend par actes médicaux ...*» vindt spreekster vreemd.

De indiener van het amendement verduidelijkt dat het woord «*médicaux*» in de Franse versie van het amendement overbodig is.

De vorige spreekster verklaart dat men onvermijdelijk terugvalt op artikel 3 zelf wanneer men tracht de betrokken handelingen te definiëren. Daarom moet in dat artikel worden toegelicht waarover het gaat en hoe dat in de praktijk gaat.

De in amendement nr. 97 voorgestelde definitie kan perfect worden ingevoegd in artikel 3. Er is geen enkele reden om ze te hernemen in artikel 2, dat te ruim is en in zekere zin overbodig.

De indiener van het amendement antwoordt dat hij juist heeft getracht om de verwarring tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding weg te werken. Hij verklaart dat het gaat om situaties waarin de arts opzettelijk letale middelen toedient of de patiënt deze zelf inneemt.

In het laatste geval oefent de patiënt zijn autonomie uit, wat niets te maken heeft met een klassieke zelfmoord.

De bedoeling is een patiënt die lijdt te helpen, door hem welbewust letale middelen toe te dienen.

Een lid wijst erop dat zelfmoord in het Belgisch recht weliswaar niet bestraft wordt, maar daarom niet als een maatschappelijk positieve daad kan worden beschouwd. Zelfmoord wordt niet bestraft omdat het een wanhoopsdaad is van een geïsoleerd persoon die hulp nodig heeft, en omdat straffen hier onmenselijk zou zijn. Daaruit mag men nog niet afleiden dat hulp bij zelfdoding een minder verregaande stap zou zijn dan de handeling van de arts zelf.

Spreekster verwijst naar de uitspraken van professor Englert, die haar standpunt over euthanasie niet deelt, maar die toch een onderscheid wil behouden

Enfin, la dernière phrase du texte met en évidence le fait qu'il s'agit de situations sans issue.

L'amendement rassemble ainsi les divers éléments qui sont apparus comme centraux au cours de la discussion, sans mentionner expressément le terme euthanasie, ce qui apparaît comme secondaire aux yeux de l'intervenant, par rapport au fait de rendre possible les actes décrits par ce texte.

Une membre déclare que l'exercice fait par l'auteur de l'amendement montre bien combien l'on s'enferme quand on veut absolument définir l'euthanasie dans le texte de loi.

L'intervenante reste convaincue que ce n'est pas dans un article spécifique qu'il y a lieu d'indiquer de quoi on parle, mais bien lorsque l'on indique l'acte que l'on veut voir dépénalisé ou autorisé.

La formulation «*on entend par actes médicaux ...*», paraît curieuse à l'intervenante.

L'auteur de l'amendement précise que le mot «*médicaux*» n'est pas nécessaire, dans la version française de l'amendement.

La précédente intervenante déclare que, lorsqu'on tente de définir les actes dont il est question, on retombe inévitablement sur l'article 3 lui-même. C'est donc bien dans cet article qu'il faut expliciter de quoi on parle, et quelle est la pratique.

La définition proposée par l'amendement n° 97 pourrait parfaitement figurer à l'article 3. Il n'y a aucune raison de la reprendre à l'article 2 qui est trop large et, en quelque sorte, redondant.

L'auteur de l'amendement répond qu'il a précisément essayé de faire disparaître la confusion entre euthanasie et suicide assisté. Il indique qu'il s'agit des situations où des médicaments létaux sont administrés consciemment par le médecin, ou sont pris par le patient lui-même.

Dans ce dernier cas, il s'agit d'une situation d'autonomie du patient, qui n'a rien à voir avec un suicide classique.

Il s'agit ici d'aider un patient en souffrance, en lui administrant consciemment des médicaments létaux.

Une membre fait observer que ce n'est pas parce que le suicide n'est pas, comme tel, pénalisé dans notre droit, qu'il doit être considéré comme un geste positif sur le plan social. Le suicide n'est pas réprimé parce qu'il s'agit d'un geste de désespoir d'une personne isolée, qui a besoin d'aide, et qu'il serait inhumain de punir. Mais on ne peut en déduire pour autant que l'aide au suicide serait un geste de moindre portée que l'acte du médecin lui-même.

L'intervenante renvoie aux propos du professeur Englert qui, bien qu'il ne partage pas son point de vue sur l'euthanasie, veut maintenir une distinction entre

tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding, waarvan hij geen voorstander is: «Het is belangrijker zich te concentreren op het verzoek en op de mogelijkheid euthanasie toe te passen veeleer dan hulp bij zelfdoding te overwegen zoals die is uitgewerkt bijvoorbeeld in de Staat Oregon in de Verenigde Staten en dit omdat de patiënt door deze situatie alleen komt te staan en de interactie wordt belet met een arts die het verzoek kan moduleren en erover kan discussiëren.»

Volgens spreekster en haar fractie gaat het in de uitzonderlijke situatie van euthanasie steeds om de beoordeling en de handeling van het verzorgend team dat de patiënt bijstaat.

In zekere zin gaat het steeds om een sociale handeling die ertoe strekt de patiënt in het proces van een waardig sterven te begeleiden en te helpen. Dit proces kent vele aspecten, waaronder met name de psychologische en maatschappelijke steun, maar ook de interactie en de dialoog.

De vraag dat er een einde aan wordt gemaakt, moet op maatschappelijk vlak gehoord worden met alle daaraan verbonden consequenties.

Hulp bij zelfdoding komt erop neer dat de patiënt aan zichzelf wordt overgeleverd en dat niemand de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de handeling opneemt.

Het gaat dan niet meer om een ultieme zorghandeling maar om het verbreken van een relatie nog vóór de patiënt overlijdt.

Een lid wijst erop dat amendement nr. 97 de werkingssfeer wijzigt van de daaropvolgende tekst, waarin gesproken wordt van euthanasie en niet van handelingen.

Als men een andere logica wil hanteren, moet dat in artikel 3 gebeuren. In de teksten die de fractie van spreekster heeft ingediend, wordt het woord «euthanasie» niet gebruikt, maar worden omschrijvingen gehanteerd. In artikel 3 worden de handelingen gedefinieerd die al dan niet toegestaan zijn.

Spreekster is ervan overtuigd dat het verkeerd is om in een artikel dat de algemene teneur van de wet voorafgaat, handelingen te willen definiëren die een leven beëindigen door termen te gebruiken die overigens niet terug te vinden zijn in de amendementen die de zes auteurs op hun voorstel hebben ingediend.

Het is wel zo dat de indiener in amendement nr. 97 een medische denkwijze hanteert en de strafrechtelijke piste verlaat die zijn eerste amendementen kenmerkte.

Op een bepaald ogenblik heeft hij een tekst ingediend die euthanasie in het algemeen strafbaar stelde, maar voorzag in een systeem van uitzonderingen.

Het is inderdaad de vraag of het algemene principe volgens hetwelk euthanasie (uitdrukkelijk vermeld of

euthanasie et suicide assisté, et qui n'est nullement partisan du second: «Il est plus important de se focaliser sur la demande et sur la possibilité de pratiquer une euthanasie, plutôt que d'envisager le suicide assisté, tel qu'il a été développé, par exemple, dans l'État d'Oregon aux États-Unis, cette situation laissant le patient très seul et empêchant l'interaction avec un médecin qui puisse moduler la demande et la raisonner.»

Dans l'optique de l'intervenante et de son groupe, il s'agit toujours, dans la situation exceptionnelle d'euthanasie, de l'appréciation et de l'acte d'une équipe soignante qui se trouve aux côtés du patient.

Il s'agit toujours, d'une certaine façon, d'un acte social qui vise à écouter et à accompagner le patient dans un processus de mort digne. Ce processus comporte de nombreux aspects, et notamment ceux de soutien psychologique et social, mais aussi d'interaction et de dialogue.

La demande d'en finir doit être reçue et écoutée sur le plan social, et ce jusqu'au bout.

Le suicide assisté a pour conséquence que le patient est laissé à lui-même, et que personne ne prend sur soi la responsabilité sociale de l'acte.

Il ne s'agit plus d'un acte ultime de soin, mais de la rupture d'une relation, dès avant la fin du patient.

Une membre constate que l'amendement n° 97 change évidemment la portée du texte qui suit, qui parle d'«euthanasie» et non d'«actes».

Si l'on change de logique, c'est à l'article 3 qu'il faut le faire. Les textes successifs déposés par le groupe de l'intervenante, quant à eux, ne parlent pas d'euthanasie, mais utilisent des périphrases. C'est à l'article 3 qu'ils définissent les actes autorisés ou non.

L'intervenante se dit convaincue que l'on fait fausse route en voulant définir, dans un article préalable à la philosophie générale de la loi, des actes qui mettent fin à la vie, en reprenant des termes que l'on ne retrouve d'ailleurs pas dans les amendements déposés par les six auteurs à leur proposition.

Mais il est vrai que, dans son amendement n° 97, l'auteur entre dans une logique médicale, et abandonne la logique pénale qui inspirait ses premiers amendements.

Il avait d'ailleurs déposé, à un moment donné, un texte incriminant l'euthanasie de manière générale, et prévoyant ensuite un système dérogatoire.

La question doit en effet être posée de savoir s'il ne faut pas prévoir un texte consacrant le principe géné-

in een andere formule) strafbaar is niet in een tekst moet worden bekrachtigd.

Zo'n tekst ontbreekt momenteel omdat euthanasie valt onder de strafrechtelijke bepalingen die doodslag bestraffen.

Een ander lid vindt dat men de eerlijkheid en het lef moet hebben om de zaken bij hun naam te noemen. We bespreken hier een voorstel inzake euthanasie, waarin logischerwijze deze term wordt gedefinieerd.

De zes indieners hebben gekozen voor de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, een orgaan dat is samengesteld uit deskundigen die maanden hebben gewerkt aan een zo duidelijk mogelijke tekst.

Als antwoord op een uitspraak van een vorige spreekster, benadrukt spreker dat de zes indieners de patiënten vooral niet aan hun lot willen overlaten. De zachte dood die men lijdende patiënten in bepaalde omstandigheden wil geven, is een daad van medelijken en steun.

Een lid meent dat de indiener van amendement nr. 97 misschien wel de bedoeling heeft om de zaken te verduidelijken, maar dat hij ze veeleer bemoeilijkt.

Eenzijds hebben de woorden «de handelingen van de arts ...» betrekking op medische handelingen. In dit soort van wet kan de arts alleen medische handelingen stellen.

Anderzijds introduceert deze tekst in de definitie opnieuw twee onderscheiden problemen — euthanasie en hulp bij zelfdoding — die beter op verschillende niveaus en geleidelijk behandeld zouden worden.

Door het domein van de geneeskunde te betreden, verlaat men het opnieuw. Hulp bij zelfdoding moet een handeling van de arts blijven, zelfs als het verzoek is ingegeven door een existentiële wanhoop die geen verband houdt met een fysiek of psychisch lijden, dat minstens gedeeltelijk tot het domein van de geneeskunde zou behoren.

Spreker komt terug op het idee dat een eventuele definitie duidelijk moet zijn. Euthanasie is geen doodslag en als er sprake is van doodslag, kan er geen sprake zijn van euthanasie. De term «euthanasie» (goede dood) kan nooit slaan op doodslag.

Wat de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek betreft, benadrukt spreker dat de leden van het comité het eerst eens moesten raken over een terminologie vooraleer ze hun werkzaamheden konden aanvatten. Het vaststellen van een uitgangshypothese betekent niet dat men aan het einde van de werkzaamheden automatisch dezelfde definitie moet overhouden, alsof de hoorzittingen en besprekingen geen nieuw licht hadden geworpen op de definitie.

ral selon lequel l'euthanasie (visée expressément ou selon un autre formule) est punissable.

Actuellement, une telle disposition n'existe pas, parce que l'euthanasie relève des dispositions pénales qui punissent l'homicide.

Une autre membre estime qu'il faut avoir l'honnêteté et la correction d'appeler les choses par leur nom. On discute ici d'une proposition qui concerne l'euthanasie et qui, dès lors, définit ce que l'on entend par ce terme.

Les six auteurs ont opté pour la définition du Comité consultatif de bioéthique, instance composée d'experts qui ont travaillé des mois pour arriver à un texte aussi clair que possible.

En réponse à une précédente oratrice, l'intervenante précise que l'intention des six auteurs n'est pas d'abandonner les patients à leur sort. Au contraire, la mort douce que l'on veut accorder, dans certaines circonstances, aux patients souffrants est un geste de compassion et de soutien à leur égard.

Un membre estime que, si le but de l'auteur de l'amendement n° 97 est de clarifier les choses, il les complique plutôt.

D'une part, les mots «l'acte par lequel le médecin ...» visent évidemment un acte médical. Dans ce type de loi, le médecin n'est autorisé qu'à poser un acte médical.

D'autre part, le texte réintroduit dans la définition deux problématiques — euthanasie et suicide assisté —, qu'il vaudrait mieux traiter à des niveaux différents et progressivement.

Par conséquent, tout en entrant dans l'art de guérir, on en sort. Le suicide assisté doit-il être, de façon générale, l'action d'un médecin, même, par exemple, lorsqu'il est causé par un désespoir existentiel qui ne présente pas une dimension de souffrance physique ou psychologique qui relèverait, au moins pour partie, de l'art de soigner?

L'intervenant en revient à l'idée qu'une éventuelle définition doit être claire. L'euthanasie n'est pas un meurtre, et s'il y a meurtre, il n'y a pas euthanasie. Le terme «euthanasie» (bonne mort) doit être réservé à ce qui n'est pas un meurtre.

En ce qui concerne la définition du Comité consultatif de bioéthique, l'intervenant souligne que les membres de ce Comité ont dû se mettre d'accord, au départ, sur une terminologie qui allait leur permettre de commencer leur travail. Mais ce n'est pas parce que l'on commence par une hypothèse de départ que l'on doit automatiquement, à la fin de ses travaux, reprendre la même définition, comme si toutes les auditions et discussions qu'on a eues n'avaient apporté aucun éclaircissement sur cette définition.

De indiener van het amendement verklaart dat hij geen bezwaar heeft tegen de oorspronkelijke definitie van het concept euthanasie, die hij duidelijk vindt. Omdat hierover discussie is ontstaan, heeft hij getracht een compromisformule te vinden. Het amendement heeft dus geenszins tot doel de zaken te bemoeilijken.

Spreekster heeft getracht te verklaren waarom hulp bij zelfdoding volgens hem tot het domein van dit wetsvoorstel behoort: omdat het net als bij euthanasie gaat om de toediening van dodelijke middelen met als doel het leven van de patiënt te beëindigen.

Een vorige spreekster heeft terecht benadrukt hoe nefast het zou zijn als de indruk wordt gewekt dat de arts het probleem van zich kan afschuiven door de patiënt de nodige middelen te bezorgen en hem aan zijn lot over te laten.

Waar hulp bij zelfdoding wordt toegepast, heeft onderzoek aangetoond dat de arts altijd aanwezig is op het ogenblik dat de patiënt het dodelijk geneesmiddel inneemt.

Het aantal mislukkingen, dat bij euthanasie 3 tot 4 % bedraagt, ligt bij hulp bij zelfdoding iets hoger zodat de aanwezigheid van een arts zeker wenselijk is.

Een lid meent dat iedereen — wetenschappers, artsen, filosofen en politici — vraagt om een definitie van euthanasie. Alle wetenschappelijke artikelen beginnen met een definitie.

De definitie moet klaar en duidelijk zijn. Volgens Confucius was de belangrijkste raad die men aan de keizer kon geven, steeds juiste definities te gebruiken.

In alle hoorzittingen en discussies die hebben plaatsgevonden, is het probleem van de voorgestelde definitie behandeld.

Spreekster steunt dan ook amendement nr. 97 van de vorige spreker, maar hij meent dat het niet moet worden ingevoerd in artikel 2, dat duidelijk is en onveranderd moet blijven.

In amendement nr. 97 ontbreekt een element dat in alle andere door de auteur ingediende amendementen voorkwam, namelijk de medische begeleiding.

In dat opzicht begrijpt spreker de reactie van een vorige spreekster die meende dat de patiënt in het geval van hulp bij zelfdoding aan zijn lot wordt overgelaten.

Hij begrijpt ook de vrees van de indiener van amendement nr. 97 dat bepaalde euthanaserende handelingen niet door iedereen op dezelfde manier zullen worden geïnterpreteerd.

Het amendement kan een goede inleiding zijn tot artikel 3. De vraag is of het er moet in staan, vooral als

L'auteur de l'amendement déclare que, pour sa part, il n'a aucune objection à l'égard de la définition originaire du concept d'euthanasie, qui lui paraît assez claire. C'est parce qu'une discussion s'est développée sur ce sujet qu'il a tenté de mettre au point une formule de compromis. L'amendement n'a donc nullement pour but de compliquer les choses.

L'intervenant a tenté d'expliquer pourquoi, selon lui, le suicide assisté relève de la proposition à l'examen: parce qu'il s'agit, comme pour l'euthanasie, de l'administration de substances létales dans le but de mettre fin à la vie du patient.

Une précédente intervenante a eu raison de souligner qu'il serait très néfaste que l'on donne l'impression que le médecin peut se débarrasser du problème en fournissant au patient les substances en question et en l'abandonnant à son sort.

Les enquêtes montrent que, là où l'on pratique le suicide assisté, le médecin est présent au moment où le patient absorbe le médicament légal.

Il apparaît en effet que le pourcentage d'échec, qui est de 3 à 4 % en matière d'euthanasie, est un peu plus élevé dans le cas du suicide assisté et que la présence du médecin est donc souhaitable dans ce dernier cas.

Un membre pense que tous, scientifiques, médecins, philosophes ou politiciens, demandent une définition de l'euthanasie. Tout article scientifique commence par la définition de ce dont on parle.

Il faut une définition claire et transparente. Confucius disait que le premier conseil à donner à l'empereur était de donner une définition correcte.

Toutes les auditions et discussions qui ont eu lieu jusqu'à présent se basaient sur la définition qui était proposée.

L'intervenant soutient dès lors le précédent orateur dans son amendement n° 97, mais il pense qu'il ne doit pas être repris à l'article 2, qui est clair et doit rester inchangé.

Il manque à l'amendement n° 97 un élément qui figurait dans d'autres amendements précédemment déposés par l'auteur, à savoir l'accompagnement médical.

En ce sens, l'intervenant comprend la réaction d'une précédente oratrice, qui déclarait que, dans le suicide assisté, le patient était livré à lui-même.

Mais il comprend aussi la crainte de l'auteur de l'amendement n° 97 que certaines formes d'acte euthanasique ne soient pas interprétées par tout le monde de la même façon.

L'amendement serait une bonne introduction à l'article 3. La question se pose de savoir s'il est néces-

dat kan leiden tot verkeerde interpretaties met betrekking tot de vereiste medische begeleiding.

Een ander lid sluit zich aan bij de opmerking van een vorige spreker, die meende dat het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek een vertrekpunt voor het debat moet zijn.

Men moet uiteraard rekening houden met de hoorzittingen en de besprekingen, maar men moet ook oog hebben voor de juridische coherentie op nationaal en internationaal vlak.

Spreekster is getroffen door het eenparige advies van het Franse Comité voor bio-ethiek.

In Frankrijk spreekt men over een handeling door een andere dan de betrokkene, die bewust het leven van een persoon beëindigt om zo een einde te maken aan een toestand die ondraaglijk wordt geacht.

In Nederland spreekt zowel de huidige wetgeving als het wetsontwerp over euthanasie als een handeling die opzettelijk een einde maakt aan het leven van een persoon op diens uitdrukkelijke en ernstige vraag.

Al deze elementen zijn terug te vinden in de medische literatuur.

We hebben de studie gezien die in de *Lancet* is verschenen over zogenoemde « clandestiene » euthanasie in Vlaanderen. Ook daar wordt euthanasie opgevat als het toedienen van medicijnen met de expliciete bedoeling het leven van een patiënt te verkorten op diens uitdrukkelijk verzoek.

Daarom meent spreekster dat amendement nr. 97 in zijn huidige vorm op geen enkele manier strookt met nationale of internationale opvattingen, noch met wat in artikel 3 wordt beoogd.

Het is beter om in dit artikel te regelen op welke manier het verzoek van de patiënt overwogen zal worden.

Een lid verklaart ook onder de indruk te zijn van de inhoud van de in de *Lancet* verschenen studie en van de classificaties die daarin gemaakt worden.

De vragenlijst voor deze studie maakte een duidelijk onderscheid tussen euthanasie (gedefinieerd als het toedienen van letale medicijnen met de uitdrukkelijke bedoeling het leven van een patiënt te verkorten op diens verzoek) en hulp bij zelfdoding.

Het is interessant om vast te stellen dat dit onderscheid bestaat en dat het in 80 % van de gevallen om een verkorting van het leven met een dag tot een week ging, wat dus overeenstemt met de terminale fase. In de resterende 20 % van de gevallen ging het om een verkorting met maximum een maand.

Meerdere elementen tonen dus het belang aan van een onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

saire qu'il y figure, surtout si cela doit donner lieu à des interprétations erronées en ce qui concerne l'accompagnement médical requis.

Une autre membre se rallie à la réflexion d'un précédent intervenant, selon laquelle l'avis du Comité consultatif de bioéthique était un point de départ de la réflexion.

Si l'on doit évidemment tenir compte des auditions et discussions qui ont eu lieu, il faut cependant rester dans une logique juridique cohérente sur le plan national et international.

L'intervenante déclare avoir été frappée par l'avis unanime du Comité de bioéthique français.

En France, on parle de l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne, en vue de mettre un terme à une situation jugée insupportable.

Aux Pays-Bas, tant la loi actuelle que le projet en discussion définissent l'euthanasie comme l'acte qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à sa demande expresse et sérieuse.

Tous ces éléments se retrouvent dans la littérature médicale.

On a pu prendre connaissance de l'étude parue dans le *Lancet* sur les euthanasies dites clandestines en Flandre. Là aussi, on entend par euthanasie l'administration de drogues avec l'intention explicite d'abrégier la vie du patient à sa demande expresse.

Pour toutes ces raisons, l'amendement n° 97, tel qu'il est présenté, ne correspond, selon l'intervenante, ni à une cohérence nationale et internationale, ni à ce que l'on veut faire dans l'article 3.

Il est préférable, dans cet article, de régler la manière dont la demande du patient sera prise en considération.

Une membre dit avoir également été frappée par le contenu de l'étude parue dans le *Lancet*, et par les classifications faites dans celle-ci.

Le questionnaire à la base de l'étude faisait bien la différence entre l'euthanasie — définie comme l'administration de drogues létales avec intention explicite de raccourcir la vie du patient à la demande de celui-ci — et le suicide assisté (p.a.s.).

Il est intéressant de constater l'existence de cette distinction, et le fait que le raccourcissement de la vie se situait entre 1 jour et 1 semaine dans 80 % des cas, ce qui correspondait donc bien à la phase terminale, les 20 % restants correspondant à un raccourcissement maximum d'un mois.

Beaucoup d'éléments montrent donc la différence qui est faite entre euthanasie et suicide assisté.

In de Nederlandse wet kan het concept «hulp bij zelfdoding» twee dingen inhouden: het kan zowel gaan om actieve hulp van de arts die aan de handeling deelneemt, als om het aan de patiënt verstrekken van de middelen om zichzelf te doden.

Een senator vindt het absurd te verwijzen naar het artikel in de *Lancet* om aan te tonen dat er een groot verschil bestaat tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding.

Uiteraard dient in het eerste geval de arts het product toe, terwijl in het tweede geval de patiënt zelf het product inneemt.

Als we het artikel lezen, zien we dat in alle gemaakte analyses (net zoals in de meeste wetenschappelijke literatuur) deze gevallen gelijkgeschakeld worden en beschouwd worden als tegengesteld aan gevallen waarin het dodelijke product wordt toegediend zonder toestemming van de patiënt.

De heer Vandenberghe c.s. dienen een subsidiair amendement in op amendement nr. 97 (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 98), dat ertoe strekt het woord «terminale» in te voegen en de woorden «of ter beschikking stelt» te doen vervallen.

Een lid verwijst in dit verband naar een artikel van professor Van Neste dat verschenen is in *De Standaard* van 28 november, waarin staat: «Het mag ons niet ontgaan dat in het onderscheid terminale/niet-terminale patiënt uiteindelijk een dieper liggende tegenstelling schuilgaat: twee zeer verschillende opvattingen over euthanasie: naast de klassieke opvatting op grond van medische noodzaak, een totaal nieuwe opvatting op grond van de zelfbeschikking van de patiënt. In de klassieke opvatting impliceert euthanasie een dramatische situatie waarin terminale patiënt én arts samen kunnen terechtkomen: deze stervensfase namelijk waarin de arts steeds minder efficiënt de pijn, het lijden van de patiënt kan verzachten. Dit betekent een uitdaging voor de arts: hij gaat inzien dat dit leven beëindigen de enige uitweg is om deze pijn, dit lijden te doen eindigen. Euthanasie dringt zich in dit geval in zekere mate op als medische noodzaak, als enige uitweg om te helpen. Dit is de eigen verschijningsvorm of gestalte die euthanasie in deze situatie aanneemt.

Gaat men daarentegen uit van de «ongeneeslijke» toestand (zoals in het meerderheidsvoorstel) dan krijgt het euthanasiebegrip een heel andere teneur, niet in de eerste plaats een «dramatische» beslissing van de arts, maar een keuzemogelijkheid voor de patiënt. Vanzelfsprekend bevindt de patiënt zich ook in deze hypothese in een hachelijke toestand: geen hoop meer op genezing, op enige verbetering van kwaliteit van leven, uitzichtloosheid, het gegeven dat deze toestand nog maanden, zelfs jaren kan duren. Bij een slachtoffer van een verkeersongeval met totale verlamming als gevolg, bijvoorbeeld, is alle behande-

Dans la loi hollandaise, le concept de «*hulp bij zelfdoding*» peut être aussi bien l'aide active du médecin qui participe à l'acte, que le fait de donner au patient lui-même les moyens de se suicider.

Un sénateur estime absurde de renvoyer à l'article du *Lancet* pour démontrer qu'il y aurait une grande différence entre euthanasie et suicide assisté.

Bien sûr, dans le premier cas, c'est le médecin qui administre le produit alors que, dans le second, c'est le patient qui le prend lui-même.

Mais, lorsqu'on lit l'article, on voit que, dans toutes les analyses qui sont faites, comme du reste dans l'ensemble de la littérature scientifique, les deux actes sont considérés ensemble, par opposition aux cas où le produit létal est administré sans le consentement du patient.

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 97 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 98), tendant d'une part, à y insérer les mots «au stade terminal» et, d'autre part, à supprimer les mots «ou met à disposition».

Un membre renvoie à ce sujet à un article du professeur Van Neste paru dans le *Standaard* de ce 28 novembre, où l'on peut lire: «Het mag ons niet ontgaan dat in het onderscheid terminale/niet-terminale patiënt uiteindelijk een dieper liggende tegenstelling schuilgaat: twee zeer verschillende opvattingen over euthanasie: naast de klassieke opvatting op grond van medische noodzaak, een totaal nieuwe opvatting op grond van de zelfbeschikking van de patiënt. In de klassieke opvatting impliceert euthanasie een dramatische situatie waarin terminale patiënt én arts samen kunnen terechtkomen: deze stervensfase namelijk waarin de arts steeds minder efficiënt de pijn, het lijden van de patiënt kan verzachten. Dit betekent een uitdaging voor de arts: hij gaat inzien dat dit leven beëindigen de enige uitweg is om deze pijn, dit lijden te doen eindigen. Euthanasie dringt zich in dit geval in zekere mate op als medische noodzaak, als enige uitweg om te helpen. Dit is de eigen verschijningsvorm of gestalte die euthanasie in deze situatie aanneemt.

Gaat men daarentegen uit van de «ongeneeslijke» toestand (zoals in het meerderheidsvoorstel) dan krijgt het euthanasiebegrip een heel andere teneur, niet in de eerste plaats een «dramatische» beslissing van de arts, maar een keuzemogelijkheid voor de patiënt. Vanzelfsprekend bevindt de patiënt zich ook in deze hypothese in een hachelijke toestand: geen hoop meer op genezing, op enige verbetering van kwaliteit van leven, uitzichtloosheid, het gegeven dat deze toestand nog maanden, zelfs jaren kan duren. Bij een slachtoffer van een verkeersongeval met totale verlamming als gevolg, bijvoorbeeld, is alle behande-

ling misschien al (lang) stopgezet. Er is dus geen enkele arts meer bij betrokken. In deze toestand die deze patiënt als «nood» ervaart, wendt de patiënt zich tot een arts met de vraag om euthanasie. Is het niet aangewezen hier over hulp bij zelfdoding te spreken?»

De samenleving maakt een onderscheid tussen de hypothese dat de dodelijke producten gebruikt worden in de terminale fase en de hypothese dat de producten gebruikt worden in een niet-terminale fase. In het laatste geval komt men erg dicht bij het begrip «hulp bij zelfdoding»: de persoon is niet noodzakelijk een patiënt en er is geen medische noodzaak om het overlijden te bespoedigen.

We kunnen ons dan afvragen of in dit laatste geval een taak is weggelegd voor de geneeskunde en voor de arts.

Spreker herhaalt dat er al vaker gezegd is dat het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase afgeschaft moet worden omdat het niet houdbaar is. Patiënten die lijden aan een ongeneeslijke ziekte sterven meestal niet aan deze ziekte, maar aan verwikkelingen die verband houden met de ziekte of met hun behandeling.

Bovendien is de levensverwachting van een ongeneeslijk zieke patiënt erg moeilijk in te schatten, zelfs voor ervaren wetenschappers.

De vraag hoe moet worden gereageerd op een verzoek van patiënten met een niet-dodelijke ziekte die ondraaglijk lijden veroorzaakt en leidt tot een uitzichtloze situatie, is van een andere orde dan de discussie over artikel 2.

Een ander lid stelt vast dat, ondanks de moeilijkheden om een onderscheid te maken tussen de terminale en de niet-terminale fase, de zes indieners dit onderscheid toch hanteren in hun amendementen door bijkomende voorwaarden te stellen voor mensen die niet in een terminale fase verkeren. Zo wordt aangetoond dat het onderscheid toch zin heeft.

Vorige spreker verwijst opnieuw naar zijn voorstel om de woorden «indien de arts van oordeel is zal overlijden» te vervangen door de woorden «indien de arts oordeelt dat de aandoening op zich niet binnen afzienbare tijd tot sterven behoeft te leiden».

Op die manier zal de arts moeten beoordelen of er bijkomende zorgvuldigheidsmaatregelen moeten worden genomen, zodat er minder juridische discussies zullen zijn.

Een vorige spreekster meent dat het betwistbaar is om de arts nog meer beoordelingsbevoegdheid te geven.

ling misschien al (lang) stopgezet. Er is dus geen enkele arts meer bij betrokken. In deze toestand die deze patiënt als «nood» ervaart, wendt de patiënt zich tot een arts met de vraag om euthanasie. Is het niet aangewezen hier over hulp bij zelfdoding te spreken?»

La société ressent une différence entre l'hypothèse où les produits létaux sont utilisés en phase terminale, et celle où ils le sont en phase non terminale. Dans ce dernier cas, on se rapproche très fort de la notion de suicide assisté; la personne n'est pas nécessairement un patient, il n'y a pas de nécessité médicale de hâter le décès.

On peut dès lors s'interroger sur le point de savoir si cette hypothèse relève de la médecine et des tâches qui incombent au médecin.

Un intervenant rappelle que l'on a déjà souligné le fait que la distinction entre phases terminale et non terminale devrait être écartée, parce qu'elle n'est pas praticable. Les patients atteints d'une maladie mortelle ne meurent pas, la plupart du temps, de la maladie elle-même, mais de complications liées à celle-ci ou à leur traitement.

En outre, les perspectives d'avenir d'un patient incurable sont très difficiles à évaluer, même pour les scientifiques les plus avertis.

Enfin, la question du sort à réserver à la demande de patients atteints d'une maladie qui, sans être mortelle, cause des souffrances insupportables et mène à une situation sans issue est une autre discussion que celle relative à la définition de l'article 2.

Un autre membre constate qu'en dépit des difficultés liées à la distinction entre phase terminale et phase non terminale, les six auteurs opèrent cette distinction dans leurs amendements, en prévoyant des conditions supplémentaires lorsqu'on n'est pas en phase terminale. Cela prouve que cette distinction a un sens.

Le précédent orateur rappelle sa proposition de remplacer les mots «indien de arts van oordeel is zal overlijden» par les mots «indien de arts oordeelt dat de aandoening in zich niet binnen afzienbare tijd tot sterven behoeft te leiden» («Quand le médecin est d'avis ou estime que le décès n'interviendra pas nécessairement comme étant la conséquence de l'affection en soi ... »).

Ainsi, ce serait davantage au médecin d'apprécier si des mesures de prudence complémentaires doivent ou non être prises, et l'on suscitera moins de discussions juridiques.

Une précédente intervenante estime très contestable de laisser un pouvoir d'appréciation encore plus grand au médecin en la matière.

Bovendien is al aangehaald dat het argument — gericht tegen degenen die euthanasie willen beperken tot de terminale fase — dat het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale te ingewikkeld is, niet correct is aangezien de zes indieners dit onderscheid zelf maken door bijkomende zorgvuldigheidseisen te stellen voor de niet-terminale fase.

Een lid herhaalt dat het voorstel voorziet in het raadplegen van een tweede of in sommige gevallen zelfs een derde arts.

We kunnen dus niet zeggen dat dit wordt overgelaten aan de individuele beoordeling van één arts.

Amendement nr. 67

De heer Vandenberghe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 67), dat ertoe strekt aan artikel 2 de volgende woorden toe te voegen: «met uitzondering van de hulp bij zelfdoding». De auteur verantwoordt dit amendement als volgt:

1. De hoorzittingen bevestigden dat de benaming «euthanasie» vele ladingen dekt. Zo werd duidelijk dat «euthanasie» vaak als «paraplu-term» wordt gebruikt voor actief/passief medisch bemiddeld sterven, directe of indirecte opzettelijke levensbeëindiging, vrijwillige of onvrijwillige levensverkorting, ...

Het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek heeft in haar advies van 1997 geanticipeerd op deze verwarring, toen zij diende te adviseren nopens de wenselijkheid van een wettelijke regulering van «euthanasie». Aldus wist zij deze mogelijke begripsverwarringen te ondervangen, door gebruik te maken van de definitie zoals die door de Nederlandse Staatscommissie werd gehanteerd, met name «het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek». Euthanasie wordt als begrip dus niet gehanteerd voor het verantwoord staken of nalaten van een medische handeling of het verantwoord toedienen van pijnstillende middelen met levensverkortend effect («de zogenaamde MBL's of medische beslissingen omtrent het levenseinde»).

Ofschoon deze strikte definitie in zekere zin afwijkend kan zijn van sommige taalkundige of medisch-encyclopedische verklaringen, heeft zij het voordeel dat zij in juridische termen transparantie en zekerheid biedt. Een wettelijke regulering van het euthanaserend handelen vereist een precieze en duidelijke aflijning van het bedoelde begrip «euthanasie», en moet elke dubbelzinnigheid terzake uitsluiten. Om deze reden alleen al is het ook wenselijk dat die medische handelingen bij het levenseinde — die geen uitzonderlijk karakter hebben en horen tot de principieel toegelaten handelingen die een arts kan stellen, rekening houdend niet alleen met de heersende medische inzichten en mogelijkheden, maar tevens met de rech-

En outre, comme déjà indiqué, l'argument opposé à ceux qui veulent limiter l'euthanasie à la phase terminale, et selon lequel la distinction entre phase terminale et non terminale est trop complexe, n'est pas correct puisque les six auteurs eux-mêmes font cette distinction, en prévoyant des critères de minutie supplémentaires pour la phase non terminale.

Un membre rappelle que la proposition à l'examen prévoit la consultation d'un deuxième, et dans certains cas, d'un troisième médecin.

On ne peut donc dire que cela est laissé à l'appréciation individuelle d'un médecin.

Amendement n° 67

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 67), tendant à compléter l'article 2 par les mots «à l'exception de l'assistance au suicide». L'auteur justifie cet amendement comme suit:

1. Les auditions ont confirmé que le terme «euthanasie» a des sens variables. C'est ainsi qu'il est apparu clairement que l'on désigne souvent par euthanasie, notamment l'intervention médicale active ou passive entraînant l'interruption de la vie, l'interruption volontaire directe ou indirecte de la vie, l'abrégement volontaire ou involontaire de la vie, ...

Dans son avis de 1997, le Comité consultatif de bioéthique a tenu compte de ce risque de confusion lorsqu'il a eu à donner un avis sur l'opportunité d'une réglementation légale de l'«euthanasie». Il a su le prévenir en recourant à la définition de l'euthanasie qu'utilise la Nederlandse Staatscommissie. Pour elle, il s'agit de tout «acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci». La notion d'euthanasie ne sert donc pas à désigner l'interruption justifiée d'un acte médical ou le fait de renoncer pour des raisons justifiées à en poser un ni l'administration justifiée d'analgésiques ayant pour effet d'abrèger la vie (qui résultent de décisions médicales concernant la fin de la vie).

Bien que cette définition stricte puisse s'écarter dans une certaine mesure de certaines déclarations d'ordre linguistique ou médico-encyclopedique, elle présente l'avantage de la transparence et de la sécurité du point de vue juridique. Une réglementation légale des interventions euthanasiques requiert une délimitation précise et nette de la notion d'«euthanasie» et doit supprimer toute équivoque en la matière. Il est déjà souhaitable, pour cette seule raison, que ces actes médicaux de fin de vie — lesquels ne présentent aucun caractère exceptionnel et font partie des actes qu'un médecin peut accomplir en principe selon les conceptions médicales en vigueur, en fonction des possibilités dont la médecine peut faire usage, et eu égard aux

ten van de patiënt — in de wettelijke regulering van euthanasie tevens aan bod komen.

2. Het voorgestelde artikel 2 neemt de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek over.

Uit de navolgende voorgestelde bepalingen van het wetsvoorstel blijkt evenwel dat het toepassingsgebied van de term «euthanasie» op oneigenlijke manier wordt uitgebreid, en dat de definitie, zoals die door het Raadgevend Comité werd gehanteerd, een andere invulling krijgt. Aldus wordt euthanasie immers ook van toepassing geacht op patiënten van wie niet verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd gaan sterven; bovendien volstaat het dat een patiënt in een situatie van «ondraaglijke nood» verkeert opdat de voorwaarden met betrekking tot de toestand van de patiënt vervuld zijn. Zelfs de toevoeging van de bepaling «medisch uitzichtloos» werkt in dit geval niet beperkend, maar zelfs verruimend, nu zij in het voorstel begrepen wordt als «niet curatief behandelbaar». Een persoon die lijdt aan een niet te behandelen depressie, maar geenszins wordt geacht binnenkort te sterven, of een niet-terminaal gehandicapt persoon, voor wie in de huidige stand van de wetenschap geen remedie kan worden aangeboden tot leniging van deze handicap, die naar eigen subjectief aanvoelen «in ondraaglijke nood» verkeert, kunnen volgens het voorstel dus verzoeken om «euthanasie».

Deze hypothesen ressorteren evenwel intrinsiek buiten de aflijning van «euthanasie», zowel in de betekenis die er werd aan gegeven door het Raadgevend Comité, als in haar filosofische, ethische en medische benadering.

Zij vallen niet onder het begrip «euthanasie», maar zijn te beschrijven als «hulp bij (of delegatie van) zelfdoding». Een wettelijke regulering van «euthanasie» dient deze hypothese dan ook uitdrukkelijk uit te sluiten van haar toepassingsgebied. De voorgestelde aanvulling volgens dit amendement is dan ook noodzakelijk.

3. Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt [hulp bij (of delegatie van) zelfdoding]:

- a) kan niet gelijk gesteld worden met euthanasie,
- b) is bovendien niet te rechtvaardigen.

a) Euthanasie gaat in wezen enkel en alleen over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het nadere levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend kan optreden om deze fysieke nood te lenigen. De hoorzittingen bevestigden dat het hierbij om een uitzonderlijke hypothese gaat, waarbij euthanasie als *ultimum remedium* kan worden toegepast ingevolge het vrijwillig, herhaald, bewust, welover-

patients — trouvent leur place dans la réglementation de l'euthanasie.

2. L'article 2 proposé reprend la définition du Comité consultatif de bioéthique.

Il ressort toutefois des dispositions suivantes de la proposition de loi que celle-ci élargit le champ d'application du terme «euthanasie» en lui donnant des sens impropres et modifie, ainsi, le contenu de la définition qu'utilise le Comité consultatif. C'est ainsi qu'elle permet de provoquer la mort par euthanasie de patients dont on n'attend pas le décès à court terme; en outre, il suffit qu'un patient se trouve dans une situation de «détresse insupportable» pour que soient remplies les conditions relatives à l'état du patient. Même l'ajout de l'expression «médicalement sans issue» n'a pas d'effet limitatif en l'espèce. Il a au contraire un effet extensif dans la mesure où, dans la proposition, la situation en question est dite «non susceptible d'être traitée curativement». Une personne qui souffre d'une dépression impossible à traiter, mais dont on n'attend pas le décès à court terme, ou une personne handicapée ne se trouvant pas en phase terminale, mais à laquelle, dans l'état actuel de la science, aucune remède ne peut être proposé pour atténuer son handicap et qui estime, subjectivement, se trouver dans une situation de «détresse insupportable», pourrait donc solliciter l'euthanasie aux termes de la proposition.

Les cas visés dans l'hypothèse précitée s'inscrivent toutefois intrinsèquement hors du champ sémantique du mot «euthanasie» qu'a défini le Comité consultatif et hors de celui qui obéit aux critères philosophiques, éthiques et médicaux.

Ils relèvent non pas de la notion d'«euthanasie», mais de celle de «assistance à — ou délégation de — la mort volontaire». Une réglementation légale de l'«euthanasie» doit dès lors exclure explicitement cette hypothèse de son champ d'application. L'ajout proposé par le présent amendement est donc nécessaire.

3. Le fait de donner la mort à un patient qui ne se trouve pas en phase terminale, à sa demande (assistance à — ou délégation de — la mort volontaire):

- a) ne peut être assimilé à l'euthanasie,
- b) et est injustifiable.

a) Par essence, l'euthanasie ne concerne que le patient souffrant qui est confronté à l'imminence de la mort et qui constate que le médecin ne peut plus intervenir efficacement pour adoucir sa détresse physique avec les moyens médicaux dont il dispose. Les auditions ont confirmé qu'il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel l'euthanasie peut être pratiquée en tant qu'*ultimum remedium*, à la demande spontanée, répétée, consciente, mûrement réfléchie et persistante

wogen en duurzaam verzoek van de patiënt. Het is een situatie waarin ook het zorgcomfort van de palliatieve behandeling deze uitzichtloosheid niet kan opheffen, en waarbij de patiënt kan verzoeken dat hij in deze terminale fase niet op een ontluisterende en pijnlijke, maar op een waardige manier kan sterven en afscheid nemen.

Essentieel gaat euthanasie dus over mensen «die aan het sterven zijn». Wie euthanasie begrijpt als een middel voor mensen die, louter vanuit een subjectief aanvoelen, en zich hierbij beroepend op een algemeen zelfbeschikkingsrecht, stellen: «ik wil sterven» ontkennt het precieze karakter van «euthanasie». Deze laatste hypothese is geen «euthanasie», maar «hulp bij, of delegatie van zelfdoding».

Immers het is de arts, die als beoefenaar van de geneeskunde, kan besluiten dat, indien geen enkele curatieve of palliatieve medische behandeling de fysiek lijdende patiënt nog kan helpen, hij kan ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem, op een medisch verzorgde manier, het waardig sterven mogelijk te maken, als hij meent dat deze plicht in de concrete omstandigheden belangrijker is dan zijn plicht om het leven te beschermen. Euthanasie is aldus een medische handeling, zij het een uitzonderlijke.

Hulp bij zelfdoding, of delegatie van zelfdoding voor niet-terminale patiënten, *a fortiori* voor patiënten die enkel psychisch lijden, is geen medische handeling: zij vindt niet plaats in een conflict van plichten voor de arts, maar is er alleen en exclusief op gericht het leven te beëindigen, zo de patiënt erom verzoekt. Dit is niet de taak van de arts.

Dit onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding is erkend in alle internationale medische literatuur, en werd ook door de leden van het Raadgevend Comité erkend, toen zij tijdens hun besprekingen «hulp bij zelfdoding» als een afzonderlijk thema aanmerkten, en «euthanasie» uitdrukkelijk behandelden als een medische handeling bij het levenseinde.

De vraag of «euthanasie» voor niet-terminale patiënten aan bod kan komen werd meest treffend benaderd door professor Van Neste:

«Andere wetsvoorstellen bevatten de objectieve voorwaarde «ongeneeslijk ziek, gepaard gaande met fysieke of psychische nood», maar daarmee belanden we om twee redenen buiten de eigenlijke problematiek van de euthanasie.

In de eerste plaats hoeft het dan geen terminale patiënt meer te zijn. Als we de historiek van het eutha-

du patient. Il s'agit d'un cas dans lequel le traitement palliatif de confort ne permettant pas non plus de remédier à la situation sans issue du patient arrivé en phase terminale, celui-ci peut demander à pouvoir finir ses jours d'une manière conforme à la dignité humaine et non pas dans la déchéance et la douleur.

Par essence, l'euthanasie concerne donc des personnes qui sont «à l'article de la mort». Quiconque considère l'euthanasie comme un moyen dont peuvent faire usage des personnes qui, dans un élan subjectif et se prévalant d'un droit général à l'autodétermination, disent «je veux mourir», en méconnaît le caractère exact. Toute intervention à la demande de telles personnes constituerait non pas un acte d'«euthanasie», mais un acte «d'assistance à — ou de délégation de — la mort volontaire».

En effet, c'est au médecin qu'il appartient d'éventuellement conclure, en sa qualité de praticien de l'art de guérir, que, si aucun traitement médical curatif ou palliatif ne saurait plus aider le patient, il a le devoir d'acquiescer à la demande de celui-ci de faire en sorte qu'il puisse mourir dignement avec le concours de la médecine, pour autant qu'il estime, dans des circonstances concrètes, que ce devoir doit primer l'obligation qu'il a de protéger la vie. L'euthanasie est donc bel et bien un acte médical, fût-il exceptionnel.

L'assistance à — ou la délégation de — la mort volontaire de patients qui ne se trouvent pas en phase terminale et, *a fortiori*, de patients qui ne souffrent que psychiquement, ne constitue pas un acte médical: elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un conflit de devoirs auquel serait confronté le médecin, mais elle n'est conçue que pour qu'on puisse mettre fin à la vie du patient au cas où celui-ci demanderait qu'on le fasse. Telle n'est pas la tâche du médecin.

Cette distinction entre l'euthanasie et l'assistance au suicide est admise dans toute la littérature médicale internationale et elle a également été reconnue par les membres du Comité consultatif, qui ont estimé, au cours de leurs discussions, que l'«assistance au suicide» constituait un thème distinct et qui ont traité expressément l'«euthanasie» comme un acte médical de fin de vie.

C'est le professeur Van Neste qui a abordé de la manière la plus marquante la question de savoir si «l'euthanasie» peut être envisagée pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale:

«D'autres propositions de loi contiennent la condition objective de «maladie incurable allant de pair avec une nécessité physique ou psychique», mais cela nous entraîne, pour deux raisons, en dehors du cadre de la problématique propre à l'euthanasie.

Tout d'abord, il ne doit plus s'agir d'un patient en phase terminale. Si nous étudions l'historique de

naserend handelen bestuderen, stellen we vast dat er vroeger alleen bij het stervensuur, bij de doodstrijd sprake was van euthanasie. Bovendien ging het altijd over de plicht van de arts om de pijn te verzachten. Met pijn of lijden dacht men altijd aan een nood waarvoor de geneeskunde aanspreekbaar is.

Het gaat hier [in deze voorstellen] volgens mij om een existentiële nood. In de euthanasieproblematiek mag een existentiële nood echter niet in aanmerking komen voor het definiëren van een noodtoestand. De arts bevindt zich in dit geval niet in een noodtoestand.

Hij bevindt zich maar in een noodtoestand wanneer hij geconfronteerd wordt met een situatie waarin hij met zijn medische deskundigheid wil blijven helpen, maar waarbij de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend zijn om de fysieke nood van de terminale patiënt te lenigen. Dit veroorzaakt precies zijn gewetensnood.

In het andere geval vallen we buiten de euthanasieproblematiek en moeten we eerder spreken van de problematiek rond hulp bij zelfdoding.»

Ook volgens professor Adams is het zo «dat het moment dat je het oordeel over ondraaglijke pijn of nood alleen nog overlaat aan het subjectieve oordeel van de patiënt, een regeling met betrekking tot euthanasie eerder een vorm van algemene legalisering van hulp bij zelfdoding wordt.»

b) Tijdens de hoorzittingen drukte onder andere Dr. Philippart (Orde van geneesheren) uit dat de voorwaarde van ongeneeslijke ziekte (al dan niet terminaal) op zich genomen onaanvaardbaar is. In dezelfde zin klinken de verklaringen van Dr. Clumeck, Dr. Vincent en de verklaring van 58 palliatieve zorgverleners.

Dokter Vandeville waarschuwt voor ontsporingen door beide situaties op eenzelfde lijn te plaatsen. Wat betreft het psychisch lijden dat uitzichtloos is, wijst Dr. Mullie op de mogelijkheden van de palliatieve verzorging, professor Schotsmans doelt op de noodzakelijke intermenselijkheid die deze problemen moet kunnen benaderen. Ook mevrouw Kempeneers (Nationale Vereniging voor hulp aan mentaal gehandicapten) drukte haar vrees uit voor een gelijkschakeling.

— Door wettelijk mogelijk te maken dat een ongeneeslijke ziekte, bij hypothese in een niet-terminale situatie, volstaat om een zogezegd «euthanaserende daad» uit te voeren, laat men het zelfbeschikkingsmodel primeren op het medische beoordelingsmodel en de medische noodzaak (hulp bij zelfdoding is immers geen medische noodzaak, en hoegenaamd

l'acte d'euthanasie, nous constatons qu'auparavant, on ne parlait d'euthanasie qu'à l'heure du décès, de l'agonie. En outre, il s'agissait toujours du devoir du médecin d'atténuer la douleur. Par douleur ou souffrance, on pensait toujours à un besoin qui est du ressort de la médecine.

Selon moi, il s'agit [dans ces propositions] d'un besoin existentiel. Un besoin existentiel ne peut cependant pas entrer en ligne de compte dans la problématique de l'euthanasie pour la définition de l'état de nécessité. Dans ce cas, le médecin ne se trouve pas dans un état de nécessité.

Il ne peut pas remédier à cette lassitude de vivre. Il se trouve seulement dans un état de nécessité lorsqu'il est confronté à une situation où il veut continuer d'aider avec sa compétence médicale, mais pour laquelle les moyens médicaux dont il dispose ne sont plus efficaces pour adoucir le besoin physique du patient en phase terminale. C'est précisément ce qui provoque son cas de conscience.

Dans [l'autre cas], (...) nous sortons de la problématique de l'euthanasie et nous devons plutôt parler de problématique relative à l'aide au suicide.»

Le professeur Adams estime aussi que, dès l'instant où l'on abandonne à la subjectivité du patient la facette d'apprécier si une douleur ou une détresse est insupportable, toute réglementation de l'euthanasie devient une sorte de légalisation générale de l'assistance au suicide.

b) Au cours des auditions, le Dr Philippart (Ordre des médecins), entre autres, a affirmé que la condition selon laquelle la maladie doit être incurable (que le patient soit ou non en phase terminale) est, en soi, inacceptable. Les déclarations du Dr Clumeck et du Dr Vincent ainsi que celles de 58 dispensateurs de soins palliatifs vont dans le même sens.

Le docteur Vandeville met en garde contre les risques de dérapages que l'on créerait en mettant les deux situations en question sur le même pied. En ce qui concerne la souffrance physique sans issue, le docteur Mullie met l'accent sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, le professeur Schotsman évoque le principe d'humanité, qui devrait selon lui régir la manière d'envisager ces problèmes. Mme Kempeneers (Association nationale d'aide aux handicapés mentaux) a, elle aussi, exprimé sa crainte d'une assimilation.

— Permettre légalement que l'existence d'une maladie incurable, par hypothèse à un stade non terminal, suffise pour que l'on puisse accomplir un acte dit «euthanasique», c'est faire prévaloir le modèle de l'autodétermination sur le modèle de l'appréciation médicale et de la nécessité médicale (en effet, l'assistance au suicide n'est pas la réponse à une

niet als antwoord op een ongeneeslijke ziekte of een ondraaglijk lijden).

De vraag kan gesteld worden of het «zelfbeschikkingsrecht» een grondrecht dan wel een rechtsbeginsel is. Eerder is de opvatting te verdedigen dat het, samen met het vrijheidsbeginsel, een bron is van meerdere grondrechten. Daarbij beklemtoont het zelfbeschikkingsbeginsel dat het individu zelf mondig is en zeggenschap heeft betreffende de wijze waarop de individuele vrijheden worden uitgeoefend, dat het individu dus de vrijheid zelf kan en mag invullen. Dit betekent dat de burger zelf kan beslissen dat een persoonlijke waarde, bijvoorbeeld privacy of lichamelijke integriteit, in bepaalde situaties niet langer dient beschermd te worden.

Hoe ver leidt deze zelfbeschikking echter? De individuele wilsbeslissing op grond van het zelfbeschikkingsrecht onverkort toelaten, betekent eigenlijk dat in de rechtsregelingen die tot stand zouden komen de zelfbepaling zo goed als soeverein zou zijn en dus de individuele vrijheid in deze gevallen als absoluut, als onbeperkt zou erkend worden. Dit staat in tegenstelling tot de andere klassieke grondrechten, waar de uitoefening van de individuele vrijheid, althans in de Europese traditie, steeds in de rechtsregel beperkt wordt.

De overheid heeft tot taak het menselijk leven te beschermen tegen aantasting door derden. Deze bescherming rust niet op de gedachte dat het leven pas waardevol wordt op grond van iemands wil om te leven, en waardeloos zou zijn vanwege de omwil om te leven. Veeleer berust deze bescherming op de gedachte dat het menselijk leven in perspectief van de menselijke waardigheid waardevol is, dat wil zeggen in se goed is, voorafgaand aan iemands individuele benaming of individuele ontkenning daarvan. De idee van het respect voor het menselijke leven als zodanig verdient de leidinggevende idee te blijven, juist omdat zij aan het zwakke, weerloze of onmondige menselijke leven, gelijke aandacht kan geven als aan het sterke, weerbare of mondig.

Wanneer voor een individuele beslissing ter uitvoering een beroep wordt gedaan op een andere persoon, zij het een deskundige, dan krijgt dit beslissingsrecht een ander uitzicht. Het beslissingsrecht wordt inspraak, meer nog een recht op medezeggenschap in de medische besluitvorming.

Wanneer een juridisch en politiek oordeel dient geveld te worden over een handeling van euthanasie, dan komen verschillende waarden aan de orde. Er is het belang van de stervende, er is de eigen verantwoordelijkheid van de geneesheer en er is de plicht

nécessité médicale et n'apporte absolument pas de réponse à une maladie incurable ou à une souffrance insupportable).

On peut se demander si le «droit à l'autodétermination» est un droit fondamental ou un principe de droit. Il faudrait plutôt considérer qu'il constitue, en conjugaison, avec le principe de l'égalité, une source de plusieurs droits fondamentaux. En outre, le principe de l'autodétermination atteste que l'individu est en état de juger normalement et qu'il a son mot à dire sur la façon d'exercer les libertés individuelles ou, autrement dit, qu'il a le droit à la faculté d'interpréter lui-même la notion de liberté. Cela signifie que le citoyen peut décider en toute autonomie qu'une valeur personnelle comme la vie privée ou l'intégrité physique, ne doit plus être protégée dans certaines situations.

L'on peut toutefois se demander jusqu'où peut aller l'usage du droit à l'autodétermination. Autoriser l'expression sans limites de la volonté individuelle en arguant du droit à l'autodétermination, c'est admettre que, dans le cadre des règles de droit futures, le droit à l'autodétermination serait pour ainsi dire considéré comme un droit souverain et que la liberté individuelle serait considérée comme illimitée, comme absolue. Ce serait contraire à ce qui a toujours été le cas en ce qui concerne les autres droits fondamentaux classiques dont l'usage a toujours été limité dans le cadre des règles de droit, du moins dans la tradition européenne.

Les pouvoirs publics ont pour mission de protéger la vie humaine contre les atteintes qui pourraient être portées à celle-ci par des tiers. La protection ne repose pas sur l'idée que la vie n'a de valeur qu'en fonction de la volonté de vivre d'un individu et est dépourvue de valeur s'il refuse d'encore vivre. Elle repose plutôt sur l'idée que la vie humaine est précieuse dans la perspective du respect de la dignité humaine, c'est-à-dire intrinsèquement, que l'intéressé en convienne ou non. Le principe du respect de la vie humaine en tant que tel mérite de continuer à être le principe directeur, précisément parce qu'il garantit que l'on consacre à la vie des personnes faibles, vulnérables ou dont la capacité de jugement n'est pas entière autant d'attention qu'à celle des personnes fortes, non vulnérables, et en état de juger normalement.

Lorsqu'une personne fait appel à un tiers pour l'exécution d'une de ses décisions, fût-ce à un expert, son droit de décision change de caractère. Il devient en quelque sorte un droit de participation à la prise de décision médicale, presque un droit de codécision.

Lorsqu'il y a lieu de rendre un jugement juridique et politique à propos d'un acte euthanasique, diverses valeurs doivent être prises en considération, à savoir l'intérêt du mourant, la responsabilité personnelle du médecin et l'obligation, pour la collectivité, de conti-

van de gemeenschap om levensbescherming onverkort te handhaven. Met andere woorden, in alle rechtsregelen dient een dosering voorhanden te zijn tussen zelfbepaling en ordening. Dit betekent dat een rechtsregel nooit slechts met het standpunt van een individu alleen rekening kan houden. Evenwicht tussen de verschillende relevante beginselen moet worden nagestreefd.

Ook in de hoorzittingen kwam het argument van de zelfbeschikking voor niet-terminale patiënten aan de orde. Dokter Englert verwees naar dit «*délire d'autonomie*», en plaatste dit onmiddellijk binnen de relatie arts-patiënt. Of zoals dokter Cosyns: «Voor mij is de zelfbeschikking het eindpunt van een zelfontplooiing. Het moet worden teruggelinkt naar de «A» van de arts-patiënt-relatie, en niet naar de «A» van absolute zelfbeschikking.» Professor Baum stelt samen met dokter Vincent en mevrouw Aubry, dat «*on ne peut prétendre être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la vulnérabilité du patient par exemple. Il ne s'agit pas d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre: «On ne peut être libre seul.»*»

Professor Schotsmans noemt dit: «De mens bevorderen in al zijn dimensies en relaties. Ik zie de arts niet graag herleid worden tot een loutere uitvoerder van de beslissingen van de patiënt. Want dan is hij een garagist van het lichaam en geen arts van het lichaam.»

— Ook vanuit juridisch opzicht rijzen problemen met een legalisering van «hulp bij of delegatie van zelfdoding», meer bepaald in het licht van de bepalingen van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens (EVRM).

Het in artikel 2 van het EVRM gewaarborgde recht op leven, houdt voor de overheid de verplichting in om het leven te beschermen. Volgens de logica van artikel 2 kan de Staat de mogelijkheid tot euthanasie immers maar erkennen in zeer uitzonderlijke omstandigheden. Levensbeëindigend handelen kan slechts als ultieme remedie, met andere woorden, wanneer euthanasie werkelijk het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden te verzachten. Indien het lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door het euthanaserend handelen, is het aldus onmogelijk om de beide plichten van artikel 2 en artikel 3 van het EVRM te verzoenen.

Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt, die in een «medisch uitzichtloze» (niet-curatieve) situatie of in (psychische) nood verkeert, beantwoordt echter niet aan deze voornoemde ultieme remedie. Het ondraaglijk lijden mag immers

nuer à assurer intégralement la protection de la vie. Autrement dit, toutes les règles de droit doivent doser de manière appropriée le degré d'autodétermination et le degré de réglementation. Une règle de droit ne peut donc jamais prévoir que l'on ne tiendra compte que du point de vue d'un seul individu. Il faut arriver à établir un équilibre entre les divers principes en jeu.

Lors des auditions, l'argument de l'autodétermination a également été avancé pour ce qui est des patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. Le docteur Englert a fait référence à ce «*délire d'autonomie*» et l'a situé directement dans le cadre de la relation médecin-patient. Ou, comme l'a dit le docteur Cosyns: «Pour moi, il s'agit du point final d'un épanouissement. Elle doit être soumise au «A» de la relation (en néerlandais, arts) médecin-patient, pas au «A» de l'autodétermination absolue.» Le professeur Baum a fait à cet égard, avec le docteur Vincent et Mme Aubry, la déclaration suivante: «on ne peut prétendre être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la vulnérabilité du patient par exemple. Il ne s'agit pas d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre: «On ne peut être libre seul.»»

Pour le professeur Schotsmans, il s'agit de: «promouvoir l'homme dans toutes ses dimensions et relations». «Je n'aime pas qu'on réduise le rôle du médecin à celui de l'exécuteur des décisions du patient» dit-il, «car il est alors un garagiste du corps et non un médecin du corps.»

— Du point de vue juridique aussi, une légalisation de l'aide à — de la délégation de — la mort volontaire soulève des problèmes, plus précisément eu égard aux dispositions de la Convention européenne de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le droit à la vie, qui est garanti à l'article 2 de celle-ci, emporte, pour les autorités, l'obligation de protéger la vie. D'après la logique de l'article 2, l'État ne peut en effet reconnaître la possibilité de pratiquer l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. Un acte euthanasique ne peut être autorisé qu'en tant que remède ultime, c'est-à-dire lorsqu'il est vraiment le seul moyen qui reste pour adoucir une souffrance insupportable. Dans les cas où il est devenu impossible d'atténuer la souffrance au moyen d'analgésiques ou de soins palliatifs, et où il ne reste plus que l'acte euthanasique pour l'apaiser, les deux obligations définies aux articles 2 et 3 de la Convention européenne de protection des droits de l'homme sont inconciliables.

Donner la mort à un patient à la demande de celui-ci, alors qu'il se trouve dans une situation qui est «médicalement sans issue» (non curable) et en état de détresse (psychique) mais sans être en phase terminale, n'équivaut cependant pas à l'administration du

volledig door de patiënt zelf worden bepaald, zonder enige beperking. Zijn toestemming zal volstaan.

De strafrechtelijke bescherming van het leven is echter van openbare orde. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor degene die hem van zijn leven berooft. De toestemming van het slachtoffer is geen rechtvaardigingsgrond, laat staan dat er in hoofde van de arts een conflict van plichten ontstaat. De diepere, achterliggende reden is dat het recht op leven niet alleen een zaak is van het individu. Met de eerbied voor het leven is meer in het geding: ook de samenleving is betrokken. De Engelse dichter-theoloog John Donne (1572-1631) bracht dit als volgt onder woorden: «Niemand is een eiland.» De mens is een sociaal wezen. In «*Les Mandarins*» laat Simone de Beauvoir de ik-persoon die zelfmoord overweegt en reeds een flesje gif in de hand heeft, bedenken dat zij haar eigen dood in handen heeft. Maar dan komt haar dochter thuis, en ze bedenkt: «Ja, ik heb mijn eigen dood wel in mijn eigen hand, maar *'ce sont les autres qui la vivront.'* Wie over het eigen leven beschikt, beschikt over meer dan het eigen leven.

— De Staat dient de strafrechtelijke waarborg onverkort te handhaven wat betreft het doden op verzoek.

Er kan terzake tevens verwezen worden naar Aanbeveling 1418 van de Raad van Europa (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt de lidstaten uitdrukkelijk:

«9.c. het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien:

i. het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, dat bepaalt: «Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd»;

ii. de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii. de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben.»

4. Ten slotte moet worden benadrukt dat noch de besprekingen en het advies van het Raadgevend

remède ultime susvisé. En effet, dans un tel cas, le caractère insupportable de la souffrance pourra être apprécié sous tous ses aspects par le patient seul, et ce, sans la moindre limite. Son consentement suffira.

Or, la protection pénale de la vie est d'ordre public. Nulle personne ne peut, de par son seul consentement, créer d'immunité pénale pour celui qui le prive de la vie. Il faut savoir que le consentement de la victime ne constitue pas un motif de justification et ne pas négliger le fait que le médecin est confronté à un conflit d'obligations. Mais il y a un élément sous-jacent, le principe selon lequel le droit à la vie n'est pas uniquement l'affaire de l'individu. La question du respect de la vie revêt des aspects qui le dépassent et qui font qu'il est l'affaire de la société tout entière. Le poète théologien John Donne (1572-1631) a exprimé cette vérité comme suit: «Personne n'est une île.» L'homme est un être social. Dans *Les Mandarins*, Simone de Beauvoir fait dire au personnage qui parle à la première personne, qui envisage le suicide et qui tient déjà un flacon de poison, qu'il a sa propre mort en main. Mais il se ravise alors que sa fille rentre à la maison, pour conclure: «Oui, j'ai ma propre mort en main, mais ce sont les autres qui la vivront.» Qui dispose de sa propre vie, dispose de plus que de sa propre vie.

— L'État se doit de maintenir telle quelle la garantie pénale en ce qui concerne la mort sur demande.

On peut également citer ici la recommandation 1418 du Conseil de l'Europe (1999) concernant la protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil demande expressément aux États membres:

«9.c. de maintenir l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:

i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que «la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement»;

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.»

4. Enfin, il y a lieu de souligner que ni les discussions au sein du Comité consultatif de la bioéthique et

Comité voor bio-ethiek, noch de georganiseerde hoorzittingen in de Senaat specifiek betrekking hebben gehad op de problematiek van de «hulp bij zelfdoding». Deze hoorzittingen, georganiseerd met het oog op de ondersteuning en verbetering van het wetgevend werk, focusten in essentie op de problematiek van de «euthanasie», namelijk het opzettelijk levensbeëindigend handelen bij terminale patiënten op hun verzoek.

De voorgestelde regulering haalt nu twee situaties door elkaar: enerzijds de situaties van mensen in de stervensfase, anderzijds mensen die niet aan het sterven zijn, maar op een of andere manier geen zin meer zien in het leven. Op deze manier wordt de relatieve duidelijkheid die bestaat over de situatie van «medische begeleiding bij het sterven» verduisterd, nu ze vermengd wordt met het kluwen van vragen rond zelfdoding.

Over deze problematiek dient op een verschillende wijze te worden nagedacht; zij mag in elk geval niet op dezelfde hoogte worden geplaatst als euthanasie noch volgens dezelfde voorwaarden worden begrepen.

Nu ook in de Verenigde Staten een federaal wetsontwerp wordt besproken tot instellen van een verbod op hulp bij zelfdoding, kan niet worden ingezien waarom België op dit moment het voortouw zou dienen te nemen met betrekking tot deze problematiek.

Bovendien is duidelijk dat de samenleving geenszins verlangt dat dergelijke regulering op heden tot stand zou komen. Het recent gepubliceerde wetenschappelijk rapport van de stichting European Values Study, waarbij in 1999 verschillende Belgen werden ondervraagd met betrekking tot hun oordeel over lijfelijke zelfbeschikking, wijst uit dat 61,2% van de Belgen zelfmoord nooit gerechtvaardigd vindt.

5. Om deze redenen dient de gehanteerde definitie van euthanasie uitdrukkelijk te melden dat «hulp bij zelfdoding» (delegatie van zelfdoding) niet wordt begrepen onder «euthanasie» en de voorgestelde wettelijke regulering ervan.

Een senator stelt vast dit in het zonet gehouden betoog de termen terminale fase, niet-terminale fase en hulp bij zelfdoding door elkaar gebruikt worden.

In de discussies over het Nederlandse wetsontwerp is er, naar aanleiding van de zaak-Bongersma, veel aandacht besteed aan de interpretatie van de autonomie van de patiënt.

Spreker gaat akkoord met het idee dat enkel het verzoek van de patiënt niet volstaat om euthanasie te plegen.

l'avis de celui-ci, ni les auditions organisées au Sénat n'ont porté spécifiquement sur la question de l'«aide au suicide». Les auditions, qui visaient à étayer et à améliorer le travail législatif, se sont concentrées essentiellement sur la question de l'«euthanasie», c'est-à-dire l'acte qui consiste à mettre intentionnellement fin à la vie de patients en phase terminale, à la demande de ceux-ci.

La réglementation proposée confond deux situations, à savoir celle des mourants et celle de personnes qui ne sont pas mourantes, mais qui, d'une manière ou d'une autre, n'attachent plus aucun sens à la vie. Elle jette une certaine confusion dans la relative unanimité qui s'était faite à propos de l'«accompagnement médical des mourants», dans la mesure où elle soulève une multitude de questions relatives au suicide.

Le problème du suicide doit être abordé différemment; il ne peut en tout cas pas être assimilé à celui de l'euthanasie ni être apprécié en fonction des normes auxquelles on se réfère en parlant d'euthanasie.

On voit mal pourquoi la Belgique devrait prendre l'initiative dans ce domaine au moment où l'on examine, aux États-Unis, un projet de loi fédéral interdisant l'aide au suicide.

Il est clair en outre que la société ne souhaite absolument pas assister, à l'heure actuelle, à l'avènement d'une réglementation en la matière. Le rapport scientifique de la fondation European Values Study, qui a été publié récemment et dans le cadre de la rédaction duquel on a demandé, en 1999, à des Belges, ce qu'ils pensaient du droit de disposer de son propre corps, indique que 61,2 % des Belges estiment qu'un suicide n'est jamais justifié.

5. C'est pourquoi la définition de l'euthanasie que l'on utilise doit mentionner explicitement que «l'euthanasie» et la réglementation légale de celle-ci ne concernent pas l'«assistance à la mort volontaire» (délégation de la mort volontaire).

Un sénateur constate que dans l'exposé qui vient d'être fait, les concepts de phase terminale, non terminale et de suicide assisté sont quelque peu mêlés.

Lors des discussions relatives au projet de loi hollandaise en préparation, on a accordé beaucoup d'importance, à propos de l'affaire Bongersma, à la question de savoir comment il fallait interpréter l'autonomie du patient.

À cet égard, l'intervenant s'accorde avec l'idée que la seule requête du patient ne suffit pas pour que l'euthanasie lui soit accordée.

Het voorliggende wetsvoorstel stelt meerdere andere voorwaarden waaraan moet worden voldaan om euthanasie te mogen plegen. De arts moet hierover minstens medebeslissingsrecht hebben.

Spreeker betreurt dat de indieners van het amendement opnieuw het concept hulp bij zelfdoding gebruiken om hun stelling te ondersteunen.

De hele verantwoording die zonet is gegeven, wordt onderuit gehaald, aangezien het voorliggende voorstel een beoordelingsbevoegdheid geeft aan de arts en aan een tweede arts.

In Nederland is het precies het ontbreken van een wettelijke regeling voor euthanasie die ertoe geleid heeft dat bepaalde rechters het begrip «lijden» erg breed geïnterpreteerd hebben.

Daarom heeft men in Nederland tijdens de discussies in de Tweede Kamer besloten dat euthanasie slechts kan worden uitgevoerd als de arts meent dat het gaat om medisch uitzichtloos lijden.

Het voorstel en de amendementen van de zes indieners zijn duidelijk genoeg over de beoordelingsbevoegdheid van de arts.

Een lid vraagt of het toepassingsgebied van de amendementen naar het oordeel van de zes indieners overeenstemt met wat men gewoonlijk onder hulp bij zelfdoding verstaat.

De tekst is immers zeer ruim aangezien hij betrekking heeft op een voortdurend en ondraaglijk lijden of noodtoestand.

Een aantal buitenlandse wetten bestraffen het aanzetten tot zelfdoding.

In het Belgische strafrecht wordt zelfdoding niet strafrechtelijk vervolgd en hulp bij zelfdoding in een niet-medisch kader evenmin.

De fractie van spreekster is gekant tegen een tekst die ook betrekking heeft op hulp bij zelfdoding en die zo aan de bevolking een boodschap zou geven waarvan de invloed op filosofisch, ethisch en cultureel vlak thans niet kan worden ingeschat.

Volgens een ander lid moet men het onderscheid tussen euthanasie en zelfdoding voor ogen houden.

Euthanasie veronderstelt het optreden van een derde, die een handeling stelt die het overlijden tot gevolg heeft.

Zelfdoding bestaat erin dat een persoon zichzelf doodt.

Indien men een tekst amendeert die euthanasie tracht te definiëren en er daarbij van uitgaat dat de term euthanasie op zelfdoding betrekking kan hebben, zorgt men opnieuw voor verwarring.

La proposition à l'examen prévoit de nombreuses autres conditions qui doivent être remplies pour que l'euthanasie soit pratiquée. Le médecin doit disposer à tout le moins d'un pouvoir de codécision à cet égard.

L'intervenant déplore que le concept de suicide assisté soit à nouveau utilisé par les auteurs de l'amendement à l'appui de leur thèse.

Toute la justification qui vient d'être donnée tombe à faux, puisque la proposition à l'examen donne un pouvoir d'appréciation au médecin, ainsi qu'à un second médecin.

Aux Pays-Bas, c'est précisément l'absence de réglementation légale de l'euthanasie qui a amené certains juges à donner une interprétation très large à la notion de souffrance.

C'est pourquoi on a considéré, aux Pays-Bas, notamment lors des discussions dans la seconde Chambre, que l'euthanasie ne peut être accordée que si le médecin estime qu'il s'agit d'une souffrance médicale sans issue.

La proposition et les amendements des six auteurs sont en tout cas suffisamment clairs quant au pouvoir d'appréciation du médecin.

Une membre demande si, aux yeux des six auteurs, le champ d'application de leurs amendements correspond à ce que l'on entend habituellement par suicide assisté.

En effet, le texte est fort large, puisqu'il vise une souffrance ou une détresse constante et insupportable.

Certaines législations étrangères punissent la provocation au suicide.

En droit pénal belge, le suicide n'est pas réprimé pénalement, et l'aide au suicide dans un cadre non médical non plus.

Le groupe de l'intervenante est opposé à un texte qui englobe l'assistance au suicide, et qui donnerait ainsi à la population un message dont l'impact d'ordre philosophique, éthique, culturel, ne peut être évalué actuellement.

Un autre membre estime qu'il faut garder à l'esprit la distinction entre euthanasie et suicide.

L'euthanasie suppose l'intervention d'un tiers, qui pose un acte entraînant le décès.

Le suicide consiste à se donner la mort à soi-même.

Dès lors, si l'on amende un texte qui tente de définir l'euthanasie, en présupposant que le terme euthanasie peut viser le suicide, on réintroduit la confusion.

Geen enkel van de in de Senaat ingediende wetsvoorstellen voert een recht op euthanasie in voor de patiënt of *a fortiori* voor een of andere derde.

De argumenten die door de indieners van amendement nr. 67 zijn aangevoerd om de voorgestelde tekst te bekritisieren, zijn dan ook ongegrond.

Wat daarentegen juist is in de verantwoording bij dit amendement maar wat door het amendement zelf niet wordt opgelost, is dat men aandacht moet hebben voor de kwetsbaarheid van de patiënt en zijn autonomie niet mag idealiseren.

Volgens een lid is iedereen het erover eens dat euthanasie geen doodslag is.

Medische begeleiding bij het levenseinde is als dusdanig evenmin hulp bij zelfdoding omdat er strenge, nauwkeurige en duidelijke zorgvuldigheidsregels bepaald worden.

De omstandige verantwoording bij amendement nr. 67 sluit in ruime mate aan bij de discussie die gevoerd is over het zelfbeschikkingsrecht.

In verband met de relationele argumenten die ter ondersteuning van het amendement zijn aangevoerd, formuleert spreker de volgende opmerkingen.

Het is waar dat de mens van zijn geboorte tot aan zijn dood in relatie staat met de anderen.

Naar gelang van de omstandigheden zal elk persoon aan deze relaties een eigen zin en plaats geven.

Dat betekent dat deze relationele verplichtingen niet onbepaald zijn. Niemand wordt gedwongen op dit vlak tot de uiterste grenzen te gaan.

Het leven is een zeer belangrijke maar niet absolute waarde.

Men denke nog maar aan oorlog, de doodstraf, wettige zelfverdediging, degenen die zich tot het uiterste opofferen en er hun gezondheid en hun leven bij laten, martelaars, ...

De autonomie wordt alleen in collectivistische samenlevingen, in totalitaire systemen, miskend.

Ook bij euthanasie bestaat voor de samenleving het gevaar dat het individu elke autonomie wordt ontnomen. Men kan hier niet spreken over zelfdoding maar over de begeleiding van een uitzichtloze situatie in geval van ondraaglijk lijden.

De patiënt moet oordelen over wat voor hem ondraaglijk is.

De beoordeling van de uitzichtloosheid van de toestand zal niet aan één arts worden overgelaten, maar er worden zorgvuldigheidsmaatregelen genomen.

De hoofdvraag is of men aan het leven mag raken.

Aucune des propositions de loi déposées au Sénat n'institue de droit à l'euthanasie dans le chef du patient ni, *a fortiori*, dans celui d'un tiers quelconque.

Les arguments avancés par les auteurs de l'amendement n° 67 pour critiquer le texte proposé semblent dès lors non fondés.

Ce qui, par contre, est exact dans la justification de cet amendement, mais qui n'est pas rencontré par l'amendement lui-même, c'est qu'il faut prendre garde à la vulnérabilité du patient, et ne pas idéaliser son autonomie.

Un membre déclare que chacun semble d'accord pour dire que l'euthanasie n'est pas un meurtre.

L'accompagnement médical en fin de vie n'est pas davantage, comme tel, une assistance au suicide parce que des mesures de prudence strictes, précises et claires sont prévues.

La justification circonstanciée de l'amendement n° 67 reprend largement la discussion qui a eu lieu à propos du droit à disposer de soi-même.

À propos des arguments relationnels invoqués à l'appui de l'amendement, l'intervenant formule les observations suivantes.

Il est vrai que, de sa naissance à sa mort, l'être humain est en relation avec les autres.

En fonction des circonstances, chaque personne va donner à ces relations un sens et une place particuliers.

Ceci signifie que les obligations relationnelles ne sont pas illimitées. Personne n'est contraint d'aller jusqu'à l'extrême limite en cette matière.

La vie est une valeur très importante, mais pas absolue.

Que l'on songe à la guerre, à la peine de mort, à la légitime défense, à ceux qui se sacrifient jusqu'à l'extrême et y laissent leur santé et leur vie, aux martyrs, ...

L'autonomie n'est méconnue que dans les sociétés collectivistes, dans les systèmes totalitaires.

En matière d'euthanasie aussi, le danger existe pour la société que l'individu soit privé de toute autonomie. On ne peut parler ici d'un suicide, mais de l'accompagnement d'une situation sans issue en cas de souffrances insupportables.

Ce qui est insupportable, c'est au patient d'en juger.

Quant à l'appréciation du caractère sans issue de la situation, elle ne sera pas laissée à un seul médecin, mais des mesures de prudence seront prises.

La question fondamentale est de savoir si l'on peut toucher à la vie.

Nu *in-vitro*bevruchting bestaat, is het duidelijk dat de mens ingrijpt op het begin en de oorsprong van het leven.

Indien iemand zich in een uitzichtloze toestand van ondraaglijk lijden bevindt, moet men zich dan ook afvragen of het niet beter is hem medisch te begeleiden in plaats van te laten gebeuren dat hij zich onder een trein werpt of zich van een brug naar beneden stort.

Een spreekster vraagt of vorige spreker hiermee bedoelt dat iemand die onder een zware depressie lijdt, een feit dat door drie artsen bevestigd is, en zelfmoord wil plegen, binnen het toepassingsgebied van het wetsvoorstel valt.

De voorgaande spreker antwoordt dat hij juist het tegenovergestelde heeft bedoeld, en dat naar zijn mening zorgvuldigheidscriteria waren bepaald om te verhinderen dat een patiënt op eenvoudig verzoek euthanasie kan verkrijgen of dat een arts lichtzinnig een euthanasie uitvoert.

Uit het artikel van professor Van Neste, voor wie spreker veel respect heeft, blijkt dat de auteur bevreesd is dat het medische aspect van de uitzichtloze toestand zal primeren op het oordeel van de patiënt over de ondraaglijkheid van het lijden.

Het voorliggende wetsvoorstel tracht juist de twee naar waarde te schatten.

Een lid sluit zich aan bij de opmerking van een vorige spreker dat geen enkele van de voorliggende voorstellen een recht op euthanasie invoert dat gegrond is op een beginsel van absolute autonomie.

Zij vraagt zich af of iedereen dit standpunt wel deelt.

Verschillende leden bevestigen dit.

Spreekster vermeldt voorts dat het voor altijd om een dialoog tussen de patiënt en de arts zal gaan en dat uiteindelijk deze laatste al dan niet zal aanvaarden, wanneer alle voorwaarden en voorzorgen voor het overige vervuld zijn, in te gaan op het uitdrukkelijke verzoek van de patiënt.

Dat is zeer belangrijk omdat de arts aansprakelijk kan worden gesteld indien euthanasie als een medische handeling wordt beschouwd.

Het probleem is in hoeverre men kan spreken van een medische handeling. In het kader van de medische plichtenleer en de geneeskunst moet de arts immers een aantal beginselen nakomen wanneer hij de eed van Hippocrates aflegt.

In dit verband is het zeer belangrijk te vermelden dat het er voor de arts niet alleen op aankomt de geneeskunst te beoefenen maar ook de kunst van het verzorgen.

À l'heure de la fécondation *in vitro*, il est clair que l'homme agit sur la vie à ses débuts.

Dès lors, si quelqu'un se trouve dans une situation sans issue où il souffre de façon insupportable, il faut se demander s'il n'est pas préférable de l'accompagner médicalement, plutôt que de risquer qu'il ne se jette sous un train ou du haut d'un pont.

Une intervenante demande si le précédent intervenant veut dire que quelqu'un qui est atteint d'une dépression grave, attestée par trois médecins, et veut se suicider, rentre dans le champ d'application de la proposition de loi.

Le précédent orateur répond qu'il a précisément voulu dire le contraire, et qu'il a souligné que des critères de minutie étaient prévus pour empêcher qu'un patient puisse obtenir l'euthanasie sur simple demande, ou qu'un médecin la pratique à la légère.

En ce qui concerne l'article du professeur Van Neste, pour qui l'intervenant a beaucoup de respect, il en résulte que l'auteur craint que l'aspect médical du caractère sans issue de la situation ne prenne le pas sur le caractère insupportable de la souffrance apprécié par le patient.

La proposition de loi a l'examen tente précisément d'apprécier les deux à leur juste valeur.

Une membre se rallie à l'observation d'un précédent intervenant, qui soulignait qu'aucune des propositions à l'examen n'instituait de droit à l'euthanasie sur la base d'un principe absolu d'autonomie.

Elle se demande si tout le monde partage bien ce point de vue.

Plusieurs membres le confirment.

L'intervenante poursuit en indiquant que pour elle, il s'agira toujours d'un dialogue entre le patient et le médecin et qu'en définitive, c'est ce dernier qui acceptera ou non, toutes les conditions et précautions étant par ailleurs réunies, de répondre positivement à la demande expresse du patient.

Cela est très important dans la mesure où, si l'on considère l'euthanasie comme un acte médical, la responsabilité du médecin est en jeu.

Le problème est de savoir jusqu'où on peut parler d'un acte médical. Au regard de la déontologie médicale et de l'art de guérir, un médecin doit en effet adhérer à un certain nombre de principes lorsqu'il prête le serment d'Hippocrate.

À cet égard, il est très important de souligner qu'il ne s'agit pas seulement pour le médecin de pratiquer un art de guérir, mais aussi un art de soigner.

Een lid antwoordt dat een objectieve lezing van de tekst van het wetsvoorstel een antwoord biedt op deze vragen.

Een vorige spreker bevestigt dat de arts geen enkele plicht tot handelen zou mogen hebben.

Een lid merkt op dat men hier de kern van het probleem raakt. De tekst wijzigt de medische plichtenleer grondig aangezien de huidige Code van geneeskundige plichtenleer in het hoofdstuk «Het naderende levenseinde» uitdrukkelijk bepaalt dat de geneesheer de dood van zijn patiënt niet met opzet mag veroorzaken noch hem mag helpen zichzelf te doden.

Sommige artsen zijn van mening dat de criteria die in het wetsvoorstel en de amendementen van de zes indieners bepaald zijn, niet duidelijk zijn afgelijnd. Spreekster verwijst in dat verband naar de brief die de geneesheren-specialisten onlangs naar de verenigde commissies gestuurd hebben. Zij vragen een veel duidelijker beschrijving van de beoogde pathologieën en een betere omschrijving van het begrip uitzichtloze toestand.

Het is dus niet absurd noch provocerend vragen te stellen over de juiste draagwijdte van de tekst.

Spreekster verwijst naar de grote campagne ter voorkoming van zelfmoord in de provincie Luik, waaruit blijkt welke omvang het probleem in de hedendaagse samenleving aanneemt.

Ze besluit dat de tekst zeer ruim is waar hij spreekt over uitzichtloze medische situaties.

Een senator verwijst naar artikel 3, § 3, 2^o, waarin twee elementen duidelijk zijn opgenomen: enerzijds het verzoek van de patiënt en anderzijds de arts die zich moet vergewissen van de duurzaamheid van het lijden of de nood van de patiënt.

De autonomie van de patiënt is dus één zaak, maar er is ook de arts die zijn verantwoordelijkheid moet opnemen en de toestand moet beoordelen.

Wat betreft de vraag of het al dan niet om een medische handeling gaat, omvat het optreden van de arts veel meer dan alleen maar de «geneeskunst».

In dit geval is het de bedoeling de patiënt te helpen bij zijn levenseinde.

Amendementen nrs. 68, 95 en 103

De heer Vandenberghe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 68), dat tot doel heeft artikel 2 aan te vullen als volgt:

« , gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn waaraan de betrokkene lijdt en de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin hij zich bevindt ».

Un membre répond qu'une lecture objective du texte de la proposition de loi fournit une réponse à ces questions.

Un précédent intervenant confirme qu'il ne saurait y avoir dans le chef du médecin aucune obligation à agir.

Une membre observe que l'on se trouve ici au cœur du problème. En effet, le texte modifie profondément la déontologie médicale, puisque le Code de déontologie médicale actuel prévoit explicitement, dans le chapitre «Vie finissante», que le médecin ne peut provoquer délibérément la mort d'un malade, ni l'aider à se suicider.

Certains médecins sont d'avis que les critères fixés par la proposition de loi et les amendements des six auteurs manquent de contours précis. L'intervenante renvoie à ce sujet au courrier que les médecins spécialistes viennent d'adresser aux commissions réunies. Ils demandent d'être beaucoup plus précis sur la description des pathologies visées, et sur la notion de situation sans issue.

Il n'est donc ni absurde ni provocateur de poser des questions sur la portée exacte du texte.

L'intervenante se réfère à la grande campagne de prévention du suicide menée dans la province de Liège, et qui montre l'ampleur du problème dans la société d'aujourd'hui.

En conclusion, elle trouve que le texte est extrêmement large lorsqu'il parle de situations médicales sans issue.

Un sénateur renvoie à l'article 3, § 3, 2^o, où deux éléments sont clairement repris: d'une part, la requête du patient, d'autre part, le médecin qui doit s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient.

L'autonomie du patient est donc une chose, mais il y a aussi le médecin, qui doit prendre ses responsabilités et apprécier la situation.

Quant au point de savoir s'il s'agit ou non d'un acte médical, l'intervention du médecin recouvre beaucoup plus que le seul «art de guérir».

En l'occurrence, il s'agit d'aider le patient à la fin de sa vie.

Amendements n^{os} 68, 95 et 103

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 68), qui vise à compléter l'article 2 par ce qui suit:

« , compte tenu de la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient et du caractère terminal de la situation médicalement sans issue dans laquelle il se trouve ».

Een lid licht toe dat dit amendement tot doel heeft om de definitie van het begrip «euthanasie» — voor zover die mocht behouden blijven in de wet — aan te vullen door te wijzen op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn en op de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin de patiënt zich moet bevinden. De voorgestelde definitie is overgenomen van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, doch dit comité beschouwde dit slechts als een «werkdefinitie».

Bovendien maken de voorwaarden, bepaald in artikel 3, het begrip wel zeer rekbaar, derwijze dat het niet meer gaat over wat de publieke opinie verstaat onder «euthanasie».

De situatie moet worden beoordeeld in het licht van de medische wetenschap. Dit betekent dat de pijn niet enkel ondraaglijk moet zijn, maar ook onbehandelbaar. Met andere woorden: er mogen werkelijk geen alternatieven meer zijn. Bovendien is ook het woord «terminaal» van belang. Euthanasie heeft immers betrekking op mensen die zich in de stervensfase bevinden; niet op anderen.

Spreekster wijst op het belang van een definitie in een wet, die kan leiden tot een groter of beperkter toepassingsgebied.

De heer Galand dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 95), dat ertoe strekt om duidelijk in de definitie van euthanasie op te nemen dat het de bedoeling van de handeling moet zijn een oplossing te bieden voor het uitzichtloos lijden. Eventueel kan over de precieze formulering worden gepraat, maar het is van belang de finaliteit van de handeling te omschrijven in de definitie zelf. Hieruit moet immers het onderscheid blijken tussen euthanasie en moord. Mocht men deze finaliteit niet toevoegen aan de definitie, dan wordt deze zinledig.

Overigens is spreker van mening dat een definitie van euthanasie in de wet niet nodig of wenselijk is, gelet op het bepaalde in artikel 3 van voorliggend voorstel, maar als men er een in opneemt, moet de finaliteit van de handeling duidelijk worden aangegeven. Het lid herinnert eraan dat een wettelijke definitie een tweeledig doel moet hebben: enerzijds de inhoud van de gehanteerde begrippen omschrijven, en anderzijds er een juridische inhoud aan geven die ze anders niet zouden hebben gehad.

Hier is het manifest niet de bedoeling van de wetgever om zomaar elke levensbeëindigende handeling door een derde persoon toe te laten, ook al is dit op het verzoek van de patiënt. De finaliteit — een oplossing bieden aan uitzichtloos lijden — is hier van enorm belang. Dit moet tot uiting komen in de definitie zelf. De loutere overname van de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek komt aan deze bekommernis niet tegemoet.

Het lid verwijst ten slotte naar een uitspraak van een Chinese wijsgeer die, op de vraag wat hij met zijn

Une membre précise que cet amendement vise à compléter la définition de la notion d'«euthanasie» — au cas où elle serait maintenue dans la loi — en mettant l'accent sur la douleur intolérable et impossible à traiter et sur la situation terminale, médicale sans issue, dans laquelle le patient doit se trouver. La définition proposée est celle du Comité consultatif de bioéthique, qui ne la considérerait cependant que comme une «définition de travail».

En outre, les conditions énoncées à l'article 3 rendent la notion très extensible, au point qu'il ne s'agit plus de ce que l'opinion publique entend par «euthanasie».

La situation doit s'évaluer à la lumière de la science médicale, ce qui signifie que la douleur doit être non seulement intolérable mais aussi impossible à traiter. Autrement dit: il ne peut vraiment plus y avoir aucune autre solution. En outre, le mot «terminal» est important. En effet, l'euthanasie concerne des personnes qui sont à l'article de la mort et non les autres.

L'intervenante souligne l'importance d'une définition inscrite dans une loi, car elle peut en restreindre ou en élargir le champ d'application.

M. Galand dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 95), en vue d'inscrire clairement dans la définition de l'euthanasie que celle-ci doit viser à soulager des souffrances inapaisables. L'on peut discuter de la formule précise à employer, mais il importe d'indiquer la finalité de l'acte dans la définition elle-même. C'est elle en effet qui doit permettre de faire la distinction entre l'euthanasie et l'assassinat. Si l'on n'ajoutait pas cette finalité à la définition, celle-ci serait vide de sens.

L'intervenant estime d'ailleurs qu'il n'est ni nécessaire ni souhaitable de définir l'euthanasie dans la loi, eu égard à ce qui est prescrit à l'article 3 de la proposition à l'examen, mais si on insère une définition, il faut indiquer clairement la finalité de l'acte. Le membre rappelle qu'une définition légale doit répondre à un double objectif: d'une part, cerner le contenu des notions utilisées et, d'autre part, leur donner une portée juridique qu'elles n'auraient pas eue sans cela.

L'intention du législateur n'est manifestement pas ici d'autoriser un tiers à poser n'importe quel acte euthanasique, même si c'est à la demande du patient. La finalité, qui est de soulager les souffrances inapaisables, est en l'occurrence d'une extrême importance. Elle doit apparaître dans la définition elle-même. La reprise pure et simple de la définition du Comité consultatif de bioéthique ne répond pas à ce souci.

Enfin, le membre rappelle cette parole d'un philosophe chinois qui, interrogé sur ce qu'il ferait de son

macht zou doen mocht hij een absoluut heerser zijn, antwoordde dat hij de betekenis van de woorden in ere zou herstellen.

Een lid zegt de onderliggende gedachte van amendement nr. 95 perfect te begrijpen, maar wijst erop dat men hier een juridische tekst aan het redigeren is. De vraag is hoe men de finaliteit, waarover vorige spreker het had, kan vertalen in een wettekst, die een strafrechtelijk karakter heeft. In het strafrecht is zowel een materieel als een intentioneel element vereist. De strafrechtelijke opzet is een onontbeerlijk element in de klassieke rechtstheorie. Men kan hiermee zomaar niet improviseren.

Het lid is het eens met de vorige spreker die stelt dat de arts, die op het verzoek van de patiënt ingaat door euthanasie te plegen, niet de bedoeling heeft een misdrijf te plegen. Op dit ogenblik wordt euthanasie echter wel als een strafbaar feit aanschouwd, hoewel het niet als zodanig is opgenomen in het Strafwetboek. Voorliggend wetsvoorstel zegt evenmin, bij wijze van algemene, expliciete regel — in het Strafwetboek of elders — dat euthanasie een misdrijf is.

De verenigde commissies dienen dringend te beslissen of men in een strafrechtelijke dan wel in een zuiver geneeskundige logica treedt. In het eerste geval hebben de woorden — zoals strafrechtelijk opzet, het bijzonder opzet, enzovoort — immers hun betekenis. In het tweede geval is men louter bezig een medische gedragscode op te stellen. Mochten de bevoegde Orden hun werk goed gedaan hebben en hun interne gedragscodes op tijd hebben gemoderniseerd, dan bevond men zich hier in de Senaat niet in de verwarrende situatie waarin men zich thans bevindt.

Een ander lid is het niet eens met de stelling dat het voorstel nr. 2-244 het bijzonder strafrecht betreft. Er wordt immers nergens een bepaalde handeling strafbaar gesteld en er wordt evenmin gesproken over straffen. Wel wordt een wet gemaakt die het strafrecht aanvult, zoals dit bijvoorbeeld ook het geval is met de wet op de voorwaardelijke invrijheidstelling. Het wetsvoorstel creëert een rechtvaardigingsgrond voor moord met voorbedachten rade. Spreker erkent dat men de logica van het medisch recht thans heeft verlaten en dat men zich op het strafrechtelijk terrein begeeft.

De vorige spreekster is het ermee eens dat het gaat om een bijzondere wet. Zij wenst dat het gaat om een wet die zich inschrijft in het medisch recht, vermits dit de goede logica is. Het wetsvoorstel dat door de fractie van spreekster is ingediend toont dit aan. Het signaal dat dient gegeven te worden is, dat men het strafrecht intact laat en dat men niet zomaar een afwijking toestaat op dit strafrecht — een juridische techniek die bijvoorbeeld is gehanteerd bij de abortuskwestie. Essentieel is dat wordt duidelijk gemaakt

pouvoir s'il était monarque absolu, répondit qu'il réhabiliterait le sens des mots.

Une membre déclare comprendre parfaitement l'idée qui sous-tend l'amendement n° 95, mais rappelle que l'on est en train de rédiger un texte juridique. La question est de savoir comment traduire la finalité dont parlait l'intervenant précédent dans un texte de loi, qui de surcroît a un caractère pénal. En droit pénal, il faut à la fois un élément matériel et un élément intentionnel. L'intention délictueuse constitue un élément indispensable dans la théorie classique du droit. On ne peut pas se permettre d'improviser à cet égard.

La membre est d'accord avec l'intervenant précédent quand celui-ci affirme que le médecin qui répond à la demande du patient en pratiquant une euthanasie, n'a pas l'intention de commettre une infraction. Actuellement, l'euthanasie est considérée comme un fait constitutif d'infraction, bien qu'elle ne figure pas en tant que telle dans le Code pénal. La loi proposée ne dispose pas davantage, au moyen d'une règle générale et explicite, dans le Code pénal ou ailleurs, que l'euthanasie est une infraction.

Les commissions réunies doivent décider d'urgence si elles optent pour une logique pénale ou pour une logique purement médicale. En effet, dans le premier cas, des mots tels qu'intention délictueuse, dol spécial, etc. ont une signification précise. Dans le second, on élabore simplement un code de déontologie médicale. Si les Ordres compétents avaient fait bien leur travail et modernisé à temps leurs codes de déontologie internes, le Sénat ne serait pas confronté à la situation confuse où l'on se trouve actuellement.

Un autre membre ne partage pas le point de vue selon lequel la proposition n° 2-244 concernerait le droit pénal particulier. On n'incrimine en effet aucun acte et on ne prévoit pas davantage de sanctions. On fait une loi complétant le droit pénal, comme c'est le cas aussi, par exemple, de la loi sur la libération conditionnelle. La loi proposée crée une cause de justification pour le meurtre avec préméditation. L'intervenant concède que l'on a maintenant quitté la logique du droit médical pour entrer dans le domaine pénal.

L'intervenante précédente partage l'avis selon lequel il s'agit d'une loi particulière. Elle souhaite que la loi s'inscrive dans le cadre du droit médical, puisque telle est la bonne logique. En témoigne la proposition de loi qui a été déposée par le groupe politique de l'intervenante. Le signal qu'il faut donner est que l'on ne touche pas au droit pénal et que l'on ne permet pas purement et simplement une dérogation à celui-ci — une technique juridique qui a été utilisée par exemple quand s'est posé le problème de l'avortement.

dat de arts zorgen moet toedienen en dat er een juridische omkadering dient te komen voor de medische beslissingen bij het levenseinde.

Het amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. zegt echter heel duidelijk, dat er géén misdrijf is indien een aantal voorwaarden worden vervuld. In dat geval gaat het wel degelijk om een strafrechtelijke tekst, die de logica van het medisch recht verlaat.

Een lid vraagt naar de mening van de indieners van het oorspronkelijke wetsvoorstel en van de amendementen nrs. 13 en volgende. Moet de definitie, die wordt gegeven in artikel 2, gelezen worden in de optiek van het medisch recht dan wel van het strafrecht?

Uit de uitspraken van vorige sprekers over de rol van de arts leidt het lid af dat het hier inderdaad om een wet gaat die het medisch recht betreft. Door het amendement nr. 95, en door andere amendementen, willen een aantal leden van de verenigde commissies er de aandacht op vestigen dat, mocht een definitie worden behouden in artikel 2, hiervan de juiste draagwijdte moet gepreciseerd worden. Het debat toont aan dat daaromtrent een grote verwarring bestaat. Wat is de mening van de indieners van het wetsvoorstel?

De voorzitter wijst erop dat hij niemand kan verplichten het woord te nemen indien hij zulks niet wenst.

De vorige spreekster repliceert dat zij van oordeel is dat, indien de regering een standpunt moet innemen en antwoorden op de vragen van de parlementsleden, men ook mag verwachten dat de indieners van een belangrijk wetsvoorstel duidelijk uiteen in welke logica zij zitten en antwoorden op de vragen die door de senatoren worden gesteld.

Een lid herhaalt dat, wat haar betreft, indien het woord «opzettelijk» wordt vervangen door het woord «bewust», en de toevoeging voorgesteld door het amendement nr. 95 gebeurt, het risico bestaat dat ook handelingen onder de definitie van euthanasie vallen die helemaal niet zo zijn bedoeld. Dit is bijvoorbeeld het geval met het stopzetten van een therapie door het opdrijven van medicatie, of met het niet-opstarten van een nieuwe behandeling.

Een senator sluit zich aan bij deze visie. Voorliggend wetsvoorstel bevindt zich in de strafrechtelijke sfeer. Vandaar het belang van goede definities. Wanneer men de definitie vager maakt door «opzettelijk» te vervangen door «bewust», of door allerhande toevoegingen te doen, zal de medische hardnekkigheid worden versterkt. Dit is bijzonder gevaarlijk.

Een lid is het absoluut oneens met vorige sprekers. Het vermelden van de finaliteit in de definitie preciseert ze juist in plaats van ze vager te maken.

L'essentiel est de faire comprendre clairement que le médecin doit dispenser des soins et qu'il y a lieu d'encadrer juridiquement les décisions médicales à prendre en fin de vie.

L'amendement n° 14 de M. Mahoux dit cependant très clairement qu'il n'y a pas de délit lorsque certaines conditions sont remplies. Dans ce cas, il s'agit bel et bien d'un texte pénal qui sort de la logique du droit médical.

Une membre s'enquiert de l'avis des auteurs de la proposition de loi initiale et des amendements n°s 13 et suivants. La définition qui est donnée à l'article 2 doit-elle être interprétée dans l'optique du droit médical ou dans celle du droit pénal?

La membre déduit des interventions des préopinants au sujet du rôle du médecin que la loi en question est effectivement une loi qui concerne le droit médical. Par le biais de l'amendement n° 95 et d'autres amendements, certains membres des commissions réunies souhaitent souligner qu'au cas où l'on inscrirait une définition à l'article 2, il y aurait lieu d'en préciser la portée exacte. Le débat révèle qu'il existe une grande confusion à ce sujet. Quel est l'avis des auteurs de la proposition de loi?

Le président signale qu'il ne peut pas obliger une personne à prendre la parole si elle ne le souhaite pas.

La préopinante réplique qu'elle estime que, si le gouvernement doit prendre position et répondre aux questions des parlementaires, on peut aussi attendre de la part des auteurs d'une proposition de loi importante, d'une part, qu'ils disent clairement dans quelle logique ils s'inscrivent et, d'autre part, qu'ils répondent aux questions posées par les sénateurs.

Une membre répète qu'à son avis, la définition de l'euthanasie risque, si on remplace le mot «intentionnellement» par le mot «délibérément» et si l'on effectue l'ajout que comporte l'amendement n° 95, de couvrir des actes qu'on n'avait pas du tout envisagés, comme lorsque l'on arrête un traitement par l'administration accrue de médicaments ou que l'on renonce à entamer un nouveau traitement.

Un sénateur dit partager cette vision des choses. La proposition de loi à l'examen se situe dans la sphère du droit pénal. Voilà pourquoi il importe de disposer de bonnes définitions. En rendant la définition plus vague, ce qui est le cas quand on remplace l'adverbe «intentionnellement» par l'adverbe «délibérément» ou quand on fait des ajouts de toutes sortes, on contribue à favoriser l'acharnement thérapeutique. C'est très dangereux.

Un membre dit n'être pas du tout d'accord avec les préopinants. La mention de la finalité d'une définition rend celle-ci plus précise et non pas plus vague.

Een vorige spreekster herhaalt dat voor eens en altijd moet worden duidelijk gemaakt of men al dan niet in een strafrechtelijke sfeer werkt. Gaat het hier om een strafrechtelijke rechtvaardigingsgrond — in de zin van artikelen 70 en volgende van het Strafwetboek — of eerder om een algemene wettelijke toelating? Het antwoord op deze vraag heeft enorme gevolgen voor de rechters die deze wet zullen moeten toepassen.

Een lid beweert niet te begrijpen welk intentieproces tegen de indieners van wetsvoorstel nr. 2-244/1 wordt gevoerd. In het oorspronkelijke voorstel was het duidelijk: er werd een afwijking toegestaan van de strafrechtelijke regels, die in het Strafwetboek zélf zijn opgenomen. Na overleg en na reflectie, werd besloten de afwijking in te schrijven in een bijzondere wet.

In artikel 2 van deze wet wordt een algemene definitie van euthanasie gegeven. Het doden van iemand wordt, overeenkomstig het bestaande strafrecht, al dan niet vervolgd al naargelang de kwalificatie die het parket aan de handeling geeft.

Artikel 3 nu bepaalt dat men geen misdrijf pleegt wanneer men euthanasie pleegt onder de voorwaarden die erin worden beschreven. Het verschil tussen het voorstel van enkele senatoren van de meerderheid en dat van de oppositie bestaat erin dat hier geen beroep wordt gedaan op het begrip «noodtoestand», terwijl de christen-democratische partijen dat wél doen en bovendien de voorwaarden omschrijven waarbinnen de noodtoestand zich situeert. In dat laatste geval blijft een appreciatie van het parket bestaan over het gedrag van de arts, die in het voorstel nr. 2-244, zoals het zal worden geamendeerd door de amendementen nrs. 13 en volgende, wordt uitgesloten indien de juiste procedure wordt gevolgd en de voorwaarden worden nageleefd. Daarmee wordt een algemene afwijking gecreëerd op het verbod om te doden, zodat elke ambiguïteit op dat vlak wordt voorkomen. Beter nog ware het geweest om één en ander in het Strafwetboek zélf in te schrijven, zoals dit overigens het geval is met andere misdrijven. Dit is evenwel geen fundamenteel punt.

Spreeker wijst erop dat, wanneer men zich niet bevindt in de voorwaarden die worden bepaald in artikel 3 — bijvoorbeeld wanneer euthanasie wordt gepleegd door een verpleegster —, het parket deze handeling al dan niet kan vervolgen, rekening houdende met de concrete feiten. Op dat vlak blijft de toestand ongewijzigd. De voorwaarden waarbinnen niet wordt vervolgd, zijn overigens zeer restrictief.

De indiener van het amendement nr. 95 wijst erop dat dit amendement slechts tot doel heeft de definitie van euthanasie te verduidelijken, nu deze handelingen dele zou worden gedepenaliseerd.

Une préopinante répète qu'il faut dire une fois pour toutes si l'on se situe ou non dans la sphère pénale. Se trouve-t-on, en l'espèce, devant une cause de justification pénale — au sens des articles 70 et suivants du Code pénal — ou plutôt devant une autorisation légale générale? La réponse aura des conséquences très importantes pour les juges qui devront appliquer la loi.

Un membre affirme ne pas comprendre pourquoi l'on fait un procès d'intention aux auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1. La proposition de loi initiale était claire: on admettait une dérogation aux règles pénales définies dans le Code pénal même. Après réflexion et concertation, l'on a décidé d'inscrire cette dérogation dans une loi spéciale.

L'article 2 de cette loi donne une définition générale de l'euthanasie. Selon le droit pénal en vigueur, la décision de poursuivre ou non celui qui tue une personne dépend de la qualification que le parquet donne à son acte.

L'article 3, lui, dispose qu'il n'y a pas de délit lorsque l'euthanasie est pratiquée dans le respect des conditions qu'il définit. La différence entre la proposition de certains sénateurs de la majorité et celle de l'opposition réside dans le fait que la première ne fait pas référence à la notion d'état de nécessité, contrairement à celle des partis démocrates chrétiens qui y fait référence et qui définit les conditions dans lesquelles il y a état de nécessité, auquel cas le comportement du médecin continue à faire l'objet d'une appréciation par le parquet, alors que la proposition de loi n° 2-244 telle qu'elle sera modifiée par les amendements n°s 13 et suivants, exclut cette appréciation lorsque la procédure correcte a été suivie et lorsque les conditions ont été respectées. On crée ainsi une dérogation générale à l'interdiction de tuer et l'on évite ainsi toute ambiguïté en l'espèce. Il eût été préférable d'inscrire tout cela dans le Code pénal même, comme on l'a d'ailleurs fait en ce qui concerne d'autres délits. Cet élément n'est cependant pas fondamental.

L'intervenant souligne qu'au cas où les conditions définies à l'article 3 ne seraient pas réunies, comme celle dans laquelle l'euthanasie serait pratiquée par une infirmière, le parquet pourrait décider de poursuivre ou non l'auteur de l'acte à la lumière des faits concrets. À cet égard, la situation ne changerait pas. Les conditions qui devraient être remplies pour que l'on n'engage pas de poursuites sont d'ailleurs très restrictives.

L'auteur de l'amendement n° 95 souligne que cet amendement vise uniquement à préciser la définition de l'euthanasie dans la perspective de sa dépenalisation partielle.

Een lid herinnert eraan dat, overeenkomstig de traditionele rechtsleer, een arts die medische handelingen verricht — bijvoorbeeld wanneer hij een operatie uitvoert — zich in principe mogelijk kan schuldig maken aan een misdrijf. Voor zover hij zich echter onderwerpt aan de medische deontologie en de regelgeving met betrekking tot de geneeskunst volgt, wordt impliciet aangenomen dat de arts niet de bedoeling had om iemand om het leven te brengen en zal hij niet worden vervolgd.

Een lid stelt de vraag waar zich de medische handelingen situeren die, volgens de definitie van artikel 2 van het wetsvoorstel, strikt genomen niet als euthanasie kunnen worden beschouwd maar hiermee nauw verwant zijn — en die door sommigen als «passieve euthanasie» worden gekwalificeerd —, zoals het stopzetten van een behandeling of het toedienen van een dosis morfine. Vallen deze handelingen onder de goede medische praktijk, die breed wordt aanvaard? Gaat het om handelingen die onder de toepassings-sfeer van voorliggend wetsvoorstel vallen? Het antwoord op deze vraag is van belang voor de rechtszekerheid van de arts.

Een ander lid verwijst naar het Zwitserse Strafwetboek, waarvan een hoofdstuk gewijd is aan «moord op vraag van het slachtoffer». Waar in dat hoofdstuk de algemene regel wordt bevestigd die het doden strafbaar stelt, wordt verderop een vrijstelling van vervolging verleend voor degene die een patiënt, die lijdt aan een ongeneeslijke ziekte en zich in een terminale fase bevindt, doodt teneinde hem uit zijn uitzichtloos lijden te verlossen. In dit hoofdstuk wordt, in tegenstelling met wetsvoorstel nr. 2-244/1, de algemene regel bevestigd dat het doden van een ander mens een strafbare handeling is.

Het verschil tussen voorliggend wetsvoorstel en de Zwitserse strafwet is bovendien dat hier wordt gesteld dat er geen sprake is van een misdrijf indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan, terwijl de Zwitserse tekst enkel zegt dat de overheid zich zal onthouden van een vervolging. Er is dan wel degelijk een misdrijf, doch er wordt niet vervolgd. Gaat de tekst van voorstel nr. 2-244/1 niet te ver?

Een ander lid repliceert dat hetgeen in Zwitserland gebeurt, volledig los staat van wat in België al dan niet gebeurt op het vlak van de euthanasie. De oorspronkelijke tekst van voorliggend wetsvoorstel beoogde een wijziging van het Strafwetboek. Om psychologische redenen — die perfect begrijpelijk zijn — wordt thans door de amendementen nrs. 13 en volgende voorgesteld om in een bijzondere wet een afwijking in te schrijven van het gemene strafrecht. Het vooropgestelde doel — het niet-vervolgen van een arts die euthanasie pleegt onder welomschreven voorwaarden — wordt op die manier gerealiseerd.

Un membre rappelle qu'en principe, un médecin qui pose des actes médicaux — par exemple lorsqu'il effectue une opération — peut commettre un délit selon la doctrine traditionnelle. Toutefois, s'il a respecté la déontologie médicale et la réglementation relative à l'art de guérir, on considère qu'il n'a pas eu l'intention d'ôter la vie à quelqu'un et il ne sera dès lors pas poursuivi.

Une membre demande où l'on situe les actes médicaux qui, selon la définition donnée à l'article 2 de la proposition de loi, ne peuvent pas être considérés strictement comme des actes euthanasiques, mais qui présentent d'étroites analogies avec ceux-ci, et que d'aucuns qualifient d'«euthanasie passive», comme l'arrêt d'un traitement ou l'administration d'une dose de morphine. Ces actes relèvent-ils de la bonne pratique médicale comme elle est largement admise? Tombent-ils dans le champ d'application de la proposition de loi à l'examen? La réponse à cette question est importante pour la sécurité juridique du médecin.

Un autre membre fait référence au Code pénal suisse qui consacre un chapitre au «meurtre sur la demande de la victime». L'on y confirme la règle générale suivant laquelle le meurtre est punissable, mais en prévoyant que les personnes qui ont tué un patient incurable en phase terminale dans le but de le délivrer d'une souffrance sans issue, ne sont pas poursuivies. L'on y confirme la règle générale suivant laquelle l'acte qui consiste à tuer autrui est un acte punissable, contrairement à ce que fait la proposition de loi n° 2-244/1.

La différence entre la proposition de loi à l'examen et la loi pénale suisse réside en outre dans le fait que l'on dispose ici qu'il n'y a pas délit lorsque certaines conditions sont remplies, tandis que le texte suisse se borne à indiquer que les pouvoirs publics s'abstiendront d'engager des poursuites. Il y a donc bel et bien délit dans ce cas, mais il ne donne pas lieu à des poursuites. Le texte de la proposition n° 2-244/1 ne va-t-il pas trop loin?

Un autre membre réplique que ce qui se fait en Suisse n'a aucun rapport avec ce qui se fait ou non en Belgique en matière d'euthanasie. Le texte initial de la proposition de loi à l'examen visait à modifier le Code pénal. Pour des raisons psychologiques — qui sont parfaitement compréhensibles —, on propose maintenant par les amendements n° 13 et suivants de déroger au droit pénal commun par une loi particulière. Le but recherché — non-poursuite du médecin qui pratique l'euthanasie dans des circonstances bien définies — se trouve ainsi réalisé.

Op de opmerking van een vorige spreker, antwoordt het lid dat enkel de gevallen worden gevisieerd van levensbeëindiging met inachtneming van de zorgvuldigheidscriteria bepaald in artikel 3. Andere medische handelingen vallen er derhalve niet onder, hetgeen betekent dat slechts een zeer beperkt aantal medische handelingen worden bedoeld. Spreker herinnert aan de toepassing van artikel 70 van het Strafwetboek, die een impliciete afwijking van het gemene strafrecht inhoudt voor artsen.

De indiener van amendement nr. 95 merkt op dat dit amendement perfect past in de redenering van vorige spreker, en diens opvatting dienaangaande zelfs expliciteert.

De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 103, subamendement op amendement nr. 95), dat ertoe strekt om ook het uitzichtloos karakter van het lijden te benadrukken, door de woorden «en onbehandelbaar» in te voegen tussen het woord «uitzichtloos» en het woord «lijden».

Uit het thans gevoerde debat blijkt overduidelijk dat men zich bevindt in de strafrechtelijke sfeer. Of de depenalisering van euthanasie wordt ingeschreven in het Strafwetboek, dan wel in een bijzondere wet, is in dit verband van geen enkel belang. Men komt dan ook geenszins tegemoet aan de vraag, die tijdens de hoorzittingen werd opgeworpen, om de euthanasie niet uit het strafrecht te halen. Aan het standpunt van de meerderheidspartijen op dit vlak is nog niets gewijzigd.

Het probleem is echter dat artikel 2 een definitie geeft van euthanasie, terwijl in artikel 3 de voorwaarden worden omschreven waarbinnen euthanasie niet als misdrijf wordt beschouwd. Artikel 2 is veel ruimer dan artikel 3. Dit leidt tot een grote etymologische verwarring omdat hierdoor twee soorten van euthanasie ontstaan: volgens artikel 2 is het doden van een patiënt door een derde, op diens verzoek, euthanasie terwijl dit strafrechtelijk als doodslag wordt beschouwd, waarvoor desgevallend de noodtoestand kan worden ingeroepen. De opvatting, als zou het gaan om twee concentrische cirkels, waarbij artikel 3 deel zou uitmaken van het bredere artikel 2, klopt om die reden niet. Concentrische cirkels moeten zich immers op hetzelfde oppervlak bevinden, terwijl hier doodslag en euthanasie overeenkomstig artikel 3 op hetzelfde vlak worden geplaatst.

Dit alles is zeer inconsequent en verwarrend. Ook de media, in het kader van hun berichtgeving over het onderzoek dat werd bekendgemaakt in het medisch tijdschrift *The Lancet*, gebruikten voortdurend foutieve begrippen. Nu eens werd gesproken over «euthanasie op verzoek van de patiënt» en dan weer over «euthanasie zonder vraag van de betrokkene». Dit alles is niet onschuldig. Duidelijkheid is dan ook dringend gewenst in deze materie.

À la remarque d'une intervenante précédente, le membre répond que sont seuls visés les cas d'euthanasie pratiqués dans le respect des critères de prudence prévus à l'article 3. Les autres actes médicaux ne sont donc pas concernés, ce qui signifie que l'on ne vise qu'un nombre très restreint d'actes médicaux. L'intervenant rappelle l'application de l'article 70 du Code pénal, qui prévoit pour les médecins une dérogation implicite au droit pénal commun.

L'auteur de l'amendement n° 95 fait remarquer que cet amendement s'inscrit parfaitement dans le raisonnement de l'intervenant précédent, explicitant même le point de vue de ce dernier.

M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement n° 103, sous-amendement à l'amendement n° 95) qui tend à insister aussi sur le caractère sans issue de la souffrance et complétant l'ajout proposé par les mots «et rebelles à tout traitement».

Le débat que l'on a pour l'instant indiqué, on ne peut plus clairement, que l'on se situe dans la sphère du droit pénal. Que l'on inscrive la dépenalisation de l'euthanasie dans le Code pénal ou dans une loi particulière n'a, à cet égard, pas la moindre importance. On ne répond par conséquent non plus en aucune manière à la demande, formulée au cours des auditions, de ne pas dépenaliser l'euthanasie. Le point de vue des partis de la majorité est resté inchangé sur ce point.

Le problème est toutefois que l'article 2 donne une définition de l'euthanasie, tandis que l'article 3 définit les conditions dans lesquelles celle-ci n'est pas considérée comme un délit. La portée de l'article 2 est beaucoup plus large que celle de l'article 3. Il s'ensuit une grande confusion étymologique puisque l'on crée ainsi deux types d'euthanasie: aux termes de l'article 2, le fait qu'un patient soit tué par un tiers, à sa demande, est un acte d'euthanasie, alors que du point de vue du droit pénal, c'est considéré comme un homicide, pour lequel on pourra, le cas échéant, invoquer l'état de nécessité. Voilà pourquoi la thèse des deux cercles concentriques, l'article 3 étant inclus dans l'article 2 plus large, est incorrecte. Des cercles concentriques doivent se situer dans le même plan alors qu'en l'occurrence, en vertu de l'article 3, homicide et euthanasie ne sont pas mis sur le même plan.

Tout ceci est fort illogique et confus. Même les médias, dans leur compte rendu de l'étude parue dans la revue médicale *The Lancet*, n'ont cessé d'utiliser des notions erronées. Il y était question tantôt d'«euthanasie à la demande du patient» et tantôt d'«euthanasie sans demande du patient». Tout ceci n'est pas innocent. Il est dès lors urgent de faire la clarté en cette matière.

Spreker erkent dat de definitie, die wordt gehanteerd door het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, weliswaar een uitgangspunt kan zijn voor het debat, maar het Raadgevend Comité heeft nooit gesteld dat ze als definitie voor een strafrechtelijk misdrijf kan gelden. Deze werkdefinitie was enkel bedoeld om het terrein af te bakenen waarover een wetenschappelijk advies aan de Wetgevende Kamers diende te worden gegeven.

Ten gronde meent het lid dat de handelingen die wel onder artikel 2 vallen, maar niet voldoen aan de voorwaarden beschreven in artikel 3, een andere behandeling nodig hebben en niet zomaar kunnen beschouwd worden als doodslag. De definitie van artikel 2 is volgens spreker dan ook volstrekt overbodig, maar indien ze toch zou worden gehandhaafd, zou ze moeten worden verfijnd.

Amendement nr. 103 wenst te preciseren dat de andoening waaraan de patiënt lijdt, niet meer vatbaar is voor een normale medische behandeling. Mocht dit toch mogelijk zijn, is het onaanvaardbaar om euthanasie op dezelfde hoogte te plaatsen als de geneeskundige methodes die de zieke behandelen. Dit zou de indruk wekken dat de arts de mogelijkheid heeft om de patiënt voor de keuze te plaatsen: hem behandelen of hem doden. Het feit dat de patiënt curatief of palliatief kan worden behandeld zou in dat geval irrelevant worden voor de juridische beoordeling of euthanasie al dan niet mogelijk is. Men gaat voorbij aan de complexiteit van de situatie.

Het lid vestigt er voor het overige de aandacht op dat niet alle Nederlandse vertalingen van teksten die in het Frans zijn ingediend even accuraat zijn.

Amendement nr. 100

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 100), dat tot doel heeft in de definitie van euthanasie te preciseren dat de handeling moet worden uitgevoerd door een arts, terwijl de voorgestelde definitie enkel spreekt over «een derde».

Amendementen nrs. 101 en 104

De heer Mahoux c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 101), dat ertoe strekt om in de definitie het woord «opzettelijk» (in het Frans: «intentionnellement») te vervangen door het woord «bewust» (in het Frans: «sciemment»).

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 104, sub-amendement op amendement nr. 101), waarin wordt voorgesteld enkel de Franse tekst te veranderen in de

L'intervenant reconnaît que si la définition donnée par le Comité consultatif de bioéthique peut certes servir de point de départ au débat, ledit Comité n'a jamais affirmé qu'elle pouvait s'appliquer à une infraction pénale. Le seul but de cette définition de travail était de baliser le terrain devant faire l'objet d'un avis scientifique à l'intention des Chambres législatives.

Sur le fond, le membre estime que les actes qui ressortissent effectivement à l'article 2 sans toutefois remplir les conditions prévues à l'article 3, nécessitent un autre traitement et ne peuvent pas être simplement qualifiés d'homicide. Selon lui, la définition donnée à l'article 2 est par conséquent tout à fait superflue, mais si elle devait malgré tout être maintenue, il faudrait l'affiner.

L'amendement n° 103 tend à préciser qu'il n'est plus possible de soigner l'affection dont souffre le patient au moyen d'un traitement médical normal. Si, toutefois, cette possibilité existe, il est inacceptable de placer l'euthanasie au même niveau que les méthodes médicales qui soignent le patient. On donnerait l'impression que l'on permet au médecin de mettre le patient devant le choix suivant: être soigné ou être tué. Le fait que le patient puisse faire l'objet de soins curatifs ou palliatifs serait dans ce cas dépourvu de pertinence pour juger si l'euthanasie est possible ou non. C'est ignorer la complexité de la situation.

Au demeurant, le membre attire l'attention sur le fait que les traductions néerlandaises de textes déposés en français ne sont pas toutes d'une égale précision.

Amendement n° 100

Mme de T' Serclaes dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement n° 100), qui vise à préciser dans la définition de l'euthanasie que l'acte doit être exécuté par un médecin, alors qu'il n'est question, dans la définition proposée, que d'«un tiers».

Amendements n°s 101 et 104

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement nr. 101), qui vise à remplacer, dans la définition, le mot «intentionnellement» par le mot «sciemment».

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement n° 104, sous-amendement à l'amendement n° 101), dans lequel il propose de ne modifier que le texte français dans le

zin die amendement nr. 101 voorstelt, maar de Nederlandse tekst te laten zoals hij is.

Het begrip «opzettelijk» — in het Frans vaak vertaald als «sciemment» — dient te worden behouden in de definitie. «Bewust» is veel vager, waardoor ander handelingen op het levenseinde onder de definitie zouden vallen, hetgeen niet de bedoeling is.

De indiener van amendement nr. 101 verklaart het subamendement nr. 104 te ondersteunen.

Een lid vraagt welke de verantwoording is van amendement nr. 101. Spreekt men hier over het algemeen strafrechtelijk opzet, dan wel over het bijzonder opzet? Het antwoord op deze vraag is van belang voor de strafrechtelijke kwalificatie van de betrokken handelingen.

Een ander lid verwijst naar artikel 383*bis*, § 2, van het Strafwetboek, dat handelt over de verspreiding van videocassettes met pornografisch materiaal, waar het Franse woord «sciemment» naar het Nederlands werd vertaald als «wetens».

Het lid zegt niet goed het verschil te begrijpen tussen «opzettelijk» («intentionnellement») of «wetens» («sciemment»). Beide begrippen hebben immers een verschillende strafrechtelijke draagwijdte. Het is belangrijk dat men duidelijke begrippen hanteert.

Er wordt hem geantwoord dat «wetens» («sciemment») betekent dat men zich bewust is van de handelingen die men stelt, dat men met kennis van zaken handelt. Er wordt op gewezen dat artikel 2 niet los kan worden gelezen van artikel 3, waarin de voorwaarden worden omschreven waaronder euthanasie niet als een misdrijf wordt beschouwd.

Een lid is van oordeel dat het in deze aangelegenheid niet zozeer gaat om de taalkundige betekenis van woorden, maar eerder om de gewilde dubbelzinnigheid van de definitie. De vraag die men zich moet stellen is, welke de juridische, strafrechtelijke draagwijdte is van de woorden «opzettelijk», «wetens», «bewust» of «vrijwillig». Wanneer men het Franse woord «sciemment» gelijkstelt met «opzettelijk», en dit duidt als «met kennis van zaken», dan zou dit een juridische nieuwigheid zijn. Improvisatie is hier uit den boze.

Om van «opzettelijk» te kunnen spreken, is het vereist dat iemand een handeling stelt met het rechtstreekse doel het beoogde gevolg te realiseren. Vanzelfsprekend stelt deze persoon de handeling ook «met kennis van zaken», maar dit is een veel ruimer begrip. Deze term drukt niet uit dat de handeling wordt gesteld met het rechtstreekse doel een bepaald gevolg te realiseren.

sens de l'amendement n° 101 et de laisser le texte néerlandais inchangé.

Il y a lieu de conserver dans la définition la notion néerlandaise de «*opzettelijk*» — souvent traduite en français par «sciemment». Le terme néerlandais «*bewust*» est beaucoup plus vague, de telle sorte que tout autre acte accompli envers le patient en fin de vie répondrait à la définition, ce qui n'est pas le but poursuivi.

L'auteur de l'amendement n° 101 dit soutenir le sous-amendement n° 104.

Un membre s'enquiert de la justification de l'amendement n° 101. S'agit-il ici de dol pénal général ou du dol spécial? La réponse à cette question est importante pour la qualification pénale des actes en cause.

Un autre membre fait référence à l'article 383*bis*, § 2, du Code pénal, qui traite de la diffusion de cassettes vidéo à caractère pornographique et dans lequel le mot français «sciemment» a pour équivalent néerlandais le mot «*wetens*».

Le membre dit ne pas bien comprendre la différence entre «intentionnellement» («*opzettelijk*») et «sciemment» («*wetens*»). Ces deux notions n'ont en effet pas la même portée pénale. Il importe d'utiliser des notions claires.

Il lui est répondu que «sciemment» («*wetens*») signifie que l'on a conscience des actes que l'on accomplit, que l'on agit en connaissance de cause. L'on souligne que l'article 2 est indissociablement lié à l'article 3, qui définit les conditions à respecter pour qu'un acte euthanasique ne soit pas considéré comme un délit.

Un membre estime qu'il ne s'agit pas tant ici de la sémantique, mais plutôt de l'ambiguïté voulue de la définition. La question qu'il faut se poser est de savoir quelle est la portée juridique et pénale des mots «intentionnellement» («*opzettelijk*»), «sciemment» («*wetens*»), «consciemment» («*bewust*») ou «volontairement» («*vrijwillig*»). Mettre le mot français «sciemment» sur le même plan que le mot néerlandais «*opzettelijk*» et donner à ce dernier le sens d'«en connaissance de cause» serait une innovation juridique. L'improvisation est de mauvais aloi en l'espèce.

Pour pouvoir utiliser le mot «intentionnellement» («*opzettelijk*»), il doit s'agir d'une personne posant un acte dans le but direct de produire l'effet escompté. Il va de soi que cette personne accomplit aussi son acte «en connaissance de cause», mais cette dernière notion est beaucoup plus vaste. Cette expression n'exprime pas que l'acte est accompli dans le dessein direct de produire un effet déterminé.

Het lid geeft het voorbeeld van de minderjarige, wiens toerekeningsvatbaarheid moet worden beoordeeld. Minderjarigen moeten, om burgerrechtelijk aansprakelijk te zijn, immers tot de leeftijd van onderscheid gekomen zijn. Dit betekent dat men het onderscheid moet kennen tussen goed en kwaad en met kennis van zaken handelingen moet kunnen stellen. Dit is iets anders dan zeggen dat de minderjarige slechts burgerrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld indien deze opzettelijk heeft gehandeld. Een minderjarige, die met vuur speelt in een hooischuur, kan soms wel, soms niet worden aansprakelijk worden gesteld al naargelang hij kennis van zaken had, dit wil zeggen of hij al dan niet wist of hieraan gevaren verbonden waren. Dit is iets anders dan beweren dat de minderjarige de schuur met opzet in brand heeft gestoken. «Opzettelijk» — volgens amendementen nrs. 101 en 104 in het Frans: «sciemment» — is dus niet zomaar gelijk te stellen met «met kennis van zaken».

Spreeker vraagt zich af of het gegoochel met de begrippen niet tot doel heeft om ook een aantal gevallen, die niet onder de definitie van artikel 2 vallen — zoals bijvoorbeeld het staken van een zinloze behandeling —, toch onder de noemer «euthanasie» te laten vallen door de woorden «met kennis van zaken» te hanteren. Het staken van een behandeling, die door de arts met kennis van zaken gebeurt, kan tot de dood leiden, maar heeft deze niet als rechtstreeks doel. Een dergelijke handeling is dan ook niet «opzettelijk», maar door deze gelijkstelling komt ze wel terecht onder de toepassingsfeer van euthanasie, zoals gedefinieerd in artikel 2.

Het lid pleit er dan ook voor om het woord «opzettelijk» — in het Frans: «intentionnellement» — te behouden. Hij wijst er bovendien ook op dat soms de woorden «wetens en willens» worden gebruikt, waarmee traditioneel het bijzonder opzet wordt aangeduid.

Een ander lid merkt op dat er tijdens de hoorzittingen voor gewaarschuwd is om het volgende uitgangspunt te nemen: «Er is een misdrijf, behalve indien ...» Artsen worden dagdagelijks geconfronteerd met gevallen die zich in de schemerzone bevinden en die noodzakelijkerwijze door de rechtbanken zullen geëvalueerd worden. Het gevaar van rechtsonzekerheid voor de arts blijft derhalve bestaan.

Een interveniënt beaamt dat men moet oppassen met het gebruik van bepaalde termen. Een medische «noodsituatie» is iets anders dan de juridische «noodtoestand». Waar het strafrechtelijk opzet een kwade intentie veronderstelt kan, in de medische wetenschap, het opzettelijk handelen een goede connotatie hebben. Spreeker vraagt zich af of het woord «opzettelijk», zoals het in artikel 2 wordt gebruikt, per definitie een kwaad opzet veronderstelt, dan wel of het ook mogelijk is dat hiermee iets goeds wordt bedoeld.

Le membre donne l'exemple d'un mineur dont la responsabilité doit être appréciée. Pour être civilement responsables, les mineurs doivent en effet avoir atteint l'âge de discernement. Cela signifie qu'ils doivent pouvoir faire la différence entre le bien et le mal et accomplir des actes en connaissance de cause. C'est tout autre chose qu'affirmer que le mineur ne peut être rendu civilement responsable que s'il a agi intentionnellement. Un mineur qui joue avec le feu dans une grange remplie de paille sera jugé responsable ou irresponsable selon qu'il aura agi en connaissance de cause, c'est-à-dire qu'il savait ou non quels risques étaient liés à ses actes. C'est fort différent qu'affirmer que le mineur a mis intentionnellement le feu à la grange. Le mot «*opzettelijk*» qui, selon les amendements n^{os} 101 et 104, se traduit en français par le mot «sciemment», ne peut donc pas simplement être mis sur le même pied que l'expression «en connaissance de cause».

L'intervenant se demande si, en utilisant les mots «en connaissance de cause», on ne jongle pas avec les notions dans le but d'étendre l'appellation «euthanasie» à une série de cas qui ne répondent pas à la définition de l'article 2 — comme par exemple l'arrêt d'un traitement qui n'a plus aucun sens. L'arrêt d'un traitement, qui est décidé en connaissance de cause par le médecin, peut conduire au décès du patient, mais cela n'est pas son objectif direct. Pareil acte n'est dès lors pas accompli «intentionnellement». Mais en mettant ces notions sur le même pied, on les fait relever du champ d'application de l'euthanasie, tel qu'il est défini à l'article 2.

Le membre plaide dès lors pour le maintien du mot néerlandais «*opzettelijk*» comme traduction du terme français «intentionnellement». Il relève en outre que l'on utilise parfois les mots néerlandais «*wetens en willens*» (sciemment et volontairement) qui désignent traditionnellement le dol spécial.

Un autre membre rappelle la mise en garde qui a été faite durant les auditions à l'encontre de la prémisse: «Il y a délit sauf lorsque ...» Les médecins sont confrontés quotidiennement à de cas qui se situent dans la zone d'ombre et qui devront nécessairement faire l'objet d'une évaluation par les tribunaux. Le risque d'insécurité juridique pour le médecin subsiste dès lors.

Un intervenant confirme que certains termes sont à utiliser avec prudence. L'«état de détresse» du point de vue médical diffère de la notion juridique d'«état de nécessité». Alors que le dol pénal présuppose une mauvaise intention, le caractère intentionnel de l'acte médical peut avoir une connotation positive. L'intervenant se demande si le terme «intentionnellement», tel qu'il est utilisé à l'article 2, suppose par définition une mauvaise intention ou s'il peut également désigner quelque chose de positif.

Een lid antwoordt dat een medische handeling per definitie gebeurt met een goed opzet. Amendement nr. 95 wenst dit overigens ook uitdrukkelijk te preciseren, door aan te geven dat het de bedoeling van de handeling moet zijn om een oplossing te bieden aan het uitzichtloos lijden.

De vraag is, of bijvoorbeeld een situatie waarbij de machines door een arts worden losgekoppeld van een patiënt die reeds maanden in een coma ligt, ook wordt bedoeld in artikel 2. Hier is immers geen sprake van een verzoek van de patiënt. Kan een arts hiervoor worden vervolgd?

Een lid repliceert dat een dergelijke situatie niet wordt bedoeld door de wet. De toepassing van het strafrecht op personen die dergelijke handelingen stellen zal ongewijzigd blijven, ongeacht of het voorliggend wetsvoorstel kracht van wet verwerft of niet.

Een senator ondersteunt een vorige spreker die heeft gepleit voor een correct gebruik van de begrippen.

Ook uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat, wanneer een arts euthanasie pleegt, doch de patiënt niet overlijdt, men spreekt over een «mislukking». Dit is het beste bewijs dat het, in geval van euthanasie, de intentie is dat de patiënt overlijdt zonder dat hieraan een negatieve connotatie wordt gegeven. Daarover moet duidelijkheid bestaan. Vandaar dat spreker ervoor pleit het woord «opzettelijk» (in het Frans: «*intentionnellement*») te behouden.

Een lid merkt op dat zijns inziens, mocht men het woord «opzettelijk» behouden zonder evenwel de finaliteit van de handeling te omschrijven in de definitie zelf, zoals amendement nr. 95 beoogt, het hier gaat om moord met voorbedachten rade.

Stemmingen

Amendement nr. 26 van mevrouw de T'Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 5 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 29 van de heer Destexhe wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 43 van de mevrouw van Kessel en de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 46 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 57 van de heer Vandenberghe c.s., dat amendementen nrs. 43 en 44 vervangt, wordt ingetrokken.

Amendement nr. 62 van mevrouw de T'Serclaes (subsidiar amendement bij haar amendement nr. 26) wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Un membre répond qu'un acte médical s'accomplit par définition dans une bonne intention. L'amendement n° 95 entend d'ailleurs inscrire clairement dans la définition de l'euthanasie que celle-ci doit viser à soulager des souffrances inapaisables.

Reste à savoir si le fait pour un médecin de débrancher l'appareillage d'un patient qui est plongé dans le coma depuis déjà plusieurs mois, tombe également sous le coup de l'article 2. Il n'est en effet pas question ici d'une quelconque demande du patient. Ce médecin pourrait-il faire l'objet de poursuites sur cette base?

Un membre réplique que la loi ne vise pas une telle situation. L'application du droit pénal aux personnes qui accomplissent pareils actes restera inchangée, que la présente proposition de loi acquière force de loi ou pas.

Un sénateur se rallie aux propos d'un intervenant précédent qui plaidait pour une bonne utilisation des notions.

Il semblerait que lorsqu'un médecin pratique un acte euthanasique mais que le patient ne décède pas, la littérature scientifique parle d'«échec». C'est la meilleure preuve qu'en cas d'euthanasie, l'intention est de faire mourir le patient, sans qu'on y donne de connotation négative. La clarté s'impose sur ce point. Aussi l'intervenant prône-t-il le maintien du mot néerlandais «*opzettelijk*» (en français «*intentionnellement*»).

Un membre fait remarquer qu'à ses yeux, si l'on maintient le mot «*opzettelijk-intentionnellement*» sans toutefois définir la finalité de l'acte dans la définition même, comme tend à le faire l'amendement n° 95, l'on a affaire à un meurtre avec préméditation.

Votes

L'amendement n° 26 de Mme de T'Serclaes est rejeté par 17 voix contre 5 et 6 abstentions.

L'amendement n° 29 de M. Destexhe est rejeté par 17 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 43 de Mme van Kessel et M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 46 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 57 de M. Vandenberghe et consorts, qui remplace les amendements n°s 43 et 44, est retiré.

L'amendement n° 62 de Mme de T'Serclaes (amendement subsidiaire à son amendement n° 26) est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

Amendement nr. 90 van de heer Vandenberghe c.s. (subamendement op amendement nr. 62 van mevrouw de T' Serclaes) wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 91 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 92 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 97 van de heer Vankrunkelsven wordt ingetrokken.

Bijgevolg wordt amendement nr. 98 van de heer Vandenberghe c.s. (subamendement op amendement nr. 97 van de heer Vankrunkelsven) zonder voorwerp.

Amendement nr. 99 van de heer Vandenberghe c.s. (subsidiar amendement bij hun amendement nr. 92) is zonder voorwerp.

Amendement nr. 25 van de heer Galand en mevrouw Nagy wordt ingetrokken.

Amendement nr. 5 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 24 stemmen bij 3 onthoudingen.

Een lid legt een stemverklaring af. Het thema van hulp bij zelfdoding kwam reeds aan bod in het wetsvoorstel, dat initieel werd ingediend door haar fractie. In beginsel is spreekster derhalve voorstander van amendement nr. 5. Het lid erkent evenwel dat een reglementering van de hulp bij zelfdoding thans politiek niet haalbaar is en onthoudt zich dan ook bij de stemming hierover.

Amendement nr. 67 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 68 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 15 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 95 van de heer Galand wordt verworpen met 23 tegen 4 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 103 van de heer Vandenberghe c.s. (subamendement op amendement nr. 95 van de heer Galand) wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 100 van mevrouw de T'Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

Amendement nr. 101 van de heer Mahoux c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 104 van de heer Vankrunkelsven (subamendement op amendement nr. 101 van de heer Mahoux c.s.) wordt ingetrokken.

L'amendement n° 90 de M. Vandenberghe et consorts (sous-amendement à l'amendement n° 62 de Mme de T' Serclaes) est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 91 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 92 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 97 de M. Vankrunkelsven est retiré.

Par conséquent, l'amendement n° 98 de M. Vandenberghe et consorts (sous-amendement à l'amendement n° 97 de M. Vankrunkelsven) devient sans objet.

L'amendement n° 99 de M. Vandenberghe et consorts (amendement subsidiaire à l'amendement n° 92) est sans objet.

L'amendement n° 25 de M. Galand et Mme Nagy est retiré.

L'amendement n° 5 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 24 voix et 3 abstentions.

Une membre donne une explication de vote. Le thème de l'assistance au suicide a déjà été abordé dans la proposition de loi qui a été déposée initialement par son groupe politique. En principe, l'intervenante est donc favorable à l'amendement n° 5. Elle reconnaît toutefois qu'il n'est pas faisable politiquement d'édicter des règles en matière d'assistance au suicide et elle s'abstient par conséquent lors du vote sur ce point.

L'amendement n° 67 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 68 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 15 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 95 de M. Galand est rejeté par 23 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 103 de M. Vandenberghe et consorts (sous-amendement à l'amendement n° 95 de M. Galand) est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 100 de Mme de T'Serclaes est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 101 de M. Mahoux et consorts est retiré.

L'amendement n° 104 de M. Vankrunkelsven (sous-amendement à l'amendement n° 101 de M. Mahoux et consorts) est retiré.

Ingevolge de intrekking van amendementen nrs. 101 en 104, dient de heer Galand amendement nr. 25 opnieuw in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 25).

Amendement nr. 25 van de heer Galand en mevrouw Nagy wordt verworpen met 24 tegen 4 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 2 wordt aangenomen met 17 tegen 12 stemmen.

Hoofdstuk *Ibis* (nieuw) — Artikel *2bis* (nieuw)

Amendement nr. 69

De heer Vandenberghe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 69) dat ertoe strekt een hoofdstuk *Ibis*, dat een artikel *2bis* omvat, in te voegen.

Het voorgestelde hoofdstuk *Ibis* luidt als volgt:

«*Hoofdstuk Ibis. — Palliatieve zorgverlening als basisrecht voor iedereen.*

Art. 2. — § 1. Eenieder heeft recht op palliatieve zorgverlening.

§ 2. Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder «palliatieve zorgverlening»: het geheel van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapie reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale ondersteuning van essentieel belang zijn.

§ 3. De Koning neemt binnen een termijn van een jaar na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad en uiterlijk op 31 december 2001, de nodige maatregelen voor de coördinatie van de uitbouw van een volwaardige palliatieve zorgverstrekking, waar deze ook wordt georganiseerd.»

Een lid onderstreept dat in dit hoofdstuk de term «palliatieve zorg» wordt gedefiniëerd en dat het recht op palliatieve zorg in de wet ook wordt ingeschreven. Het lid is van mening dat het maatschappelijk signaal van dergelijke bepalingen niet mag ontbreken in een wetgeving rond euthanasie en ze wil ze daarom opnieuw voorleggen aan de vergadering.

Een lid merkt het parallellisme van het amendement nr. 69 met één van haar amendementen op. Ze is ervan overtuigd dat goede palliatieve zorg 99% van de aanvragen tot euthanasie kan opvangen en wil daarom het voorgestelde hoofdstuk *Ibis* in de wet opgenomen zien.

Een ander lid is van mening dat in de voorgestelde tekst de problematiek van de palliatieve zorg voldoende werd geïntegreerd in die van de euthana-

Consécutivement au retrait des amendements n^{os} 101 et 104, M. Galand redépose l'amendement n^o 25 (doc. Sénat, n^o 2-244/5).

L'amendement n^o 25 de M. Galand et Mme Nagy est rejeté par 24 voix contre 4 et 1 abstention.

L'article 2 est adopté par 17 voix contre 12.

Chapitre *Ibis* (nouveau) — Article *2bis* (nouveau)

Amendement n^o 69

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 69) qui vise à insérer un chapitre I^{er}*bis* comprenant un article *2bis*.

Le chapitre I^{er}*bis* proposé est libellé comme suit:

«*Chapitre I^{er}bis. — Des soins palliatifs comme droit fondamental pour tous.*

Art. 2. — § 1. Tout un chacun a droit à des soins palliatifs.

§ 2. Pour l'application de la présente loi, on entend par «soins palliatifs»: l'ensemble des soins actifs apportés aux patients dont la maladie ne réagit plus à des thérapies curatives et pour qui la maîtrise de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que l'assistance psychologique, morale, spirituelle et familiale revêtent une importance capitale.

§ 3. Le Roi prend, dans un délai d'un an prenant cours le jour de la publication de la présente loi au Moniteur belge, et au plus tard le 31 décembre 2001, les mesures nécessaires en vue de coordonner le développement d'un système de soins palliatifs à part entière, quel que soit le lieu où celui-ci est organisé.»

Une commissaire souligne que ce chapitre définit la notion de «soins palliatifs» et inscrit en outre dans la loi le droit à ceux-ci. L'intervenante estime que la portée sociale de pareilles dispositions ne peut être absente d'une législation relative à l'euthanasie et c'est la raison pour laquelle elle tient à les soumettre à nouveau aux commissions réunies.

Une membre note le parallélisme entre l'amendement n^o 69 et un de ses amendements. Elle est persuadée que de bons soins palliatifs peuvent répondre à 99% des demandes d'euthanasie et veut dès lors voir insérer dans la loi le chapitre I^{er}*bis* proposé.

Une autre commissaire considère que le texte proposé a suffisamment intégré la problématique des soins palliatifs dans celle de l'euthanasie. Elle juge

sie. Zij acht het niet raadzaam om euthanasie en palliatieve zorg in één wet in te schrijven, aangezien dat verwarring kan creëren tussen beide termen die helemaal geen synoniemen zijn en waarbij het toepassingsdomein van palliatieve zorg veel uitgebreider is. Bovendien geeft het lid aan dat er eveneens een apart wetsvoorstel omtrent palliatieve zorg bestaat (Stuk Senaat, nr. 2-246).

Een lid verwijst naar de toelichting van het wetsvoorstel, waarin wordt gesteld dat de patiënt een aanhoudende en niet te lenigen pijn of nood moet kennen. Ze is daarbij van mening dat in een belangrijk percentage van de gevallen deze nood wél kan gelenigd worden met palliatieve zorg. Er is dus inderdaad een verband tussen euthanasie en palliatieve zorg en het zou opportuun zijn om die band ook in de wet tot uiting te laten komen.

Een vorige spreekster wijst erop dat de voorgestelde bepalingen over palliatieve zorg in het voorstel beperkt zijn. Ze is van mening dat iedereen akkoord is over het recht op palliatie en dat palliatie veel vragen kan doen verdwijnen over het levenseinde. Daarom acht het lid het noodzakelijk om, als belangrijk maatschappelijk signaal, beknopt de definitie en het recht op palliatie in een tekst, die handelt over het naderend levenseinde, in te schrijven.

Een ander lid vermeldt dat er reeds meermaals over amendementen die bovenvermelde bepalingen nastreven werd gestemd. Spreekster is daarbij overtuigd van de logica om, naast de afzonderlijke wet, ook in deze tekst te vermelden dat elke patiënt recht heeft op palliatieve zorg en op bepaalde rechten die te maken hebben met het naderend levenseinde.

Vervolgens stelt het lid dat al deze aspecten deel uitmaken van een globale problematiek en dat deze best in zijn geheel zou bekeken worden, zoals het artikel uit *The Lancet* ook illustreert.

Een lid geeft aan dat uit de hoorzittingen bleek dat palliatieve zorg een deel van de vraag naar euthanasie wegneemt, maar dat er toch nog altijd een zekere vraag blijft bestaan. Het is juist vanuit dat belang dat in het wetsvoorstel werd ingeschreven dat de arts de patiënt moet inlichten over het bestaan van palliatieve zorg. De patiënt heeft dus duidelijk recht op palliatieve zorg, maar daarbij mag zeker niet vergeten worden dat in de voorgestelde bepalingen zowel sprake is van terminale als niet-terminale patiënten. Bepaalde terminale patiënten kunnen daarbij van oordeel zijn dat die palliatieve zorg niet aan hen besteed is en die mensen moet men ook hun vrije keuze laten. Voor de niet-terminale patiënten is palliatieve zorg zelfs niet direct van toepassing, aangezien hun stervensmoment nog veraf ligt.

qu'il n'est pas opportun d'inscrire dans une seule loi l'euthanasie et les soins palliatifs, étant donné que cela peut créer une confusion entre les deux termes, qui ne sont absolument pas synonymes, et que le champ d'application des soins palliatifs est beaucoup plus étendu. L'intervenante ajoute qu'il existe également une proposition de loi distincte relative aux soins palliatifs (doc. Sénat, n° 2-246).

Une membre renvoie aux développements de la proposition de loi, où l'on peut lire que le patient doit éprouver une souffrance ou une détresse constante et insupportable. Elle estime que dans un pourcentage important des cas, cette détresse peut être adoucie par des soins palliatifs. Il y a donc effectivement un lien entre l'euthanasie et les soins palliatifs, et il serait opportun d'également exprimer ce lien dans la loi.

Une des intervenantes précédentes souligne que dans la proposition, les dispositions proposées relatives aux soins palliatifs sont limitées. Elle considère que tout le monde est d'accord sur le droit aux soins palliatifs et que ceux-ci peuvent faire disparaître bon nombre de questions sur la fin de la vie. C'est la raison pour laquelle elle juge nécessaire de lancer un signal social important en inscrivant succinctement dans un texte relatif à l'approche de la mort la définition des soins palliatifs et le droit d'y recourir.

Une autre membre signale que l'on a déjà voté à plusieurs reprises sur des amendements qui avaient pour objet les dispositions susvisées. L'intervenante est convaincue qu'il est logique de préciser non seulement dans la loi distincte, mais aussi dans le texte en discussion, que tout patient a droit à des soins palliatifs et peut faire valoir certains droits liés à l'approche de la mort.

Elle ajoute que tous ces aspects font partie d'une problématique globale et que le mieux est de l'examiner dans son entier, comme l'illustre l'article de *The Lancet*.

Un membre explique qu'il est ressorti des auditions que les soins palliatifs font disparaître une partie des demandes d'euthanasie, mais qu'une certaine demande subsiste malgré tout. C'est précisément dans cette optique que l'on a inscrit dans la proposition de loi que le médecin doit informer le patient de l'existence des soins palliatifs. Le patient y a donc clairement droit, mais il ne faut assurément pas oublier que les dispositions proposées parlent à la fois de patients en phase terminale et de patients qui ne le sont pas. Certains patients en phase terminale peuvent estimer que ces soins palliatifs ne leur sont pas destinés et il faut leur laisser la liberté de choisir. Les soins palliatifs ne sont même pas directement applicables aux patients qui ne se trouvent pas en phase terminale, puisque le moment de leur mort est encore éloigné.

Een andere spreekster stelt eveneens dat palliatieve zorg veel vraag naar euthanasie wegneemt, maar ze wijst er eveneens op dat palliatieve zorg reeds wordt aangegeven in de huidige tekst van het voorstel. Ook zij is voorstander van een scheiding van beide teksten. Men moet in een wet rond palliatieve zorg toch ook niet het recht op euthanasie inschrijven. Bovendien is spreekster van mening dat men anders een schuldgevoel zou aanpraten bij mensen die naar euthanasie vragen.

Een lid vindt dat de manier waarop patiënten moeten ingelicht worden over de verschillende bestaande mogelijkheden van palliatieve zorg eerder betrekking heeft op de patiëntenrechten. Ook zij is van mening dat het recht op palliatie niet moet ingeschreven worden in een wet betreffende de euthanasie en omgekeerd. Het huidige voorstel rond palliatie moet beter uitgewerkt worden, zodanig dat de bedoelingen van het voorstel verduidelijkt worden.

Bovendien wijst het lid er op dat de voorstellen inzake palliatie en euthanasie samen zullen worden gestemd, zodat beide wetten telkens in één adem genoemd zullen worden. Het is dan ook niet noodzakelijk beide teksten te verzwaren.

Een vorige spreekster repliceert dat dat informatie over palliatieve zorg en het recht op palliatieve zorg twee verschillende zaken zijn. Het recht op palliatieve zorg inschrijven in deze wet zou daarbij de verplichting aan de overheid inhouden om palliatieve zorg maximaal uit te bouwen. Maatschappelijk is dat een zeer belangrijk signaal.

Een lid is van mening dat de twee aparte wetsvoorstellen juist het signaal geven dat beide voorstellen even belangrijk zijn, zonder dat dit moet betekenen dat de wetgever een oordeel kan vellen hoe de patiënt zijn leven moet beëindigen. De patiënt staat immers centraal.

Een ander lid denkt dat de natuur van de palliatieve zorg reeds aangeeft dat die best niet altijd verbonden wordt met de problematiek van euthanasie. Omdat ook de start anders is, moet men beide een eigen spoor geven.

Nog een ander lid geeft aan dat er een vanzelfsprekend verband bestaat tussen euthanasie en palliatie. De uitgangspunten zijn daarentegen wél totaal verschillend, aangezien er een groot verschil is tussen iemand verzorgen of iemand actief doden. De weigering om palliatie in te schrijven in de wet op euthanasie impliceert daarbij dat de wetgever de mogelijkheid tot zorg uitsluit bij de evaluatie van de situatie en toont het gebrek aan waardering van de complexiteit van de feiten. Het is niet omdat een patiënt verzorging weigert dat hij recht heeft op euthanasie. Mocht zulks het geval zijn, zou die redenering op heel wat plaatsen moeten toegepast worden. Op grond van welke reden moet de geneesheer dan optreden bij het uitvoeren

Une autre intervenante souligne également que les soins palliatifs réduisent sensiblement la demande d'euthanasie, mais elle ajoute qu'ils sont déjà mentionnés dans le texte actuel de la proposition. Elle aussi est favorable à une scission des deux textes. Il ne faut quand même pas inscrire non plus le droit à l'euthanasie dans une loi relative aux soins palliatifs. L'intervenante estime en outre que sinon, on éveillerait un sentiment de culpabilité chez les personnes qui demandent l'euthanasie.

Une commissaire trouve que la façon dont les patients doivent être informés des différentes possibilités existantes de soins palliatifs relève plutôt des droits des patients. Elle aussi estime que le droit à des soins palliatifs ne doit pas être inscrit dans une loi relative à l'euthanasie, et *vice versa*. Il faut mieux élaborer la proposition actuelle relative aux soins palliatifs, de manière à en préciser les objectifs.

La commissaire ajoute que les propositions concernant les soins palliatifs et l'euthanasie seront votées ensemble, si bien que les deux lois seront chaque fois citées d'une seule traite. Il n'est donc pas nécessaire d'alourdir les deux textes.

L'une des intervenantes précédentes réplique que les informations relatives aux soins palliatifs et le droit à ceux-ci sont deux choses différentes. En outre, inscrire dans cette loi le droit à des soins palliatifs impliquerait l'obligation, pour les autorités, de les développer au maximum. Socialement, cela constitue un signal très important.

Un commissaire estime que les deux propositions de loi distinctes attestent précisément qu'elles sont aussi importantes l'une que l'autre, sans que cela doive signifier que le législateur peut se prononcer sur la façon dont le patient doit terminer sa vie. Celui-ci est en effet au centre du processus.

Un autre membre croit que la nature des soins palliatifs indique déjà qu'il est préférable de ne pas toujours les rattacher à la problématique de l'euthanasie. Comme le point de départ est, lui aussi, différent, chaque problématique doit suivre sa propre voie.

Un autre membre encore signale qu'il existe un lien évident entre l'euthanasie et les soins palliatifs. Les points de départ, par contre, sont tout à fait différents, étant donné qu'il y a une grande différence entre soigner quelqu'un et lui donner activement la mort. Le refus d'inscrire les soins palliatifs dans la loi relative à l'euthanasie implique en outre que le législateur exclut la possibilité de soins lors de l'évaluation de la situation et montre le manque d'appréciation de la complexité des faits. Ce n'est pas parce qu'un patient refuse des soins qu'il a droit à l'euthanasie. S'il en était ainsi, ce raisonnement pourrait être appliqué dans de nombreux cas. Sur quelle raison le médecin doit-il se fonder pour accomplir l'acte non médical de

van de niet-medische handeling van de euthanasie? Eigenlijk heeft de geneesheer daar niets mee te maken, want hij kan de patiënt verzorgen. Waarom moet hij hem dan doden?

Een vorige spreekster zegt dat de hoorzittingen hebben aangetoond dat de toepassing van euthanasie een heel lang proces tussen arts en patiënt met zich meebrengt. Daarbij is het helemaal niet zo dat dit voor de arts een pretje is of dat deze daar licht over heen gaat.

Een lid wil eraan herinneren dat palliatieve zorg zeker past in bij het algemeen kader van patiëntenrechten in het naderend levenseinde. Ze verwijst daarbij naar het recente artikel van *The Lancet*, waarin onder andere wordt geconcludeerd dat de problematiek van het levenseinde een andere invulling krijgt al naargelang de cultuur en het land, en dat hieromtrent verder onderzoek noodzakelijk is. Daarom uit het lid haar bezorgdheid opdat het toepassen van een euthanasieregeling in onze cultuur een uitzonderlijk gegeven zou blijven, en dat het levenseinde van de patiënten op een zodanige wijze moet geregeld worden dat de meerderheid van de patiënten geen euthanasie vraagt.

Hoofdstuk *I*ter (nieuw) — artikel 2ter (nieuw)

Amendementen nrs. 94, 107 en 108

De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 94), dat ertoe strekt een nieuw hoofdstuk *I*ter in te voegen, dat een artikel 2ter omvat, in verband met de beschermingsvoorwaarden in geval van pijnbestrijding en staken of nalaten van een medische handeling.

Het voorgestelde hoofdstuk *I*ter luidt als volgt:

«*Hoofdstuk I*ter. — *Beschermingsvoorwaarden in geval van pijnbestrijding en staken of nalaten van een medische handeling*

Art. 2ter. — In geval van een beslissing tot staken of nalaten van een medische behandeling, of wanneer een therapie wordt afgebouwd of wanneer een naar huidig medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensverkortend gevolg wordt toegepast, kunnen deze beslissingen slechts genomen worden in overeenstemming met de huidige medische inzichten, de medische deontologie, alsook met de eerbiediging van de rechten van de patiënt.

Uit het medisch dossier van de overledene moet blijken dat:

1° de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissing, en ermee instemde;

2° ingeval de patiënt niet in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts was geraadpleegd;

l'euthanasie? En fait, le médecin est étranger à cette question, car il peut soigner le patient. Pourquoi, alors, doit-il le tuer?

L'une des préopinantes dit que les auditions ont démontré que l'application de l'euthanasie entraîne un très long processus entre le médecin et le patient. Il serait absolument faux de dire que pour le médecin, c'est une partie de plaisir ou qu'il traverse cela sans peine.

Une commissaire tient à rappeler que les soins palliatifs s'inscrivent assurément dans le cadre général des droits des patients à l'approche de la mort. Elle renvoie à cet égard à l'article paru récemment dans *The Lancet*, qui conclut notamment que la problématique de la fin de vie est interprétée différemment selon la culture et le pays et qu'elle doit faire l'objet d'un examen plus approfondi. C'est pourquoi l'intervenante exprime son souci de voir l'application d'une réglementation en matière d'euthanasie demeurer dans notre culture un élément exceptionnel et de voir réglementer la fin de vie des patients de manière telle que la majorité de ceux-ci ne demandent pas l'euthanasie.

Chapitre *I*^{er}ter (nouveau) — article 2ter (nouveau)

Amendements n^{os} 94, 107 et 108

M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 94), qui tend à insérer un chapitre *I*^{er}ter comprenant un article 2ter relatif aux conditions de protection en cas de traitement analgésique et d'arrêt ou d'abstention d'un traitement médical.

Le chapitre *I*^{er}ter proposé est libellé comme suit:

«*Chapitre I*^{er}ter. — *Des conditions de protection en cas de traitement analgésique et d'arrêt ou d'abstention d'un traitement médical*

Art. 2ter. — La décision d'arrêter ou de s'abstenir d'appliquer un traitement médical, d'arrêter progressivement une thérapie ou encore d'appliquer un traitement analgésique justifié du point de vue de l'état actuel du savoir médical et ayant pour effet d'abrèger la vie, ne peut être prise qu'à la condition d'être conforme à l'état actuel des connaissances médicales et à la déontologie médicale et de respecter les droits du patient.

Le dossier médical de la personne décédée doit faire ressortir:

1° que le patient a été informé de la décision envisagée et y a donné son assentiment;

2° qu'au moins un confrère médecin a été consulté dans le cas où le patient n'était pas en état d'exprimer sa volonté;

3^o de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of naaste familie, zo mogelijk, op de hoogte worden gebracht van de voorgenomen beslissingen en de gelegenheid hadden gekregen hun mening te kennen te geven.

Artikel 76bis, vierde lid, van het Burgerlijk Wetboek is van toepassing.»

Dezelfde leden dienen tevens twee subamendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 107 — subamendement op amendement nr. 94 — en amendement nr. 108 — subamendement op amendement nr. 107).

De hoofdindieners gaan ervan uit dat, wanneer men een besluitvormingskader creëert met het oog op het naderend levenseinde, men ook de moed moet hebben om het globale kader te beschouwen en ook de andere beslissingen omtrent het levenseinde mee te regelen. Dit globale kader, dat een belangrijke inbreng was van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, is in het voorliggend voorstel volledig verdwenen.

Ook de resultaten van het onderzoek-Deliens — die al te vaak eenzijdig worden belicht — tonen dit aan. De studie toont aan dat een groot percentage (ongeveer 40%) van de sterfgevallen wordt voorafgegaan door een medische beslissing. Die vaststelling is niet nieuw: ze kwam reeds voor in het boek van de partij van het lid omtrent de euthanasie. Bovendien blijkt dat in Vlaanderen ongeveer 4,3% van de mensen sterft na toediening van letale middelen, tegenover 2,9% in Nederland. Ook nog wordt duidelijk dat in Vlaanderen meer mensen dan in Nederland zelf verzoeken om het toedienen van letale middelen. Uit deze resultaten wordt dan afgeleid dat euthanasie dringend moet worden gelegaliseerd omdat men de mensen de gelegenheid moet geven om zelf om de toediening van letale middelen te verzoeken.

Waarover men echter niet spreekt is, dat in het onderzoek ook een vraag werd gesteld omtrent het oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen, zodat ze de dood tot gevolg hebben, zoals het toedienen van overdosis-morfine of van pijnstillers, en dit zonder het verzoek van de patiënt.

De resultaten van deze studie illustreren dat dit in Nederland vaker het geval is dan in Vlaanderen: 16% tegenover 5,3%. Niettegenstaande de wetgeving op de euthanasie en het gedoogbeleid hieromtrent in Nederland, maakt dit toch nog een verschil van 11%.

Deze cijfers zijn volgens het lid een duidelijk bewijs dat, wanneer men één aspect van het levenseinde regelt, ook de andere moeten gereguleerd worden. Anders verschuift de problematiek gewoon. Men omzeilt immers de meldingsplicht door op een parallelle weg te rijden. Hierover spreekt men echter niet.

3^o que la personne de confiance désignée par le patient même ou sa famille proche ont, dans la mesure du possible, été informées de la décision envisagée et ont eu l'occasion d'exprimer leur avis.

L'article 76bis, alinéa 4, du Code civil est applicable.»

Les mêmes membres déposent également deux sous-amendements (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement n° 107 — sous-amendement à l'amendement n° 94 — et l'amendement n° 108 — sous-amendement à l'amendement n° 107).

L'auteur principal part du principe que si l'on crée un cadre de prise de décision en vue de l'approche de la mort, il faut également avoir le courage de considérer le cadre global et de réglementer de surcroît les autres décisions relatives à la fin de vie. Ce cadre global, qui constituait un apport important du Comité consultatif de bioéthique, a complètement disparu dans la proposition en discussion.

Les résultats de l'enquête Deliens — qui font trop souvent l'objet d'un commentaire unilatéral — le prouvent également. L'étude démontre qu'un pourcentage élevé (environ 40%) des décès sont précédés par une décision médicale. Cette constatation n'est pas nouvelle: elle figurait déjà dans le livre du parti de l'intervenant relatif à l'euthanasie. Il s'avère en outre qu'en Flandre, environ 4,3% des personnes meurent après administration de substances létales, contre 2,9% aux Pays-Bas. Qui plus est, il est précisé clairement que le nombre de personnes qui demandent elles-mêmes l'administration de substances létales est plus élevé en Flandre qu'aux Pays-Bas. On déduit alors de ces résultats que l'euthanasie doit être légalisée d'urgence, parce qu'il faut donner aux gens l'occasion de solliciter eux-mêmes l'administration de substances létales.

Mais ce que l'on ne dit pas, c'est que l'enquête comportait également une question relative à l'usage abusif de médicaments de nature à entraîner la mort, comme l'administration de surdoses de morphine ou d'analgésiques, et ce, sans que le patient en ait fait la demande.

Les résultats de cette étude illustrent que c'est plus souvent le cas aux Pays-Bas qu'en Flandre: 16% contre 5,3%. Malgré la législation sur l'euthanasie et la politique de tolérance à ce propos aux Pays-Bas, cela fait quand même une différence de 11%.

Selon le membre, ces chiffres montrent clairement que si l'on règle un aspect de la fin de vie, il faut également régler les autres. Sinon, on ne fait que déplacer le problème. On contourne l'obligation de déclarer en empruntant une voie parallèle. Mais de cela on ne parle pas.

Eén en ander toont overduidelijk aan dat men niet enkel de euthanasie, maar de medische beslissingen inzake het levenseinde, en de patiëntenrechten in het algemeen globaal moet regelen, zoals ook het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek voorstaat. Er bestaat immers een duidelijk verband tussen de beslissingen inzake euthanasie en andere medische beslissingen. Het lid verwijst naar de voorstellen en amendementen die door hem werden neergelegd in die zin, maar stelt vast dat van een open debat jammer genoeg geen sprake is, ondanks de argumenten en de statistieken. Dit doet afbreuk aan de open hoorzittingen die werden georganiseerd en die betrekking hebben op alle aspecten van het naderend levenseinde. Nochtans meent het lid dat amendementen, die de problematiek van de patiëntenrechten bij het levenseinde regelen, noodzakelijk zijn om tot een goede euthanasiewetgeving te komen.

Een lid repliceert dat de gegevens van de studie dateren van vóór de inwerkingtreding van de euthanasiewetgeving en van vóór de oprichting van een evaluatiecommissie in Nederland. Bovendien is het niet wetenschappelijk om de techniek van één enkele verdoving uit het geheel te lichten en die tegenover de resultaten in Vlaanderen te stellen. Veel erger dan het niet melden van de euthanasie is het niet melden aan de patiënt.

Spreker erkent dat ook andere beslissingen aangaande het levenseinde, zoals bijvoorbeeld het toedienen van hoge dosissen pijnstillers, daarbij transparant gemaakt moeten worden. Dit betekent nog niet dat er niet moet verder gewerkt worden aan de euthanasiewet.

Een ander lid is gedeeltelijk akkoord met de argumentatie van een vorige spreker. Ze verwijst daarvoor naar amendement nr. 24 tot invoeging van een artikel *1^{quater}*, dat een aantal elementen aangebracht door de vorige spreker, incorporeert. Ook zij is dus voorstander van een meer globale benadering van de thematiek van het levenseinde, te meer omdat uit de studie van *The Lancet* blijkt dat 88% van de beslissingen omtrent het levenseinde geen euthanasie zijn, volgens de definitie uit hun onderzoek, en dat de overgrote meerderheid van die beslissingen worden genomen zonder de toestemming van de patiënt.

Het lid vindt het dus onaanvaardbaar dat de Senaat een wet over euthanasie zou stemmen zonder eveneens de patiëntenrechten te regelen. Bovendien benadrukt ze het belang van een prioritaire bespreking van de tekst over de patiëntenrechten in de Senaat, en niet in de Kamer van volksvertegenwoordigers. De door de regering voorgestelde werkwijze zal ertoe leiden dat er tijdens deze legislatuur geen wetgeving op de patiëntenrechten tot stand zal komen, wat bijzonder betreurenswaardig zou zijn.

Een lid stelt dat de definitie van euthanasie werd bepaald in artikel 2. Hij stelt voor om in de toekomst

Tout ceci montre très clairement qu'il faut légiférer globalement, non seulement sur l'euthanasie, mais aussi sur les décisions médicales concernant la fin de vie et les droits du patient, comme le suggère également le Comité consultatif de bioéthique. Il y a en effet un lien évident entre les décisions en matière d'euthanasie et les autres décisions médicales. Le membre renvoie aux propositions et amendements qu'il a déposés en ce sens, mais constate que l'on n'a malheureusement pas eu de débat ouvert, en dépit des arguments et des statistiques. C'est contraire aux auditions libres qui ont été organisées et qui ont porté sur l'ensemble des aspects de la fin de vie imminente. Le membre estime que les amendements qui règlent le problème des droits des patients en fin de vie sont nécessaires pour disposer d'une bonne législation sur l'euthanasie.

Un membre réplique que les données de l'étude datent d'avant l'entrée en vigueur de la législation sur l'euthanasie et d'avant la création d'une commission d'évaluation aux Pays-Bas. En outre, il n'est pas scientifique d'isoler de l'ensemble la technique de la narcotique et de la comparer aux résultats recensés en Flandre. Ne rien dire au patient est bien plus grave que de ne pas signaler l'euthanasie.

L'intervenant reconnaît que d'autres décisions relatives à la fin de vie, comme l'administration de doses élevées d'analgésiques, doivent être rendues transparentes. Mais cela ne signifie pas qu'il ne faille pas continuer à travailler à la loi sur l'euthanasie.

Une autre membre est partiellement d'accord avec l'argumentation de l'intervenant précédent. Elle renvoie, à cet égard, à l'amendement n° 24 qui vise à insérer un article *1^{er quater}*, incorporant une série d'éléments qui ont été soulevés par l'intervenant précédant. Elle plaide, elle aussi, pour une approche plus globale du thème de la fin de vie, d'autant plus que l'étude de *The Lancet* montre que 88% des décisions relatives à la fin de vie ne sont pas des euthanasies selon la définition de l'enquête, et que la grande majorité de ces décisions sont prises sans l'accord du patient.

La membre estime donc inacceptable que le Sénat vote une loi sur l'euthanasie sans régler également les droits des patients. En outre, elle souligne qu'il est important que le texte sur les droits des patients soit discuté prioritairement au Sénat, et non à la Chambre des représentants. La méthode de travail proposée par le gouvernement aura pour conséquence que l'on n'élaborera pas de législation sur les droits des patients au cours de la présente législature, ce qui serait très regrettable.

Un membre déclare que la définition de l'euthanasie figure à l'article 2. Il propose que l'on

ook deze definitie aan te houden, bijvoorbeeld wanneer het gaat om wetenschappelijke vergelijkingen en bij de argumentatie van bepaalde standpunten.

Verder is het lid er eveneens voorstander van om de discussie over de problematiek van de patiëntenrechten aan te vatten. Wat de amendementen betreft die het recht op palliatieve zorg willen inschrijven in deze tekst, antwoordt het lid dat ze reeds worden vermeld in artikel 3. Bovendien herhaalt hij dat het de bedoeling is een gelijktijdige stemming te organiseren over de wetsvoorstellen nrs. 2-244 en 2-246.

Een ander lid verwijst naar de recente persartikelen omtrent de resultaten van het onderzoek-Deliëns. Vooral de populaire pers hamert erop dat 40% van de mensen geen natuurlijke dood sterven, doch overlijden nadat een medische beslissing inzake het levenseinde is genomen. Daardoor ontstaat een zekere ongerustheid. Het gevoel bestaat dat men machteloos staat tegenover de medische wereld. Zeker wanneer men spreekt over het waardig levenseinde, is het van belang aan de bevolking een geruststellend kader te kunnen aanbieden. De mensen moeten de zekerheid krijgen dat er niets over hun hoofden heen zal worden beslist over hun levenseinde en dat ze worden geïnformeerd over de toegepaste behandeling en medicatie. Er moet duidelijk worden geponeerd dat euthanasie slechts een topje van de ijsberg is, en dat er een ganse reeks andere beslissingen worden genomen. Een grote transparantie omtrent de medische cultuur is vereist. Amendement nr. 94 wil hiertoe bijdragen.

Een lid repliceert dat het niet opgaat dat één partij beweert de woordvoerder te zijn van «de publieke opinie» of van wat «de mensen» denken. Integendeel: de publieke opinie heeft een verscheidenheid aan meningen. Er zijn ook mensen die van mening zijn dat de werkzaamheden in de Senaat té traag vooruitgaan en hopen dat er snel een wet op de euthanasie komt.

Bovendien moeten sommigen weten wat ze willen. Men kan niet tegelijk beweren dat de wet een te breed toepassingsveld zal krijgen en zeggen dat 95% van de gevallen niet gedekt zal zijn.

Tenslotte wijst het lid op de gevolgen van de opeenvolgende staats hervormingen, die ertoe hebben geleid dat de bevoegdheden van de Senaat werden ingeperkt en de regering bijgevolg de meeste van haar wetsontwerpen neerlegt in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Dit zal ook het geval zijn voor het ontwerp van de patiëntenrechten. Men kan het overigens de minister van Volksgezondheid niet kwalijk nemen dat zij de senatoren betreft bij de werkzaamheden van de Kamer en dat zij, zoals dit in de Senaat is gebeurd op het vlak van de euthanasie, hoorzittingen organiseert teneinde tot een betere wetgeving te komen.

Een ander lid ondersteunt amendement nr. 94, dat omtrent de begeleiding van patiënten bij het levenseinde dezelfde filosofie uitdraagt als de voorstellen en

s'en tienne, à l'avenir, à cette définition, notamment pour les comparaisons scientifiques et la défense des points de vue.

Par ailleurs, le membre estime lui aussi qu'il faut entamer la discussion sur la question des droits des patients. En ce qui concerne les amendements qui visent à inscrire le droit aux soins palliatifs dans le texte en discussion, il répond que ces droits sont mentionnés à l'article 3. En outre, il répète que le but est d'organiser un vote simultané sur les propositions de loi n^{os} 2-244 et 2-246.

Un autre membre fait référence aux articles parus récemment dans la presse concernant les résultats de l'étude Deliëns. La presse populaire, surtout, insiste sur le fait que 40% des gens décèdent non pas de mort naturelle, mais après qu'une décision médicale ait été prise concernant la fin de vie, ce qui crée une certaine inquiétude. On a l'impression d'être impuissant face au monde médical. Quand on parle de fin de vie digne, en tout cas, il importe de pouvoir offrir à la population un cadre rassurant. Les gens doivent avoir la certitude que rien ne sera décidé à leur insu concernant la fin de leur vie et qu'ils seront informés sur le traitement et les médicaments administrés. Il faut affirmer clairement que l'euthanasie n'est que le sommet de l'iceberg et que toute une série d'autres décisions sont prises. Il faut une grande transparence dans la culture médicale. L'amendement n^o 94 a pour objectif de contribuer à cette transparence.

Un membre réplique qu'il n'est pas correct qu'un parti affirme être le porte-parole de l'«opinion publique» ou de ce que «les gens» pensent. Au contraire, l'opinion publique regroupe des points de vue divers. Il y a également des gens qui pensent que les travaux au Sénat avancent trop lentement et qui espèrent qu'il y aura rapidement une loi sur l'euthanasie.

En outre, certains devraient savoir ce qu'ils veulent. On ne peut pas affirmer à la fois que la loi aura un champ d'application trop large et que 95% des cas ne seront pas couverts.

Enfin, le membre attire l'attention sur les conséquences des réformes de l'État successives, qui font que les compétences du Sénat ont été réduites et que le gouvernement dépose par conséquent la plupart de ses projets de loi à la Chambre des représentants. Ce sera également le cas du projet de loi sur les droits des patients. Au demeurant, l'on ne saurait reprocher à la ministre de la Santé publique d'associer les sénateurs aux travaux de la Chambre et d'organiser, comme cela s'est fait au Sénat en ce qui concerne l'euthanasie, des auditions pour pouvoir élaborer une meilleure législation.

Une autre membre approuve l'amendement n^o 94, qui, en ce qui concerne l'accompagnement des patients en fin de vie, s'inspire de la même philosophie

de amendementen die door haar fractie werden neergelegd. Deze hebben betrekking op het recht op medische bijstand voor eenieder, op het verzaken aan de medische hardnekkigheid, de plicht tot het verlichten van de pijn, enz. Ook de procedure dienaangaande, met een collegiale besluitvorming, komt daarbij aan bod.

Amendement nr. 94 behandelt wel de pijnbestrijding, maar het lid wenst verder te gaan en wil ook de ganse problematiek van de verlichting van de pijn aansnijden. De medische wetenschap is op dat vlak in volle evolutie. Vele vragen om euthanasie zullen om die reden in de toekomst verdwijnen.

Een lid meent dat, wanneer men in de geneeskunde spreekt over medische beslissingen omtrent het levenseinde, het in feite gaat om de volgende aspecten: het stopzetten van een behandeling en/of het opdrijven van pijnstillers, het niet-opstarten van een behandeling, levensbeëindiging zonder toestemming van de patiënt, hulp bij zelfdoding en tenslotte levensbeëindigend handelen op vraag van de patiënt. Dit laatste komt overeen met de definitie van euthanasie, zoals weergegeven in artikel 2.

De eerste twee aspecten worden reeds geregeld in de artikelen 97 en 98 van de medische gedragscode. Het is derhalve overbodig dit andermaal te vermelden in een wet op de euthanasie; een verwijzing naar deze artikelen in de toelichting kan volstaan. Men is het erover eens dat het derde aspect — het levensbeëindigend handelen zonder toestemming van de patiënt — strafbaar is en onbespreekbaar moet blijven. Wat de hulp bij zelfdoding betreft, werden reeds amendementen verworpen die tot doel hadden dit vierde aspect ook op te nemen in de wet. Voorliggend wetsvoorstel heeft nu precies als doel het vijfde aspect — de euthanasie — te reguleren. Om alle begripsverwarring hieromtrent uit te sluiten, lijkt het beter de wet ook tot dat aspect te beperken.

Met betrekking tot het wetsontwerp inzake de patiëntenrechten, verwijst het lid naar de tussenkomenst van een vorige spreker, die heeft gewezen op de grondwettelijke bevoegdheidsverdeling tussen Kamer en Senaat.

Een lid repliceert dat de minister van Volksgezondheid geen wetsontwerp, maar een intentienota zal neerleggen in de Kamer van volksvertegenwoordigers. De grondwettelijke bevoegdheidsverdeling speelt op dat vlak niet.

De vorige spreekster herhaalt dat de minister van Volksgezondheid haar wens heeft uitgedrukt dat de senatoren zouden worden betrokken bij de werkzaamheden van de bevoegde Kamercommissie. Bovendien krijgen de ministers steeds de kritiek dat ze met kant-en-klare voorontwerpen naar het parlement stappen, waar dan niets meer aan kan veranderd

que les propositions et amendements qui ont été déposés par son groupe politique. Ceux-ci concernent le droit de tous à l'aide médicale, le renoncement à l'acharnement thérapeutique, l'obligation de soulager la douleur, etc. On n'oublie pas non plus la procédure en la matière, basée sur une prise de décision collégiale.

Il est exact que l'amendement n° 94 traite de la lutte contre la douleur, mais la membre souhaite aller plus loin et aborder également l'ensemble de la problématique de l'allègement de la douleur. La science médicale est en pleine évolution dans ce domaine. C'est pourquoi de nombreuses demandes d'euthanasie n'auront plus lieu d'être à l'avenir.

Selon une membre, quand on parle, en médecine, de décisions médicales concernant la fin de vie, il s'agit en fait des aspects suivants: l'arrêt d'un traitement et/ou l'augmentation de l'administration d'analgésiques, le fait de ne pas instaurer un traitement, l'euthanasie sans l'accord du patient, l'aide au suicide et, enfin, l'euthanasie à la demande du patient. Cette demande correspond à la définition de l'euthanasie donnée à l'article 2.

Les deux premiers aspects sont déjà réglés par les articles 97 et 98 du code de déontologie médicale. Il est dès lors superflu de les mentionner une fois de plus dans une loi concernant l'euthanasie; il peut suffire de renvoyer auxdits articles dans les développements. Tout le monde convient que le troisième aspect — l'acte visant à mettre fin à la vie du patient sans l'autorisation de celui-ci — est punissable et ne peut faire l'objet d'une discussion. Pour ce qui est du suicide assisté, des amendements visant à inclure également ce quatrième aspect dans la loi ont déjà été rejetés. La proposition de loi à l'examen a précisément pour objectif de régler le cinquième aspect, à savoir l'euthanasie. Afin d'éviter toute confusion en la matière, il semble préférable que la loi se limite également à cet aspect-là.

En ce qui concerne le projet de loi relatif aux droits du patient, la membre renvoie à l'intervention d'un préopinant, qui a attiré l'attention sur la répartition constitutionnelle des compétences entre la Chambre et le Sénat.

Un membre répond que ce n'est pas un projet de loi que la ministre de la Santé publique déposera à la Chambre des représentants, mais une note d'intention. Aussi la répartition constitutionnelle des compétences ne joue-t-elle pas sur ce plan.

La préopinante répète que la ministre de la Santé publique a exprimé le même souhait qu'elle, à savoir que les sénateurs soient associés aux travaux de la commission compétente de la Chambre. Les ministres sont d'ailleurs en permanence accusés de soumettre au Parlement des avant-projets de loi entièrement achevés auxquels plus rien ne peut être changé. Les

worden. Hier hebben de parlementsleden de gelegenheid om een actieve inbreng te doen.

Een lid merkt op dat de Senaat niet zomaar een ondergeschikt bestuur is, maar autonoom oordeelt over haar werkzaamheden. Bovendien heeft elke senator een recht van initiatief. Inzake de euthanasiekwestie stelt de regeringsverklaring uitdrukkelijk dat over ethische aangelegenheden het parlement zijn verantwoordelijkheid zal nemen. Waarom dan wachten op het initiatief van de minister? Er werden reeds voorstellen neergelegd, die reeds kunnen worden besproken.

Een ander lid herhaalt zijn wens, dat er enkele minimale patiëntenrechten, die betrekking hebben op het levenseinde, reeds zouden worden ingeschreven in de wet op de euthanasie, al was het maar ten bewaren-den titel, totdat een wet op de patiëntenrechten zou worden gestemd. Spreker verwijst naar de amendementen die door hem in die zin werden ingediend.

Wat amendement nr. 94 betreft, vraagt spreker zich af of het eerste lid van het voorgestelde artikel 2ter — waarin wordt verwezen naar de heersende medische inzichten en de patiëntenrechten voor beslissingen tot staken van een behandeling — ook niet geldt voor alle medische beslissingen. Het gevaar dreigt dat, als men deze regel expliciet inschrijft voor één bepaald aspect, dit de indruk wekt dat hij slechts voor dat aspect geldt, en niet voor de andere medische beslissingen. Dit mag zeker niet de bedoeling zijn.

Een ander lid verwijst naar de tussenkomst van een vorige spreker, die erop heeft gewezen dat het erger is om de patiënt niet in te lichten dan om de overheid niet in te lichten. Jammer genoeg moet men vaststellen dat de betrokkenheid van de patiënt bij medische beslissingen te weinig aanwezig is. Amendement nr. 94 wenst dit recht van de patiënt uitdrukkelijk in te schrijven in de wet, wanneer het gaat om beslissingen die de dood tot gevolg kunnen hebben. Dit neemt niet weg dat dit recht op een later tijdstip beter op een algemene wijze zou worden gegarandeerd in een wet op de patiëntenrechten, en liefst zo snel mogelijk.

Een volgende spreker wijst erop dat er reeds een ganse rechtspraak bestaat omtrent de patiëntenrechten, bijvoorbeeld over het recht op de geïnformeerde toestemming dat door het Hof van Cassatie wordt bevestigd. Dit neemt niet weg dat het wenselijk is dat de patiëntenrechten worden geëxpliciteerd en gepreciseerd in een wettekst.

Voorliggend wetsvoorstel behandelt slechts de toestand van mensen die zich in de eindfase van het leven bevinden, maar men creëert slechts een kader voor de euthanasie, en niet voor andere medische beslissingen. Hierdoor organiseert men een sluipteg, die het voor artsen mogelijk maakt om medische beslissingen

parlementaires ont pour une fois l'occasion d'apporter une collaboration active.

Un membre fait remarquer que le Sénat n'est pas simplement un pouvoir subordonné, mais qu'il décide de manière autonome de ses travaux. Chaque sénateur dispose en outre d'un droit d'initiative. En ce qui concerne la question de l'euthanasie, la déclaration gouvernementale prévoit explicitement que le Parlement doit pouvoir prendre pleinement ses responsabilités en ce qui concerne les questions éthiques. Pourquoi faut-il dans ce cas attendre l'initiative du ministre? Des propositions ont déjà été déposées qui peuvent faire l'objet d'une discussion.

Un autre membre répète qu'il souhaite que l'on inscrive déjà dans la loi sur l'euthanasie quelques droits minimaux dont bénéficient les patients et qui concernent la fin de la vie, ne fût-ce qu'à titre conservatoire, jusqu'à ce qu'une loi relative aux droits du patient soit votée. L'intervenant renvoie aux amendements qu'il a déposés dans ce sens.

En ce qui concerne l'amendement n° 94, l'intervenant se demande si l'alinéa 1^{er} de l'article 2ter proposé — dans lequel il est fait référence à l'état actuel des connaissances médicales et aux droits du patient pour ce qui est des décisions d'arrêter un traitement médical — s'applique également à toutes les décisions médicales. Si l'on prévoit explicitement cette règle pour un aspect bien spécifique, l'on risque de donner l'impression qu'elle s'applique uniquement à cet aspect, et pas aux autres décisions médicales, ce qui ne peut certainement pas être le but.

Un autre membre renvoie à l'intervention d'un préopinant qui a souligné qu'il est plus grave de ne pas informer le patient que de ne pas informer les pouvoirs publics. Force est toutefois de constater que le patient est malheureusement trop peu souvent associé à la prise de décision médicale. L'amendement n° 94 vise à inscrire explicitement dans la loi que le patient a le droit d'être informé lorsque les décisions en question peuvent entraîner la mort. Il n'empêche qu'il vaudrait mieux garantir d'une manière générale ce droit ultérieurement — et de préférence le plus vite possible — par le biais d'une loi sur les droits du patient.

Un autre intervenant souligne qu'il existe déjà une importante jurisprudence concernant les droits du patient, par exemple concernant le droit au consentement éclairé, qui a été confirmée par la Cour de cassation. Il n'empêche qu'il est souhaitable que les droits du patient soient explicités et précisés dans un texte de loi.

La proposition de loi à l'examen n'aborde que la situation des personnes qui se trouvent dans la phase terminale de leur vie et ne crée un cadre que pour l'euthanasie et non pas pour les autres décisions médicales. L'on instaure, de cette façon, un moyen détourné permettant aux médecins de prendre des

te nemen die eveneens de dood tot gevolg zullen hebben, maar waarvoor geen meldingsplicht in het leven wordt geroepen. Hierop is geen controle mogelijk, zoals de cijfers in Nederland aantonen. Amendement nr. 94 wenst aan deze tekortkoming tegemoet te komen. Dit zou de nabestaanden in voorkomend geval kunnen helpen om het bewijs te leveren dat aan een aantal zorgvuldigheidscriteria niet werd voldaan.

Overigens merkt het lid op dat elders de invoeging wordt voorgesteld van een artikel *76bis* van het Burgerlijk Wetboek teneinde een toezicht te organiseren op de besluitvorming inzake de medische beslissingen die geen euthanasie uitmaken, in de zin van artikel 2 van voorliggend wetsvoorstel, maar er wel nauw mee verwant zijn.

De precisering, die hier wordt voorgesteld, heeft uiteraard niet als gevolg dat deze waarborgen enkel zouden gelden voor medische beslissingen omtrent het levenseinde en niet voor de andere.

Een lid herhaalt dat een amendement, dat gaat in de richting van het amendement nr. 94, nodig is. Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat in meer en meer ziekenhuizen regelgevend wordt opgetreden inzake de medische beslissingen rond het levenseinde. Jammer genoeg blijkt nu dat voor een wettelijke verankering van deze regels hier geen plaats is.

De hoofdindieners van amendement nr. 107 licht de draagwijdte van dit amendement toe (subsidiar amendement bij amendement nr. 9). Het heeft tot doel om de wilsverklaring te regelen bij de andere medische beslissingen omtrent het levenseinde dan de euthanasie.

Een medeondertekenaar benadrukt de doelstelling van de derde paragraaf van het voorgestelde artikel *2ter*. Heel veel mensen vrezen voor therapeutische hardnekkigheid. In tal van ziekenhuizen is één en ander « gecodeerd », en weet men op voorhand dat, in een bepaalde omstandigheid, de behandeling wordt afgebouwd. Een dergelijke « codering » bestaat echter niet overal. Uit de hoorzittingen is gebleken dat de medische wereld verdeeld reageert op een wettelijk kader voor deze « codering ».

Sommige artsen zijn ervoor, andere menen dat dit een opdracht is die de geneesheren zélf moeten vervullen. De voorgestelde derde paragraaf van artikel *2ter* heeft nu tot doel aan de Orde der geneesheren — of, zoals voorgesteld door het subamendement nr. 108, de Koninklijke Academie voor de geneeskunde — de opdracht te geven een uniforme gedragscode met betrekking tot de therapeutische hardnekkigheid uit te werken.

Een ander lid beaamt dat dergelijke gedragscodes in sommige ziekenhuizen reeds bestaan en dat zij een werkbaar instrument vormen voor de artsen, maar

décisions médicales qui auront également la mort pour conséquence mais pour lesquelles il n'existera pas de devoir de notification. Aucun contrôle n'est possible quant à ces décisions, comme le montrent les chiffres relevés aux Pays-Bas. On souhaite, par la voie de l'amendement n° 94, combler cette lacune. Cela pourrait, le cas échéant, aider la famille à fournir la preuve qu'un certain nombre de critères de prudence n'ont pas été respectés.

L'intervenant fait d'ailleurs remarquer que l'on propose, en un autre endroit, d'insérer un article *76bis* dans le Code civil, afin d'instaurer un contrôle sur la prise de décision en ce qui concerne les décisions médicales qui ne constituent pas des actes d'euthanasie au sens de l'article 2 de la proposition à l'examen, mais qui s'en rapprochent fortement.

Les précisions qui sont proposées ici n'ont bien entendu pas pour effet que les garanties envisagées ne s'appliqueraient qu'aux décisions médicales relatives à la fin de vie et non pas aux autres décisions.

Un membre répète qu'un amendement du genre de l'amendement n° 94 est nécessaire. Il est en effet ressorti des auditions que de plus en plus d'hôpitaux réglementent les décisions médicales relatives à la fin de vie. Il est regrettable que l'on ne profite pas de l'examen de l'actuelle proposition pour arrêter ces règles dans une loi.

L'auteur principal de l'amendement n° 107 explique la portée de celui-ci (sous-amendement à l'amendement n° 94). Il vise à régler la déclaration de volonté lors de la prise de décisions médicales relatives à la fin de vie autres que l'euthanasie.

Un des cosignataires attire l'attention sur l'objectif du troisième paragraphe de l'article *2ter* proposé. Bon nombre de gens craignent l'acharnement thérapeutique. Dans de nombreux hôpitaux, l'on a « codifié » l'une et l'autre chose et l'on sait à l'avance que, dans des circonstances déterminées, il sera mis fin progressivement au traitement. Pareille « codification » n'existe cependant pas partout. Il est ressorti des auditions que le monde médical ne partage pas un point de vue unanime face à un cadre légal pour cette « codification ».

Certains médecins sont favorables à cette codification, d'autres pensent que c'est une tâche dont doivent se charger les médecins eux-mêmes. Le but du § 3 de l'article *2ter* proposé est de donner pour mission à l'Ordre des médecins — ou, comme il est proposé au sous-amendement n° 108, à l'Académie royale de médecine — d'élaborer un code de déontologie uniforme relatif à l'acharnement thérapeutique.

Un autre membre confirme que des codes de déontologie de ce genre existent déjà dans certains hôpitaux et constituent un outil utilisable pour les méde-

wijst erop dat telkens een bepaald aspect erin ontbreekt, met name de vraag naar euthanasie. Wanneer een uniforme regeling wordt uitgewerkt, moet dit aspect ook aan bod komen.

Een lid herinnert eraan dat elke medische handeling principieel reeds de nodige voorzichtigheid vereist. Wanneer er nu bijzondere zorgvuldigheidscriteria zouden worden uitgewerkt, zouden deze in de wet op de euthanasie worden opgenomen. Dit is niet de goede plaats.

Voor elke medische handeling worden ook richtlijnen uitgewerkt. Dit is niet enkel het geval voor de therapeutische hardnekkigheid, maar bijvoorbeeld ook voor antibiotica en dergelijke meer. De Orde van geneesheren is niet goed geplaatst om dergelijke algemene, uniforme richtlijnen uit te werken.

Een vorige spreker repliceert dat, wanneer de redenering van de vorige spreker wordt aanvaard, dit geldt voor alle handelingen. Eenieder is immers gehouden tot een zorgvuldigheidsplicht voor elk menselijk handelen, overeenkomstig de artikelen 1382 en volgende van het Burgerlijk Wetboek. De ganse problematiek van de medische aansprakelijkheid is gebaseerd op deze artikelen. Het is onzin te stellen dat, door de zorgvuldigheidsplicht te expliciteren in de wetgeving, ze zou worden uitgehold. Deze werkwijze is reeds toegepast in andere domeinen, bijvoorbeeld wanneer het gaat om de voedselveiligheid.

De vorige interveniënt blijft bij zijn opinie, dat de zorgvuldigheidscriteria die in een wet op de euthanasie worden uitgewerkt, slechts betrekking kunnen hebben op de euthanasie, en niet op de andere medische beslissingen bij het levenseinde.

Stemmingen

Hoofdstuk *Ibis* (nieuw) — artikel *2bis* (nieuw)

Amendement nr. 69 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Hoofdstuk *Iter* (nieuw) — artikel *2ter* (nieuw)

Amendement nr. 94 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 107 van de heer Vandenberghe c.s. (subamendement op amendement nr. 94) wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 108 van de heer Vandenberghe c.s. (subamendement op amendement nr. 107) wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

cins, mais il souligne qu'un aspect bien précis, à savoir la demande d'euthanasie, y fait à chaque fois défaut. Si l'on élabore une réglementation uniforme, il faut également aborder cet aspect-là.

Un membre rappelle que tout acte médical doit en principe déjà se faire avec la prudence nécessaire. Si l'on devait élaborer des critères de prudence particuliers, on les inclurait dans la loi en discussion relative à l'euthanasie, laquelle n'est toutefois pas la législation idéale pour ce genre de dispositions.

Tout acte médical est également assujéti à des directives. C'est le cas non seulement pour ce qui est de l'acharnement thérapeutique, mais aussi pour ce qui est des antibiotiques, etc. L'Ordre des médecins n'est pas bien placé pour élaborer pareilles directives générales et uniformes.

Un autre membre répond que, si l'on suit le raisonnement du préopinant, il s'applique à tous les actes. Tout un chacun est en effet tenu à un devoir de prudence pour tout acte humain, conformément aux articles 1382 et suivants du Code civil. L'ensemble du problème de la responsabilité médicale se fonde sur ces articles. Il est absurde d'affirmer que la mention explicite dans la législation du devoir de prudence viderait celui-ci de sa substance. Ce procédé a déjà été appliqué dans d'autres domaines, par exemple dans le cas de la sécurité alimentaire.

Le préopinant maintient son point de vue selon lequel les critères de prudence élaborés dans une loi relative à l'euthanasie ne peuvent s'appliquer qu'à celle-ci, et non pas aux autres décisions médicales à prendre lors de la fin de vie.

Votes

Chapitre *Ibis* (nouveau) — article *2bis* (nouveau)

L'amendement n° 69 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

Chapitre *Iter* (nouveau) — article *2ter* (nouveau)

L'amendement n° 94 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 107 de M. Vandenberghe et consorts (sous-amendement à l'amendement n° 94) est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 108 de M. Vandenberghe et consorts (sous-amendement à l'amendement n° 107) est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

Opschrift van het hoofdstuk II

Amendementen nrs. 13 en 47

De heer Mahoux c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 13), dat ertoe strekt het opschrift van hoofdstuk II te veranderen in «Voorwaarden en procedure». De hoofdindienner verwijst naar de verantwoording bij het amendement.

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 47) dat tot doel heeft het opschrift van hoofdstuk II te veranderen in «Rechten van de patiënt die in een stervensfase verkeert».

Stemmingen

Amendement nr. 13 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 18 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 47 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Artikel 3

Amendement nr. 14

De heer Mahoux c.s. dienen amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4), dat beoogt het voorgestelde artikel 3 te vervangen als volgt:

«Art. 3. — § 1. *De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij vaststelt dat:*

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

— *het verzoek uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is;*

— *de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;*

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

§ 2. *Het verzoek van de patiënt wordt op schrift gesteld ten overstaan van een meerderjarige getuige, die niet met de patiënt verwant is, en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek doet en door de getuige. In voorkomend geval vermeldt deze schriftelijke verklaring dat de patiënt niet in staat is te tekenen en waarom.*

Intitulé du chapitre II

Amendements n^{os} 13 et 47

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/4, amendement n^o 13), visant à modifier l'intitulé du chapitre II en «Conditions et procédure». L'auteur principal de l'amendement renvoie à la justification de celui-ci.

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/5, amendement n^o 47) visant à modifier l'intitulé du chapitre II en «Droits du patient en fin de vie».

Votes

L'amendement n^o 13 de M. Mahoux et consorts est adopté par 18 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n^o 47 de Mme Nyssens et de M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 10.

Article 3

Amendement n^o 14

M. Mahoux et consorts déposent l'amendement n^o 14 (doc. Sénat, n^o 2-244/4), qui vise à remplacer l'article 3 par ce qui suit:

«Art. 3. — § 1^{er}. *Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il constate que:*

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

— *la demande est formulée de manière expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante;*

— *le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologie grave et incurable;*

et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. *La requête du patient doit être actée par écrit, dressée en présence d'un témoin majeur, qui ne pourra avoir aucun lien de parenté avec le patient, datée et signée par le requérant et par le témoin. Le document écrit constate éventuellement que le patient n'est pas en état de signer et en énonce les raisons.*

§ 3. *Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen:*

1^o *de patiënt volledig inlichten over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting alsook over de verschillende bestaande therapeutische mogelijkheden en mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en over de gevolgen daarvan;*

2^o *zich vergewissen van de aanhoudende pijn of nood van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;*

3^o *een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.*

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

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

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

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

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

1^o *een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en van het uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;*

§ 3. *Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas:*

1^o *informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé et de son espérance de vie, ainsi que des différentes possibilités thérapeutiques et de prise en charge palliative existantes et de leurs conséquences;*

2^o *s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;*

3^o *consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance ou de la détresse. Il rédige un rapport de ses constatations.*

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4^o *s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec les membres de celle-ci;*

5^o *si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa requête avec les proches que celui-ci désigne;*

6^o *s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa requête avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.*

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

1^o *consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance ou de la détresse et du caractère exprès, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchi, répété et persistant de la demande. Il rédige un rapport de ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et que du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;*

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

§ 5. Het schriftelijk verzoek van de patiënt of van diens gemandateerde, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt. »

De hoofdindieners licht hierbij toe dat tijdens de besprekingen en de hoorzittingen, die werden georganiseerd in de verenigde commissies voor de Justitie en de Sociale Aangelegenheden van de Senaat, tussen de leden enerzijds sommige gelijklopende opvattingen en anderzijds sommige meningsverschillen werden vastgesteld. Vandaar dat door het amendement nr. 14 wordt voorgesteld artikel 3 te wijzigen op vier verschillende punten.

Vooreerst diende de vraag te worden gesteld of het Strafwetboek al dan niet gewijzigd hoefde te worden. Een wijziging zou het voordeel van de duidelijkheid hebben gehad. Niettemin bestaan er goede redenen om dit niet te doen. Tal van leden van de verenigde commissies hebben geoordeeld dat het, om eerder symbolische redenen, niet opportuun is het Strafwetboek te wijzigen. Dit heeft evenwel geen concrete gevolgen voor de arts die, binnen de gestelde voorwaarden, euthanasie uitvoert. Deze pleegt immers geen misdrijf en zal dan ook niet vervolgd worden.

Een tweede wijziging heeft betrekking op het verzoek van de patiënt en op diens toestand. Voorgesteld wordt dat, om van geen misdrijf te kunnen spreken, de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie moet bevinden. Door dit element toe te voegen wordt, samen met de vereiste dat de situatie het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, een meer evenwichtige benadering voorgesteld.

De indieners hebben aan hun bezorgdheid, om aan de patiënt zoveel mogelijk waarborgen te geven, uitdrukking gegeven door de vereiste in te schrijven dat het verzoek van de patiënt schriftelijk en expliciet moet gebeuren. Er mag niet de minste onduidelijkheid bestaan over de werkelijke wens van de patiënt. Het schriftelijk karakter van het verzoek moet elke twijfel over deze onduidelijkheid wegnemen. Een waarborg hieromtrent werd eveneens ingeschreven voor de patiënt die niet meer in staat is te tekenen.

Ten derde wordt uitdrukkelijk in de wet ingeschreven dat de arts de vrijheid heeft om al dan niet op het verzoek van de patiënt in te gaan, en dit om medische redenen of wegens gewetensbezwaren. De deontologische en gewetensvrijheid van de arts wordt volledig gevrijwaard. De arts kan dan ook de patiënt inlichten dat hij voorwaarden verbindt aan het verzoek aan euthanasie. Hoe dan ook moet de arts een antwoord

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

§ 5. La requête écrite du patient, ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient. »

L'auteur principal déclare qu'on a constaté au cours des discussions et des auditions qui ont été organisées au sein des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat, que certaines conceptions des membres convergeaient et que d'autres divergeaient. C'est pourquoi l'amendement n° 14 propose de modifier l'article 3 sur quatre points.

Il a d'abord fallu poser la question de savoir si le Code pénal devait ou non être modifié. Une modification aurait présenté l'avantage de la clarté. Il existe néanmoins de bonnes raisons de ne pas le modifier. De nombreux membres des commissions réunies ont, pour des raisons plutôt symboliques, jugé inopportun de modifier le Code pénal. Cela n'a toutefois aucune conséquence concrète pour le médecin qui pratique l'euthanasie dans le respect des conditions définies. En effet, il ne commet aucune infraction et il ne sera dès lors pas poursuivi.

Une deuxième modification concerne la demande du patient et l'état de celui-ci. L'on propose de prévoir que le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue pour qu'il n'y ait pas d'infraction. En proposant d'ajouter cet élément et d'exiger que la situation résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, on vise à ce que les choses soient abordées d'une manière plus équilibrée.

Les auteurs ont concrétisé leur souci de donner au patient le plus de garanties possible en exigeant expressément que la demande du patient soit écrite et explicite. Il ne peut pas y avoir le moindre doute à propos du désir réel du patient. Le caractère écrit de la demande doit lever tout doute. Les auteurs ont également prévu une garantie pour le patient qui n'est plus en état de signer.

Troisièmement, on inscrit expressément dans la loi que le médecin est libre d'accéder ou non à la demande du patient, et ce, pour des raisons médicales ou en raison d'objections de conscience. La liberté déontologique et la liberté de conscience du médecin sont entièrement préservées, si bien qu'il peut informer le patient que des conditions doivent être remplies pour qu'il accède à une éventuelle demande

geven aan de patiënt die verzoekt om euthanasie. Waar dit impliciet deel uitmaakte van het oorspronkelijke voorstel, wordt deze verplichting thans geëxpliciteerd door het amendement nr. 14. De arts is derhalve verplicht een antwoord te geven op het verzoek van de patiënt: ofwel gaat hij er niet op in wegens medische redenen of gewetensbezwaren, ofwel gaat hij er wel op in — in welk geval hij de minimale zorgvuldigheidscriteria moet naleven —, ofwel gaat hij er slechts op in indien aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.

Ten vierde moet nog aan bijkomende eisen worden voldaan om het verzoek in overweging te nemen van een patiënt, waarvan de arts van oordeel is dat deze zich kennelijk niet in de stervenfase bevindt. Recente voorbeelden hebben immers aangetoond dat het niet wenselijk zou zijn dat euthanasie slechts ongestraft zou kunnen worden toegepast op terminale patiënten, doch voor de niet-terminale patiënten worden bijkomende waarborgen voorzien. Het lid wijst er overigens op dat het niet steeds eenvoudig is om terminale en niet-terminale patiënten te onderscheiden.

Twee bijkomende voorwaarden worden in de vierde paragraaf van artikel 3 ingeschreven voor de niet-terminale patiënten. Vooreerst is er de verplichting om een tweede arts te raadplegen, die een psychiater is of een specialist in de aandoening waaraan de patiënt lijdt. Bovendien moet, tussen het oorspronkelijke verzoek en de euthanasie, een termijn van minstens één maand verlopen.

Samenvattend, is spreker van mening dat in het amendement nr. 14 rekening wordt gehouden met de fundamentele opmerkingen die tijdens de debatten werden gemaakt. Onder meer het feit dat er niet wordt geraakt aan het Strafwetboek en de mogelijkheid om, met inachtnaam van bijkomende voorwaarden, ook voor niet-terminale patiënten euthanasie mogelijk te maken, zijn hiervan het gevolg. Aan diegenen, die opmerken dat het wetsvoorstel betreffende de euthanasie, zoals het zal worden geamendeerd door het amendement nr. 14, te strikte voorwaarden oplegt en een te rigide procedure in het leven roept, antwoordt het lid dat de betrokken patiënt recht heeft op een degelijke procedure bij de behandeling van zijn verzoek. Deze biedt de nodige waarborgen ten opzichte van de arts en zal het gedrag van deze laatste niet wijzigen, omdat in het medisch dossier dergelijke waarborgen reeds naar voren komen.

Een lid stelt dat de arts, bij elk verzoek tot euthanasie, zal worden geconfronteerd met een medisch, een juridisch en een ethisch probleem. Het medisch probleem wordt gevormd door het uitzichtloze van de situatie. Het moreel probleem bestaat in het lijden van de patiënt. Uit de contacten met en de teksten afkom-

d' euthanasie de sa part. En tout cas, le médecin a l'obligation de donner une réponse au patient qui demande l'euthanasie. Cette obligation, qui était implicite dans la proposition initiale, est explicitée dans l'amendement n° 14. Le médecin est donc tenu de donner une réponse à la demande du patient: soit il n'y accède pas et ce, pour des motifs médicaux ou en raison d'objections de conscience, soit il y accède, auquel cas il doit respecter les critères de prudence minimaux, soit il n'y accède que si certaines conditions sont remplies.

Quatrièmement, il faut que des conditions supplémentaires soient réunies pour que puisse être prise en considération la demande d'un patient que le médecin considère comme ne se trouvant manifestement pas à l'article de la mort. En effet, des exemples récents ont montré qu'il ne serait pas souhaitable de prévoir que l'euthanasie pratiquée sur des patients en phase terminale est la seule à ne pas être punissable, mais cela n'enlève rien à la nécessité de prévoir des garanties supplémentaires pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. L'intervenant souligne par ailleurs qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer les patients qui sont en phase terminale de ceux qui ne le sont pas.

Pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale, deux conditions supplémentaires ont été définies au § 4 de l'article 3. Il y a d'abord l'obligation de consulter un deuxième médecin, qui doit être psychiatre ou un spécialiste de l'affection dont souffre le patient. En outre, un délai d'au moins un mois doit s'écouler entre le moment où la demande initiale est formulée et celui où l'acte euthanasique est accompli.

En résumé, l'intervenant estime que l'amendement n° 14 tient compte des remarques fondamentales qui ont été faites au cours des débats. Le fait, notamment, que l'on ne touche pas au Code pénal et la possibilité de permettre également l'euthanasie pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale si des conditions supplémentaires sont respectées, en sont la conséquence. À ceux qui font remarquer que la proposition de loi relative à l'euthanasie telle qu'elle sera amendée par l'amendement n° 14 impose des conditions trop strictes et institue une procédure trop rigide, le membre répond que le patient en question a droit à une procédure correcte d'examen de sa demande. Celle-ci offre les garanties nécessaires à l'égard du médecin et ne modifiera pas le comportement de ce dernier, parce que de telles garanties figurent déjà dans le dossier médical.

Un commissaire déclare qu'à chaque demande d'euthanasie, le médecin sera confronté à un problème médical, un problème juridique et un problème éthique. Le problème médical est constitué par le caractère sans issue de la situation. Le problème moral est engendré par la souffrance du patient. Il

stig van de beroepsfederaties blijkt dat zij vooral schrik hebben voor de juridische implicaties.

In voorliggend wetsvoorstel worden alle handelingen van de arts gedetailleerd beschreven. Elke onvolledigheid, foutieve beoordeling, gebrek aan mededeling en tekortkoming kan bezwarend zijn voor de arts, waardoor zijn handeling als misdrijf kan worden gekwalificeerd. De wet betreffende de euthanasie mag niet nodeloos complex zijn en moet een human karakter hebben. Als uitgangspunt moet gelden dat de arts, die de vereiste zorgvuldigheidsplicht in acht neemt, voor zijn handelingen niet mag gestraft worden. De arts moet kunnen aangesproken worden op het feit dat hij de bedoeling had om de patiënt te helpen. Wanneer er strafrechtelijke risico's verbonden zijn aan het gedrag van een arts die ingaat op de rechtmatige verzoeken van zijn patiënt, is het begrijpelijk dat hij geen euthanasie pleegt of dat hij ze pleegt zonder ze aan te geven. Dit moet worden vermeden.

Een ander lid vraagt hoe de indieners van het oorspronkelijke wetsvoorstel nr. 2-244/1 en van het amendement nr. 14 er toe gekomen zijn om te spreken van een «medisch uitzichtloze toestand», die samen gelezen wordt met de andere criteria. Wie zal hierover oordelen? Moet over deze aandoeningen bij medisch-wetenschappelijke consensus worden geoordeeld door de artsen? Men hanteert hier zeer brede begrippen. De beroepsfederaties van de artsen vragen dat hierover duidelijkheid wordt geschapen.

De hoofdindieners van amendement nr. 14 replieert dat sommigen wellicht niet akkoord kunnen gaan met de term «medisch uitzichtloze toestand», maar meent dat eenieder wel weet wat hiermee wordt bedoeld. Vanuit artsenkringen wordt de vraag naar een lijst van aandoeningen waarop de wet van toepassing zou zijn, alleszins niet gesteld. Dit zou wel zeer verwonderlijk zijn. Hierover kan nooit een medische consensus worden gevonden.

Het basisbeginsel van het wetsvoorstel en van het amendement nr. 14 is integendeel dat het de patiënt is die beslist over zijn toestand, over de ernst van zijn aandoening en over de pijn die hij lijdt, om een verzoek om euthanasie te kunnen rechtvaardigen. Het is niet de arts, noch de naaste omgeving van de betrokkene die zullen oordelen of de pijn al dan niet ondraaglijk is. Vanzelfsprekend neemt dit niet weg dat een bepaalde procedure moet worden gevolgd en dat zorgvuldigheidscriteria moeten worden in acht genomen.

Een vorige spreker merkt op dat de artsen vooral vragen naar juridische bescherming indien zij, naar eer en geweten, optreden om de patiënt te verlossen van de pijn en het lijden.

Een lid meent dat de tekst van artikel 3, zoals het zal worden geamendeerd door het amendement

ressort des contacts avec les fédérations professionnelles et des textes en provenance de ces dernières qu'elles craignent surtout les implications juridiques.

La présente proposition de loi décrit en détail tous les actes du médecin. Le médecin peut se voir imputer toute déclaration incomplète, toute erreur d'appréciation, toute lacune au niveau de la communication ou tout manquement, et son acte peut être qualifié de crime. La loi sur l'euthanasie ne doit pas être inutilement complexe et elle doit être humaine. Elle doit partir du principe que le médecin qui respecte les critères de prudence requis ne doit pas pouvoir être poursuivi pour ses actes. Le médecin doit pouvoir être appelé à se justifier sur son intention d'aider le patient. Si le fait pour un médecin de donner suite à la demande légitime de son patient l'expose à des poursuites pénales, il est compréhensible qu'il s'abstienne d'appliquer l'euthanasie ou qu'il le fasse sans le déclarer. C'est ce qu'il faut éviter.

Un autre membre demande comment les auteurs de la proposition de loi initiale n° 2-244/1 et de l'amendement n° 14 en sont venus à parler d'une «situation médicale sans issue» en combinaison avec les autres critères. Qui sera appelé à porter une appréciation sur ce point? Les affections doivent-elles être évaluées par les médecins selon un consensus médico-scientifique? On utilise ici des notions fort vastes. Les fédérations professionnelles de médecins demandent que la clarté soit faite sur ce point.

L'auteur principal de l'amendement n° 14 réplique que l'expression «situation médicale sans issue» est sans doute inacceptable pour certains, mais il estime que chacun sait bien ce que l'on veut dire par là. Les milieux médicaux ne sont en tout cas pas demandeurs d'une liste de maladies justifiant l'application de la loi. Cela serait en effet très surprenant. L'on ne pourra jamais atteindre un consensus médical sur pareille liste.

Le principe qui sous-tend la proposition de loi et l'amendement n° 14 est au contraire que c'est le patient qui décide si son état, la gravité de sa maladie et la douleur qu'il endure peuvent justifier une demande d'euthanasie. Ce ne sont ni le médecin, ni l'entourage de l'intéressé qui peuvent décider si la douleur est supportable ou non. Il n'en reste pas moins qu'il faut suivre une procédure déterminée et que les critères de prudence doivent être respectés.

Un intervenant précédent fait remarquer que les médecins demandent surtout une protection juridique pour les cas où, en âme et conscience, ils posent un acte visant à délivrer le patient de sa douleur et de sa souffrance.

Un membre considère que le texte de l'article 3, tel qu'il sera modifié par l'amendement n° 14 déposé par

nr. 14, ingediend door de fractieleiders van de partijen van de meerderheid, een ganse reeks vragen oproept. Deze hebben betrekking op de juridische opbouw, het toepassingsveld en de draagwijdte van de gehanteerde begrippen.

In elk beschaafd land geldt de regel: gij zult niet doden. Het doden van iemand kan nooit een medische handeling zijn. Het enige land waar deze regel niet meer onverkort geldt, is Nederland. Men kan slechts hopen dat de Eerste Kamer der Staten-Generaal de stemming, die in de Tweede Kamer heeft plaatsgevonden, ongedaan zal maken zodat het goedgekeurde voorstel nooit wet zal worden. Het verbod op het doden van een medemens moet ook tot uiting komen in het Strafwetboek. Het initiële voorstel nr. 2-244 voorzagt niettemin de invoeging van een artikel 417*bis* in het Strafwetboek, waardoor levensbeëindiging op verzoek niet langer strafbaar zou zijn.

Zoals uit de hoorzittingen is gebleken, zou het echter zeer storend zijn mocht men van dit beginsel afwijken in het Strafwetboek. De door het amendement nr. 14 voorgestelde regeling pretendeert dit spoor te verlaten en de fundamentele regel onaangetaast te laten. De lectuur van het artikel 3, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14, leert evenwel dat, hoewel het Strafwetboek inderdaad niet wordt gewijzigd, een bijzondere wet wordt voorgesteld waarin enerzijds wordt gezegd dat euthanasie niet langer een strafbaar feit is indien bepaalde voorwaarden worden vervuld, en waarin anderzijds de controleactiviteit van het openbaar ministerie ten aanzien van het doden van de mensen niet langer kan worden uitgeoefend. Bijgevolg gaat het zonder enige twijfel om een legalisering — een depenalisering — van de euthanasie. De kritiek uit het maatschappelijk veld, die ook in de hoorzittingen tot uiting is gekomen, dat men euthanasie niet uit het strafrecht mag halen, wordt derhalve niet ernstig genomen. De indruk wordt gewekt dat diegenen die tegen het voorstel nr. 2-244/1 zijn onbarmhartig zouden zijn, vermits zij geen oplossing willen bieden aan de zieken die ondraaglijk lijden. Dit is evenwel niet de werkelijkheid. De werkelijkheid is dat men geen aandacht heeft voor de ernstige juridische argumenten die worden opgeworpen tegen de legalisering van de euthanasie.

Artikel 2 van het Europees Verdrag van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden bepaalt dat de wet het menselijk leven beschermt en dat men niet op opzettelijke wijze het menselijk leven kan beëindigen. De uitzondering die wordt vermeld — de doodstraf — is inmiddels door het zevende Aanvullend Protocol eveneens verboden. De Parlementaire Assemblée van de Raad van Europa, die terzake de constituerende bevoegdheid heeft, heeft uitdrukkelijk verklaard dat artikel 2 van het EVRM niet op die manier kan worden uitgelegd dat een wet euthanasie toelaat op verzoek van de patiënt.

les chefs de groupe des partis de la majorité, soulève toute une série de questions. Celles-ci ont trait à la structure juridique, au champ d'application et à la portée des notions utilisées.

Dans tout pays civilisé s'applique l'adage: tu ne tueras point. Un acte visant à donner la mort ne pourra jamais être un acte médical. Le seul pays où cette règle ne s'applique plus entièrement est le Royaume des Pays-Bas. On ne peut qu'espérer que la Première Chambre du Parlement néerlandais ne confirmera pas le vote de la Deuxième Chambre et que la proposition adoptée ne deviendra jamais loi. L'interdiction de tuer son prochain doit aussi trouver son expression dans le Code pénal. La proposition n° 2-244 initiale prévoyait néanmoins l'insertion dans le Code pénal d'un article 417*bis* dépénalisant l'acte consistant à mettre fin à la vie d'une personne qui en a fait la demande.

Comme les auditions l'ont montré, il serait cependant très gênant de s'écarter de ce principe dans le Code pénal. Le régime proposé par l'amendement n° 14 prétend abandonner cette piste et ne pas porter atteinte à la règle fondamentale. La lecture de l'article 3, tel que proposé par l'amendement n° 14, nous apprend toutefois que même si le Code pénal n'est effectivement pas modifié, on propose une loi particulière prévoyant, d'une part, que l'euthanasie n'est plus punissable lorsque certaines conditions sont remplies et, d'autre part, que le contrôle du ministère public portant sur les actes provoquant mort d'homme ne peut plus être exercé. En conséquence, il s'agit à n'en point douter d'une légalisation — d'une dépénalisation — de l'euthanasie. Les critiques émanant de la société civile, qui ont été exprimées notamment lors des auditions, selon lesquelles il ne faut pas faire sortir l'euthanasie de la sphère du droit pénal, ne sont donc pas prises au sérieux. On donne l'impression que les opposants à la proposition n° 2-244/1 font preuve d'une attitude inhumaine puisqu'ils refusent d'offrir une solution aux malades qui endurent une souffrance insupportable. Il n'en est rien. La réalité est que l'on n'accorde aucune attention aux arguments juridiques sérieux qui s'opposent à une légalisation de l'euthanasie.

L'article 2 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) dispose que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi et que la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement. L'exception qui y est mentionnée — la peine capitale — a également été interdite depuis lors par le Septième Protocole additionnel. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, qui jouit à cet égard des mêmes pouvoirs que ceux d'une assemblée constituante, a déclaré expressément que l'article 2 de la CEDH ne peut être interprété en ce sens qu'une loi puisse autoriser l'euthanasie à la demande du patient.

Naar aanleiding van de goedkeuring van de euthanasiewet door de Tweede Kamer der Staten-Generaal in Nederland, heeft de Parlementaire Assemblée andermaal verwezen naar artikel 2 van het EVRM om de draagwijdte daarvan in herinnering te brengen. Dit juridisch argument wordt door niemand tegengesproken. Integendeel hebben vooraanstaande juristen verklaard dat de enige juridisch-technische weg om artikel 2 van het EVRM te verzoenen met de omstandigheden die een euthanasieverzoek mogelijk zouden kunnen rechtvaardigen, het gebruik is van de rechtsfiguur van de noodtoestand of de overmacht, al naargelang het rechtstelsel waarin men zich bevindt.

Een voorwaardelijke legalisering van de euthanasie is dan ook onaanvaardbaar in het licht van het EVRM. Er zijn immers drie soorten van mensenrechten. Op de eerste categorie is geen enkele uitzondering toegelaten. Artikel 2 van het EVRM — dat de bescherming van het menselijk leven beoogt — valt onder deze categorie, die de belangrijkste categorie is. De waarde van het menselijk leven is een waarde op zich, die niet afhangt van de kwaliteit ervan en waarvan de uiteindelijke bepaling ongrijpbaar is. De tweede soort mensenrechten zijn minimale mensenrechten, dat wil zeggen dat zij een aantal minimale rechten waarborgen die evenwel kunnen gemoduleerd worden. Het verbod op vrijheidsberoving is er één van. De derde categorie van mensenrechten wordt gevormd door die rechten waarop uitzonderingen mogelijk zijn, zoals de bescherming van de privacy, de vrije meningsuiting, enzovoort.

Men mag niet vergeten dat artikel 2 van het EVRM rechtstreekse werking heeft, waardoor de burgers op wie het EVRM van toepassing is er zich rechtstreeks op kunnen beroepen. Daarenboven hebben de burgers het recht om de wetten, die ermee in strijd zouden zijn, te betwisten, eventueel tot voor het Europees Hof voor de rechten van de mens.

Overigens moet opgemerkt worden dat de parlementsleden voor dit Hof een functioneel belang kunnen doen gelden, indien zij wetten willen aanvechten, die in hun assemblee zouden worden gestemd en waarvan zij vinden dat ze het EVRM schenden.

Het lid herinnert ten overvloede aan de beslissing van het Europees Patentambt in München van mei 2000 dat, op vraag van de universiteit van Michigan om bepaalde euthanatica te patenteren, heeft gesteld dat zulks in strijd is met artikel 2 van het EVRM.

De juridische benadering, waarbij wordt gesteld dat de onvervreembare mensenrechten die door het EVRM worden vastgelegd in wezen een zelfbeschikingsrecht inhouden waarvan men eventueel afstand kan doen en beslissen zich er niet op te beroepen, is absoluut onjuist. Het Europees Hof voor de rechten van de mens zal deze redenering nooit volgen. Ten-

Consécutivement à l'adoption de la loi sur l'euthanasie par la Deuxième Chambre du Parlement néerlandais, l'Assemblée parlementaire a rappelé une nouvelle fois la portée de l'article 2 de la CEDH. Cet argument juridique n'est contesté par personne. Au contraire, d'éminents juristes ont déclaré que le seul moyen juridique permettant de concilier l'article 2 de la CEDH et les circonstances qui pourraient légitimer une demande d'euthanasie consiste à avoir recours à la notion juridique de l'état de nécessité ou de la force majeure, selon l'ordre juridique dans lequel on se trouve.

Une législation conditionnelle de l'euthanasie est dès lors inadmissible à la lumière de la CEDH. Il y a en effet trois sortes de droits de l'homme. La première catégorie ne souffre aucune exception. L'article 2 de la CEDH — qui a pour objet la protection de la vie humaine — entre dans cette catégorie, qui est la catégorie principale. La valeur de la vie humaine est une valeur en soi, indépendante de son aspect qualitatif, et dont la définition ultime est intangible. La deuxième catégorie est celle des droits minimaux, c'est-à-dire une série de droits minimaux garantis qui peuvent cependant être modulés. L'interdiction de la privation de liberté en est un exemple. La troisième catégorie de droits de l'homme se compose des droits souffrant certaines exceptions, comme par exemple la protection de la vie privée, la liberté d'expression, etc.

Il ne faut pas oublier que l'article 2 de la CEDH est d'effet direct, si bien que les citoyens auxquels la CEDH est applicable peuvent s'en prévaloir directement. De surcroît, les citoyens ont le droit de contester les lois qui y seraient contraires et peuvent saisir jusqu'à la Cour européenne des droits de l'homme.

Il est d'ailleurs à noter que les parlementaires peuvent se prévaloir devant cette Cour d'un intérêt lié à leur fonction s'ils souhaitent contester des lois qui seraient votées dans leur assemblée et dont ils estiment qu'elles violent la CEDH.

Le membre rappelle en outre la décision que l'Office européen des brevets de Munich a prise en mai 2000: il a estimé que la demande de l'université du Michigan visant à faire breveter certains médicaments permettant l'euthanasie était contraire à l'article 2 de la CEDH.

Le raisonnement juridique consistant à dire que les droits inaliénables de l'homme consacrés par la CEDH impliquent essentiellement un droit à disposer de soi-même auquel on peut éventuellement renoncer et dont on peut décider de ne pas se prévaloir, est totalement inexact. La Cour européenne des droits de l'homme ne suivra jamais ce raisonnement. Pour illus-

einde dit te illustreren, haalt spreker het voorbeeld aan van de slavernij, die uitdrukkelijk verboden is. Een overeenkomst waarbij iemand vrijwillig afstand doet van het verbod op slavernij, dat door tal van internationale verdragen en grondwetten wordt gewaarborgd, om toch als slaaf te worden beschouwd, zal de toets van het EVRM nooit kunnen doorstaan en is juridisch volstrekt onaanvaardbaar. Onvervreembare rechten hebben integendeel precies als kenmerk dat men er geen afstand kan van doen en zijn onder meer in het leven geroepen om mensen tegen zichzelf te beschermen.

Daarenboven zou de vrijwillige afstand door de patiënt van zijn onvervreemdbaar mensenrecht niet operationeel zijn om diens vraag te beoordelen, omdat dit nooit een derde persoon het recht geeft om een levensbeëindigende handeling te stellen. Ten aanzien van die derde blijft artikel 2 van het EVRM immers zijn draagwijdte behouden, die inhoudt dat men het menselijk leven moet beschermen. De rechtspositie van de derde kan nooit worden beïnvloed door de houding van diegene die wordt gedood, zelfs niet indien deze vrijwillig afstand zou doen van zijn onvervreemdbaar recht — hetgeen onmogelijk is.

Het fundamentele verschil tussen, enerzijds, de benadering waarbij een beroep wordt gedaan op de noodtoestand of op de overmacht en, anderzijds, de voorwaardelijke legalisering van de euthanasie, is hierin gelegen dat in de eerste benadering het strafbaar karakter van de euthanasie onverkort behouden blijft, maar dat de individuele omstandigheden van het geval ertoe kunnen leiden dat er geen schuld en bijgevolg geen straf is. De algemene regel blijft evenwel intact. De legalisering onder voorwaarden van de euthanasie heeft daarentegen als gevolg dat de strafrechtelijke regel — gij zult niet doden — in bepaalde gevallen niet van toepassing is en dat de bescherming van het leven niet in alle gevallen als algemeen principe wordt vooropgesteld.

De door het amendement nr. 14 voorgestelde wijziging, die inhoudt dat het Strafwetboek ongewijzigd blijft maar dat de voorwaardelijke legalisering van de euthanasie in een bijzondere wet wordt verankerd, is dan ook niet meer dan juridische cosmetica en heeft geen reële draagwijdte. Het juridisch uitgangspunt van het voorstel nr. 2-244 blijft dan ook ongewijzigd, waardoor het argument van de strijdigheid met artikel 2 van het EVRM overeind blijft. De bevoegde internationale instanties — en niet een toevallige meerderheid in een bepaald land — zullen hierover oordelen.

Wanneer men de commentaren leest op het wetsvoorstel dat in Nederland door de Tweede Kamer werd goedgekeurd, stelt men vast dat eenieder dit voorstel beschouwt als een historische stap, maar wel een stap te ver. Het lijkt geen twijfel dat men ten aan-

trer son point de vue, l'intervenant cite l'exemple de l'esclavage, qui est explicitement interdit. Une convention par laquelle une personne renoncerait à bénéficier de l'interdiction de l'esclavage, interdiction consacrée par maints traités internationaux et lois fondamentales, afin d'être quand même considérée comme un esclave, ne pourrait jamais être tenue pour conforme à la CEDH et serait totalement inacceptable du point de vue juridique. Les droits inaliénables ont au contraire précisément pour caractéristique que l'on ne peut pas y renoncer et qu'ils ont notamment été créés pour protéger les individus contre eux-mêmes.

Par ailleurs, le fait que le patient renoncerait volontairement à son droit humain inaliénable ne servirait à rien pour juger de sa demande, car une telle renonciation ne confère en aucun cas à un tiers le droit de mettre fin à sa vie. À l'égard de ce tiers, en effet, l'article 2 de la CEDH reste applicable, qui dispose qu'il faut préserver la vie humaine. La position juridique d'un tiers ne peut jamais être influencée par l'attitude de la personne que l'on tue, même pas si celle-ci renonçait délibérément à son droit inaliénable, ce qui est impossible.

La différence fondamentale entre, d'une part, le recours à l'état de nécessité ou à la force majeure et, d'autre part, la légalisation conditionnelle de l'euthanasie est que dans le premier cas, l'euthanasie conserve son caractère d'infraction, mais que par suite de circonstances individuelles, il peut ne pas y avoir de faute ni, partant, de sanction. La règle générale reste toutefois intacte. Par contre, la légalisation sous conditions de l'euthanasie a pour effet que la règle pénale — tu ne tueras point — ne s'applique pas dans certains cas et que l'on ne pose plus dans tous les cas la préservation de la vie comme principe général.

La modification proposée par l'amendement n° 14, qui implique que l'on ne change pas le Code pénal mais que l'on inscrive la légalisation conditionnelle de l'euthanasie dans une loi particulière, n'est donc rien de plus qu'une façade juridique et n'a pas de portée réelle. Le principe juridique de la proposition n° 2-244 reste dès lors inchangé, de sorte que l'argument de la violation de l'article 2 de la CEDH reste valable. Ce sont les instances internationales compétentes — et non une majorité occasionnelle dans un pays donné — qui en décideront.

En lisant les commentaires relatifs à la proposition de loi qui a été adoptée aux Pays-Bas par la Deuxième Chambre, on constate que chacun considère l'adoption de cette proposition comme un pas historique, mais un pas de trop. Il ne fait aucun doute que

zien van België hetzelfde oordeel zal vellen. Nederland is immers niet altijd een gidsland.

Het lid heeft sterk de indruk dat men in Nederland afbreuk doet aan datgene wat sedert de pre-christelijke periode werd opgebouwd en men een vorm van beeldenstorm wenst te organiseren. Het voorstel met betrekking tot de euthanasie staat immers niet alleen: het gaat ook om homohuwelijken, om legalisering van de prostitutie, het aanvaardbaar maken van druggebruik, enzovoort.

Organisaties en verenigingen die zin geven aan het leven worden gemarginaliseerd en in een hoek gedruimd door een bepaalde meerderheid. Met een belangrijke minderheid wordt voortaan geen rekening meer gehouden. Dezelfde verontrustende ontwikkelingen dreigen zich thans ook in België voor te doen. Dit zal zeer nefaste gevolgen hebben voor de samenhang van de samenleving. Een bepaalde, belangrijke minderheid wordt zo marginaliseerd dat een vergelijk over belangrijke ethische vragen onmogelijk wordt gemaakt. Nochtans moet tegelijk worden vastgesteld dat de sociaal-democratische Duitse minister van Justitie in een officiële verklaring heeft gesteld dat het uitgesloten is dat een legalisering van de euthanasie naar Nederlands voorbeeld nog maar zou worden geagendeerd, laat staan worden besproken of goedgekeurd. De zaken voorstellen, als zou er in de ganse wereld maar één land barmhartig zijn en de andere het fout hebben, is een loopje met de werkelijkheid nemen. Het lid is dan ook van mening dat de juridische benadering, die door de politieke minderheid van dit land wordt naar voren gebracht, enige aandacht verdient.

Als tweede fundamenteel bezwaar tegen de regeling zoals voorgesteld door het amendement nr. 14 — die een vergelijk uiterst moeilijk, zonet onmogelijk maakt — is volgens spreker het feit dat men éénvormige materiële criteria uitwerkt voor situaties die feitelijk verschillend zijn: de terminale en de niet-terminale patiënten. Voor beide categorieën geldt een verschil in de procedure, maar de materiële criteria voor de depenalisering zijn dezelfde. Kan men ernstig zeggen dat ziek zijn in een terminale fase en in een niet-terminale fase hetzelfde betekent? Het is niet uitgesloten dat een ziekte, die op het ene moment uitzichtloos lijkt, enkele jaren later perfect geneesbaar is.

Het is onmogelijk beide situaties onder dezelfde noemer te plaatsen, omdat het belang van het menselijk leven anders moet worden geëvalueerd. In de ene situatie zijn er immers perspectieven voor jaren, die in het andere geval ontbreken. Niet enkel de formele procedure, maar ook de materiële criteria voor de depenalisering moeten anders worden ingevuld.

l'on portera le même jugement vis-à-vis de la Belgique. Les Pays-Bas, en effet, ne sont pas toujours un pays-pilote.

Le membre a nettement l'impression qu'aux Pays-Bas, on s'attaque à ce qui a été édifié depuis la période pré-chrétienne et que l'on tend à s'engager dans une entreprise iconoclaste. La proposition relative à l'euthanasie n'est pas, en effet, un cas isolé: le mariage des homosexuels, la légalisation de la prostitution, l'acculturation de la toxicomanie, etc., sont à l'ordre du jour.

Les organisations et associations qui donnent du sens à la vie sont marginalisées et isolées par une certaine majorité. On ne tient désormais plus compte d'une minorité importante. La même évolution inquiétant risque aujourd'hui de se produire en Belgique, ce qui aurait des conséquences néfastes pour la cohésion de la société. On marginalise une minorité importante à tel point que l'on rend impossible tout compromis sur des questions éthiques importantes. Néanmoins, il faut constater dans le même temps que le ministre allemand de la Justice, un socio-démocrate, a fait savoir dans une déclaration officielle, qu'il était exclu, ne fût-ce que de mettre à l'ordre du jour, une légalisation de l'euthanasie selon l'exemple néerlandais, et plus encore d'en discuter ou de l'approuver. Présenter les choses comme s'il n'y avait, dans le monde entier, qu'un seul pays charitable et que les autres auraient tort, c'est prendre des libertés avec la vérité. Dès lors, le membre estime que la démarche juridique qui est mise en avant par la minorité politique de ce pays mérite une certaine attention.

Le deuxième obstacle fondamental au régime proposé par l'amendement n° 14 — qui rend le compromis très difficile, si pas impossible — est, selon l'intervenant, que l'on développe des critères matériels uniformes pour des situations qui sont en fait différentes: celle des patients en phase terminale et celle des patients en phase non terminale. La procédure est différente pour les deux catégories, mais les critères matériels de dépenalisation sont identiques. Peut-on sérieusement affirmer qu'être en phase terminale et en phase non terminale a la même signification? Il n'est pas exclu qu'une maladie qui semble sans issue à un certain moment, devienne tout à fait curable quelques années plus tard.

Il n'est pas possible de mettre les deux situations sur le même pied, parce qu'il faut évaluer différemment l'importance de la vie humaine. Dans la deuxième situation, en effet, l'on peut espérer vivre pendant des années, alors que ce n'est pas le cas dans la première. Il faut donner un contenu différent à la procédure formelle, mais aussi aux critères matériels de dépenalisation.

Wat is overigens exact het verschil tussen een terminale en een niet-terminale patiënt? In de meeste gevallen kan een deskundige wel oordelen of iemand zich in een stervensfase bevindt, zonder dat daarop een exact aantal dagen kan worden gekleefd. Het is evenwel bijzonder moeilijk — ook voor geneeskundigen — te beoordelen of iemand al dan niet terminaal ziek is hoewel, blijkens het amendement nr. 14, op hen een verschillende procedure moet worden toegepast. Op basis van welke criteria wordt daarover beslist? Het voorstel van de fractieleiders van de meerderheidspartijen biedt hieromtrent geen enkel houvast.

Ten gronde, is het lid van mening dat euthanasie enkel aanvaardbaar is indien er sprake is van een noodtoestand in hoofde van de arts, die zich vrijwel uitsluitend kan voordoen wanneer men spreekt over terminale patiënten. Slechts in dat geval kan een arts geconfronteerd worden met twee tegengestelde plichten: het menselijk leven beschermen en verhinderen dat iemand in een mensonterende toestand terecht komt.

Bij niet-terminale patiënten heeft de geneesheer immers geen enkele rol te spelen, vermits het doden van een dergelijke patiënt niets met geneeskunde te maken heeft. Men heeft hierbij eerder een «doodsofficier» nodig. Ook het medisch korps zal er zo over oordelen. Het louter procedurele onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten doet derhalve ernstig afbreuk aan de kwaliteit van het wetsvoorstel nr. 2-244, ook wanneer men rekening houdt met het amendement nr. 14.

Verder vestigt het lid de aandacht op het belang, dat een juiste omschrijving van de draagwijdte van de materiële voorwaarden heeft, omdat men zich hierop dient te baseren teneinde de toepassing van de strafwet uit te sluiten. Zo wordt in het amendement nr. 14 onder meer de term «ontvoogde minderjarige» gebruikt. Een dergelijk persoon is echter, juridisch gesproken, meerderjarig en kan derhalve vrij beslissen. Wat wordt hiermee dan bedoeld? Wordt de situatie beoogt waarbij een minderjarige die om euthanasie verzoekt, daarbij op het verzet van zijn ouders stuit, maar deze toch kan krijgen omdat hij snel wordt ontvoogd?

De kern van het amendement nr. 14 is gelegen in het derde streepje van het eerste lid van de eerste paragraaf van artikel 3. De Nederlandse en de Franse teksten stemmen echter niet geheel overeen. In tegenstelling tot de Nederlandse tekst spreekt de Franse tekst over een apart criterium, waarbij de medische uitzichtloosheid en de ondraaglijke pijn van mekaar worden onderscheiden («situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance ...»). Welke is de juiste tekst, de Nederlandse of de Franse?

Au demeurant, en quoi consiste exactement la différence entre un patient en phase terminale et en phase non terminale? Dans la plupart des cas, un spécialiste peut estimer si quelqu'un se trouve à l'article de la mort, sans pouvoir pourtant estimer le nombre exact de jours qu'il lui reste à vivre. Il est toutefois particulièrement difficile — même pour des médecins — de juger si une personne se trouve ou non en phase terminale, alors que, selon l'amendement n° 14, il y a lieu d'appliquer une procédure différente selon le cas. Sur la base de quels critères décide-t-on en la matière? La proposition des chefs de groupes politiques des partis de la majorité n'apporte aucune réponse à ce sujet.

Quand au fond, le membre estime que l'euthanasie n'est acceptable que si le médecin se trouve dans un état de nécessité, lequel ne peut pour ainsi dire se produire que si le patient est en phase terminale. Ce n'est que dans ce cas-là qu'un médecin doit faire face à deux devoirs contradictoires: préserver la vie humaine et empêcher qu'une personne n'aboutisse dans une situation contraire à la dignité humaine.

Dans le cas de patients qui ne sont pas en phase terminale, le médecin n'a en effet aucun rôle à jouer, étant donné que le fait de donner la mort à un patient dans cet état n'a rien à voir avec l'art de guérir. On a plutôt besoin en l'espèce d'un «officier de la mort». Tel sera aussi l'avis du corps médical. La distinction purement procédurale entre patients en phase terminale et patients qui ne se trouvent pas en phase terminale porte par conséquent gravement préjudice à la qualité de la proposition de loi n° 2-244, même si l'on tient compte de l'amendement n° 14.

Par ailleurs, le membre attire l'attention sur l'importance d'une définition exacte de la portée des conditions matérielles, parce que c'est sur elle qu'il faut se baser pour faire en sorte que la loi pénale ne s'applique pas. C'est ainsi que dans l'amendement n° 14, on utilise notamment l'expression «mineur émancipé». Une telle personne est toutefois, juridiquement parlant, une personne majeure, donc libre de prendre des décisions. Qu'entend-on alors par là? Vise-t-on le cas où un mineur qui réclame l'euthanasie, à laquelle ses parents s'opposent, l'obtient à la suite d'une émancipation rapide?

La charnière de l'amendement n° 14 se situe au troisième tiret de l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article 3. Le texte français ne correspond toutefois pas au texte néerlandais. Contrairement au texte néerlandais, il est question, dans le texte français, d'un critère particulier, dissociant la situation médicale sans issue et la souffrance insupportable («situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance ...»). Quel est le texte de référence, le néerlandais ou le français?

Spreker vraagt zich af wat moet worden verstaan onder «medisch uitzichtloos». Dit begrip is immers sterk afhankelijk van de periode waarin men oordeelt. Bepaalde aandoeningen die 20 jaar geleden aanleiding gaven tot een volstrekt uitzichtloze situatie zijn vandaag perfect te behandelen. Het gaat hier bijgevolg om een subjectief begrip, waar enige objectivering niettemin mogelijk is in het licht van de stand van de medische wetenschap. Daarbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat enkele somatische aandoeningen wellicht gemakkelijker als «medisch uitzichtloos» kunnen worden omschreven dan psychische aandoeningen. Deze laatste zijn immers zeer complex; het ene geval is moeilijker dan het andere. Hoe dan ook is het hier minder goed mogelijk in alle scherpheid de medische uitzichtloosheid duidelijk te stellen.

Het gebruik van het woord «nood» in het derde streepje van het eerste lid van de eerste paragraaf van het artikel 3, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14, geeft aanleiding tot een wel heel brede waaier van interpretatiemogelijkheden. Bevindt iemand die «levensmoe» is zich in een «medisch uitzichtloze toestand van aanhoudende en ondraaglijke nood»? In Haarlem heeft een rechter geoordeeld dat zulks het geval is, maar hoe dan ook blijft dit een zeer subjectief begrip, dat onvoldoende precies is. Het amendement nr. 14 dient op dit vlak duidelijkheid te creëren, temeer omdat het gaat om de toepassing van de strafwet. In de huidige stand van zaken is het enige beslissend criterium het subjectieve aanvoelen van de pijn en het lijden. Dit biedt weinig rechtszekerheid.

Dit is des te meer het geval omdat wordt gesteld dat de pijn of de nood «niet kan gelenigd worden». Wanneer de toestand uitzichtloos en de pijn ondraaglijk is, moet men zich de vraag stellen of de ziekte behandelbaar is. Het doel van de geneeskunde is immers precies uitzichtloze situaties en ondraaglijke pijn toch te behandelen. Welke medische behandeling zal een arts in overweging nemen om te oordelen dat de pijn ondraaglijk is en de medische toestand uitzichtloos is?

Volgens het voorstel nr. 2-244/1, in het licht van het amendement nr. 14, zal de mogelijkheid om de zieke palliatieve zorgen toe te dienen, niet in aanmerking worden genomen bij het antwoord op deze vraag. Op die manier wordt het verlenen van zorg op voet van gelijkheid geplaatst met het doden op verzoek.

Spreker verwijst naar het arrest-Chabot uit 1994 van de Nederlandse Hoge Raad, dat gekend is om twee redenen. Vooreerst wordt in dat arrest erkend dat ook psychische situaties als voldoende gekwalificeerd kunnen beschouwd worden om aanleiding te geven tot een verantwoorde vraag tot euthanasie. De Hoge Raad heeft ook gesteld dat, om te oordelen of het gaat om een ondraaglijk lijden en om na te gaan of de ziekte al dan niet behandelbaar is, de weigering van de patiënt om bepaalde handelingen te onder-

L'intervenant se demande ce qu'il faut entendre par «situation médicale sans issue». Cette notion dépend en effet beaucoup du moment de l'évaluation. Certaines affections qui, voici 20 ans, étaient responsables d'une situation totalement sans issue peuvent très bien être traitées aujourd'hui. Il s'agit par conséquent en l'espèce d'une notion subjective, qu'il est néanmoins possible d'objectiver un tant soit peu à la lumière de l'état d'avancement de la science médicale. Il convient certes de tenir compte à cet égard du fait qu'il est sans doute plus facile de qualifier certaines affections somatiques de «médicalement sans issues» que des affections psychiques. Ces dernières sont en effet très complexes; les cas sont plus difficiles les uns que les autres. Quoi qu'il en soit, il y est moins facile d'établir clairement, avec la rigueur qui s'impose, le caractère sans issue de la situation médicale.

L'utilisation du terme «détresse» au troisième tiret de l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article 3, comme le propose l'amendement n° 14, permet un nombre certes très grand d'interprétations. Une personne «fatiguée de vivre» se trouve-t-elle dans une «situation médicale sans issue de détresse constante et insupportable»? Si, à Haarlem, un juge a rendu un jugement allant dans ce sens, il n'en demeure pas moins que cette notion reste très subjective et trop imprécise. L'amendement n° 14 doit clarifier cette notion, d'autant plus qu'il y va de l'application de la loi pénale. Dans l'état actuel des choses, l'appréciation subjective de la douleur et de la souffrance est l'unique critère déterminant. Cela ne garantit pas beaucoup la sécurité juridique.

C'est d'autant plus le cas que l'on dit que la douleur ou la détresse «ne peut être apaisée». Lorsque la situation est sans issue et la douleur insupportable, il convient de se demander si la maladie est susceptible de faire l'objet d'un traitement. Le but de la médecine est en effet précisément de soigner quand même les situations sans issue et la douleur insupportable. Quel traitement médical un médecin prendra-t-il en considération pour juger que la douleur est insupportable et la situation médicale sans issue?

Selon la proposition de loi n° 2-244/1 et à la lumière de l'amendement n° 14, la possibilité de prodiguer des soins palliatifs au malade ne sera pas envisagée comme réponse à cette question. De cette manière, la dispensation de soins est mise sur un pied d'égalité avec la mort sur demande.

L'intervenant renvoie à l'arrêt Chabot de 1994 rendu par la *Nederlandse Hoge Raad*, qui est célèbre pour deux raisons. Premièrement, on y reconnaît que des situations psychiques peuvent être considérées comme suffisamment qualifiées pour pouvoir légitimer une demande d'euthanasie. Le *Hoge Raad* a aussi dit que, pour apprécier le caractère insupportable de la souffrance et pour vérifier la possibilité de traiter ou non la maladie, le refus du patient de subir certains traitements ne peut entraîner pour celui-ci la possibi-

gaan niet tot gevolg kan hebben dat hij een verantwoordelijke vraag naar euthanasie kan stellen. Indien men zich door het eigen gedrag in de situatie van ondraaglijk lijden plaatst, door de aangeboden zorg te weigeren, creëert men niet de voorwaarden om euthanasie te vragen.

Het feit dat alle amendementen die tot doel hebben het recht op palliatieve zorg in de wet op de euthanasie te integreren, worden afgewezen, toont duidelijk aan dat men in België een andere weg wil inslaan dan de Nederlandse. Wanneer een patiënt geen behandeling wenst, dan mag hij die afwijzen, waardoor zijn vraag naar euthanasie gerechtvaardigd wordt omdat hij zichzelf dan plaatst in een medisch uitzichtloze situatie en ondraaglijk lijdt. Euthanasie wordt dan een alternatieve zorg, hetgeen voor de fractie van het lid volstrekt onaanvaardbaar is. Dit heeft immers niets meer met geneeskunde te maken. De rol van de palliatieve zorg wordt dan ook geminimaliseerd.

Een ander lid kan ten dele de redenering van de vorige spreker volgen, maar meent dat een patiënt het recht moet hebben om een bepaalde behandeling te weigeren, wanneer hij dit niet langer zinvol acht.

De vorige spreker beaamt dat de patiënt dit recht inderdaad heeft, maar dat dit niet zijn recht op euthanasie opent. Zelfs de Nederlandse rechtspraak volgt deze stelling in het baanbrekende arrest-Chabot. Mocht het toch zo zijn, dat elke patiënt zichzelf in de voorwaarden kan plaatsen waarin een euthanasieverzoek niet als een misdrijf wordt beschouwd, zijn deze voorwaarden volstrekt overbodig en zinledig. Ze blijven dan mooie woorden, maar zullen op het terrein niet de minste uitwerking hebben. Zorg is niet langer een alternatief voor euthanasie. Dit is een fundamentele kritiek. Een patiënt verzorgen mag nooit op dezelfde hoogte worden geplaatst als het doden van een patiënt.

Een ander lid herinnert aan de redenen waarom zijn fractie een heel ander standpunt inneemt dan dat wat tot uiting komt in artikel 2 en amendement nr. 14. Meer specifiek heeft hij kritiek op juridisch, ethisch en politiek vlak.

In de algemene bespreking was iedereen het oer eens dat het verbod om te doden — bekrachtigd door het Strafwetboek — een fundamenteel principe van onze samenleving is.

De voorgestelde tekst vormt in feite en in rechte een fundamentele afwijking van dat principe.

Daarom kan sprekers fractie het niet eens zijn met de gebruikte rechtsfiguur.

lité d'une demande justifiée d'euthanasie. Si par son comportement, on se place dans une situation de souffrance insupportable, en refusant les soins proposés, on ne crée pas les conditions dans lesquelles on peut réclamer une euthanasie.

Le fait que tous les amendements visant à intégrer le droit aux soins palliatifs dans la loi sur l'euthanasie sont rejetés montre clairement que l'on veut suivre, en Belgique, une autre voie que celle empruntée par les Pays-Bas. Lorsqu'un patient souhaite ne pas suivre un traitement, il a le droit de le refuser, ce qui rend sa demande d'euthanasie justifiée en ce sens qu'il se considère comme étant dans une situation médicale sans issue et dans un état de souffrance insupportable. L'euthanasie devient alors une forme de soins alternatifs, ce qui est absolument inadmissible pour le groupe politique auquel le membre appartient. En effet, cette situation n'a plus rien à voir avec la médecine. On minimise par conséquent le rôle des soins palliatifs.

Une autre membre peut suivre en partie le raisonnement de l'intervenant précédent tout en estimant qu'un patient doit avoir le droit de refuser de suivre un traitement déterminé lorsqu'il juge que cela n'a plus aucun sens.

L'intervenant précédent confirme que le patient doit avoir ce droit, mais que celui-ci ne lui ouvre pas un droit à l'euthanasie. Même la jurisprudence néerlandaise suit cette logique dans l'arrêt Chabot novateur. Or, si chaque patient peut se placer dans les conditions où la demande d'euthanasie n'est plus considérée comme une infraction, ces conditions deviennent tout à fait superflues et dénuées de sens. Elles restent donc au stade de belles paroles, mais ne trouveront jamais leur application sur le terrain. Les soins ne sont plus une solution de rechange à l'euthanasie. C'est là une critique fondamentale. Le fait de soigner un patient ne doit jamais être mis sur pied d'égalité avec le fait de mettre fin à ses jours.

Une autre membre souhaite rappeler les raisons pour lesquelles son groupe a une vision tout à fait différente de celle qui inspire l'article 2, ainsi que l'amendement n° 14, et voudrait formuler des critiques plus spécifiques sur le plan juridique, éthique et politique.

Chacun s'est accordé, dans la discussion générale, avec l'idée que l'interdit de tuer — consacré par le Code pénal — est un principe fondamental de notre société.

Le texte présenté constitue, en fait et en droit, une dérogation fondamentale à ce principe.

C'est pourquoi le groupe de l'intervenante ne peut marquer son accord sur la figure juridique utilisée.

Amendement nr. 14 bouwt inderdaad meer zorgscriteria in dan de oorspronkelijke tekst, maar spreekster verwierpt het principe zelf van het voorstel.

De achterliggende filosofie raakt aan het principiële verbod om te doden en wijkt af van de zorgcultuur, vooral wanneer het gaat om hulp bij zelfdoding.

Men weet dat het lijden in de meeste gevallen verlicht kan worden en de nood gelenigd.

Het gebruik in de voorgestelde tekst van de termen «lijden» en «nood» en het verband dat wordt gelegd met het Strafwetboek, zijn onaanvaardbaar voor spreekster en haar fractie.

Een tekst die begint met «er is geen misdrijf» en vervolgens een aantal voorwaarden en procedures opsomt, is onaanvaardbaar.

De actualiteit biedt stof tot nadenken, aangezien de tweede Kamer in Nederland een tekst over deze materie heeft goedgekeurd.

Het heeft spreekster verbaasd dat deze tekst niet vertrekt van het idee dat er geen misdrijf bestaat, maar daarentegen de voorwaarden opsomt waaronder een arts niet strafbaar is, hetgeen van een heel andere logica getuigt.

Dit sluit aan bij de wetsvoorstellen die zijn ingediend door spreeksters fractie en door andere commissieleden.

Al deze teksten bieden verschonings- of rechtvaardigingsgronden zonder van het algemene principe af te wijken.

Het grote verschil is dat doden in deze optiek een verboden handeling blijft die ook vanuit ethisch en juridisch oogpunt een overtreding moet blijven.

Als dit principe in uitzonderlijke gevallen geschonden wordt, moet een rechtsfiguur worden gevonden waarbij het idee van ethische en juridische schending overeind blijft.

De tekst van de zes indieners gaat niet uit van een rechtvaardigingsgrond — de noodtoestand of de morele dwang — die het bedrieglijk opzet wegneemt en die de handeling van de arts in bepaalde omstandigheden rechtvaardigt.

Het gaat wel degelijk om een afwijking van het principiële verbod om te doden.

Dat doet vragen rijzen niet alleen met betrekking tot de algemene principes van het Strafwetboek, maar ook met betrekking tot de internationale teksten. Tijdens de hoorzittingen hebben juristen gewezen op artikel 2 EVRM.

Rekening houdend met de internationale teksten, is het helemaal niet zeker dat zo'n algemene afwijking

Il est vrai que l'amendement n° 14 prévoit plus de critères de précaution que le texte original, mais le principe même de la proposition lui paraît devoir être écarté.

Sa philosophie générale touche au principe de l'interdit de tuer, et l'on ne se trouve plus tout à fait dans l'art de soigner, en particulier pour ce qui est du suicide assisté.

On sait que, dans la plupart des cas, la souffrance peut être atténuée et la détresse soignée.

Dans le texte présenté, l'articulation entre la notion de souffrance, celle de détresse, et le lien avec Code pénal paraissent inacceptables à l'intervenante et à son groupe.

On ne peut avoir un texte qui, d'emblée, prévoit qu'«il n'y a pas d'infraction» dans une série de conditions et procédures qu'il énumère.

L'actualité nourrit la réflexion à ce sujet, puisque la deuxième Chambre hollandaise vient de voter un texte en la matière.

L'intervenante se dit très étonnée et très interpellée par le fait que ce texte ne part pas de l'idée qu'«il n'y a pas infraction», mais dit dans quelles conditions un médecin n'est pas punissable, ce qui est tout autre chose sur le plan de la philosophie.

Cela rejoint les propositions de loi déposées par le groupe de l'intervenante et par d'autres commissaires.

Tous cherchent à définir des causes de justification ou d'excuses, sans déroger à un principe général.

La grande différence est que l'acte de tuer reste, dans cette optique, un acte qui n'est pas permis et qui, du point de vue éthique et juridique, doit rester une transgression.

Si, dans des cas exceptionnels, ce principe est transgressé, il faut trouver une figure juridique qui traduise cette idée de transgression éthique et juridique.

Le texte des six auteurs ne se situe absolument pas dans l'optique d'une cause de justification, que ce soit l'état de nécessité ou la contrainte morale, qui supprime l'intention frauduleuse et justifie l'acte posé par le médecin dans certaines conditions.

On se trouve vraiment dans une dérogation au principe de l'interdiction de tuer.

Cela suscite des questions par rapport, non seulement aux principes généraux du Code pénal, mais aussi aux textes internationaux. Ainsi, lors des auditions, les juristes ont évoqué l'article 2 de la CEDH.

Il n'est pas sûr que, compte tenu de ces textes internationaux, on puisse prévoir une dérogation aussi

kan worden vastgesteld in een wet die geen uitzonderingsregime inhoudt.

Het gaat in feite om een algemene machtiging door de wet die een fundamenteel principe schendt.

De voorgestelde rechtsfiguur en de onderliggende denkwijze zijn voor spreekster en haar fractie onaanvaardbaar.

Los van elke juridische en ethische discussie, begrijpt spreekster niet dat het voorzorgsprincipe — dat een grondwettelijk principe zou kunnen zijn — niet méér wordt benadrukt, terwijl dat in de meeste inhoudelijke discussies die de wetgever voert wel gebeurt.

De voorgestelde tekst is zeer ruim en houdt geen rekening met zijn culturele impact op de bevolking, en dan vooral op bejaarden, maar ook op de komende generaties.

De juridische, emotionele en ethische belasting van dergelijke teksten is enorm, en we weten nu nog niet welke impact ze zullen hebben.

Het lijkt bijzonder stoutmoedig een wetgeving uit te werken zonder overgangsperiode.

Met betrekking tot de voorwaarden en procedures uit de tekst en de werkingssfeer daarvan, stelt spreekster vast dat de tekst in feite betrekking heeft op twee situaties: de terminale fase en de hulp bij zelfdoding.

Zij is er steeds meer van overtuigd dat twee heel verschillende zaken door elkaar worden gehaald.

Als bewijs haalt zij aan dat het onderscheid tussen een medisch begeleide zelfdoding en een directe actieve euthanasie problemen doet rijzen als men drie situaties bekijkt: een eerste waarin de arts het dodelijk middel op het nachtkastje van de patiënt plaatst, een tweede waarin hij het middel in de hand van de patiënt plaatst en een derde waarin hij het middel in de mond plaatst. In alle gevallen is er sprake van euthanasie, omdat de arts actief heeft deelgenomen aan een handeling die de dood rechtstreeks heeft veroorzaakt, zelfs in het geval van zelfmoord waarbij het middel binnen handbereik van de patiënt wordt geplaatst.

Uit de Belgische en buitenlandse medische literatuur blijkt duidelijk dat het onderscheid tussen hulp bij zelfdoding en vrijwillige euthanasie vaak moeilijk te maken is.

Volgens bepaalde auteurs is vrijwillige euthanasie een vorm zelfmoord met hulp van anderen.

Het onderscheid is evenwel reëel. Het gaat vooral om de persoon die de uiteindelijke handeling stelt. De Nederlandse wetgeving maakt dit onderscheid, maar spreekt niet van euthanasie. Dat stemt tot nadenken.

générale, par une loi qui n'est plus de l'ordre de l'exception.

On se trouve en fait dans le cadre d'une autorisation générale de la loi qui enfreint un principe fondamental.

La figure juridique adoptée, et la philosophie qui sous-tend ce choix sont, pour l'intervenante et son groupe, inacceptables.

En outre, indépendamment de toute discussion juridique et éthique, l'intervenante ne comprend pas que le principe de précaution — qui pourrait être un principe constitutionnel — ne soit pas davantage invoqué, alors qu'il l'est dans la plupart des autres discussions de fond que mène le législateur.

Le texte proposé est très large, et ne prend pas en compte les risques liés à son impact culturel sur la population, et notamment sur les personnes plus âgées, mais aussi sur les générations futures.

La charge juridique, émotionnelle et éthique de tels textes est énorme, et l'on ne sait pas, à l'heure actuelle, quel impact ils auront.

Le fait que l'on légifère sans prévoir de période transitoire paraît aussi très audacieux.

En ce qui concerne les conditions et procédures prévues par le texte, et le champ d'application de celui-ci, l'intervenante constate que le texte vise en fait deux hypothèses: la phase terminale et le suicide assisté.

Elle est de plus en plus convaincue que l'on mêle deux choses tout à fait différentes.

Elle en veut pour preuve que la distinction entre un suicide médicalement assisté et une euthanasie active directe pose problème, si l'on considère trois situations, l'une où le médecin place le médicament létal sur la table de nuit du patient, l'autre où il le place dans sa main, et la troisième où il le place dans sa bouche. Dans tous ces cas, il y a euthanasie, car le médecin a participé activement à un acte causant directement la mort, même dans l'hypothèse du suicide, où le médicament est à portée de main du patient.

Dans la littérature médicale belge et étrangère, il semble évident que la distinction entre le suicide assisté et l'euthanasie volontaire est souvent confuse.

Selon certains auteurs, l'euthanasie volontaire serait une forme de suicide impliquant l'assistance d'autres personnes.

La distinction existe cependant. Elle réside essentiellement dans la personne qui va poser l'acte ultime, et la législation hollandaise reprend cette distinction, mais elle n'utilise plus le terme d'euthanasie. Cela mérite réflexion.

Er is lang over een definitie gedebatteerd. Uiteindelijk is een artikel goedgekeurd dat bepaalt dat euthanasie erin bestaat opzettelijk een einde te maken aan iemands leven op diens verzoek.

Spreekster heeft steeds meer vragen bij het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase.

Artikel 2 van het voorliggende voorstel gebruikt de term euthanasie en verwijst naar de definitie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Het Raadgevend Comité heeft zich evenwel niet gebogen over hulp bij zelfdoding en beperkte zijn werkzaamheden tot de terminale fase.

Spreekster vraagt welk soort handelingen uiteindelijk in artikel 3 van het voorstel wordt bedoeld. Als hulp bij zelfdoding niet wordt bedoeld, waarom dan niet, en waar plaatsen de indieners hulp bij zelfdoding dan met betrekking tot euthanasie? Is het minder gewettigd of juist meer? Beschouwen ze het als toegestaan? Wat gebeurt er wanneer een patiënt die om fysiologische of psychologische redenen niet in staat is zelfmoord te plegen om hulp bij zelfdoding vraagt?

Moeten hulp bij zelfdoding en euthanasie beperkt blijven tot patiënten in de terminale fase?

Sommigen willen zich duidelijk tot die laatste fase beperken. Het voorstel van spreeksters fractie betreft uitsluitend die fase.

Anderen willen verder gaan.

Als de autonomie of de zelfbeschikking aan de basis liggen van het recht om hulp bij zelfdoding of euthanasie te vragen, is er dan nog een reden om dit te beperken tot terminale patiënten?

Waarom sluit men *a priori* de niet-terminale patiënten uit, terwijl die toch even ondraaglijk, of nog ondraaglijker lijden ondergaan en dat voor een langere duur, aangezien hun overlijden niet nakend is?

In dat geval is het niet consequenter een onderscheid te maken tussen patiënten in de terminale fase en patiënten die ernstig ziek zijn, of gehandicapt.

Het leven kan om vele redenen ondraaglijk lijken. Als de autonomie het belangrijkste criterium is, waarom moet iemands lijden dan nog op een objectieve basis worden gecontroleerd?

Bestaat er een objectieve methode om een onderscheid te maken tussen een zogenaamd redelijk verlangen om zelfmoord te plegen enerzijds en een meer irrationeel verlangen om een einde aan zijn leven te maken anderzijds?

Volstaat het niet dat de persoon in kwestie zijn eigen situatie beoordeelt?

On a longtemps discuté sur la définition, et un article a été voté, qui prévoit que l'euthanasie consiste à mettre fin intentionnellement à la vie de quelqu'un à la demande de celui-ci.

L'intervenante s'interroge de plus en plus sur la distinction entre phase terminale et phase non terminale.

L'article 2 de la proposition à l'examen utilise le terme euthanasie, et renvoie à la définition retenue par le Comité consultatif de bioéthique.

Or, celui-ci ne visait pas le suicide assisté, et a limité le champ d'application de ses travaux à la phase terminale.

L'intervenante demande dès lors quel type d'actes est, en définitive, visé par l'article 3 de la proposition. Si la réponse est que le suicide assisté n'est pas visé, pourquoi en est-il ainsi, et comment les auteurs situent-ils alors le suicide assisté par rapport à l'euthanasie? Est-il moins ou plus légitime? Le considèrent-ils comme permis? *Quid* si un patient incapable, pour des raisons physiologiques ou psychologiques, de se suicider, demande le suicide assisté?

Le suicide assisté et l'euthanasie devraient-ils être limités aux patients en phase terminale?

On sent bien que certains voudraient se limiter à cette dernière phase. La proposition déposée par le groupe de l'intervenante concerne uniquement cette phase.

D'autres voudraient aller plus loin.

Si l'autonomie ou l'autodétermination est la base d'un droit à requérir le suicide assisté ou l'euthanasie, et si l'on va au bout de cette logique, pourquoi se limiter aux patients terminaux?

Pourquoi, à première vue, exclure les patients non terminaux, qui endurent des souffrances parfois tout aussi insupportables, où même plus insupportables, pour une période plus longue de leur vie, puisque leur mort n'est pas imminente?

Il n'est pas, dans ce cas, plus conséquent de faire une distinction entre les patients qui sont en phase terminale, et ceux qui sont sérieusement malades, ou les personnes handicapées.

Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles la vie peut paraître intolérable à une personne. Si l'autonomie est le critère majeur, pourquoi la souffrance de la personne devrait-elle pouvoir être contrôlée de manière objective?

Y aurait-il un désir raisonnable de se suicider d'un côté, un désir plus irrationnel de mettre fin à sa vie de l'autre, et une méthode objective pour faire la distinction entre les deux?

L'évaluation de sa situation par la personne elle-même ne suffirait-elle pas?

Is het criterium dan niet het autonome verzoek van de patiënt?

De indieners van het voorstel hebben dat begrepen aangezien zij het voordeel van de euthanasie aan zoveel mogelijk mensen willen aanbieden, zodra — zei een lid tijdens de algemene bespreking — de patiënt zijn situatie ondraaglijk vindt en zijn leven voor hem geen betekenis meer heeft.

Het doorslaggevende criterium is in het voorliggende voorstel de autonomie van de patiënt, vanuit subjectief oogpunt beschouwd.

Volgens de zes indieners is het dus niet *a priori* legitiem een onderscheid te maken tussen patiënten die in een terminale fase verkeren en andere patiënten zoals er al evenmin een verschil kan worden gemaakt tussen de patiënten die ondraaglijke pijn lijden en de anderen van wie het lijden kan worden gecontroleerd. Het kan volstaan dat de patiënt meent dat zijn pijn niet kan worden gelenigd. Wie kan immers beter dan de patiënt zelf uitmaken of de pijn ondraaglijk is?

In de Verenigde Staten wordt in de voorstellen tot het opnemen van de hulp bij medisch begeleide zelfdoding in een wet — die in verschillende landen werden verworpen — alleen geëist dat een bekwame patiënt lijdt aan een terminale ziekte en een duurzaam verzoek heeft geformuleerd om die hulp te krijgen.

Die patiënt moet niet lijden aan een pijnlijke terminale ziekte of indien hij daaraan lijdt kan hij pijnstillers krijgen die volgens de mening van de patiënt de fysieke pijn afdoende bestrijden.

Duidelijk is dat de angst voor het lijden of voor oncontroleerbare pijn een belangrijk argument is maar niet het argument bij uitstek dat euthanasie of hulp bij zelfdoding zou wettigen.

Spreekster verklaart zeer getroffen te zijn door het feit dat in het ontwerp van Nederlandse wet de arts het leven van de patiënt slechts opzettelijk kan beëindigen wanneer, nadat de zorgvuldigheidscriteria zijn in acht genomen, geen andere oplossing voorhanden is om de pijn te lenigen en daartoe al het mogelijke werd gedaan.

Volgens dit wetsontwerp moet men dus alvorens tot euthanasie over te gaan, al het mogelijke gedaan hebben om de pijn van de patiënt te lenigen.

Dat is niet het geval in het voorstel en in de amendementen van de zes indieners.

Euthanasie mag in de ogen van spreekster slechts een uitzonderlijke handeling zijn die een grondbeginsel schendt.

Niet uitdrukkelijk bepalen dat euthanasie slechts mogelijk is wanneer er geen andere aanvaardbare oplossing is, is derhalve een beetje lichtzinnig.

Le critère n'est-il pas la demande autonome du patient?

Les auteurs de la proposition l'ont compris puisqu'ils veulent offrir le bénéfice de l'euthanasie le plus largement possible, dès lors, a dit un membre lors de la discussion générale, que la situation du patient lui paraît intolérable, qu'elle n'a plus de signification pour lui.

Le critère décisif, dans la proposition à l'examen, est donc celui de l'autonomie du patient, considérée d'un point de vue subjectif.

Il n'est donc *a priori* pas légitime, selon les six auteurs, de faire une distinction entre les patients en phase terminale et ceux qui ne le sont pas, pas plus qu'il ne peut y avoir de différence entre les patients qui souffrent de douleurs intolérables et les autres, dont les souffrances peuvent être contrôlées. L'avis du patient selon lequel sa souffrance est inapaisable devrait suffire. Qui peut, en effet, mieux dire si la souffrance est insupportable, que le patient lui-même?

Ainsi, aux États-Unis, les propositions de légalisation de l'aide au suicide médicalisé — qui ont été rejetées dans plusieurs pays — exigeaient seulement qu'un patient capable soit atteint d'une maladie terminale, et exprime une requête persistante pour recevoir cette aide.

Ce patient ne doit pas souffrir d'une maladie terminale douloureuse, ou s'il en souffre, il peut recevoir des analgésiques qui, même de l'avis du patient, soulagent adéquatement la souffrance physique.

Ce qui est clair, c'est que la peur de la souffrance ou de la douleur incontrôlable est un argument important, mais n'est pas l'argument central qui justifierait une légalisation de l'aide au suicide ou de l'euthanasie.

L'intervenante se dit très frappée que, dans le projet de loi hollandais, après avoir respecté les critères de minutie, ce n'est que s'il n'y pas de solution possible pour apaiser les douleurs, alors que l'on a tout fait pour y arriver, que le médecin peut envisager de mettre fin délibérément à la vie du patient.

Donc, selon ce projet de loi, il faut, en amont de la pratique de l'euthanasie, avoir tout fait pour soulager les souffrances du patient.

Tel n'est pas le cas dans la proposition et dans les amendements des six auteurs.

Or, l'euthanasie ne peut être, aux yeux de l'intervenante, qu'un acte exceptionnel qui transgresse un principe fondamental.

Dès lors, ne pas prévoir de manière expresse qu'elle ne peut avoir lieu que lorsqu'il n'y a plus d'autre solution acceptable est un peu léger.

De subjectieve pijnbeleving van de patiënt is natuurlijk een zeer belangrijk gegeven.

Uit de hoorzittingen is evenwel ook gebleken dat op het gebied van de pijnbestrijding, overal in de wereld, enorme vooruitgang werd geboekt. Er werden pijnklinieken opgericht.

Het is niet mogelijk om in de nieuwe wetgeving geen rekening te houden met de ontwikkelingen op dit gebied.

Doch in werkelijkheid draait het hier niet om. De zes indieners wensen een wetgeving voor gevallen die uitzonderlijk blijven en waarin de betrokkene op subjectieve wijze oordeelt dat hij, in zijn toestand, niet of niet meer verder wil leven.

Er zou dus nood zijn aan een algemene wetgeving voor uitzonderlijke gevallen die eigenlijk van filosofische aard zijn. Het gaat om het recht van het individu om zijn dood vrij te kiezen, en niet om de vraag of er al dan niet pijn is.

In het voorliggende wetsvoorstel is dit filosofisch aspect veel belangrijker dan in de Nederlandse wet. Het bewijs daarvan is dat euthanasie niet gezien wordt als het ultieme redmiddel. Om over te gaan tot euthanasie, moet niet voldaan zijn aan de voorafgaande voorwaarde dat de arts over geen andere middelen beschikt om de pijn of de nood te lenigen.

Het is dus voornamelijk de patiënt die niet alleen bepaalt dat zijn pijn ondraaglijk is maar ook dat zij niet te lenigen is.

De begeleiding van de patiënt zorgt voor dit objectief gegeven dat onontbeerlijk is om de toestand van de patiënt in te schatten.

Het is onontbeerlijk dat de arts op het stuk van palliatieve zorgverlening en begeleiding van de patiënt onderlegd is want die zowel medische als psychologische begeleiding is van het allergrootste belang om het lijden te kunnen dragen.

De Nederlandse wet stelt als voorwaarde dat de arts samen met de patiënt tot de overtuiging moet zijn gekomen dat er geen andere redelijke oplossing is voor de toestand waarin de patiënt zich bevindt.

In het voorliggende wetsvoorstel is er uiteindelijk geen sprake van een reëel objectief criterium en de mening van de patiënt heeft enigszins de overhand op het oordeel van de arts.

Het enige reëel objectieve criterium dat lijkt over te blijven is dat van de ernstige en ongeneeslijke ziekte, maar in hoeverre is dit criterium werkelijk objectief?

Het is raadzaam de criteria die in het wetsvoorstel aan bod komen kort te onderzoeken.

De patiënt moet zich bevinden in een medisch uitzichtloze toestand van aanhoudende en ondraaglijke

Bien sûr, la perception subjective que le patient a de sa souffrance est un élément très important.

Cependant, les auditions ont montré aussi que l'on fait d'énormes progrès dans le soulagement de la douleur, partout dans le monde. Des cliniques de la douleur sont créées.

On ne peut pas ne pas tenir compte de manière objective, dans la future législation, de l'évolution en cette matière.

Mais en réalité, ce n'est pas de cela qu'il s'agit ici. Les six auteurs souhaitent une législation pour les cas qui restent exceptionnels, et où l'intéressé juge, de façon subjective, qu'il ne veut pas ou plus de sa situation.

Il faudrait donc une législation générale pour des cas exceptionnels, qui sont en fait de nature plutôt philosophique. C'est du droit de choisir sa mort dont il s'agit, et non de la présence ou de l'absence de la douleur.

Dans la proposition à l'examen, plus encore que dans la loi hollandaise, cet aspect philosophique est très présent. La preuve en est que l'euthanasie n'est pas vue comme le remède ultime. Il n'est pas posé comme condition préalable à la pratique de l'euthanasie que le médecin ne doit pas disposer d'autres moyens pour apaiser la douleur ou la détresse.

C'est donc essentiellement le patient qui détermine, non seulement si sa peine est insupportable, mais aussi si elle est apaisable.

L'accompagnement du patient apporte cet élément objectif indispensable pour apprécier la situation du patient.

Il est indispensable que le médecin possède une compétence particulière en soins palliatifs et en accompagnement du patient, car cet accompagnement, tant médical que psychologique, est primordial pour supporter la souffrance.

La loi hollandaise, il faut le rappeler, pose comme condition que le médecin doit s'être forgé la conviction avec le patient que, pour la situation dans laquelle il se trouve, il n'y a pas d'autre solution raisonnable («... geen andere redelijke oplossing»).

Dans la proposition à l'examen, il n'y a, en définitive, pas de critère objectif réel, et l'avis du patient prime, d'une certaine façon, sur le jugement du médecin.

Le seul critère réellement objectif qui semble subsister est celui de la maladie grave et incurable, mais en quoi ce critère est-il vraiment objectif?

Il y a lieu d'examiner brièvement les critères développés dans la proposition de loi.

Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue, et faire état d'une souffrance ou d'une

pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Volgens de tekst is de pijn een gekend gegeven. Men weet ook dat men kan lijden zonder pijn te ervaren of pijn kan hebben zonder te lijden.

Pijn kan thans in de meeste gevallen onder controle worden gehouden.

Er is geen objectief verband tussen het lijden en de medische toestand van een patiënt.

Een patiënt kan lijden zonder dat dat lijden volledig of zelfs vooral het resultaat is van fysieke pijn.

Ook al is het lijden een zeer belangrijk gegeven, medisch kan het niet makkelijk geobjectiveerd worden.

Spreekster verwijst opnieuw naar de brief die de commissieleden ontvangen hebben van de vereniging van artsen-specialisten. De voorgestelde criteria zouden moeten worden getoetst aan de opmerkingen van die artsen.

Het begrip nood is per definitie een subjectief en vaag begrip, aangezien het verwijst naar wat iemand persoonlijk heeft meegemaakt. Dat is niet medisch objectiveerbaar.

Wat betreft het criterium «uitzichtloze medische situatie» wordt kennelijk zowel de psychische als de somatische toestand bedoeld.

Het ontwerp van Nederlandse wet heeft de verdienste duidelijk te zijn. Het gaat niet om een uitzichtloze toestand vanuit medisch oogpunt, het is juist te zeggen dat het gaat om een uitzichtloos lijden dat voor de patiënt ondraaglijk is.

(«De arts moet de overtuiging gekregen hebben dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt»).

Spreekster heeft derhalve vragen over de samenvoeging van de woorden «medisch» en «uitzichtloos» in de tekst die ter bespreking voorligt.

De woorden «ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening» kunnen verwijzen naar uiteenlopende, ja zelfs oneindig vele toestanden hoewel, zoals een vorige spreker heeft opgemerkt, men thans niet in staat is om een lijst van aandoeningen op te stellen die als basis zou kunnen dienen voor de artsen.

Wat betreft de psychologische en psychiatrische aandoeningen wenst spreekster heel wat voorbehoud te maken bij de voorliggende tekst waarvan het toepassingsgebied haar uitermate ruim lijkt en dat op een ogenblik waarop men het constant heeft over afhankelijkheid.

détresse constante et insupportable, qui ne peut être apaisée, et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

La souffrance est une donnée connue, selon le texte. On sait aussi que l'on peut souffrir sans éprouver de douleur, ou avoir des douleurs sans souffrir.

La douleur peut, à l'heure actuelle, être contrôlée dans la plupart des cas.

La souffrance n'a pas de corrélation objective avec la situation médicale d'un patient.

En particulier, un patient peut souffrir, sans que cette souffrance soit entièrement ou même essentiellement le résultat d'une douleur physique.

La souffrance, si elle constitue un élément très important, n'est donc pas une donnée facilement objectivable en termes médicaux.

L'intervenante renvoie à nouveau au courrier adressé aux commissaires par l'association des médecins spécialistes. Les critères proposés méritent d'être examinés à la lumière des observations de ces médecins.

Quant à la détresse, il s'agit, par définition, d'une notion subjective et floue, puisqu'elle se réfère au vécu personnel de chacun, et non médicalement objectivable.

En ce qui concerne le critère de «situation médicale sans issue», il vise apparemment tant la situation psychique que la situation somatique.

Le projet de loi hollandais a le mérite de la clarté. Il ne s'agit pas d'une situation sans issue d'un point de vue médical, mais il est plus juste de dire qu'il s'agit d'une souffrance sans issue et insupportable pour le patient.

L'intervenante s'interroge dès lors sur la conjonction des termes «médicale» et «sans issue» dans le texte à l'examen.

Quant aux termes «affection accidentelle ou pathologique grave et incurable», ils peuvent renvoyer à une diversité, voire à une infinité de situations, même si, comme le disait un précédent orateur, on ne peut établir maintenant une liste d'affections qui pourraient servir de base à la réflexion des médecins.

En ce qui concerne les affections psychologiques et psychiatriques, l'intervenante exprime des réticences par rapport au texte en discussion, dont le champ d'application lui paraît extrêmement large, à une époque où l'on parle tant de dépendance.

Hoe moet de toepassingsfeer van de wet omschreven worden? Het sleutelbegrip lijkt hier het al dan niet bestaan van een medisch te objectiveren toestand te zijn die niet kan verbeteren. De levenskwaliteit van de betrokkene wordt er zo erg door aangetast dat hij aanhoudende en ondraaglijke pijn lijdt; dat kan zowel het verlies van het gezichtsvermogen zijn als een volledige verlamming van het lichaam of een chronische neiging tot depressie. De beslissing moet door de patiënt zelf op autonome wijze en weloverwogen genomen worden.

De enige gevallen waarin euthanasie niet wordt aanvaard, lijken dus die te zijn waarin de betrokkene eveneens aanhoudende ondraaglijke en niet te lenigen pijn lijdt om andere dan medische redenen.

Men kan zich wel afvragen of die grens rationeel is wanneer men geconfronteerd wordt met de problematiek van de hulp bij zelfdoding.

Er werd herhaaldelijk gezegd dat zelfmoord en hulp bij zelfdoding niet strafrechtelijk vervolgd worden maar men neemt in het wetsvoorstel redenen op die kunnen worden aangevoerd om een hulp bij zelfdoding te vragen en men vermedicaliseert deze aangelegenheid.

Uiteindelijk is het zeer moeilijk om een grens te trekken tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding en vooral tussen de medische handeling en de niet medische handeling.

Precies dit punt zet thans de medische wereld aan tot bezinning en reactie.

Tot op heden was de arts er om de patiënt te genezen, te verzorgen en te begeleiden. Dat was in het algemeen zo en in het bijzonder in de terminale fase.

Doet men door een zo ruim wetsvoorstel op te stellen geen afbreuk aan een georganiseerd beroep dat het vertrouwen van het publiek geniet?

Het is immers een derde aan wie de Staat taken van openbare dienst heeft opgedragen.

Vraagt men niet aan de arts dat hij zich bezighoudt met aangelegenheden die niets te maken hebben met zijn beroep?

Het lijkt dus wel degelijk dat de grens tussen lijden of nood die het gevolg zijn van een objectieve medische toestand en andere soorten nood die niet medisch omschreven worden, steeds denkbeeldiger wordt.

Uit vermaarde studies van psychiaters (in de geriatrie in het bijzonder) die dagelijks werken met gevallen van mensen met een zelfmoordneiging en van psychologen die gespecialiseerd zijn in de analyse van zelfmoordgedrag, blijkt dat zelfmoord zich zelden voordoet wanneer er geen grote psychiatrische stoornis is. Zulks blijkt ook te kloppen voor bejaarden.

Comment circonscrire le champ d'application de la loi? Le facteur-clé semble être ici la présence ou l'absence d'une situation médicale objective qui ne peut s'améliorer. La qualité de la vie de la personne s'en trouve profondément affectée, au point qu'elle en souffre de manière constante et intolérable; cela peut être aussi bien la perte de la vue qu'une paralysie complète du corps ou une tendance dépressive chronique. La décision doit être prise par le patient de manière autonome et réfléchie.

Il semble donc que les seuls cas où l'euthanasie ne sera pas admise sont ceux où la personne souffre de manière tout aussi constante, intolérable et inapaisable pour des motifs autres que médicaux.

Cependant, si l'on se trouve dans la problématique du suicide assisté, cette frontière est-elle rationnelle?

Il a été dit à plusieurs reprises que le suicide, et l'assistance au suicide, n'étaient pas pénalement punissables, mais on met dans la proposition de loi les motifs pour lesquels un suicide assisté pourrait être demandé, et l'on médicalise cette matière.

En définitive, la frontière entre l'euthanasie et le suicide assisté, et surtout entre l'acte médical et l'acte non médical, devient extrêmement difficile à cerner.

C'est sur ce point que les professions médicales réfléchissent et réagissent actuellement.

Jusqu'à présent, le médecin était là pour guérir, soigner et accompagner le patient, de façon générale, et notamment en phase terminale.

Par une proposition de loi aussi large, ne touche-t-on pas fondamentalement à une profession organisée, qui jouit de la confiance du public?

En effet, le médecin est un tiers à qui l'État a confié des missions de service public.

Ne demande-t-on pas au médecin de s'occuper de matières qui ne relèvent pas de sa profession?

Il semble donc bien que la frontière entre la souffrance ou la détresse résultant d'une condition médicale objective et les autres types de détresse qui ne seraient pas qualifiées de médicales devient de plus en plus illusoire.

Des études réputées de psychiatres (gériatriques en particulier), qui travaillent quotidiennement sur les cas de personnes à tendance suicidaire, et de psychologues spécialisés dans l'analyse des comportements suicidaires, indiquent qu'un suicide se produit rarement en l'absence d'un désordre psychiatrique majeur, et que cela est vrai aussi pour les personnes âgées.

De deskundigen onderschatten overigens steeds het onvermogen van depressieve personen om de ernst van hun symptomen in te schatten en het onvermogen van artsen om grote depressies in het bijzonder bij bejaarden op te sporen.

Mensen met zelfmoordneigingen bezwijken voor een toestand die zij ervaren als aanhoudende en almachtige pressie in hun omgeving die hen ertoe aanzet niet meer verder te willen leven.

Dit gevoel van pressie kan tot uiting komen op verschillende manieren: angst, isolement, overbodigheid, ...

Spreekster onderstreept dat de parlementsleden nog steeds heel veel brieven krijgen over de euthanasieproblematiek.

De voorzitter van de Belgische vereniging voor gerontologie en geriatrie en heel zijn team hebben hun vrees geuit over de toepassings sfeer van de tekst.

De amendementen bevatten weliswaar meer zorgvuldigheidscriteria dan de oorspronkelijke tekst, maar men onderschat toch de invloed van een dergelijke wetgeving op bejaarden.

Men ziet meteen dat een wetgeving die een handeling met een zo ruim toepassingsgebied uit het strafrecht haalt en toestaat op grond van de autonomie van de patiënt, waarbij de palliatieve zorg en de begeleiding van de zieke worden voorgesteld als een optie en niet als een voorafgaande voorwaarde, indruist tegen een algemeen gevoel van menselijkheid.

Een vorige spreker heeft argumenten uit het internationaal recht en de rechtsvergelijking aangevoerd die vrij duidelijk zijn.

Spreekster blijft, wat haar betreft, uitermate verwonderd over het wetgevend werk dat thans in België tot stand is gebracht, vooral wanneer men een vergelijking maakt met de toestand in enkele landen die, Nederland buiten beschouwing gelaten, dezelfde oefening hebben gemaakt.

In Australië heeft het constitutioneel hof de wetgeving verbroken. In de Verenigde Staten heeft Californië een wet gemaakt, niet over de terminale fase, maar over de hulp bij zelfdoding.

Over deze vrij verregaande wetgeving is momenteel een beroepsprocedure hangende bij de bevoegde overheden op basis van grondwettelijke argumenten.

In Californië is het dus ondenkbaar een arts te vragen zulk een ernstige daad uit te voeren. Zelfmoord wordt er blijkbaar beter aanvaard, aangezien die handeling niet de fundamentele ondergraaf van een beroep dat gericht moet zijn op genezen en verzorgen.

Par ailleurs, les experts sous-estiment toujours l'incapacité des personnes dépressives à reconnaître la sévérité de leurs symptômes, et l'incapacité des médecins à détecter des dépressions majeures, singulièrement chez les patients âgés.

Les personnes suicidaires succombent à ce qu'elles expérimentent comme une pression toute puissante et persistante dans leur environnement, qui les pousse à cesser de vivre.

Ce sentiment de pression peut s'exprimer de différentes façons : peur, isolement, inutilité, ...

L'intervenante souligne que les parlementaires continuent à recevoir un abondant courrier sur la problématique de l'euthanasie.

Le président de la société nationale de gérontologie et de gériatrie de Belgique et toute son équipe ont ainsi exprimé d'énormes craintes au sujet du champ d'application du texte.

Les amendements contiennent certes plus de critères de minutie que le texte initial, mais on sous-estime quand même l'impact d'une telle législation sur les personnes âgées.

On voit d'emblée qu'une législation qui dépénalise et autorise une pratique de façon aussi générale, avec un champ d'application aussi extensif, sur base de l'autonomie du patient, en présentant les soins palliatifs et l'accompagnement du malade comme une option, et non comme un préalable, heurte profondément un sentiment d'humanité.

Un précédent intervenant a développé des arguments tirés du droit international et du droit comparé, et qui sont assez éclairants.

L'intervenante reste pour sa part très perplexe quant au travail législatif actuellement réalisé en Belgique, quand on voit la situation des quelques pays qui, mise à part la toute nouvelle loi hollandaise, ont fait le même exercice.

En Australie, la Cour constitutionnelle a cassé la législation. Aux États-Unis, la Californie a légiféré, non sur la phase terminale, mais sur le suicide assisté.

Cette législation, qui va fort loin, fait actuellement l'objet d'un recours fondé sur des arguments d'inconstitutionnalité, devant les autorités qui ont pouvoir de se prononcer sur ce point.

Pour la Californie, il est donc inconcevable de demander à un médecin de poser un acte aussi grave. Par contre, le suicide y est apparemment plus acceptable, parce qu'il ne met pas en cause une profession qui est là pour guérir et soigner.

De debatten in België zijn al ver gevorderd, maar de discussies in andere landen kunnen het debat nog voeden.

We moeten de tijd nemen om na te gaan of we op de goede weg zitten. Het is immers niet onbelangrijk dat buitenlandse grondwettelijke hoven vragen stellen bij het nut van een wetgeving, niet louter uit liefde voor het recht, maar omdat het recht slechts een uiting is van de keuzes van een samenleving voor bepaalde waarden.

Mocht de tekst in zijn huidige vorm goedgekeurd worden, zal spreekster persoonlijk veel aandacht besteden aan de reacties van andere landen, aan de manier waarop onze wetgeving er onthaald zal worden en aan de reactie van het internationale medisch korps, dat zich veel vragen lijkt te stellen bij zowel de Nederlandse als de Belgische tekst.

Volgens de contacten die spreekster gehad heeft met buitenlandse artsen, lijkt de Nederlandse handelwijze erg apart in vergelijking met de Europese en internationale context.

Zij besluit dat, ook al is het onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase moeilijk te maken, het toch niet onmogelijk is de begrippen «terminale fase» en «patiënt in een stervensfase» nader te bepalen.

We kunnen hiervoor een beroep doen op begrippen als de prognose van overlijden op korte termijn of een toestand die onvermijdelijk spoedig tot de dood zal leiden.

De fractie van spreekster meent dat een wet enkel de terminale fase mag regelen, en niet de situaties als bedoeld in het tweede deel van dit voorstel.

Ook al heeft artikel 3 van het voorstel dan misschien een breed toepassingsveld, toch is het beperkt omdat het enkel doelt op euthanasie. Het valt te betreuren dat een wetsvoorstel over euthanasie er enkel op gericht is euthanasie uit het strafrecht te halen en geen rekening houdt met andere beslissingen over het levenseinde, zoals de stopzetting van een behandeling of de beslissing om niet met een behandeling te beginnen.

Het idee om mensen schriftelijk te laten meedelen welke wensen zij hebben met betrekking tot hun levenseinde, is goed.

De wensen van de patiënt mogen echter niet beperkt worden tot een eventueel verzoek om euthanasie. De patiënt moet al zijn wensen met betrekking tot zijn levenseinde kenbaar kunnen maken, en dan met name zijn wensen in verband met het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze medische behandelingen en met het stopzetten van een behandeling. Spreekster is er immers van overtuigd dat precies daar de kern van het probleem zit.

Les débats en Belgique sont très avancés, mais ils peuvent utilement s'enrichir de la réflexion menée dans d'autres pays.

Il faut prendre le temps de réfléchir pour voir si l'on ne fait pas fausse route, car il n'est pas anodin que des cours constitutionnelles étrangères s'interrogent sur l'opportunité d'une législation, non par simple amour du droit, mais parce que celui-ci n'est qu'un instrument pour exprimer des choix de valeurs dans une société.

L'intervenante déclare qu'à titre personnel, si le texte à l'examen était voté dans son état actuel, elle serait très attentive aux réactions dans les autres pays, à la manière dont notre législation y serait reçue, et en particulier à la réaction du corps médical international, où le texte belge, tout comme le texte hollandais, semble susciter bon nombre d'interrogations.

D'après les contacts que l'intervenante a pu avoir avec des médecins étrangers, la pratique hollandaise semble rester une pratique très spécifique par rapport à une cohérence européenne et internationale.

Elle conclut que, si la distinction entre phase terminale et phase non terminale peut paraître malaisée, la notion de phase terminale et de patient en fin de vie n'est cependant pas impossible à cerner.

On peut le faire en faisant appel à des notions telles que le pronostic de décès à brève échéance, ou la situation débouchant inévitablement et rapidement sur la mort.

La position du groupe de l'intervenante est de voir réglementer dans une loi uniquement la phase terminale, et pas les situations visées dans le deuxième volet de la proposition à l'examen.

Par ailleurs, l'article 3 de celle-ci, s'il est très large dans son champ d'application, est restreint dans la mesure où il ne vise que l'euthanasie. On peut déplore qu'une proposition de loi sur l'euthanasie ne vise que la dépénalisation telle qu'elle est formulée, et qu'elle n'englobe pas toutes les autres décisions de fin de vie, et notamment l'arrêt de traitement, ou la décision de ne pas entreprendre de traitement.

L'idée, contenue dans la proposition de loi, de permettre aux personnes de mettre par écrit ce qu'elles souhaitent pour leur fin de vie est bonne.

Il ne faut cependant pas limiter les souhaits d'un patient à sa demande éventuelle d'euthanasie, mais il faut qu'il puisse exprimer tous ses souhaits quant à la fin de vie, notamment par rapport à l'acharnement thérapeutique et à l'arrêt de traitement, car, l'intervenante en est convaincue, les problèmes qui se posent actuellement sont ceux-là.

Wat betreft de algemene filosofie van de amendementen van de zes indieners, de controle en de oprichting van een evaluatiecommissie, zegt spreekster ten slotte dat de problemen die daar volgens haar over rijzen, later aan bod zullen komen bij de bespreking van een ander artikel. Wel verwijst zij alvast naar wat hierover in Nederland is bepaald.

Een ander lid stelt vast dat artikel 3 een centrale bepaling in het wetsvoorstel bevat die niet besproken kan worden zonder verwijzing naar amendement nr. 14, dat een aantal wijzigingen voorstelt in de oorspronkelijke tekst.

Artikel 3 bepaalt ook de voorwaarden — materiële elementen, zoals een vorige spreker ze genoemd heeft — die de arts moet naleven als hij euthanasie als gedefinieerd in artikel 2 op een wettelijk toegestane wijze wil uitvoeren.

Spreekster heeft een aantal inhoudelijke opmerkingen en opmerkingen over het gekozen juridisch middel.

Inhoudelijk moet men zich ten eerste afvragen wie om euthanasie als gedefinieerd in artikel 2 kan vragen en wie er van kan «genieten».

Het voorstel en de amendementen bepalen dat het om meerderjarigen gaat. Een vorige spreker heeft het in dit verband gehad over de «ontvoogde minderjarige».

Spreekster heeft een amendement ingediend om dit begrip te schrappen (*cf. infra*) omdat volgens haar deze wet op geen enkele minderjarige van toepassing mag zijn.

Ook het begrip «bekwaam» is een probleem. De indieners moeten verduidelijken wat zij daar precies mee bedoelen.

Personen met een statuut van verlengde minderjarigheid zijn niet «bekwaam» in de juridische zin van het woord. Mevrouw Kempeneers, vertegenwoordigster van de ANHAM (vereniging voor mentaal gehandicapten), heeft tijdens de hoorzitting benadrukt dat er rechtsbekwame personen zijn met een lichte mentale handicap waardoor hun bekwaamheid twijfelachtig wordt en waardoor zij begeleid moeten worden.

In amendement nr. 14 wordt ook gesproken over een patiënt die bewust is op het ogenblik van zijn verzoek.

Is het dan voldoende om bewust geweest te zijn?

Kan de formulering van de tekst geen aanleiding geven tot allerlei juridische betwistingen?

Het verbond van specialisten en de vereniging van psychologen van de UCL hebben ook een ander element aangehaald.

Enfin, quant à la philosophie générale des amendements des six auteurs en ce qui concerne le contrôle, et la mise en place d'une commission d'évaluation, les problèmes qu'elle suscite aux yeux de l'intervenante seront développés plus loin, lorsqu'il en sera question à un autre article, mais elle renvoie d'ores et déjà à ce qui a été prévu aux Pays-Bas à ce sujet.

Un autre membre constate que l'article 3 constitue une disposition centrale de la proposition de loi, que l'on ne peut aborder sans se référer en même temps à l'amendement n° 14, qui apporte un certain nombre de modifications au texte initial.

L'article 3 définit à la fois les conditions — les éléments matériels, comme l'a dit un précédent intervenant — que le médecin doit respecter s'il veut voir l'acte d'euthanasie tel que défini à l'article 2 justifié aux yeux de la loi.

L'intervenante souhaite formuler des observations tant sur le fond que sur le dispositif juridique choisi.

Quant au fond, la question se pose tout d'abord de savoir qui peut demander, et éventuellement «bénéficiaire» de l'euthanasie telle que définie à l'article 2.

La proposition et les amendements prévoient qu'il s'agit des majeurs. Un précédent intervenant a évoqué à ce sujet la notion de mineur émancipé.

L'intervenante a déposé un amendement tendant à supprimer cette notion (voir *infra*), car il lui semble que tous les mineurs doivent en tout cas être exclus du champ d'application de la loi.

La notion de «capable» pose également problème. Il faudrait que les auteurs précisent ce qu'ils entendent exactement par là.

Au sens juridique du terme, les personnes sous statut de minorité prolongée, par exemple, ne sont pas capables. Cependant, Mme Kempeneers, représentante de l'ANHAM, a souligné, lors de son audition, qu'il y avait des personnes qui ont la capacité juridique, mais sont atteintes d'un handicap mental léger qui rend leur capacité aléatoire, et qui nécessite un accompagnement.

L'amendement n° 14 parle aussi d'une personne consciente au moment de la formation de la demande.

Suffit-il d'avoir été, au départ, conscient?

La formulation du texte ne risque-t-elle pas de donner lieu à toutes sortes de contestations juridiques?

Un deuxième élément a été rappelé, notamment, par le groupement des médecins spécialistes et par l'association des psychologues de l'UCL.

Het wetsvoorstel maakt namelijk geen onderscheid tussen de terminale en de niet-terminale fase, waardoor er niet alleen vragen rijzen over de inhoud (gaat het nog wel om een situatie waarvoor de geneeskunde bevoegd is) maar ook over de vorm.

Want hoewel er geen enkel inhoudelijk onderscheid wordt gemaakt tussen het lijden van een terminale patiënt en dat van een niet-terminale patiënt, wordt er wel een onderscheid gemaakt in de procedure.

Wie gaat echter bepalen of een patiënt al dan niet terminaal is? Sommigen (dokter Clumeck, het verbond van specialisten) hebben zich afgevraagd of het niet raadzaam is de vraag *a priori* te stellen aan de evaluatiecommissie die wordt opgericht.

De definitie van de terminale fase moet besproken worden. Spreekster meent dat er hierover een consensus gevonden moet kunnen worden op basis van de elementen uit de hoorzittingen en uit bestaande studies.

De terminale fase zou de fase kunnen zijn waarin de dood onvermijdelijk op korte termijn zal intreden. Dit lijkt een aanvaardbare definitie, zowel medisch gezien als op basis van de realiteit.

Spreekster verwijst naar het verbond van specialisten, dat schrijft dat het feit dat er geen enkel onderscheid wordt gemaakt tussen een terminale en een niet-terminale patiënt, leidt tot een essentieel bezwaar tegen de geamendeerde tekst, niet alleen om principiële redenen, maar ook omdat op die manier een aantal belangrijke problemen niet opgelost worden. Bij de terminale patiënt is het duidelijk dat de afloop fataal zal zijn. De artsen kunnen hun handelingen dan ook aanpassen aan het algemeen kader van het consensueel medisch-professioneel model. Bij niet-terminale patiënten echter is de situatie totaal anders, en zeker als het gaat om de bredere context van situaties die subjectief als ongeneeslijk worden beschouwd.

Net als de verschillende studies (uit de studie van de *Lancet*, maar ook de studie van *Test Aankoop*, hoewel volgens spreekster de intellectuele basis en de cijfers erg zwak zijn) tonen deze artsen aan dat de bevolking er wel voor te vinden is in verschillende situaties, en met name in de terminale fase, maar dat het medisch en verplegend corps erg terughoudend is: minder dan 40 % is voorstander van euthanasie in de terminale fase, en nog minder in de niet-terminale fase.

Dit is een fundamenteel debat. Spreekster zou willen dat de problemen niet langer door elkaar behandeld worden en dat er in eerste instantie gesproken wordt over zaken waarover bij de bevolking en bij het medisch corps een consensus bestaat en over medisch-professioneel objectiveerbare zaken.

Il s'agit du fait que la proposition de loi ne fait pas de distinction entre phases terminale et non terminale, ce qui entraîne non seulement des questions de fond (s'agit-il encore d'une situation relevant de l'art médical?), mais aussi de forme.

En effet, si aucune différence de fond n'est faite entre la situation de souffrance du patient terminal et celle du malade non terminal, on introduit cependant une différence au niveau de la procédure.

Mais qui va déterminer si l'on est ou non en phase terminale? Certains (le docteur Clumeck, le groupement des médecins spécialistes) se sont demandés s'il ne serait pas utile de poser la question *a priori* à l'instance d'évaluation que l'on crée.

La définition de phase terminale mérite une discussion. L'intervenante estime que l'on pourrait trouver un consensus sur ce point, sur la base des éléments fournis par les auditions et des études existantes.

On pourrait parler de phase terminale lorsque le décès est inéluctable à brève échéance, ce qui paraît acceptable sur le plan tant médical que de la simple réalité.

L'intervenante se réfère à ce qu'écrit le groupement des spécialistes: « Le fait qu'aucune distinction n'est établie entre le patient terminal et le patient non terminal est à l'origine d'une objection fondamentale à l'encontre du texte amendé, et ce non seulement pour des raisons de principe, mais également parce que, ainsi, un certain nombre de problèmes importants restent sans solution. Dans le cas du patient terminal, l'issue fatale de la situation est certainement suffisamment claire et les médecins peuvent ajuster leurs actes au cadre général d'un modèle consensuel médico-professionnel. Dans le cas de patients non terminaux — et ce d'autant plus si on inscrit cela dans un contexte largement défini de situations subjectivement incurables — il en va tout autrement. »

Ces médecins et les différentes enquêtes réalisées (celle du *Lancet*, et même celle de *Test Achats*, bien que la base intellectuelle et les chiffres paraissent assez faibles à l'intervenante) ont montré clairement que, dans les cas de figure présentés, si la population apparaît globalement d'accord vis à vis de certaines situations, à savoir la phase terminale, le corps médical et infirmier est plus que réticent: moins de 40 % est favorable à l'euthanasie en phase terminale, et encore beaucoup moins dans la phase non terminale.

Ce débat est fondamental. L'intervenante plaide pour que l'on ne mélange pas tous les problèmes, et que l'on se limite, en un premier temps, à ce qui suscite le plus de consensus dans la population et dans le corps médical, et à ce qui est le plus objectivable sur le plan médico-professionnel.

Hoe moet de « medisch uitzichtloze situatie » gedefinieerd worden? Wie gaat deze situaties beoordelen? Wat moet er gebeuren met voor dokters alledaagse situaties die niet in het wetsvoorstel zijn opgenomen?

Hoe meer een situatie bij wet wordt bepaald, hoe ingewikkelder de zaken in de praktijk worden en hoe vaker dokters zich zullen bevinden in situaties waarin zij niet langer weten wat mag en wat niet mag.

Veel dokters, voornamelijk artsen op intensive care, vragen dat hun taak niet nog ingewikkelder wordt gemaakt.

Als bepaalde erg specifieke situaties bij wet geregeld worden, verzwakt men ongewild de positie van de dokters in alle andere niet bij wet geregelde situaties.

Het is niet voldoende hiervoor te verwijzen naar het begrip noodtoestand.

Spreekster maakt nog enkele algemene opmerkingen over de tekst zelf en over de beschrijving van de verschillende situaties in het voorstel.

Om te beginnen vraagt zij zich af over welke rechtsfiguur we het hebben met betrekking tot het huidige strafrechtelijk verbod op moord? Een vorige spreker heeft al een aantal elementen toegelicht. Spreekster verwijst naar de hoorzitting van de heer Dalcq en van professor Messine, die beiden duidelijk hebben gezegd dat artsen momenteel voor elke medische handeling op de een of andere manier onderworpen zijn aan de bepalingen van de strafwet.

Zij hebben ook uitgelegd dat een arts die tijdens de uitoefening van zijn beroep handelingen uitvoert conform de medische deontologie, impliciet gerechtvaardigd wordt ten opzichte van de handelingen die hij uitvoert als chirurg of als arts.

Het artikel moet duidelijk zijn met betrekking tot de rechtsfiguur.

Het is beter om een expliciete bepaling te hebben dan een impliciete regel die de arts toestemming zou geven om onder bepaalde voorwaarden euthanasie toe te passen. Zoals het nu geformuleerd is, bevat het amendement een halfslachtige en onduidelijke formule. Het lijkt erop dat euthanasie uit het strafrecht wordt gehaald, terwijl de indieners van het amendement uitgelegd hebben dat zij het verbod willen behouden maar dat zij een aantal handelingen willen toelaten.

Spreekster heeft daarom een aantal amendementen ingediend die ertoe strekken de gebruikte rechtsfiguur te verduidelijken (*cf. infra*).

Uit een parallelle lezing van § 1 en § 3 van het in amendement nr. 14 voorgestelde artikel 3 blijkt dat

En ce qui concerne la « situation médicale sans issue », comment la définir? Qui va juger de ces situations? Que fera-t-on de toutes les situations qui sont la réalité de terrain, qui ne sont pas prises en compte par la proposition, et qui sont le lot quotidien des médecins?

Plus on fige une situation dans une loi, plus on complique les choses sur le terrain, et plus les médecins vont se trouver devant des situations où ils ne savent pas ce qui leur est permis, et ce qui ne l'est pas.

Beaucoup de médecins, notamment des intensivistes, ont demandé que l'on ne complique pas encore davantage leur tâche.

Qu'on le veuille ou non, lorsqu'on règle certaines situations très précises dans la loi, on fragilise la position des médecins dans toutes les autres situations qui ne sont pas visées par la loi.

À cet égard, le renvoi à la notion d'état de nécessité ne constitue pas une réponse suffisante.

L'intervenante formule ensuite plusieurs remarques générales relatives au dispositif lui-même, et à la manière dont les différentes situations sont décrites dans la proposition.

Tout d'abord, au regard de l'interdit pénal actuel du meurtre, dans quelle figure juridique se situe-t-on ici? Un précédent intervenant a déjà explicité un certain nombre d'éléments à cet égard. L'intervenante s'en réfère à l'audition de M. Roger Dalcq et du professeur Messine, qui ont tous deux expliqué que les médecins se trouvaient aujourd'hui, par rapport à tous les actes médicaux qu'ils posent, passibles, d'une manière ou d'une autre, des dispositions du Code pénal.

Néanmoins, ont-ils expliqué, le médecin qui agit dans le cadre de sa profession et conformément à sa déontologie médicale se trouve implicitement justifié par rapport aux actes qu'il pose comme chirurgien, ou comme médecin.

L'article devrait être clair par rapport à la figure juridique dans laquelle il s'inscrit.

Il est préférable de prévoir une disposition explicite, plutôt qu'une règle implicite, par laquelle le médecin serait autorisé, dans certaines conditions, à pratiquer un acte d'euthanasie. Dans sa formulation actuelle, l'amendement contient une formule batarde et peu claire. On se trouve dans le cadre d'une dépenalisation, alors que les auteurs de l'amendement ont expliqué qu'ils voulaient maintenir entier l'interdit pénal, mais que, par ailleurs, on pourrait voir justifier un certain nombre d'actes.

C'est pourquoi l'intervenante a déposé une série d'amendements tendant à clarifier la figure juridique dans laquelle on s'inscrit (*voir infra*).

En outre, si on lit en parallèle le § 1^{er} et le § 3 de l'article 3 proposé à l'amendement n° 14, on constate

bepaalde elementen elkaar overlappen en dat men niet weet of het gaat om elementen uit de rechtsfiguur van toestemming of om procedure-elementen.

De verenigde commissies hebben de definitie van artikel 2 goedgekeurd. Spreekster blijft dit betreurenswaardig vinden.

In de Nederlandse wet wordt de term euthanasie niet gebruikt, net zomin trouwens als in sommige reeds ingediende Belgische wetsvoorstellen (cf. een wetsvoorstel van de heer Monfils, waarin niet wordt gesproken over euthanasie, maar over levensbeëindiging).

Artikel 2 heeft het over «de betrokkene», terwijl artikel 3 over «de patiënt» gaat. Spreekster benadrukt dat deze twee termen niet gelijkwaardig zijn.

De tweede term geeft duidelijk aan dat we ons in de sfeer van de geneeskunde bevinden.

De tekst heeft het ook over «het verzoek» en over «het ogenblik van zijn verzoek».

In de eerste plaats zal dit leiden tot een afzwakking van alle gevallen waarin geen aanvraag geformuleerd werd, en de verwijzing naar de noodtoestand, die momenteel van toepassing is in dit soort gevallen, zal niet volstaan, aangezien ondertussen een wet betreffende sommige beperkte gevallen aangenomen zal zijn.

Wat zal bovendien de burgerlijke aansprakelijkheid van de arts zijn?

Amendement nr. 14 gebruikt ook de formule «wanneer (de arts) vaststelt dat ...».

De Nederlandse wet is veel duidelijker, aangezien de arts zekerheid moet hebben. Spreekster kondigt aan dat een amendement in die zin ingediend zal worden.

Het begrip «schriftelijk verzoek» stelt ook problemen.

Dit kan voor de patiënt wel een vorm van zekerheid bieden, alhoewel de rechtbanken niet altijd een absolute waarde hechten aan dergelijke schriftelijke verzoeken.

De Belgische Vereniging voor gerontologie en geriatrie heeft echter gewezen op de toestand waarin oudere mensen zich bevinden: «geriaters horen inderdaad oude mensen klagen over het feit dat zij zich overbodig voelen of een last zijn voor de anderen. Zij hebben dus redenen om te vrezen dat het huidige voorstel om euthanasie niet langer strafbaar te stellen zal leiden tot aanvragen of beslissingen aangaande het levenseinde om dergelijke redenen, of zelfs om economische redenen, vanwege mensen die te lang het gevoel hebben gehad dat zij een last zijn voor de samenleving of voor hun verwanten. Zij hebben ook

que certains éléments se superposent, et l'on ne sait pas si l'on se trouve devant des éléments du cas de figure de la permission, ou devant des éléments de procédure.

Par ailleurs, les commissions réunies ont adopté la définition reprise à l'article 2. L'intervenante reste d'avis que c'est regrettable.

La loi hollandaise n'utilise pas le terme «euthanasie», pas plus que certaines propositions de loi déposées antérieurement en Belgique (cf. une proposition de loi de M. Monfils, où il n'est pas question d'«euthanasie», mais d'«interruption de vie»).

L'article 2 parle d'une «personne», alors qu'à l'article 3, il est question d'un «patient». L'intervenante souligne que ces deux termes ne sont pas équivalents.

Le second, contrairement au premier, indique que l'on se trouve dans le cadre de l'art de guérir.

Le texte parle aussi de «demande» et de «formation de la demande».

Tout d'abord, cela a pour conséquence que toutes les situations où il n'y a pas demande sont fragilisées, et il ne suffit pas, à ce sujet, de renvoyer à l'état de nécessité, qui s'applique aujourd'hui dans ce type de situations puisque, dans l'intervalle, une législation visant certains cas limités aura été adoptée.

En outre, sur le plan civil, quelle sera la responsabilité du médecin?

L'amendement n° 14 utilise également la formule «le médecin constate que ...».

La loi hollandaise est beaucoup plus précise, car elle demande au médecin d'«avoir acquis la conviction que ...». L'intervenante annonce le dépôt d'un amendement à ce sujet.

En ce qui concerne la notion de «requête écrite», elle pose également problème.

Cela peut certes constituer une sécurité pour le patient, quoique les tribunaux n'accordent pas toujours une valeur absolue à de telles instructions écrites.

La Société belge de gérontologie et de gériatrie a toutefois attiré l'attention sur la situation dans laquelle se trouvent les personnes âgées: «les gériatres entendent en effet les personnes âgées confier leur sentiment d'inutilité ou de charge pour les autres. Ils ont donc des raisons de craindre que la dépénalisation de l'euthanasie telle qu'elle est proposée entraîne des demandes ou des décisions de fin de vie motivées par de telles raisons, voire par des raisons économiques, de la part de ceux qui se sentiraient depuis trop longtemps à charge de la société ou de leurs proches. Ils s'interrogent également sur l'impact d'un tel cadre sur

bedenkingen bij de invloed van een dergelijke wetgeving op de kwaliteit van het levenseinde voor dementiepatiënten, die ook weinig aan bod komen in de huidige besprekingen».

Men moet dus zeer voorzichtig omgaan met het schriftelijke verzoek, en zich ervan vergewissen dat het niet op de een of de andere manier opgedrongen wordt, bijvoorbeeld in rusthuizen.

Spreekster vreest voor mogelijke ontsparingen, zeker wanneer men de vereiste van een schriftelijk verzoek koppelt aan de vereiste dat de patiënt bij bewustzijn moet zijn bij het formuleren van de aanvraag.

Een ander lid merkt op dat niet enkel de vraag van de patiënt een rol speelt, maar ook het onderzoek dat door de geneesheer wordt gevoerd, en eventueel dat van de tweede arts die wordt geconsulteerd. Deze personen moeten zich vergewissen van het ondraaglijk lijden en het onomkeerbaar karakter van de ziekte van de patiënt. Er zal geen enkele arts worden gevonden die zijn medewerking verleent aan een euthanasieverzoek dat louter gebaseerd is op het gevoel van nutteloosheid in hoofde van de patiënt. Men mag er van uitgaan dat de artsen in eer en geweten zullen handelen. De bezorgdheid, die door de vorige spreker werd geuit, is dan ook niet gegrond.

Vorige spreker verklaart dat zij zich kan aansluiten bij deze redenering, maar dat het dan aangewezen zou zijn te stemmen over het door haar ingediende amendement waarin staat dat de arts zekerheid moet hebben.

Spreekster vraagt zich voorts ook af wat nog de rol is van het openbaar ministerie in de controle van de gestelde voorwaarden. In dit verband zou men de indeling van paragrafen 1 en 3 moeten herzien, en zou een afzonderlijke paragraaf moeten bepalen dat de arts zowel de vormelijke als de inhoudelijke voorwaarden moet naleven.

Ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel, bieden de ingediende amendementen het voordeel dat het medisch dossier een centralere plaats inneemt.

Deze centrale plaats is zeer belangrijk. Dit werd trouwens duidelijk gemaakt in de tekst die spreker met verschillende collega's opgesteld had.

Het voorstel en de amendementen van de zes indieners zijn gebaseerd op elementen die weliswaar zeer belangrijk zijn, maar waarvoor de artsen in de praktijk zeer beducht blijken te zijn.

In Nederland vullen slechts 40 à 50% van de artsen de documenten in. Waarschijnlijk zouden zij minder terughoudend zijn om het medisch dossier in te vullen. In dit opzicht is artikel 5 van het voorstel zeer belangrijk, en lijkt het in de goede richting te gaan.

la qualité de la fin de vie des patients déments, qui sont également relativement absents des discussions actuelles.»

Il faut donc être extrêmement prudent par rapport à une requête écrite, et s'assurer qu'elle ne puisse pas être suscitée d'une manière ou d'une autre, notamment dans les maisons de repos.

L'intervenante a des craintes quant aux dérives possibles, surtout si l'on rapproche l'exigence d'une requête écrite de celle d'un patient conscient lors de la formation de la demande.

Un autre membre fait observer qu'il n'y a pas que la demande du patient qui joue un rôle, il y a aussi l'examen pratiqué par le médecin et, éventuellement, celui du second médecin consulté. Ces personnes doivent s'assurer de la souffrance insupportable et du caractère irréversible de la maladie du patient. On ne trouvera aucun médecin pour apporter sa collaboration à une demande d'euthanasie basée uniquement sur le sentiment d'inutilité éprouvé par le patient. On peut partir de l'hypothèse que les médecins agiront en leur âme et conscience. L'inquiétude exprimée par la préopinante n'est donc pas fondée.

La précédente intervenante déclare qu'elle peut suivre ce raisonnement mais qu'alors, il serait opportun de voter l'amendement qu'elle dépose en vue d'utiliser plutôt la formule «Le médecin doit avoir acquis la conviction que ...».

L'intervenante se demande également quel est encore le rôle du ministère public par rapport au contrôle des conditions fixées. Il faudrait à cet égard revoir l'articulation des §§ 1^{er} et 3, et mettre en évidence, dans un paragraphe distinct, que le médecin est tenu de respecter à la fois les conditions de forme et les conditions de fond.

Par rapport à la proposition initiale, les amendements déposés ont l'avantage de faire du dossier médical un élément plus central.

Ce rôle central est extrêmement important. Il était d'ailleurs mis en évidence dans le texte que l'intervenante avait rédigé avec plusieurs collègues.

La proposition et les amendements des six auteurs sont bâtis autour d'éléments de procédure certes très importants, mais dont l'expérience montre que les médecins y sont très réticents.

Aux Pays-Bas, 40 à 50% seulement des médecins remplissent les documents. Sans doute seraient-ils moins réticents à remplir le dossier médical. À cet égard, l'article 5 de la proposition est très important, et paraît aller dans le bon sens.

Dit aspect lijkt vrij algemeen aanvaard te zijn, en zou ook een zeker respect voor het privé-leven van de patiënten kunnen waarborgen.

Ten slotte wijst spreekster erop dat indien Nederland pas een euthanasiewet heeft goedgekeurd die in sommige opzichten duidelijker lijkt dan degene die wij aan het voorbereiden zijn, ons buurland er dan ook meer dan tien jaar aan gewerkt heeft. Het is geleidelijk en pragmatisch te werk gegaan, en heeft ervoor gezorgd een zo ruim mogelijke consensus te bereiken op geneeskundig vlak, en overleg te plegen met de gerechtelijke instanties.

Onze noorderburen geven trouwens toe dat het debat over dit delicaat onderwerp voortgezet moet worden.

Daarom meent spreekster dat het geen zin heeft alles tegelijk te willen regelen, en dat men een zo ruim mogelijke consensus moet trachten te bereiken. Het voorstel en de voorliggende amendementen zijn alleszins voor verbetering vatbaar.

Een lid beaamt dat de tekst, die in Nederland werd goedgekeurd door de Tweede Kamer, zeer leesbaar is. Dit komt omdat die tekst zeer beknopt is. De vorige spreekster wil het voorliggend wetsvoorstel integraal enkel verzwaren door er bijkomende elementen aan toe te voegen.

Nochtans wijst spreekster erop dat in het Belgische voorstel wordt gesproken over een medisch team, hetgeen niet het geval is in de Nederlandse tekst. In de Belgische tekst wordt voor de niet-terminale patiënten een onderscheid gemaakt in de procedure. Ook dit is in de Nederlandse tekst niet zo. Dit zijn belangrijke verschilpunten, die de Belgische tekst beter maken dan datgene wat in Nederland is goedgekeurd. De vergelijking tussen beide moet op een objectieve manier gebeuren.

Een andere spreekster meent dat men uit een debat als dit de meest positieve aspecten moet kunnen halen, wat hun oorsprong ook moge zijn.

Artikel 3 wil het recht van sommige patiënten beschermen om op verzoek te sterven. Spreekster gebruikt opzettelijk niet de woorden «waardige dood» omdat zij meent dat geen enkele wet kan uitmaken wat dit voor een bepaald individu betekent. De ene zal tot het uiterste willen leven, zelfs onder extreme pijn, terwijl voor de andere de waardigheid erin bestaat niet zover te gaan. De wet moet beide zienswijzen beschermen.

Op dit punt moet men echter vaststellen dat de standpunten erg uiteenlopend zijn, wat normaal is aangezien er op dit punt geen eensgezindheid kan bestaan.

En effet, cet élément semblerait pouvoir recueillir un assez large consensus, et permettrait aussi de garantir un certain respect de la vie privée des patients.

Enfin, l'intervenante souligne que, si les Pays-Bas viennent d'adopter une loi sur l'euthanasie, qui, à certains égards, paraît plus claire que celle que l'on prépare ici, ils y travaillent depuis plus de dix ans. Ils ont procédé de façon progressive et pragmatique, en étant soucieux de trouver le consensus le plus large possible au niveau médical, et d'avoir une concertation avec les autorités judiciaires.

Ils admettent par ailleurs que le débat sur cette délicate question doit se poursuivre.

C'est pourquoi l'intervenante pense qu'il ne faut pas vouloir tout régler à la fois, et qu'il faut essayer de trouver un consensus le plus large possible. La proposition et les amendements à l'examen peuvent en tout cas être encore améliorés.

Une commissaire reconnaît que le texte qui a été voté par la Deuxième Chambre néerlandaise est limpide. Cela est dû au fait que ce texte est très succinct. La préopinante ne veut, au contraire, qu'alourdir la proposition de loi en discussion en y ajoutant des éléments supplémentaires.

L'intervenante signale néanmoins que la proposition belge parle d'une équipe médicale, ce qui n'est pas le cas dans le texte néerlandais. Le texte belge fait une distinction dans la procédure pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. À cet égard également, il en va autrement dans le texte néerlandais. Ce sont là des points de différence importants, qui rendent le texte belge meilleur que ce qui a été approuvé aux Pays-Bas. La comparaison entre les deux textes doit se faire objectivement.

Une autre intervenante pense que, dans un débat comme celui-ci, il faut pouvoir s'enrichir des éléments qui apparaissent comme les plus positifs, quelle que soit leur origine.

L'article 3 a pour but de protéger le droit de certains patients à demander à mourir. À dessein, l'intervenante ne souhaite pas utiliser l'expression de «mort digne», parce qu'elle estime qu'aucune loi ne peut déterminer ce qu'est mourir dans la dignité pour une personne déterminée. Une personne peut vouloir vivre sa vie jusqu'à l'extrême limite, même si cela se fait dans d'énormes souffrances, alors qu'une autre estime que la dignité est, pour elle, de ne pas aller jusque là. La loi doit protéger ces deux manières de voir les choses.

Or, il faut constater, sur ce point, une très grande différence dans les prises de position, et c'est normal, car, sur un tel sujet, il ne peut pas y avoir d'unanimité.

Sommige mensen menen dat men niet het recht heeft over zijn leven te beschikken. Dat is hun recht.

Spreekster vindt dat men moet streven naar een zo ruim mogelijke instemming met het basisprincipe van de tekst; na alles wat gezegd werd, lijkt het werk van de verenigde commissies die richting uit te gaan.

Men moet kunnen aanvaarden dat de tekst misschien niet optimaal opgesteld is, en dat wijzigingen nodig zijn.

Daarentegen aanvaardt spreekster niet dat men onder het voorwendsel van tal van complicaties poogt te verbergen dat men eigenlijk het recht niet erkent om deze zaak wettelijk te regelen en om in te gaan op de wil van sommigen om met behulp van een arts hun leven te beëindigen.

Het is voor haar immoreel om in de pers te gaan verkondigen dat het leven van chronische astmalijders voortaan in gevaar zou zijn omdat zij aan de artsen overgeleverd worden gesteld dat de wet er komt.

Men heeft immers te maken met een verouderende bevolking, die reeds voor allerlei zaken bevreesd is.

Daar nog denkbeeldige gevaren aan toevoegen om de burgers schrik aan te jagen om zuiver politiek-strategische redenen is voor haar politiek immoreel.

Wat haar betreft heeft zij getracht de principiële tegenstellingen op bepaalde punten in dit debat te overbruggen, omdat het probleem zich in de maatschappij niet op die manier voordoet.

De mensen hebben geen zin om een pijnlijke dood te sterven; zij willen ook niet blootstaan aan economische, geneeskundige of familiale druk.

De rol van de wetgever is te zoeken naar een oplossing die iedereen beschermt, zodat hun rechten eerbiedigd worden.

Dit is wat artikel 3 beoogt. Over de manier waarop de tekst opgesteld is, kan natuurlijk gediscussieerd worden, maar men moet inzien dat de wet er op een gegeven moment moet komen, omdat de kwestie in onze maatschappij aan de orde is. Zoals de meeste commissieleden heeft spreekster hiervoor gekozen.

Artikel 3 bepaalt onder welke voorwaarden een ernstig zieke patiënt wiens lijden groot is en niet gelenigd kan worden, euthanasie kan aanvragen, die door een arts toegepast moet worden.

Hierin onderscheidt het onderhavige voorstel zich grondig van de problematiek van de hulp bij zelfdoding, die volgens spreekster niet tot het toepassingsgebied van de wet behoort.

Il y a des personnes qui considèrent qu'il n'est pas légitime de disposer de sa vie. C'est leur droit.

L'intervenante considère qu'il faut arriver à dégager la plus large adhésion possible au fondement du texte; elle trouve, au vu de tout ce qui a été dit, que le travail des commissions réunies va plutôt dans ce sens.

Il faut accepter de reconnaître que le texte n'est peut-être pas rédigé de la manière la plus satisfaisante possible, et de le changer.

Par contre, l'intervenante n'accepte pas que, sous prétexte de mille complications, l'on veuille cacher qu'en réalité, on refuse le droit de légiférer dans cette matière, et de faire respecter la volonté de certains de voir mettre fin à leurs jours par un médecin.

Elle estime immoral de déclarer dans la presse que, désormais, la vie des patients atteints d'asthme chronique serait en danger, parce qu'ils seraient à la merci des médecins si la loi était votée.

En effet, on se trouve devant une population vieillissante, qui a déjà des craintes de tous ordres.

Y ajouter des dangers imaginaires pour faire peur aux citoyens, pour des raisons de simple positionnement sur l'échiquier politique, relève, aux yeux de l'intervenante, de l'immoralité politique.

Elle a, pour sa part, tenté de dépasser les clivages résultant d'un attachement de principe à l'une ou l'autre position dans ce débat, car elle pense que, dans la société, la question ne se pose pas comme cela.

Les gens n'ont pas envie de mourir dans la souffrance; ils ne veulent pas non plus être en danger par rapport à des pressions économiques, médicales ou familiales.

Le rôle du législateur est de rechercher une solution qui protège les individus, afin qu'ils puissent voir leurs droits respectés.

C'est ce que veut faire l'article 3 proposé. On peut bien sûr discuter sur la façon dont le texte est rédigé, mais il faut reconnaître qu'à un moment donné, parce que la question se pose dans notre société, il faut légiférer. Tel est le choix qu'a fait l'intervenante, comme l'ont fait la majorité des commissaires.

L'article 3 détermine les conditions dans lesquelles un patient, atteint d'une maladie grave, et dont les souffrances sont importantes et ne peuvent être apaisées, peut demander une euthanasie, qui devra être effectuée par un médecin.

Ce dernier point constitue une distinction importante par rapport à la problématique du suicide assisté, qui ne paraît pas à l'intervenante faire partie du champ d'application de la loi.

Zeer belangrijk is ook dat wanneer een euthanasieaanvraag geformuleerd wordt, men verplicht is informatie te verstrekken over alle bestaande mogelijkheden, onder meer betreffende de palliatieve zorg.

In dit verband zijn de verduidelijkingen van de ministers Aelvoet en Vandenbroucke heel belangrijk.

Indien de artsen voldoende gevormd zijn, zullen zij meer en meer vertrouwd raken met een algemene benadering van de palliatieve zorg.

Wat betreft het onderscheid tussen de terminale en niet-terminale fase, is spreekster het eens met het standpunt dat er waarschijnlijk een ruimere consensus bestaat om een euthanasieprocedure in te voeren in de terminale fase dan in de niet-terminale fase.

Wat de definitie van de terminale fase betreft, weet spreekster niet of het echt nodig is die in de wettekst in te bouwen. Het is de arts die bepaalt of een patiënt terminaal is of niet.

Dokter Englert heeft de volgende definitie van terminale fase gegeven: het moment waarop de afloop van een progressief verergerende ziekte voorspelbaar wordt, waarop de arts weet dat de patiënt niet meer gered kan worden.

Het is niet zeker of men dit in een wettekst kan vastleggen. Artsen weten wanneer een patiënt al dan niet in een terminale fase verkeert.

Wanneer de patiënt niet in de terminale fase verkeert, dienen bijkomende voorzorgsmaatregelen genomen te worden om te vermijden dat mensen verkiezen te sterven uit wanhoop, depressie, angst om verwanten verdriet aan te doen, gebrek aan informatie, of eenzaamheid.

Het amendement probeert verbetering aan te brengen in het vermogen om de werkelijke euthanasieaanvraag te onderscheiden van andere aanvragen. Daarom is de verplichting van de arts om de patiënt te informeren essentieel, evenals de manier waarop deze laatste omringd wordt.

Wat de burgerlijke aansprakelijkheid van de arts betreft, wordt zij door het ingediende voorstel geenszins gewijzigd.

Met betrekking tot het strafrecht, vindt spreekster dat het duidelijk genoeg is dat wanneer een wet bepaalt onder welke voorwaarden euthanasie geoorloofd is, deze daad automatisch uit de sfeer van het strafrecht wordt gehaald. Misschien moet de tekst herzien worden om eventuele ambiguïteiten weg te werken.

Wat het toepassingsgebied van de tekst betreft, kan men niet terzelfdertijd verwijten dat het te ruim en te eng opgevat werd.

Spreekster meent dat men stapsgewijs tewerk moet gaan. Het voorstel handelt alleen over patiënten bij

Il est aussi très important de souligner que, lorsque la demande d'euthanasie apparaît, il y a une obligation d'information sur toutes les possibilités qui existent, notamment en matière de soins palliatifs.

Sur ce point, les précisions obtenues des ministres Aelvoet et Vandenbroucke sont très importantes.

Si les formations des médecins sont adéquates, ceux-ci seront de plus en plus formés à une approche de soins palliatifs, conçue de façon générale.

En ce qui concerne la distinction entre phase terminale et phase non terminale, l'intervenante partage le point de vue selon lequel il y a probablement un plus large consensus sur le fait de prévoir une procédure d'euthanasie en phase terminale qu'en phase non terminale.

Quant à la définition de la phase terminale, l'intervenante ne sait pas s'il faut vraiment la reprendre dans le texte de la loi. C'est le médecin qui déterminera si le patient est en phase terminale ou pas.

Le docteur Englert a donné de la phase terminale la définition suivante: c'est le moment où l'issue de la maladie évolutive devient prévisible, où le médecin sait que le patient ne peut plus être sauvé.

Il n'est pas sûr que l'on puisse figer cela dans un texte de loi. Les médecins savent si un patient est ou non en phase terminale.

Lorsque le patient n'est pas en phase terminale, il importe de prendre des précautions supplémentaires, pour éviter que par désespoir, dépression, peur de faire souffrir leur proches, manque d'information, ou isolement, des personnes choisissent de mourir.

L'amendement tente d'améliorer la capacité de reconnaître la véritable demande d'euthanasie par rapport à d'autres demandes. À cet égard, le devoir du médecin d'informer le patient est essentiel, de même que la façon dont celui-ci est entouré.

En ce qui concerne la responsabilité civile du médecin, elle n'est en rien modifiée par la proposition à l'examen.

Quant à la question du droit pénal, l'intervenante trouve assez clair que le fait d'avoir une loi qui détermine dans quelles conditions une euthanasie est permise, réalise de fait la décriminalisation de cet acte. Peut-être faut-il revoir le texte pour en faire disparaître une ambiguïté éventuelle.

En ce qui concerne le champ d'application du texte, on ne peut à la fois lui reprocher son caractère trop large et son caractère trop restreint.

L'intervenante estime qu'il faut procéder par paliers. La proposition ne traite que des patients cons-

bewustzijn. Voor de andere gevallen moet de noodtoestand behouden blijven. Een wetgeving uitwerken over de noodtoestand is de slechtst mogelijke oplossing, omdat men zo zeer strenge voorwaarden zou verbinden aan een bij uitstek onvoorspelbaar concept.

Sommigen vinden dat ook situaties zoals het stopzetten van een behandeling geregeld moeten worden. Spreekster vindt dat dit handelingen zijn die tot de medische praktijk behoren en niet tot het domein van de wetgever. Bepaalde elementen worden overigens geregeld in het aangekondigde wetsontwerp over de patiëntenrechten.

Een lid stelt vast dat tijdens het debat van de verenigde commissies bepaalde tendensen aan bod zijn gekomen.

Toen het debat aanving, overheerste de strekking om het Nederlands voorbeeld zeer slecht te vinden; men benadrukte dat het ging om een jurisprudentiële constructie omdat Nederland geen wetgeving wilde uitwerken en dat vergelijkingen met dit systeem bijgevolg mank gingen.

Er werd beweerd dat België het eerste land zou zijn met een wetgeving over euthanasie.

Nu Nederland een wetgeving ter zake heeft goedgekeurd of gaat goedkeuren, is men geneigd deze wetgeving als referentiepunt te gebruiken.

Volgens een derde strekking moeten we op onze schreden terugkeren en de weg afleggen die Nederland de laatste tien jaar heeft doorlopen.

Spreeker vindt deze redenering nogal verbazingwekkend en geeft er de voorkeur aan dat men zijn voordeel doet met de ontwikkelingen en de ervaring uit het buitenland.

Als men het standpunt van bepaalde andere landen analyseert, stelt men vast dat ons land een zeer restrictieve houding aanneemt in vergelijking met de jurisprudentiële mogelijkheden die het Franse Hof van Cassatie in bepaalde arresten openlaat. Spreeker keurt deze niet goed en vindt dat zij onrustwekkende implicaties kunnen hebben.

Volgens een vorige spreker marginaliseert men een minderheid. Spreeker vindt dit een vreemd argument.

Hij heeft veeleer de indruk dat het de laatste twintig jaar een minderheid is die degenen die verder willen gaan, marginaliseert.

Dat een aantal ethische kwesties (euthanasie, onderzoek op embryo's, adopties door homoseksuele koppels, ...) nu tegelijk in het brandpunt van de belangstelling staan, komt doordat men jarenlang, tegen de zin van een groot deel van de bevolking, heeft geweigerd een open debat over deze onderwerpen aan te gaan.

cients. Pour les autres cas, l'état de nécessité doit subsister. C'est pourquoi légiférer sur l'état de nécessité serait la plus mauvaise des solutions, car on enfermerait dans des conditions très précises ce qui est, par définition, un concept au contenu imprévisible.

Enfin, certains disent qu'il faut réglementer des situations comme l'arrêt de traitement. L'intervenante pense qu'il s'agit vraiment là d'actes qui relèvent de la pratique médicale, et qu'il faut éviter que le législateur intervienne dans ces matières. Du reste, certains éléments seront réglés dans le cadre du projet de loi annoncé sur les droits du patient.

Un membre constate que dans le débat des commissions réunies, des modes se manifestent.

Lorsque ce débat a commencé, la première a été de considérer le modèle hollandais comme très mauvais; on a souligné qu'il s'agissait d'ailleurs d'un modèle jurisprudentiel, les Pays-Bas eux-mêmes n'ayant pas voulu légiférer, et que dès lors, les comparaisons avec ce système n'étaient pas indiquées.

Il a été dit également que la Belgique serait le premier pays à légaliser l'euthanasie.

Une nouvelle mode consiste maintenant, puisque les Pays-Bas ont adopté ou vont adopter incessamment une législation en la matière, à se référer à cette loi.

Une troisième tendance est de considérer qu'il faut revenir en arrière, et parcourir le chemin que les Pays-Bas ont suivi au cours des dix dernières années.

L'intervenant trouve ce raisonnement assez étonnant, et estime pour sa part que l'on peut tirer profit de l'évolution et de l'expérience déjà engrangées ailleurs.

On peut aussi analyser la position de certains pays, ce qui permettrait de constater que notre pays adopte une attitude extrêmement restrictive par rapport aux ouvertures jurisprudentielles laissées par certains arrêts de la Cour de cassation française, que l'intervenant n'approuve pas, et qui aboutissent à des conséquences inquiétantes.

Un précédent intervenant a émis certains propos, dont il ressortait que l'on marginalisait une minorité. L'intervenant se dit très étonné de cet argument.

En effet, depuis vingt ans, il a plutôt l'impression que c'est une minorité qui marginalise ceux qui veulent aller plus loin.

Si aujourd'hui, de manière pressante, un certain nombre de questions d'ordre éthique apparaissent (euthanasie, recherche sur les embryons, adoption par des couples homosexuels, ...), c'est que depuis de nombreuses années, contre l'avis d'une partie importante de la population, on n'a jamais voulu permettre le libre débat sur ces sujets.

Houdt dit argument in dat een partij, een beweging die 20 tot 25% van de bevolking vertegenwoordigt, het recht heeft om elk onderzoek, elke ontwikkeling, elke evolutie te weigeren?

Dat is onaanvaardbaar. In ons land geldt dat de meerderheid beslist.

Volgens spreker was het in het verleden met de systematische blokkering van het debat over ethische problemen, niet de meerderheid die besliste maar één partij, die elke discussie over deze problemen verbood.

Spreker is er niet van overtuigd dat deze partij de publieke opinie vertegenwoordigt, zelfs niet in Vlaanderen.

Een ander lid ontkent met klem dat zijn fractie zich ooit zou hebben verzet tegen een debat over ethische vraagstukken. Met name over de euthanasie en over de medische beslissingen omtrent het levenseinde werden tijdens de vorige legislatuur lange debatten gevoerd, waaraan de partij van het lid actief heeft geparticipeerd. De parlementaire stukken kunnen dit aantonen.

Met betrekking tot de zogenaamde onverenigbaarheid van het voorstel met artikel 2 EVRM, herinnert de vorige spreker aan de argumenten die hij eerder heeft aangehaald om dit te weerleggen, en die gebaseerd waren op het werk van uitstekende auteurs van wie een met name schreef: «*L'article 2 ne concerne pas les droits discutés comme celui de transmettre la vie ou de mettre fin à sa propre vie.*»

En revanche, il reconnaît à chacun le droit de n'être privé de sa vie que dans les cas qu'il énumère (...).

De analyse van het BuPo of van de Universele Verklaring van de rechten van de mens, toont aan dat al deze rechten verband houden met de inherente waardigheid van de menselijke persoon en van essentieel belang zijn voor zijn vrije en integrale ontwikkeling. De Staten en overheden moeten deze rechten eerbiedigen.

Titel II van de Grondwet over de openbare vrijheden gaat niet over vrijheden die het individu voor zichzelf wil controleren, maar om vrijheden die de Staat moet eerbiedigen. De Staat mag geen wetten goedkeuren die raken aan de vrijheid van vereniging, van meningsuiting, van onderwijs, enz.

Wie beweert dat het EVRM individuele rechten vaststelt die de betrokkene zichzelf kan opleggen, interpreteert het verdrag verkeerd.

Hoe kan iemand die deze rechten niet eerbiedigt, zichzelf straffen?

Spreker verwijst ook naar het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

Cet argument signifie-t-il que l'on considère qu'un parti, un mouvement représentant 20 à 25% de la population, a le droit de dire non à toute recherche, tout développement, toute évolution?

Cela n'est pas acceptable. Il y a, dans notre pays, une règle de décision à la majorité.

L'intervenant ne croit pas que, dans le passé, avec le blocage systématique du débat sur tous les problèmes éthiques, ce soit la règle de la majorité qui ait prévalu, mais bien la règle d'un parti, qui a interdit que l'on discute de tous ces problèmes.

L'intervenant n'est pas certain que ce parti soit le garant de l'opinion publique, même en Flandre.

Un autre commissaire nie énergiquement que son groupe se soit jamais opposé à un débat sur les problèmes éthiques. L'euthanasie et les décisions médicales relatives à la fin de vie, entre autres, ont, au cours de la précédente législature, fait l'objet de longs débats auxquels le parti de l'intervenant a participé activement. Les documents parlementaires peuvent l'attester.

Le précédent orateur rappelle, à propos de la prétendue incompatibilité de la proposition à l'examen avec l'article 2 CEDH, les arguments qu'il a précédemment développés à ce sujet pour réfuter cette thèse, en se basant sur d'excellents auteurs, dont l'un écrivait notamment: «*L'article 2 ne concerne pas des droits discutés comme celui de transmettre la vie ou de mettre fin à sa propre vie.*»

En revanche, il reconnaît à chacun le droit de n'être privé de sa vie que dans les cas qu'il énumère (...).

Quand on fait une analyse en fait du Pacte sur les droits civils et politiques, ou de la Déclaration universelle des droits de l'homme, on se rend compte que tous ces droits dépendent de la dignité inhérente à la personne humaine, sont essentiels à son épanouissement libre et intégral, et qu'il s'agit de droits dont on impose le respect aux États et aux pouvoirs publics.

D'ailleurs, lorsqu'on lit le titre II de la Constitution, sur les libertés publiques, on voit qu'il ne s'agit pas de libertés que l'individu veut contrôler pour lui-même, mais des libertés que l'on impose à l'État de respecter. Il est demandé à l'État de ne pas prendre de loi qui interdise la liberté d'association, la liberté d'expression, la liberté de l'enseignement, etc.

Quant à la CEDH, ce serait en faire une lecture incorrecte que de dire qu'elle prévoit des droits individuels que l'intéressé peut s'imposer à lui-même.

Comment une personne qui décide de ne pas respecter ces droits pourrait-elle se punir elle-même?

L'intervenant renvoie également à la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Over dit handvest, dat onlangs in zeer moeilijke omstandigheden is geredigeerd, bestond een consensus binnen de conventie die het ontwerp moest opstellen, in de delegaties en in het Europees Parlement, dat het met een zeer ruime meerderheid heeft goedgekeurd.

Het handvest telt 54 artikelen, die alle betrekking hebben op de grondrechten, en sluit nauw aan bij het EVRM. Het moet een Europese grondwet worden met personele rechten, vergelijkbaar met het Europees Verdrag en met de nationale grondwetten van de Staten.

Artikel 2 van het Handvest is getiteld «Recht op leven» en bepaalt: «Eenieder heeft recht op leven».

Hierin mag men geen veroordeling van euthanasie zien. Er is immers een amendement ingediend dat het recht op leven wilde uitbreiden tot het natuurlijke einde ervan. Dat amendement is verworpen. Het Europees Hof voor de rechten van de mens heeft euthanasie nooit veroordeeld, net zomin als abortus.

Toen het EVRM werd opgesteld was het debat over euthanasie nog niet aan de orde. Het is dus niet meer dan normaal dat er niet over gesproken is en dat er geen literatuur over bestaat.

Het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie is in een andere context tot stand gekomen en de verwerping van het genoemde amendement is dus veelbetekenend.

Deze tekst houdt rekening met de actuele ontwikkelingen. Zo bepaalt artikel 3 dat in het kader van de geneeskunde en de biologie de volgende regels moeten worden nageleefd: verbod van eugenetische praktijken, eerbied voor de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt, verbod om het menselijk lichaam en bestanddelen daarvan als zodanig als bron van financieel voordeel aan te wenden, het verbod van het reproductief klonen van mensen.

Dat gaat verder dan de artikelen van het EVRM, omdat hier problemen zijn aangekaart die de meeste Europese Staten, regeringen en parlementen in de tekst wilden invoegen.

Dat euthanasie niet vermeld is, is geen vergetelheid maar zo gewild. Dat probleem behoort tot het domein van de nationale wetgevers en van het individuele geweten.

De Europese Conventie over de rechten van de mens en de biogeneeskunde behandelt het probleem ook, aangezien artikel 9 bepaalt dat rekening wordt gehouden met de wensen die een patiënt die niet meer in staat is zijn wil te uiten, vooraf heeft te kennen gegeven met betrekking tot een medische ingreep.

Cette charte, tout récemment rédigée dans des conditions très difficiles, a fait l'objet d'un consensus de la part de la convention chargée de rédiger le projet, au sein des diverses délégations et au sein du Parlement européen, qui l'a approuvée à une très large majorité.

Cette charte comporte 54 articles, tous relatifs à des droits fondamentaux, et se rapproche de la CEDH, l'idée étant d'avoir une Constitution européenne avec des droits personnels, comme la Convention européenne, et comme les Constitutions nationales.

Elle contient un article 2, intitulé «Droit à la vie», et où l'on peut lire: «Toute personne a droit à la vie.»

On ne peut cependant en conclure que l'euthanasie soit ainsi condamnée. En effet, un amendement a été déposé, selon lequel le droit à la vie s'étend jusqu'à la fin naturelle de celle-ci. Cet amendement a été repoussé. Aucun arrêt de la Cour européenne n'a réellement condamné l'euthanasie, pas plus que l'avortement.

Au moment où la CEDH a été rédigée, l'euthanasie ne faisait pas l'objet de débats. Il est donc normal qu'elle n'en ait pas parlé, et que l'on ne trouve pas de littérature à cet égard.

Aujourd'hui, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne se place dans un autre contexte, et le rejet de l'amendement précité est donc significatif.

Ce texte tient compte de l'évolution de l'actualité. Ainsi, l'article 2 prévoit que, dans le cadre de la médecine et de la biologie, les principes suivants doivent notamment être respectés: interdiction de la pratique eugénique, respect du consentement éclairé du patient, interdiction de faire du corps humain et de ses produits une source de profit, introduction du clonage reproductif des êtres humains.

Cela va plus loin que les articles de la CEDH, parce que l'on a visé des problèmes que, dans leur très grande majorité, les États, les gouvernements et les parlementaires européens souhaiteraient voir figurer dans le texte.

Si l'euthanasie n'est pas mentionnée, ce n'est pas parce qu'elle a été oubliée, mais parce qu'on ne l'a pas voulu. Ce problème appartient dès lors à la conscience de chacun, ainsi qu'aux corps législatifs des différents pays.

Enfin, la Convention européenne sur la biomédecine a aussi aperçu le problème, puisqu'elle prévoit, en son article 9, que les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté, seront pris en compte.

Hoe kunnen de criteria die zijn vastgesteld in het voorliggende voorstel en in amendement nr. 14 nog preciezer zijn?

Zijn de bepalingen van het Strafwetboek dan altijd zo precies? Bij wijze van voorbeeld verwijst spreker naar artikel 369 van het Strafwetboek dat aan de rechtbanken een beoordelingsmarge laat.

Geen enkele definitie zal ooit zo perfect zijn dat ze alle twijfel wegneemt.

Er is gezegd dat het voorstel als criterium een subjectief gevoel van lijden hanteert en dat een verband moest worden gelegd met de palliatieve zorg. Slechts als de palliatieve zorg faalt, kan euthanasie worden overwogen. In dat verband is gewezen op het arrest-Chabot.

Spreker vindt dit een vreemde opvatting van de autonomie van de patiënt.

Krachtens die redenering zou men een kankerpatiënt niet verzorgen omdat hij niet wilde ophouden met roken.

Het ondraaglijk lijden als gevolg van een ongeneeslijke ziekte is inderdaad een subjectief gevoel maar als dat door de medische praktijk wordt erkend, moet het volgens spreker worden aanvaard.

Spreker verwijst in dat opzicht naar een recent krantenartikel onder de titel: «L'euthanasie, à n'importe quel prix et qu'on m'achève». Pauline, 70 jaar, 34 kg, verklaarde in dit artikel: «*Depuis quatre ans, je souffre d'une maladie dégénérative incurable, probablement héréditaire et dont on ignore tout. Je veux disparaître au plus vite, je n'en peux plus. Dites-leur que la douleur morale est encore plus insupportable que la douleur physique.*

(...)

Chaque fois que j'ai été hospitalisée, j'ai remis mon testament de vie au médecin. Aucun d'eux n'en a jamais tenu compte. Ils se réfugiaient tous derrière la loi, se contentaient de me proposer des soins palliatifs, c'est-à-dire une alimentation artificielle et un psychiatre ... Je n'en veux pas: je ne suis pas dépressive. »

Spreker vindt het onaanvaardbaar dat deze vrouw niet zelf met kennis van zaken kan beslissen wat de grenzen zijn van menselijke waardigheid en dat men haar verplicht eerst palliatieve zorg te ondergaan.

Sprekers fractie acht de menselijk waardigheid en autonomie — die dan staan tegenover een bepaalde «vermaatschappelijking» van de mens — de centrale waarden in dit debat, al is het zeker zo dat uitwassen moeten worden voorkomen, zoals tijdens de hoorzittingen vaak is benadrukt. Daarom worden in de voor-

En ce qui concerne les critères fixés par la proposition à l'examen et par l'amendement n° 14, comment pourrait-on aller plus loin dans la précision?

Après tout, le Code pénal est-il toujours aussi précis en ses dispositions? L'intervenant renvoie, à titre d'exemple, à l'article 369 de ce Code, qui suppose une marge d'appréciation par le tribunal.

Aucune définition ne sera jamais à ce point parfaite qu'elle n'ouvre aucune interrogation sur un point ou un autre.

Il a été dit qu'il s'agissait dans la proposition de sentiments subjectifs de souffrance, et qu'il aurait fallu lier cela aux soins palliatifs. Ce ne serait qu'en bout de course, lorsque ceux-ci ont échoué, que l'on pourrait envisager une euthanasie. On s'est référé à ce sujet à l'arrêt Chabot.

L'intervenant estime qu'il s'agit là d'une curieuse façon d'envisager l'autonomie du patient.

À suivre ce raisonnement, on pourrait ne pas soigner un patient cancéreux, au motif qu'il a refusé d'arrêter de fumer.

L'état de souffrance insupportable consécutif à une maladie incurable relève en effet d'un sentiment subjectif, mais dès lors qu'il est reconnu par la pratique médicale, il semble à l'intervenant qu'il doit être admis.

L'intervenant renvoie à cet égard à un article récent paru dans un quotidien, et intitulé: «L'euthanasie, à n'importe quel prix et qu'on m'achève». Pauline, 70 ans, 34 kilos, déclarait dans cet article: «*Depuis quatre ans, je souffre d'une maladie dégénérative incurable, probablement héréditaire et dont on ignore tout. Je veux disparaître au plus vite, je n'en peux plus. Dites-leur que la douleur morale est encore plus insupportable que la douleur physique.*

(...)

Chaque fois que j'ai été hospitalisée, j'ai remis mon testament de vie au médecin. Aucun d'eux n'en a jamais tenu compte. Ils se réfugiaient tous derrière la loi, se contentaient de me proposer des soins palliatifs, c'est-à-dire une alimentation artificielle et un psychiatre ... Je n'en veux pas: je ne suis pas dépressive. »

L'intervenant trouve inacceptable que cette personne ne puisse décider elle-même, en toute connaissance de cause, quelle est la limite de sa dignité d'être humain, et qu'on lui impose un passage préalable par les soins palliatifs.

C'est la dignité et l'autonomie de l'être humain — par opposition à une certaine sociétalisation de l'être humain — que le groupe de l'intervenant considère comme les valeurs centrales dans ce débat, même s'il est vrai qu'il faut éviter les dérapages, comme cela a notamment été souligné lors des auditions. C'est

gestelde teksten de voorzorgsmaatregelen opgesteld, waardoor weer de beschuldiging van administratieve rompslomp kan opduiken.

Spreeker benadrukt opnieuw dat de zes indieners euthanasie op minderjarigen niet willen toestaan. Over ontvoogde minderjarigen kan worden gedebatteerd.

Men stelt steeds opnieuw vast dat bepaalde mensen niet willen horen van een wet betreffende euthanasie, omdat zij er totaal andere opvattingen op nahouden dan de zes indieners.

Een lid verklaart dat hij het artikel waarnaar de vorige spreker verwijst, ook heeft gelezen. Hij was getroffen door het isolement waarin de betrokken persoon zich bevond en meent dat dit geval, naast de aspecten waarover de vorige spreker het had, ook een zekere wanhoop in de verf zet die het gevolg is van een maatschappelijk probleem.

Een andere intervenient merkt op dat de vorige spreker niet heeft geantwoord op de aangehaalde argumenten betreffende de toepassing van artikel 2 van het EVRM, noch op de resolutie van de Raad van Europa die ter zake constituerende bevoegdheid heeft. Het Charter van de Europese grondrechten, naar hetwelk de vorige spreker verwees, en dat binnen het kader van de Europese Unie is tot stand gekomen, heeft een minder verregaande juridische afdwingbaarheid dan het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, dat door de Raad van Europa werd voortgebracht.

Ten gronde, wenst het lid te benadrukken dat het debat in de Verenigde Commissies niet zozeer gaat over partijpolitiek, maar over een strijd tussen mensbeelden. De politieke beweging waarvan spreker deel uitmaakt heeft een bepaald mensbeeld, dat overigens ook wordt gedeeld door leden van andere partijen. De goedkeuring van het wetsvoorstel nr. 2-244 zou een historische breuk betekenen, niet zozeer omdat een bepaalde partij aan het bewind is geweest gedurende een aantal jaren, maar wel omdat bepaalde opvattingen die gedurende eeuwen hebben bestaan thans worden verlaten.

Een wetsvoorstel, dat over dergelijke fundamentele aangelegenheden handelt, is iets totaal anders dan een wetsvoorstel of -ontwerp dat politieke realisaties van een meerderheid wenst door te voeren. Het gaat hier integendeel om de kernidee van een beschaving, met name de plaats van een mens in de samenleving. Dit overstijgt de partijpolitiek. Een bepaalde minderheid dreigt hier evenwel volledig buitenspel te worden gezet, in tegenstelling tot andere minderheden die sociologisch minder belangrijk zijn en die, in het kader van het pluralisme, onevenredig veel aandacht krijgen. De keuze die wordt gemaakt is niet neutraal en zal in de toekomst een weerslag hebben op de integratiekracht van een samenleving. Een belangrijk deel van de burgers zal zich niet terugvinden in de

pourquoi les textes proposés multiplient les précautions, au risque d'encourir le reproche de complication administrative.

L'intervenant précise une nouvelle fois que les six auteurs n'entendent pas autoriser l'euthanasie de mineurs. Le sort des mineurs émancipés peut faire l'objet d'un débat.

Mais on en revient toujours au même constat: certains ne veulent pas d'une loi sur l'euthanasie, parce qu'ils ont une conception fondamentalement différente de celle des six auteurs.

Un membre déclare qu'il a lu, lui aussi, l'article récent auquel s'est référé le précédent intervenant. Il a été frappé par le fait que la personne qui s'y exprime est isolée, et que ce cas présente donc, outre l'aspect souligné par le précédent orateur, une connotation de désespérance due à un problème social.

Un autre intervenant fait observer que le préopinant n'a pas répondu aux arguments avancés concernant l'application de l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, ni à la résolution du Conseil de l'Europe qui a, en la matière, les pouvoirs d'une assemblée constituante. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne est juridiquement moins contraignante que la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme élaborée par le Conseil de l'Europe.

Sur le fond, le membre désire souligner que le débat qui a lieu au sein des commissions réunies est moins une affaire de politique de parti qu'une confrontation entre représentations de l'homme. Le mouvement politique dont fait partie l'intervenant a une certaine vision de l'homme, que partagent d'ailleurs aussi des membres d'autres partis. Le vote de la proposition de loi n° 2-244 représenterait une rupture historique, moins du fait qu'un parti déterminé a été au pouvoir pendant un certain nombre d'années que parce qu'on abandonnerait aujourd'hui certaines conceptions séculaires.

Une proposition de loi qui traite de questions aussi fondamentales est tout autre chose qu'une proposition ou un projet de loi visant à mettre en œuvre les réalisations politiques d'une majorité. Il s'agit au contraire ici de ce qui est au cœur d'une civilisation, à savoir la place d'un être humain dans la société. Cela dépasse la politique de parti. Une minorité déterminée risque toutefois ici d'être mise complètement hors jeu, contrairement à d'autres minorités sociologiquement moins importantes qui, dans le cadre du pluralisme, jouissent d'une attention disproportionnée. Le choix qui sera fait n'est pas neutre et il aura, à l'avenir, une incidence sur la force d'intégration d'une société. Une partie importante des citoyens ne se retrouvera pas dans la légitimité et

legitimiteit en zal de strijd verder voeren. Dit is niet wenselijk. Over dergelijke belangrijke punten moet gezocht worden naar een brede consensus.

Het lid verwijst in dit verband naar de toespraak die hij hield voor de plenaire vergadering van de Senaat op 10 december 1997, waarin duidelijk werd gepleit voor een regulering van de ganse problematiek van het levenseinde en waarin de grenzen daarvan werden aangegeven. Het feit, dat tijdens de vorige legislatuur geen verdere stappen werden gezet in dit dossier, is te wijten aan de belangrijke justitiële problemen en aan de bespreking van de zogenaamde «Octopusakkoorden». Het is dan ook onaanvaardbaar dat hier door sommigen een intentieproces wordt gevoerd.

Een vorige spreker wijst erop dat de regering zich niet mengt in het debat, dat de zaak is van de democratisch gekozen parlementsleden. Net zoals ten tijde van de abortuswet neemt iedereen een standpunt in met kennis van zaken. Spreker is verbaasd te horen dat het eventueel gebrek aan consensus tot verdeeldheid in de maatschappij kan leiden.

Is dat ook zo aanvoeld toen de abortuswet met een nipte meerderheid werd goedgekeurd, nadat ze voor de derde maal werd ingediend?

Het is bekend dat het moeilijker is een meerderheid te vinden voor ethische kwesties dan voor andere gelegenheden.

We moeten geen consensus proberen te vinden, aangezien vaststaat dat het uitgangspunt van dit ethisch debat voor vele parlementsleden fundamenteel verschillend is, en dat sommigen onder hen het over bepaalde punten grondig oneens zijn.

Volgens mij is daar tijdens de achttien maanden debat niets aan veranderd.

Dat zal normaliter voor alle ethische problemen het geval zijn. Daardoor komt de samenhang in de maatschappij niet in het gedrang.

Het debat zal er de komende jaren zelfs nog door worden verrijkt.

Een lid verwijst naar de verantwoording bij het amendement nr. 14, waarin wordt gesteld dat een wijziging van het Strafwetboek nog steeds als de meest voor de hand liggende oplossing wordt beschouwd. Het oorspronkelijke wetsvoorstel nr. 2-244 voorzag overigens uitdrukkelijk in de invoeging van een artikel 417*bis* van het Strafwetboek, waarin de euthanasie onder bepaalde voorwaarden wordt gelegaliseerd. Men vreest evenwel dat de invoeging in het Strafwetboek van deze uitzondering een symbolische waarde zou hebben. De indieners van het amendement nr. 14 hebben derhalve begrepen dat er geen meerderheid bestaat voor een expliciete depenalisering van de euthanasie in het Strafwetboek. Dit is een

poursuivra la lutte. Ce n'est pas souhaitable. Sur des points aussi importants, il s'impose de rechercher un large consensus.

L'intervenant rappelle à cet égard l'allocution qu'il a tenue en séance plénière du Sénat le 10 décembre 1997 et dans laquelle il plaidait clairement pour une régulation de toute la problématique de la fin de vie et en indiquait les limites. Si ce dossier n'a pas progressé au cours de la précédente législature, c'est en raison des importants problèmes de justice rencontrés alors et de la discussion des accords dits octopartites. Le procès d'intention fait ici par d'aucuns est donc inadmissible.

Un précédent orateur souligne que le gouvernement n'intervient pas dans le débat, qui est l'affaire des parlementaires élus démocratiquement. Exactement comme à l'époque de la loi sur l'avortement, chacun prend attitude en pleine connaissance de cause. L'orateur est étonné d'entendre dire que l'absence éventuelle de consensus pourrait entraîner un problème de cohésion du corps social.

L'a-t-on ressenti lorsque la loi sur l'avortement a été votée à une courte majorité, après avoir été présentée pour la troisième fois?

On sait qu'il est plus difficile de trouver une majorité dans les matières éthiques que dans les autres domaines.

Il ne faut pas appeler au consensus, alors que l'on sait que ce débat éthique se présente, pour beaucoup de parlementaires, sur des bases fondamentalement différentes, et qu'il existe entre les uns et les autres des fossés profonds sur quelques points.

Il ne semble pas qu'en dix-huit mois de débat, les choses aient changé à cet égard.

Cela est normal, et il en sera ainsi dans tous les problèmes éthiques. Ce n'est pas cela qui va mettre en danger la cohésion du corps social.

Au contraire, cela enrichira le débat dans les années à venir.

Une membre renvoie à la justification de l'amendement n° 14 dans laquelle il est dit qu'on continue à considérer qu'une modification du Code pénal est la solution la plus simple. Le texte initial de la proposition de loi n° 2-244 prévoyait d'ailleurs explicitement l'insertion, dans le Code pénal, d'un article 417*bis* qui légalise l'euthanasie sous certaines conditions. On craint toutefois que l'insertion de cette exception dans le Code pénal n'ait valeur de symbole. Par conséquent, les auteurs de l'amendement n° 14 ont compris qu'il n'y avait pas de majorité en faveur d'une dépenalisation explicite de l'euthanasie dans le Code pénal. C'est une constatation importante. Le fait que les auteurs de

belangrijke vaststelling. Het getuigt ook van openheid van de indieners van het amendement nr. 14 om dit uitdrukkelijk te stellen in de verantwoording.

Volgens het lid is het evenwel arrogant om te beweren dat de getuigenissen die tijdens de hoorzittingen naar voren werden gebracht enkel betrekking hadden op de symbolische waarde van het Strafwetboek. Dit is vanzelfsprekend niet juist. Uit de hoorzittingen werden vooral inhoudelijke argumenten gegeven voor het behoud van de maatschappelijke norm in het strafrecht in het algemeen.

Uit vele getuigenissen bleek dat de bekommernis aanwezig is om uitdrukkelijk te stellen dat euthanasie een abnormale, uitzonderlijke handeling is, die in beginsel strafbaar moet zijn en die zoveel als mogelijk moet worden voorkomen. Ons maatschappelijk bestel moet daarop gericht zijn. Dit gaat veel dieper dan enkel de symbolische draagwijdte. Het amendement nr. 14 gaat hier volledig tegen in, vermits het strafrecht wel degelijk wordt gewijzigd door de voorwaardelijke depenalisering van de euthanasie.

Spreekster heeft vele vragen over de toepasbaarheid van de voorwaarden. Er worden immers vele begrippen gehanteerd, waarvan de draagwijdte precies dient te worden afgebakend om de strafrechtelijke aansprakelijkheid juist te omschrijven. In de inleidende zin van § 1 van het artikel 3, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14, wordt gesproken over «de arts die euthanasie toepast». Gaat het om de behandelende arts, of kan het integendeel ook een arts betreffen die vreemd is aan de patiënt? Welke is de zorgrelatie tussen die arts en de patiënt? Moet het gaan om een specialist in euthanaserende handelingen?

Wat wordt bedoeld met het «herhaald» verzoek van de patiënt? Is een verzoek dat twee keer, kort na mekaar wordt gedaan, voldoende? Moet dit verzoek tweemaal schriftelijk gebeuren? Wordt hiervan een register bijgehouden? Is het zo dat een patiënt, die schriftelijk om euthanasie verzoekt, daar voor altijd aan gebonden is en daar in zijn tweede of daaropvolgende verzoeken niet meer mondeling kan op terugkomen?

Vele vragen blijven ook open over de «medisch uitzichtloze toestand». Dit hangt vanzelfsprekend af van de stand van de medische wetenschap op een bepaald ogenblik, maar tijdens de hoorzittingen hebben verschillende artsen erop aangedrongen dat dit begrip in consensus wordt verduidelijkt voor bepaalde pathologieën en aandoeningen. Anders wordt het immers een loterij, waarbij de ene arts zo oordeelt, en een andere anders.

Welke is de interpretatie van «onhoudbare en ondraaglijke pijn»? Stelt de arts deze pijn vast? Welke is het verband tussen deze vaststelling en de inlichtingen die de arts moet verstrekken over de mogelijkheden

l'amendement n° 14 l'aient affirmé expressément dans la justification témoigne également de leur ouverture.

La membre estime cependant que c'est faire preuve d'arrogance que d'affirmer que les témoignages donnés au cours des auditions portaient uniquement sur la valeur de symbole du Code pénal. Cela n'est évidemment pas exact. Lors des auditions, on a surtout avancé des arguments de fond pour défendre le maintien de la norme sociale dans le droit pénal en général.

De nombreux témoignages ont fait apparaître le souci de préciser expressément que l'euthanasie est un acte anormal et exceptionnel, qui doit être punissable en principe et être évité le plus possible. Notre système social doit tenir compte de cette préoccupation. Cela va toutefois beaucoup plus loin que simplement la portée symbolique. L'amendement n° 14 va tout à fait à l'encontre de cette préoccupation, car il modifie effectivement le droit pénal en instaurant une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie.

L'intervenante se pose beaucoup de questions quant à l'applicabilité des conditions. On utilise en effet de nombreuses notions dont il faudrait déterminer exactement la portée afin de pouvoir définir correctement la responsabilité pénale. À la première phrase du § 1^{er} de l'article 3 proposé par l'amendement n° 14, il est question du «médecin qui a pratiqué l'euthanasie». Est-ce qu'il s'agit du médecin traitant ou peut-il s'agir également d'un médecin que le patient ne connaît pas? Quelle est la relation de soins entre le patient et ce médecin? Ce médecin doit-il être un spécialiste des actes d'euthanasie?

Qu'entend-on par la demande «répétée» du patient? Est-ce qu'il suffit de formuler une demande deux fois en succession rapide? Est-ce que cette demande doit être formulée par écrit les deux fois? Va-t-on tenir un registre de ces demandes? Un patient qui demande l'euthanasie par écrit est-il tenu par cette demande de sorte qu'il n'a plus la possibilité de revenir oralement sur sa décision dans la seconde demande ou à l'occasion de demandes ultérieures?

La «situation médicalement sans issue» suscite également beaucoup de questions qui restent sans réponse. Il va de soi que cela dépend de l'état de la médecine à un moment donné, mais lors des auditions, plusieurs médecins ont insisté sur le fait que pour certaines pathologies et affections, cette notion est précisée par consensus. En effet, si l'on ne procédait pas ainsi, on aurait une loterie où un médecin déciderait telle chose tandis qu'un autre déciderait autrement.

Comment faut-il interpréter les mots «douleur constante et insupportable»? Est-ce le médecin qui détermine la douleur? Quel rapport y a-t-il entre cette constatation et les informations que le médecin doit

van palliatieve zorgverlening, overeenkomstig § 3 van het voorgestelde artikel 3?

Deze libellering, die de indruk wekt dat beide zaken los van mekaar moeten bekeken worden, houdt totaal geen rekening met de omkering van de mentaliteit in de gezondheidszorg die wordt bepleit, en waar meer aandacht voor palliatie wordt gevraagd. Hier lijkt het alsof men aan een hongerige een kookboek voorleest, zonder hem een maaltijd aan te bieden.

Het lid merkt op dat er volgens de tekst van artikel 3 niet enkel sprake kan zijn van een ondraaglijke en aanhoudende «pijn», maar ook van een ondraaglijke en aanhoudende «nood» in hoofde van de patiënt («pijn of nood»), die «niet gelenigd kan worden». Slaat dit laatste enkel op de pijn, of slaat het zowel op de nood als op de pijn? Is deze nood enkel psychisch, bijvoorbeeld in hoofde van iemand die in de steek is gelaten door zijn familie of die zich onbegrepen voelt? Is het enkel de patiënt die daarover kan oordelen? Door wie moet desgevallend de nood gelenigd worden: de familie, de naaste omgeving, de verzorgers, de patiënt zelf, ...? Kortom: wie is er verantwoordelijk voor het niet-lenigen van de nood van de patiënt? Wordt hiervoor door de regering een budget uitgetrokken, bijvoorbeeld om meer verplegend personeel te bekostigen?

Verder verwijst spreekster naar het onderscheid in procedure voor de terminale en de niet-terminale patiënten. Dit onderscheid is nu toch ingebouwd, ondanks het oorspronkelijk verzet van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 om het toepassingsgebied te beperken tot de terminale patiënten omdat dit niet af te bakenen was. Blijkbaar is de categorie van de terminale patiënten dan toch af te bakenen, gelet op het procedureel onderscheid dat wordt gemaakt in het amendement nr. 14.

In § 4, 2^o, van het voorgestelde artikel 3 wordt gesproken over een termijn van één maand tussen het «oorspronkelijke verzoek» en het toepassen van de euthanasie. Wat wordt bedoeld met het «oorspronkelijke verzoek»? Gaat het om het schriftelijke verzoek? Indien dit het geval is, moet zulks worden verduidelijkt. Wat gebeurt er in de tussenperiode van één maand, indien er sprake is van een aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden. Laat men de patiënt zomaar wachten gedurende een maand? Indien er in die periode nog een mogelijkheid is om een therapie toe te passen, vanwaar dan de medische noodzaak van de euthanasie? In welke mate is het dan nog verantwoord een arts te betrekken bij het doden van de patiënt?

Een ander lid repliceert dat, als gevolg van de hoorzittingen, een zwaardere procedure werd ingeschre-

communiquer au sujet des possibilités de soins palliatifs, conformément au § 3 de l'article 3 proposé?

Cette formulation, qui donne l'impression que les deux éléments doivent être examinés indépendamment l'un de l'autre, ne tient absolument pas compte du renversement des mentalités que l'on souhaite voir s'opérer dans les soins de santé, suivant lequel on consacrerait davantage d'attention aux soins palliatifs. C'est comme si on lisait un livre de cuisine à un affamé au lieu de lui offrir un repas.

La membre souligne que d'après le texte de l'article 3, il n'est pas question uniquement de souffrance constante et insupportable; il peut aussi y avoir chez le patient une «détresse» insupportable et constante («souffrance ou détresse») qu'il est «impossible d'apaiser». Est-ce que cette dernière expression porte uniquement sur la souffrance ou couvre-t-elle à la fois la souffrance et la détresse? Cette détresse est-elle uniquement psychique, par exemple dans le cas d'une personne qui a été abandonnée par sa famille ou se sent incomprise? Le patient est-il le seul à pouvoir en juger? Qui doit apaiser la détresse le cas échéant: la famille, les proches, le personnel soignant, le patient même...? Bref: qui est responsable du non-apaisement de la détresse du patient? Le gouvernement va-t-il prévoir un budget dans ce but, par exemple afin de financer du personnel infirmier supplémentaire?

L'intervenante fait également référence à la distinction qui est faite entre la procédure pour les patients en phase terminale et celle pour les patients en phase non-terminale. Cette distinction a maintenant été intégrée en dépit de l'opposition initiale des auteurs de la proposition de loi n° 2-244, qui ne voulaient pas limiter le champ d'application aux patients en phase terminale pour la raison qu'il n'était pas possible de délimiter. Il est donc manifestement possible de délimiter la catégorie des patients en phase terminale, vu la distinction qui est faite sur le plan de la procédure dans l'amendement n° 14.

Au § 4, 2^o, de l'article 3 proposé, il est question d'un délai d'un mois entre la «demande initiale» et l'application de l'euthanasie. Qu'entend-on par «demande initiale»? Est-ce qu'il s'agit d'une demande écrite? Dans l'affirmative, il faudrait le préciser. Que se passe-t-il pendant la période intermédiaire d'un mois si on se trouve dans un cas de souffrance ou de détresse constante et insupportable qu'il n'est pas possible d'apaiser? Est-ce qu'on se contente de faire attendre le patient pendant un mois? Si, au cours de cette période, une possibilité de traitement subsiste, quelle est l'utilité médicale de l'euthanasie? Dans ce cas de figure, dans quelle mesure peut-on encore justifier le fait d'associer un médecin à la mort du patient?

Une autre membre réplique qu'à l'issue des auditions, on a prévu une procédure plus lourde pour les

ven voor niet-terminale patiënten, hoewel het niet altijd even duidelijk is welke patiënten onder deze categorie vallen. Sommige patiënten bevinden zich gedurende zes maanden in een terminale fase. Het onderscheid in procedure, dat wordt gemaakt in het amendement nr. 14, is echter precies ingebouwd om extra zorgvuldigheidscriteria te voorzien, zoals door verschillende leden gevraagd.

Bovendien is het zo dat bij niet-terminale patiënten de tijdsdruk minder groot is dan bij de terminale patiënten, waardoor de extra zorgvuldigheidscriteria geen onherroepelijke gevolgen met zich kunnen brengen.

Niettemin is het lid, ten persoonlijke titel, van oordeel dat deze zorgvuldigheidscriteria ook voor niet-terminale patiënten overbodig zijn.

Een lid merkt op dat het antwoord van de vorige spreker aanduidt dat de materiële criteria, die identiek zijn voor de terminale en de niet-terminale patiënten, in wezen een andere inhoud hebben. Het ondraaglijk lijden van niet-terminale patiënten is van een andere orde dan het ondraaglijk lijden van terminale patiënten.

De vorige spreker is het hiermee absoluut oneens. Wanneer het leven een inhumane karakter heeft gekregen, moet een niet-terminale patiënt het recht op euthanasie hebben. De bijkomende zorgvuldigheidscriteria, die werden ingeschreven op vraag van enkele leden van de verenigde commissies, op suggestie van professor Vermeersch, hebben tot gevolg dat het lijden van een dergelijk iemand met een maand wordt verlengd.

Een vorige spreker vervolgt dat het bijzonder onduidelijk is wie over de criteria, die werden ingeschreven in artikel 3, zal oordelen. Dit is nochtans belangrijk omdat een antwoord moet worden gegeven op de vraag of er al dan niet een recht op euthanasie is. De maatschappelijke voorwaarden moeten helder zijn en moeten op een objectieve wijze toetsbaar zijn. Indien de toets enkel kan gebeuren door de patiënt zelf, dan staat men voor een zeer verregaande wetgeving.

Spreker gaat integendeel uit van een mensbeeld waarbij de mens slechts mens is in relatie tot de andere. Hoe men zichzelf aanvaardt, hangt voor een groot deel af van de relaties met zijn omgeving.

Voor het lid is het dan ook uitgesloten dat er een categorie van mensen in het leven wordt geroepen die, op hun verzoek, kunnen gedood worden en waarbij zulks maatschappelijk aanvaardbaar wordt. Dit zou een onaanvaardbare interpretatie zijn van de mensenrechten. Deze evolutie doet zich ook voor op andere

patients en phase non terminale, même s'il n'est pas toujours possible de déterminer avec précision quels sont les patients qui entrent dans cette catégorie. Certains patients sont en phase terminale pendant six mois. La distinction qui est faite dans l'amendement n° 14 sur le plan de la procédure a cependant été prévue précisément en vue d'inclure des critères de précaution supplémentaires, comme plusieurs membres l'avaient demandé.

En outre, il se fait que les patients en phase non terminale sont moins pressés par le temps, de sorte que prévoir, dans leur cas, des critères de prudence supplémentaires ne peut pas entraîner de conséquences irrévocables.

La membre déclare néanmoins à titre personnel que pour elle, ces critères de prudence supplémentaires sont également superflus pour les patients en phase non terminale.

Un membre fait remarquer que la réponse de la préopinante montre que les critères matériels pourtant identiques pour les patients en phase terminale et les patients en phase non terminale ont en fait des contenus différents. La souffrance intolérable des patients en phase non terminale est d'un autre ordre que la souffrance intolérable des patients en phase terminale.

L'intervenante précédente est tout à fait en désaccord avec ce qui vient d'être dit. Le patient en phase non terminale, dont la vie est devenue inhumaine, doit avoir le droit à l'euthanasie. L'inscription de critères de prudence supplémentaires, à la demande de certains membres des commissions réunies et sur la proposition du professeur Vermeersch, aura pour conséquence de prolonger d'un mois la douleur d'une personne qui se trouve dans pareille situation.

Une préopinante ajoute que l'on voit très mal qui jugera du respect des critères définis à l'article 3. Il faudrait pourtant que ce soit clair, car il y a lieu de savoir s'il existe ou non un droit à l'euthanasie. L'existence des conditions sociales requises doit être clairement établie et objectivement vérifiable. Au cas où le patient serait seul à pouvoir dire si les critères sont respectés, l'on se trouverait devant une législation qui va très loin.

L'intervenante part au contraire de l'idée que l'homme n'est homme qu'au travers de sa relation à autrui. Le degré d'acceptation de soi-même dépend en grande partie des relations que l'on entretient avec son entourage.

Elle estime dès lors qu'il est exclu que l'on puisse créer une catégorie de personnes dont on pourrait interrompre la vie au cas où elles demanderaient qu'on le fasse et que l'on puisse rendre cette pratique socialement acceptable. On se livrerait de la sorte à une interprétation inacceptable des droits de

vlakken, bijvoorbeeld in de biogeneeskunde. In 25 Europese landen werd een verbod gestemd op het creëren van menselijke embryo's, omdat men er zich perfect van bewust is dat hier een grens zou worden overschreden. Er dreigt immers een selectie in het menselijk leven te ontstaan, zowel bij het begin als bij het einde van het leven. Zeker wanneer het gaat om een niet-terminale fase is het volstrekt onaanvaardbaar om te zeggen dat sommigen niet meer passen in onze gezonde samenleving. Het Nederlandse voorbeeld staat hier volledig alleen en verdient zeker geen navolging.

Een lid herhaalt zijn vroeger standpunt, met name dat voor alle medische zorgen de zorgvuldigheid in acht moet worden genomen. Sommigen stellen het nu zo voor dat een confrontatie met een arts een loterij is. Dit is een onjuiste voorstelling van zaken. De vorige spreker haalt enkele uitspraken van de artsverenigingen uit hun verband.

Ook de voorstelling van zaken, als zou het inlichten van de patiënt over de mogelijkheden rond palliatieve zorgen in wezen gaan om het voorlezen van een kookboek, is weinig serieus.

Een ander lid verklaart dat zij midden het soms woelige debat wil proberen heel sereen een zeer moeilijk bespreekbaar punt aan te kaarten waar zij het gevoel heeft er alleen mee te staan, en ze wil dit dan ook zeer omzichtig benaderen. Haar geweten vraagt haar dit in de bespreking in te brengen. Het gaat om de mogelijkheid van een kind en zijn ouders om samen euthanasie te vragen.

Zij weet dat hierover veel vooringenomen emoties bestaan, maar zij zou willen vragen deze emoties even opzij te zetten en aandacht te hebben voor haar argumenten.

Voor haar is euthanasie een ingrijpen op het extreem lijden van een mens. Wat gebeurt wanneer een medemens zijn lijden niet meer aankan en vraagt om het doen te stoppen?

Het wetsvoorstel handelt over wilsbekwame patiënten. Voor wilsonbekwame patiënten ligt het zeer moeilijk en is het soms onmogelijk om de wil van de patiënt te bepalen.

Wanneer wilsbekwaamheid het vermogen is om zijn wil te vormen en te uiten, dan is deze definitie toepasbaar op zowel volwassenen als kinderen.

Ook bij mensen jonger dan 18 jaar, de kinderen, zijn er wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten. Als het over dramatische gebeurtenissen in hun leven gaat, en zeker over hun nakende dood, zijn veel kinderen in staat om daar zeer indringend en lucide

l'homme. La même évolution se produit dans d'autres domaines dont, par exemple, la biomédecine. 25 pays européens ont interdit la création d'embryons humains, parce que l'on est parfaitement conscient que si l'on créait de tels embryons, l'on transgresserait une limite. Le risque existerait en effet que l'on soumette la vie humaine à une sélection à ses débuts et à son terme. Il est tout à fait inacceptable, en tout cas en ce qui concerne les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale, d'affirmer que certains n'ont plus leur place dans la société des gens qui sont en bonne santé. L'exemple néerlandais est tout à fait isolé en l'espèce et il ne mérite certainement pas d'être suivi.

Un membre répète ce qu'il a déjà dit, à savoir que la prudence s'impose pour tous les soins médicaux. Certains présentent maintenant les choses comme si la confrontation avec un médecin était une loterie. C'est une manière tout à fait erronée de présenter les choses. L'intervenante précédente sort certaines déclarations des associations de médecins de leur contexte.

Par ailleurs, il n'est pas non plus sérieux de présenter les choses comme si le fait d'informer les patients sur les possibilités en matière de soins palliatifs revenait à lire un livre de cuisine.

Une autre membre déclare qu'elle souhaite, au milieu du débat qui est parfois houleux, soulever de manière très sereine un point très difficile à discuter, sur lequel elle se sent isolée; elle veut, dès lors, l'aborder très prudemment. Sa conscience lui commande de soumettre ce point à la discussion. Il s'agit de la possibilité, pour un enfant et pour ses parents, de demander ensemble l'euthanasie.

Elle sait qu'il existe pas mal de partis pris émotionnels à ce sujet, mais elle souhaiterait que l'on mette les émotions de côté et que l'on prenne ses arguments en considération.

Pour elle, l'euthanasie est une manière d'interrompre la souffrance extrême d'un être humain. Que faire quand une personne n'est plus capable de supporter sa souffrance et qu'elle demande qu'on y mette fin?

La proposition de loi concerne les patients qui sont capables d'exprimer leur volonté. Pour ce qui est des patients qui sont incapables de l'exprimer, il y a un gros problème et il est parfois impossible de connaître leur volonté.

Si l'on considère qu'une personne capable est une personne qui peut se constituer une volonté et qui peut l'exprimer, alors cela vaut tant pour les adultes que pour les enfants.

En effet, il y a aussi parmi les jeunes de moins de 18 ans, c'est-à-dire parmi les enfants, certains patients qui sont capables d'exprimer leur volonté et d'autres qui en sont incapables. Beaucoup d'enfants sont capables de parler de manière très réfléchie et avec

over te spreken en hun wil desbetreffend te uiten in een gesprek met hun ouders.

Als kinderen jaren een harde strijd tegen hun ziekte hebben gevoerd en terminaal zijn, hebben zij een rijpingsproces doorgemaakt dat hen tot heel bijzondere mensen maakt.

Als spreekster denkt over euthanasie en kinderen, weet zij dat zij dan niet aan haar eigen gezonde zoon moet denken, maar aan haar zoon die na een pijnlijke en uitputtende strijd terminaal zou zijn.

In ons land krijgen ieder jaar ongeveer 200 kinderen kanker. Eén op drie kinderen zal daaraan overlijden.

De palliatieve zorg voor terminale kankerpatiënten is in ons land goed georganiseerd, althans binnen de kinderankercentra. De pijnbestrijding is goed uitgebouwd, met speciale kleine pijnpompjes.

Toch werd tijdens de hoorzittingen verklaard dat, net als bij volwassenen, bij kinderen in 10% van de gevallen de pijn niet volledig kan worden weggenomen. Ook dan houden kinderen en hun ouders tot op het laatst samen aan het leven vast.

Maar het gebeurt ook vandaag, net als bij volwassenen, dat een kind de pijn en de aftakeling niet meer aankan, en dat het samen met zijn ouders een punt wil zetten achter dit lijden. En hier ligt het fundamenteel probleem dat spreekster zeer moeilijk met haar eigen geweten in overeenstemming kan brengen.

Als er geen weg is naast de dood, als het kind zich bevindt in een toestand van aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een zware en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, als het kind bij bewustzijn is en er door de artsen wordt vastgesteld dat het vanuit zijn ervaring zijn lijden kan uitdrukken, als het kind samen met zijn ouders om euthanasie verzoekt, als het de ultieme wens is van het kind en de ouders samen om op deze manier helder van elkaar afscheid te kunnen nemen, waarom mag dan op deze vraag niet worden ingegaan?

Het blijft voor spreekster problematisch dat er een fundamentele ongelijkheid wordt ingesteld tussen het lijden van een volwassene en het lijden van een kind. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het kind sterker is om zijn pijn te dragen.

Voor spreekster is het belangrijk dat het wetsvoorstel wordt goedgekeurd. Zij wil echter de bespreking niet bemoeilijken door formeel een amendement in te dienen. Uit gesprekken met andere senatoren is gebleken dat zij hiervoor geen steun zou vinden, alhoewel

beaucoup de lucidité d'événements dramatiques survient dans leur vie, et en particulier de leur mort imminente. Beaucoup sont capables d'exprimer leur volonté à cet égard au cours d'une conversation avec leurs parents.

Les enfants qui ont mené pendant des années une lutte difficile contre la maladie et qui sont en phase terminale, ont connu un processus de maturation qui fait d'eux des personnes très particulières.

L'intervenante sait que quand elle pense à l'euthanasie et aux enfants, elle pense à son propre fils qui serait non pas en bonne santé, mais en phase terminale et au terme d'une lutte pénible et épuisante.

Dans notre pays, 200 enfants environ développent un cancer chaque année. Un enfant sur trois en mourra.

Dans notre pays, les soins palliatifs pour les petits cancéreux en phase terminale sont bien organisés, du moins dans les centres qui leur sont destinés. La lutte contre la douleur est bien organisée et l'on se sert de petites pompes spéciales aux fins de celle-ci.

L'on a dit néanmoins, au cours des auditions, que, dans 10 % des cas, comme chez les adultes, l'on ne peut pas éliminer totalement la souffrance des enfants. Dans ces cas-là également, les enfants et les parents se cramponnent ensemble à la vie jusqu'au dernier moment.

Mais il arrive aussi qu'un enfant, comme un adulte, ne puisse plus supporter la douleur ni la dégradation et qu'il veuille mettre un terme à ses souffrances, de concert avec ses parents. Là gît un problème fondamental qui pose un grave problème de conscience à l'intervenante.

S'il n'y a pas d'autre voie que la mort, que l'enfant se trouve dans une situation de douleur persistante et intolérable ou de souffrance résultant d'une affection lourde et incurable due à un accident ou à une maladie et qui ne peut pas être apaisée, que l'enfant est conscient et que les médecins constatent que, grâce à son expérience, il parvient à exprimer sa douleur, qu'il formule une demande d'euthanasie avec ses parents, que le souhait ultime de l'enfant et de ses parents est de pouvoir se séparer ainsi, sereinement, pourquoi ne pourrait-on pas accéder à cette demande?

Le fait que l'on considère de manière fondamentalement inégale la souffrance d'un adulte et la souffrance d'un enfant pose problème à l'intervenante. À cet égard, l'on part du principe que l'enfant est plus à même de supporter sa douleur.

Il est important, pour l'intervenante, que la proposition de loi soit adoptée. Elle ne veut dès lors pas compliquer l'examen de celle-ci en déposant un amendement formel. Les discussions avec les autres sénateurs ont montré qu'elle ne bénéficierait pas du

het haar inziens haar taak blijft om deze diepe bekommernis te delen.

Een lid wenst te antwoorden op een vorige spreker die, om zijn uiteenzetting te staven, het voorbeeld van artikel 369 van het Strafwetboek met betrekking tot de poging tot ontvoering aanhaalde, alsof er in het Strafwetboek geen definitie van poging staat.

Die definitie bestaat echter en in sommige gevallen wordt de poging bestraft, in andere niet.

Spreekster zegt, net als een vorige spreker, bezorgd te zijn over de toepassing van het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind. Dit toont aan welke enorme moeilijkheden kunnen rijzen zodra men wetgevend wil optreden in een aangelegenheid als euthanasie.

Als precieze categorieën worden omschreven waarop de wet van toepassing is, rijst de vraag wat gebeurt met personen die niet tot die categorieën behoren, wier pijn niet noodzakelijk minder ondraaglijk is, en die evenveel recht hebben op een waardige dood.

Het is dus niet zo eenvoudig om in deze materie wetten te maken.

Een lid stelt vast dat sommigen, de ene al met meer argumenten dan de andere, een betoog houden tegen een wettelijke regeling van de euthanasie, waarbij het verzoek van de patiënt centraal staat, waarbij verschillende zorgvuldigheidscriteria in acht moeten worden genomen, en waarbij noch de patiënt, noch de arts op welke manier ook kunnen worden verplicht om euthanasie toe te passen. Hebben deze leden dan niet de resultaten gelezen van het onderzoek-Deliëns? Willen zij, via een welomlijnde depenalisering, dan niet beletten dat de misbruiken die op vandaag worden vastgesteld verder gaan? Willen zij deze overtredingen niet bestraffen?

Het lid meent dat aan het recht op leven, zoals bepaald in artikel 2 van het EVRM, niet kan worden getornd, maar is anderzijds van oordeel dat het moet gaan om een recht op menswaardig leven. Dit recht moet bestaan zowel voor volwassenen als voor kinderen. Waar voor de eerste categorie thans een oplossing wordt uitgewerkt, blijft het probleem jammer genoeg bestaan voor de tweede categorie, de kinderen. Voor hen zal men moeten blijven beroep doen op het begrip «noodtoestand». In de ogen van spreker, vervalt het recht op het leven wanneer dit niet meer humaan is, wanneer het leven geen leven meer is. Eenieder wordt geconfronteerd met situaties waarbij de patiënt ondraaglijk lijdt en zijn lichaam afzichtelijk wordt. In die gevallen moet euthanasie mogelijk zijn, ongeacht of het dan gaat om een terminale of een niet-terminale patiënt, zij het met inachtnaam van bepaalde zorgvul-

soutien de ceux-ci au cas où elle en déposerait un. Elle n'en reste pas moins convaincue qu'il est de son devoir de partager le souci profond que lui inspire cette situation.

Une membre souhaite répondre à un précédent intervenant qui a cité, à l'appui de son exposé, l'exemple de l'article 369 du Code pénal, relatif à la tentative d'enlèvement, comme si l'on n'avait pas de définition de la tentative dans le Code pénal.

Or, cette définition existe; dans certains cas, la tentative est pénalisée, et dans d'autres pas.

L'intervenante se dit par ailleurs préoccupée, comme une précédente oratrice, par la mise en œuvre de la Convention internationale sur les droits de l'enfant. Ceci montre combien, à partir du moment où l'on veut légiférer dans un domaine comme celui de l'euthanasie, on se trouve devant d'énormes difficultés.

Lorsqu'on définit des catégories précises auxquelles la loi s'applique, se pose la question de savoir ce que deviennent les personnes qui ne rentrent pas dans ces catégories, dont la souffrance n'est pas nécessairement moins intolérable, et qui ont tout autant droit à une mort digne.

Il n'est donc pas si simple de légiférer dans la matière qui nous occupe.

Une intervenante constate que certains membres plaident en avançant plus ou moins d'arguments contre une réglementation légale de l'euthanasie, dans laquelle la demande du patient jouerait un rôle central, qui imposerait plusieurs critères de prudence, qui ne contiendrait aucune disposition ayant de quelque manière que ce soit pour effet d'obliger le patient ou le médecin à accomplir un acte euthanasique. Ces membres n'ont-ils pas lu les résultats de l'étude Deliëns? Ne veulent-ils pas empêcher, grâce à une dépenalisation bien conçue, que les abus qui ont été constatés jusqu'à présent se poursuivent? Ne souhaitent-ils pas qu'on réprime ces abus?

La membre estime que l'on ne saurait remettre en cause le droit à la vie, tel qu'il est défini à l'article 2 de la CEDH, mais elle estime, par ailleurs, que le droit à la vie doit être le droit à une vie digne. Ce droit doit exister, aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Alors que l'on est en train de mettre au point une solution pour la première catégorie, le problème reste malheureusement posé pour la deuxième, celle des enfants. Pour eux, il faudra continuer à avoir recours à la notion d'«état de nécessité». Selon l'intervenante, le droit à la vie prend fin dès que la vie cesse d'être humaine, dès que la vie n'est plus une vie. Chacun connaît des situations dans lesquelles un patient souffre de manière intolérable et se voit devenir horrible. Dans ces cas, l'euthanasie doit être possible, que le patient soit ou non en phase terminale, à condition toutefois que certains critères de prudence

digheidscriteria. Dit neem vanzelfsprekend niet weg dat elke patiënt de vrijheid moet hebben om, tot op het allerlaatste moment, vast te houden aan het leven.

Een ander lid komt terug op de definitie van artikel 2 van het EVRM.

A. Inhoud van artikel 2 van het EVRM

Strikt genomen kent artikel 2 van het EVRM geen recht op leven toe, maar legt het de Staten de verplichting op het leven van eenieder te beschermen en verbiedt het hun iemand opzettelijk van het leven te beroven(1). Het is dus niet het leven, maar het recht op leven dat wordt beschermd(2).

Het «recht op leven» in de zin van deze bepaling is slechts het recht op het fysieke leven in de gebruikelijke zin van het woord en niet het recht op een leven dat het betrokken individu subjectief als waardig kan bestempelen(3). Het beschermde recht is dus het recht om niet dood te zijn(4). Het is ook geen verplichting om in leven te blijven.

B. De belangrijkste bestemming van de norm

De plicht om het recht op leven te beschermen is hoofdzakelijk tot de wetgever gericht(5). Het artikel bepaalt immers uitdrukkelijk dat «het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet». Het is ook de vraag of het ontbreken van een wetgeving met betrekking tot euthanasie niet in strijd is met artikel 2.1 omdat in geen enkele wettelijke bescherming is voorzien wat betreft de medische praktijken die het leven kunnen verkorten.

C. Draagwijdte van artikel 2 van het EVRM

Deze bepaling impliceert dat de Staten zich er van moeten onthouden handelingen te verrichten die het leven in gevaar brengen. De overtreding ervan kan in Straatsburg maar worden aangevoerd indien de Staat zijn plicht verzuimd heeft om het recht op leven te beschermen(6).

(1) P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, «*Theory and practice of the European Convention on Human Rights*», Antwerp, Boston, London, Frankfurt, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1984, blz. 184.

(2) J.E.C. Fawcett, «*The application of the European Convention on Human Rights*», Oxford, 1969, blz. 30-31 in P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, blz. 184-185.

(3) Cass., 5 februari 1985, *Pas.*, 1985, I, nr. 332 in J. Velu en R. Ergec, «*La Convention européenne des droits de l'homme*», Bruxelles, Bruylant, 1990, blz. 174.

(4) J. Velu en R. Ergec, *op. cit.*, blz. 1.

(5) P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, blz. 184.

(6) P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, «*Theory and practice of the European Convention on Human Rights*», Antwerp, Boston, London, Frankfurt, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1984, blz. 184.

soient respectés. Il n'empêche, évidemment, que chaque patient doit avoir la faculté de rester en vie jusqu'au dernier moment.

Un autre membre revient sur la question de l'interprétation de l'article 2 CEDH.

A. L'objet de l'article 2 CEDH

L'article 2 CEDH ne confère pas, à proprement parler, un droit à la vie mais impose aux États l'obligation de protéger le droit de chacun à la vie et leur interdit d'infliger la mort intentionnellement(1). Ce n'est donc pas la vie mais le droit à la vie qui doit être protégé(2).

Le «droit à la vie» au sens de cette disposition «n'est que le droit à la vie physique au sens usuel du terme et non le droit à une vie que l'individu concerné peut subjectivement qualifier de «décente»(3). Le droit protégé est donc le «droit de n'être pas mort»(4). Il ne s'agit pas non plus d'une obligation de rester en vie.

B. Le destinataire principal de la norme

Le devoir de protéger le droit à la vie s'adresse principalement au législateur(5). En effet, l'article stipule expressément que «le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi». On peut d'ailleurs se demander si l'absence d'une législation relative à l'euthanasie ne pourrait pas être en contradiction avec l'article 2.1 dans la mesure où aucune protection légale n'est prévue quant aux pratiques médicales de nature à raccourcir la vie.

C. Portée de l'article 2 CEDH

Cette disposition implique de la part des États de s'abstenir de commettre des actes qui mettent la vie en danger. Sa violation ne peut être invoquée à Strasbourg que si l'État a manqué à son devoir de protection du droit à la vie(6).

(1) P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, «*Theory and practice of the European Convention on Human Rights*», Antwerp, Boston, London, Frankfurt, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1984, p. 184.

(2) J.E.C. Fawcett, «*The application of the European Convention on Human Rights*», Oxford, 1969, pp. 30-31 in P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, pp. 184-185.

(3) Cass., 5 février 1985, *Pas.*, 1985, I, n° 332 in J. Velu et R. Ergec, «*La Convention européenne des droits de l'homme*», Bruxelles, Bruylant, 1990, p. 174.

(4) J. Velu et R. Ergec, *op. cit.*, p. 1.

(5) P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, p. 184.

(6) P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, «*Theory and practice of the European Convention on Human Rights*», Antwerp, Boston, London, Frankfurt, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1984, p. 184.

De verplichting om het recht op leven te beschermen wordt maar nagekomen indien de wetgeving ter bescherming van het recht op leven effectief wordt toegepast(1). De door de wet toegekende bescherming moet doeltreffend zijn: het feit dat de overheid de daders van een onwettige beroving van het leven niet opspoorde en vervolgt, zou bij de instellingen in Straatsburg kunnen worden bekritiseerd(2). Zo kan men beweren dat de huidige situatie (de parketten vervolgen de daders van euthanasie niet hoewel die handeling onder artikel 394 van het Strafwetboek valt) de niet-uitvoering inhoudt van de wet ter bescherming van het recht op leven en dat bijgevolg artikel 2 van het EVRM niet wordt nageleefd.

De werkelijke draagwijdte van de plicht tot bescherming door de Staat bestaat in de eerste plaats in de verplichting om de opzettelijke aanslagen op het leven door zijn eigen vertegenwoordigers als een overtreding te bestempelen en nauwkeurig de gevallen te bepalen waarin de dood werkelijk kan worden opgelegd. De Staat heeft dezelfde verplichting ook met betrekking tot de aanslagen op het leven door particulieren. Wetgevend optreden inzake euthanasie zou, vanuit dat standpunt, een plicht van de nationale wetgever kunnen lijken.

D. Euthanasie en artikel 2 van het EVRM

Noch de commissie noch het Europees Hof van Straatsburg heeft zich moeten uitspreken over euthanasie noch over het bestaan van een recht om te sterven noch over de verhouding tussen dit recht en het recht op leven(3).

Hoewel euthanasie verboden lijkt door de formele bewoordingen van § 1 van artikel 2 van het EVRM en tot geen van de in § 2 van hetzelfde artikel bedoelde uitzonderingen behoort, wordt in de rechtsleer en in de rechtspraak een strekking vastgesteld om euthanasie te aanvaarden als bepaalde beperkende voorwaarden zijn vervuld(4).

Euthanasie is niet per se strijdig met het Verdrag(5). Artikel 2 verbiedt de overheden en de particulieren het recht op te eisen om een einde te maken aan het leven van iemand zonder dat hij het wil, maar bevat geen enkele grondslag om iemand te verbieden

L'obligation de protéger le droit à la vie n'est remplie que si la législation visant à protéger le droit à la vie est effectivement appliquée(1). La protection accordée par la loi doit être effective: l'abstention de l'autorité de rechercher et de poursuivre les auteurs de privation illicite de la vie pourrait être critiquée devant les organes de Strasbourg(2). On peut ainsi soutenir que la situation actuelle (les parquets ne poursuivent pas les auteurs d'euthanasie bien que cette dernière tombe sous le coup de l'article 394 du Code pénal) constitue une non-exécution de la législation protectrice du droit à la vie et que de ce fait, l'article 2 CEDH n'est pas respecté.

La portée réelle du devoir de protection de l'État est, d'abord, l'obligation d'ériger en infraction les atteintes volontaires à la vie de la part des ses propres agents, et de définir avec précision les cas où la mort peut être légalement infligée. L'État est tenu à la même obligation à l'égard des atteintes au droit à la vie commises par des particuliers. Légiférer en matière d'euthanasie pourrait, sous cet angle, apparaître comme une obligation pesant sur le législateur national.

D. Euthanasie et article 2 CEDH

Ni la commission ni la Cour européenne de Strasbourg n'ont eu à se prononcer sur l'euthanasie, ni sur l'existence d'un droit à mourir, ni sur les rapports de ce droit avec le droit à la vie(3).

Bien que l'euthanasie paraisse condamnée par les termes formels du § 1^{er} de l'article 2 CEDH et ne rentre dans aucune des exceptions visées au § 2 du même article, on constate cependant dans la doctrine et dans la jurisprudence une tendance à admettre l'euthanasie lorsque certaines conditions restrictives sont réunies(4).

L'euthanasie n'est pas *per se* en conflit avec la Convention(5). L'article 2 interdit aux autorités et aux particuliers de revendiquer le droit de mettre fin à la vie de quelqu'un sans sa volonté mais n'offre aucun fondement pour interdire à une personne le droit de

(1) *Ibidem*.

(2) J. Velu en R. Ergéc, *op. cit.*, blz.

(3) Zie L.-E. Pettiti (s.l.d.), «*La Convention européenne des droits de l'homme. Commentaire article par article*», 2e uitgave, Parijs, Economica, 1999, blz. 147-151.

(4) Zie geciteerd door J. Velu en R. Ergéc, *op. cit.*, blz. 174.

(5) P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, blz. 188; H.J.J. Leenen, «*Artikel 2*» in X., «*Het EVRM en de gezondheidszorg*», Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1994, blz. 34.

(1) *Ibidem*.

(2) J. Velu et R. Ergéc, *op. cit.*, p.

(3) Voyez L.-E. Pettiti (s.l.d.), «*La Convention européenne des droits de l'homme. Commentaire article par article*», 2^e édition, Paris, Economica, 1999, pp. 147-151.

(4) Voyez références citées par J. Velu et R. Ergéc, *op. cit.*, p. 174.

(5) P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, p. 188; H.J.J. Leenen, «*Artikel 2*» in X., «*Het EVRM en de gezondheidszorg*», Nijmegen, Ars Aequi Libri, 1994, p. 34.

zich het leven te benemen of iemand anders te vragen hem in die zin te helpen(1). De gevallen van euthanasie die zijn uitgevoerd zonder instemming van de betrokkene lijken *a priori* niet in overeenstemming met artikel 2 van het EVRM.

De waarde van de bescherming van het leven moet echter worden afgewogen tegen de andere bepalingen van het Verdrag, in het bijzonder artikel 3 dat onmenselijke en vernederende behandelingen verbiedt(2). De stopzetting van een ondoeltreffende medische behandeling die het intreden van de dood als gevolg heeft, is niet in strijd met artikel 2 van het EVRM. Het stopzetten van nodeloze behandelingen moet worden beschouwd als een algemeen beginsel van medische deontologie. Elke behandeling moet worden afgewogen tegen de doelstelling ervan. Er moet een redelijk verband bestaan tussen de middelen en de doelstellingen van een behandeling, anders verliest de behandeling haar zin. De in artikel 2 bedoelde bescherming van het leven heeft blijkbaar niet zo'n absoluut karakter dat ze de voortzetting van nutteloze behandelingen zou gebieden. Dat geldt ook voor de personen die hun wil niet meer kunnen uitdrukken; bijvoorbeeld mensen die al lang in coma liggen en voor wie geen behandeling denkbaar is die hun toestand zou kunnen verbeteren. Zo ook zijn de behandelingen die de verkorting van het leven als gevolg hebben maar bedoeld zijn om het lijden te verlichten overeenkomstig de regels betreffende de uitoefening van de geneeskunde niet in strijd met artikel 2 van het EVRM(3).

Een aantal auteurs interpreteert dit artikel dus op genuanceerde wijze.

Een lid wijst erop dat de citaten die door de vorige spreker werden aangehaald geen afbreuk doen aan de argumentatie met betrekking tot artikel 2 van het EVRM. Er is slechts één auteur die er een andere mening op nahoudt, met name de Nederlandse D66'er Van Dijk. Spreker verwijst naar de uiteenzetting van professor Adams met betrekking tot de verzoenbaarheid van een regeling omtrent de euthanasie en artikel 2 van het EVRM. Er is inderdaad een spanningsveld tussen de artikelen 2 en 3 van het EVRM, waarbij artikel 2 het recht op leven beschermt en artikel 3 het verbod inhoudt op mensonterende behandelingen.

In uitzonderlijke omstandigheden, wanneer beide belangen met mekaar in tegenstrijd zijn, moet een keuze worden gemaakt. Dit is precies de draagwijdte van het begrip «noodsituatie», waarbij er geen misdrijf wordt gepleegd hoewel de omschreven materiële handeling wel wordt uitgevoerd. Daarbij is er

mettre fin à ses jours, ou de demander à un autre de l'aider dans ce sens(1). Les euthanasies pratiquées sans le consentement de l'intéressé ne semblent *a priori* pas compatibles avec l'article 2 CEDH.

Toutefois, la valeur de la protection de la vie doit être mise en balance avec les autres dispositions de la Convention, en particulier l'article 3 qui interdit les traitements inhumains et dégradants(2). L'arrêt d'un traitement médical inefficace qui a pour conséquence d'entraîner la mort n'est pas en contradiction avec l'article 2 CEDH. On peut dire que l'interruption des traitements inutiles doit être élevée au rang de principe général de déontologie médicale. Tout traitement doit être évalué en fonction de son objectif. Il doit exister un rapport raisonnable entre les moyens et les objectifs d'un traitement sous peine de faire perdre tout sens au traitement donné. La protection de la vie visée à l'article 2 n'a pas, semble-t-il, de caractère absolu de telle manière qu'il commanderait la prolongation de traitements inutiles. Cela concerne également les personnes qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté; on pense aux personnes qui sont dans le coma depuis longtemps et pour lesquelles aucun traitement pouvant entraîner une amélioration de leur état n'est envisageable. De même, les traitements dont la conséquence est d'abrégier la vie mais dont l'objet est de soulager les souffrances conformément aux règles de l'art de guérir ne sont pas contraires à l'article 2 CEDH(3).

Nombreux sont les auteurs qui adoptent une interprétation nuancée de cet article.

Un commissaire observe que les citations faites par le préopinant ne portent pas atteinte à l'argumentation relative à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le seul auteur à penser autrement est Van Dijk, un membre du parti néerlandais D66. L'intervenant renvoie à l'exposé du professeur Adams concernant la compatibilité d'une réglementation sur l'euthanasie avec l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il y a effectivement un rapport de tension entre les articles 2 et 3 de cette Convention, l'article 2 protégeant le droit à la vie tandis que l'article 3 interdit les traitements dégradants.

Dans des circonstances exceptionnelles, lorsque les deux intérêts se contredisent, il faut faire un choix. Telle est précisément la portée de la notion d'«état de nécessité»: aucune infraction n'est commise, alors que l'acte matériel défini est bel et bien exécuté. Ceci dit, il y a bien entendu encore une distinction à faire

(1) H.J.J. Leenen, *op. cit.*, blz. 34.

(2) P. van Dijk en G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, blz. 188.

(3) H.J.J. Leenen, *op. cit.*, blz. 35-40.

(1) H.J.J. Leenen, *op. cit.*, p. 34.

(2) P. van Dijk et G.J.H. van Hoof, *op. cit.*, p. 188.

(3) H.J.J. Leenen, *op. cit.*, pp. 35-40.

vanzelfsprekend nog een onderscheid tussen een actieve levensbeëindiging en het staken van een zinloze medische behandeling.

Er kan terzake tevens verwezen worden naar Aanbeveling nr. 1418 van de Raad van Europa (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt uitdrukkelijk dat de lidstaten:

«9.c. *het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien:*

i. het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, dat bepaalt: 'Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd';

ii. de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii. de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben.»

Deze Aanbeveling laat eveneens de mogelijkheid open zich te beroepen op de noodsituatie, doch geeft tegelijk aan dat een voorwaardelijke legalisering van de euthanasie, zoals voorgesteld door het voorstel nr. 2-244, de grenzen van de mensenrechten ver overschrijdt. Noch de Commissie, noch het Hof voor de rechten van de mens hebben zich tot nog toe moeten uitspreken over een wettelijke regeling, vermits er vooralsnog geen bestaat.

Het Charter van de mensenrechten dat, anders dan het EVRM, tot stand is gekomen in het kader van de Europese Unie, bepaalt: «Eenieder heeft het recht op leven. Niemand wordt tot de doodstraf veroordeeld of terechtgesteld.»

Vooreerst merkt het lid op dat dit Charter niet dezelfde juridische draagkracht heeft als het EVRM of het Verdrag tot bescherming van de burgerlijke en politieke rechten, tot stand gekomen in het kader van de Verenigde Naties. Spreker verwijst naar de rechtsleer dienaangaande. Het Charter is slechts een algemene programmaverklaring.

Belangrijker is echter dat, in een nota aan de leden van de Conventie die belast was met het opstellen van het Charter, de gelijkenissen en de verschillpunten tussen het Charter en het EVRM werden uiteengezet. In deze nota wordt onder meer gesteld dat het artikel 2

entre mettre activement un terme à la vie et interrompre un traitement médical inutile.

On peut également citer ici la Recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe (1999) concernant la protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil demande expressément aux États membres:

«9.c. *de maintenir l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:*

i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que 'la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement';

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.»

Cette Recommandation laisse elle aussi ouverte la possibilité d'invoquer l'état de nécessité, mais elle indique simultanément qu'une légalisation conditionnelle de l'euthanasie telle que la suggère la proposition n° 2-244 dépasse largement les limites des droits de l'homme. Ni la Commission, ni la Cour des droits de l'homme n'ont dû, jusqu'à présent, se prononcer sur une réglementation légale, puisqu'il n'en existe toujours pas.

La Charte des droits fondamentaux, qui, contrairement à la Convention européenne des droits de l'homme, a vu le jour dans le cadre de l'Union européenne, énonce: «Toute personne a droit à la vie. Nul ne peut être condamné à la peine de mort, ni exécuté.»

L'intervenant commence par faire remarquer que cette Charte n'a pas la même portée juridique que la Convention européenne des droits de l'homme ou le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, élaboré dans le cadre des Nations unies. L'intervenant renvoie à la doctrine sur la question. La Charte n'est qu'une déclaration de programme générale.

Autrement important est le fait que les similitudes et les points de divergence entre la Charte et la Convention européenne des droits de l'homme ont été exposés dans une note aux membres de la convention chargée de rédiger la Charte. Cette note dit, entre

van het Charter juist dezelfde draagwijdte en betekenis heeft als artikel 2 van het EVRM. Men moet dus niet het ene artikel tegen het andere uitspelen. Eén en ander blijkt overigens ook uit de Memorie van toelichting bij het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

Tenslotte verwijst spreker naar het artikel 53 van het Charter, dat het beschermingsniveau ervan preciseert. Dit artikel stipuleert dat de bepalingen van het Charter niet mogen worden uitgelegd als zouden zij een beperking vormen van of afbreuk doen aan de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden welke binnen hun respectieve werkingssferen worden erkend door het recht van de Europese Unie, het internationaal recht, de internationale overeenkomsten waarbij de Unie of de lidstaten partij zijn, met name het EVRM.

Het lid concludeert dan ook dat de draagwijdte van het Charter bijzonder duidelijk is. Het wijkt niet af van artikel 2 van het EVRM en kan er bovendien nooit van afwijken. Zelfs mocht dit toch het geval zijn — *quod non* —, dan nog zou deze afwijking slechts betrekking kunnen hebben op de communautaire rechtsorde, omdat dit Charter enkel betrekking heeft op de bevoegdheden van de Europese Unie — en niet van de bevoegdheden die de lidstaten toekomen. *In se* is dit Charter dan ook volstrekt irrelevant ten aanzien van de problematiek die thans aan de orde is in het wetsvoorstel nr. 2-244, met name de euthanasie.

Een ander lid antwoordt dat het hem niet ontgaat is dat het Europees Handvest in de huidige omstandigheden niet bindend is.

Daar kan echter verandering in komen, omdat een aantal landen een Europees corpus wensen.

De kwestie van de verenigbaarheid met en zelfs van het bestaan van de Raad van Europa als verdediger van de fundamentele openbare vrijheden, zal aan de orde komen wanneer dit corpus verplicht zal worden.

Op dat ogenblik zal de Europese Unie een volwaardige Staat worden, die aan al zijn burgers vrijheden kan waarborgen die momenteel in een Europees Verdrag vastliggen dat door alle lidstaten goedgekeurd en bekrachtigd moet worden.

Spreker wou benadrukken dat terwijl het EVRM zich indertijd niet met deze recente problemen heeft kunnen bezighouden, zij nu aangekaart worden, en dat amendementen op kwesties als euthanasie verworpen werden.

De vorige spreker zei dat het Europees Handvest in zekere zin niet strijdig mocht zijn met het EVRM.

autres, que l'article 2 de la Charte a exactement la même portée et la même signification que l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il ne faut donc pas opposer ces articles l'un à l'autre. C'est ce qui ressort d'ailleurs également de l'exposé des motifs de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Enfin, l'intervenant renvoie à l'article 53 de la Charte, qui en précise le niveau de protection. Cette article indique qu'aucune disposition de la Charte ne peut être interprétée comme limitant ou portant atteinte aux droits de l'homme et libertés fondamentales reconnus, dans leurs champs d'application respectifs, par le droit de l'Union européenne, le droit international et les conventions internationales auxquelles sont parties l'Union (...) ou les États membres, notamment par la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

L'intervenant conclut que la portée de la Charte est particulièrement claire. Elle ne déroge pas à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme et ne peut du reste jamais y déroger. Même si c'était le cas — *quod non* — cette dérogation ne pourrait alors concerner que l'ordre juridique communautaire, parce que cette Charte ne porte que sur les compétences de l'Union européenne — et non sur les compétences qui reviennent aux États membres. En soi, cette Charte n'est donc absolument pas pertinente dans la problématique actuellement abordée dans la proposition de loi n° 2-244, à savoir celle de l'euthanasie.

Un autre membre répond qu'il ne lui a pas échappé que la Charte européenne n'a, en l'état actuel des choses, pas de pouvoir contraignant.

Les choses peuvent cependant évoluer, car un certain nombre de pays souhaitent en arriver à un corpus européen.

La question de la compatibilité et même de l'existence du Conseil d'Europe, en ce qu'il défend les éléments fondamentaux des libertés publiques, sera posée le jour où ce corpus deviendra obligatoire.

Ce jour-là, en effet, l'Union européenne deviendra réellement un État, capable de garantir à l'ensemble de ses ressortissants des libertés qui, actuellement, sont approuvées par une convention européenne qui doit être votée et ratifiée par l'ensemble des États membres.

L'objectif de l'intervenant était de souligner qu'alors que la CEDH n'avait pas pu, à l'époque, s'occuper de ces problèmes récents, ceux-ci ont maintenant été abordés, et que des amendements sur des questions comme celle de l'euthanasie ont été rejetés.

Le précédent intervenant a dit que la Charte européenne ne pouvait en quelque sorte être contraire à la CEDH.

Hij gaat bijgevolg van de stelling uit dat het verdrag euthanasie verbiedt. Welnu, dit is onmogelijk, aangezien geen enkel arrest dit onderwerp behandeld heeft, noch heeft een arrest ooit aan Staten de mogelijkheid ontzegd om een abortuswetgeving op te stellen.

Wat de Aanbeveling van de Raad van Europa betreft, moet, naast het feit dat het maar een relatieve waarde heeft, eraan herinnerd worden dat ze op een vrijdagmorgen door slechts een vierde van de leden aangenomen werd.

Wanneer men echter over het Europees Verdrag voor de bio-ethiek stemt, of over de richtlijn betreffende de brevetten op het vlak van de biotechnologie, doet men dit op een dag waarop iedereen aanwezig is, wat relevante stemmingen oplevert.

De vorige spreker repliceert dat de auteurs van het EVRM nooit gedacht hebben aan de mogelijkheid van euthanasie. De redactie van dit verdrag vond plaats net na de Tweede Wereldoorlog in het licht van de barbaarsheid van het nazisme in Europa. Spreker wenst helemaal niet de indruk te wekken dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 in dezelfde richting zou gaan, maar meent dat het niet onbelangrijk is te herinneren aan de omstandigheden waarin het EVRM is tot stand gekomen en aan het beoogde doel, met name het verbieden van vernederende en menonwaardige behandelingen van de menselijke persoon. Dergelijke waarborgen waren niet in klassieke grondwetten te lezen, omdat eenieder tot dan dacht dat ze vanzelfsprekend waren. Dit is overigens ook de reden waarom in de Duitse grondwet de bescherming van de menselijke waarborg na WO II expliciet werd opgenomen.

Overigens merkt het lid op dat de omstandigheden waarin de Aanbeveling nr. 1418 van de Raad van Europa in mei 1999 tot stand zijn gekomen volstrekt irrelevant zijn. De Aanbeveling is legitiem en mochten anderen van oordeel zijn dat dit niet het geval is, hebben dezen steeds de mogelijkheid om een andere Aanbeveling te stemmen. Het feit dat dit niet is gebeurd, toont voldoende aan dat er wel degelijk een meerderheid in de parlementaire assemblee van de Raad van Europa is voor de Aanbeveling nr. 1418. De strekking van de grote meerderheid van de commentaren op de Nederlandse tekst, die door de Tweede Kamer werd goedgekeurd, maakt bovendien voldoende duidelijk dat er wel degelijk een conflict is tussen die tekst en artikel 2 van het EVRM.

Een lid komt terug op een artikel onder de volgende krantenkop: «*L'euthanasie à tout prix, et qu'on m'achève.*»

Hij meent dat het onderhavige voorstel zeker geen euthanasie tegen elke prijs mogelijk maakt, en dat het

Il postule par conséquent que la Convention interdit l'euthanasie. Or, cela est impossible, puisque pas un seul arrêt n'a abordé ce sujet, tout comme aucun arrêt n'a condamné la possibilité pour les États de légiférer en matière d'avortement.

En ce qui concerne la Recommandation du Conseil de l'Europe, outre la valeur relative d'un tel texte, il faut rappeler qu'elle a été votée un vendredi matin par le quart des membres.

Par contre, quand on vote des textes comme la Convention européenne de bioéthique, ou la directive sur les brevets en matière de biotechnologie, on le fait un jour où tout le monde est là, ce qui donne lieu à des votes significatifs.

Le préopinant réplique que les auteurs de la Convention européenne des droits de l'homme n'ont jamais pensé à la possibilité de l'euthanasie. La rédaction de cette Convention a eu lieu juste après la Seconde Guerre mondiale, à la lumière de la barbarie du nazisme en Europe. L'intervenant ne souhaite absolument pas donner l'impression que la proposition de loi n° 2-244/1 irait dans le même sens, mais il estime important de rappeler les circonstances dans lesquelles la Convention européenne des droits de l'homme a vu le jour ainsi que l'objectif poursuivi, qui est d'interdire les traitements humiliants et dégradants infligés aux êtres humains. De telles garanties n'étaient pas inscrites dans les constitutions classiques, parce que jusque-là, tout le monde croyait qu'elles étaient évidentes. C'est d'ailleurs aussi la raison pour laquelle la protection de la dignité humaine a été inscrite explicitement dans la constitution allemande après la Seconde Guerre mondiale.

Le membre fait remarquer par ailleurs que les circonstances dans lesquelles la Recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe a vu le jour en mai 1999 ne sont nullement pertinentes. La Recommandation est légitime, et au cas où d'autres estimeraient que ce n'est pas le cas, ils ont toujours la possibilité de faire voter une autre recommandation. Le fait que cela ne se soit pas produit démontre à suffisance qu'il y a bel et bien au sein de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe une majorité favorable à la Recommandation n° 1418. En outre, la tendance de la grande majorité des commentaires relatifs au texte néerlandais approuvé par la Deuxième Chambre fait clairement apparaître qu'il y a bien un conflit entre ce texte et l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Un membre en revient à l'article paru dans un quotidien et intitulé: «*L'euthanasie à n'importe quel prix, et qu'on m'achève.*»

Il pense que la proposition en discussion ne rend certainement pas possible l'euthanasie à n'importe

zeker niet het eindpunt betekent, doch het resultaat van dialoog en reflectie.

Om euthanasie te verdedigen zou spreker dit artikel dus niet aanhalen, temeer daar het een deel van zijn bezorgdheden illustreert. Spreker wil dat ieders levensbeschouwing over de manier van sterven gerespecteerd wordt, en wil daarom des te meer dat men de burger beschermt die zich in een kwetsbare toestand bevindt.

Een aantal amendementen werden in die zin ingediend. In voormeld artikel kan men het volgende lezen: «*Op een dag ben ik in mijn rijkemensenbuurt op de stoep gevallen. Voorbijgangers hebben mij geschopt en voor zuipschuit uitgemaakt. Op een andere dag ben ik midden op straat gevallen. De auto's reden om mij heen.*»

Dit is wat men sociale druk kan noemen.

Het artikel vermeldt ook het volgende: «*Pauline woont alleen. Eenmaal per week krijgt zij het bezoek van de gezinshulp. Haar kinderen wonen niet ver, maar 'twee jaar geleden, op kerstavond, was ik alleen. Mijn dochter had mij uit het ziekenhuis gehaald, na een zelfmoordpoging'.*»

Het gaat hier kennelijk om een gebrek aan sociale hulp.

Verder staat er in het artikel: «*Pauline tracht ons ervan te overtuigen dat zij niet depressief is, dat zij bij haar volle verstand is.*»

Het gaat dus meer om een existentiële wanhoop, waarop de geneeskunde geen antwoord kan bieden, maar wel de maatschappij.

Spreker voegt eraan toe dat hij sommige voorstellen en suggesties tot verbetering van de tekst van een vorige spreekster zal steunen.

Persoonlijk onderscheidt hij binnen het debat geen twee groepen, waarvan de ene uit voorstanders van een expliciete wet zou bestaan, en de andere uit tegenstanders ervan. Een groep is voorstander van een expliciete wet en een andere van een objectivering van de noodtoestand, maar op dit punt moet een antwoord gegeven worden op de bezwaren van onder anderen professor Messine aangaande de ongewenste gevolgen van een benadering uitgaande van de noodtoestand, en van professor Vincent.

Onder de voorstanders van een expliciete wetgeving kan men volgens spreker twee groepen onderscheiden: een meerderheidsgroep binnen de meerderheid, die de deels geamendeerde basistekst goedkeurt, en een minderheidsgroep binnen de meerderheid, die een gesubamendeerde tekst wenst met een duidelijkere verwijzing naar de rechten van de patiënt.

De amendementen die reeds in de basistekst zijn opgenomen komen tegemoet aan een aantal bekom-

quel prix, et ne la considère certainement pas comme un achèvement, mais comme l'aboutissement d'un dialogue et d'une réflexion.

L'intervenant s'abstiendrait donc, pour défendre l'euthanasie, de faire référence à cet article, d'autant plus que celui-ci illustre une part de ses préoccupations. Autant l'intervenant est partisan du respect des options philosophiques de chacun où se fait le choix sur la façon de vivre sa mort, autant il entend que l'on défende aussi le citoyen lorsqu'il est en situation de vulnérabilité.

Une série d'amendements proposés vont dans ce sens. On peut lire dans l'article précité: «*Un jour, je suis tombée sur le trottoir, dans mon quartier de riches. Des passants m'ont donné des coups, traitée de souldarde. Un autre jour, j'avais fait une chute au milieu de la rue. Les voitures me contournaient.*»

C'est là ce qu'on peut appeler une pression sociale.

L'article ajoute: «*Pauline vit seule. Une fois par semaine, elle reçoit la visite d'une aide familiale. Ses enfants n'habitent pas loin, mais ... 'Il y a deux ans, le soir de Noël, je m'étais retrouvée seule. Ma fille m'avait récupérée à l'hôpital, après une tentative de suicide'.*»

Il y a là, manifestement, un manque d'aide sociale.

On peut lire encore dans cet article: «*Pauline tente de nous convaincre qu'elle n'est pas dépressive, qu'elle possède toute sa raison.*»

On se trouve donc plus dans un cas de désespoir existentiel, et ce n'est pas à la médecine à y répondre, mais à la société.

L'intervenant ajoute qu'il appuiera certaines des propositions et suggestions d'amélioration du texte formulées par une précédente intervenante.

Personnellement, il n'aperçoit pas, dans le débat, deux groupes, dont l'un regrouperait les sénatrices et les sénateurs favorables à une loi explicite, et un autre qui regrouperait les opposants à une telle loi. Il y a un groupe favorable à une loi explicite et un autre à une objectivation de l'état de nécessité, mais sur ce point, il faut répondre aux objections du professeur Messine sur les effets pervers d'une approche par l'état de nécessité, et à celles du professeur Vincent, notamment.

Parmi ceux qui sont favorables à une loi explicite, l'intervenant distinguerait deux groupes: un groupe majoritaire dans la majorité, qui appuie le texte de base, partiellement amendé, et un groupe minoritaire dans la majorité, qui souhaite un texte sous-amendé, avec référence plus explicite aux droits du patient.

Les amendements déjà apportés au texte de base rencontrent un certain nombre des préoccupations de

mernissen van deze minderheidsgroep, maar in nog onvoldoende mate.

Spreeker deelt de bekommernis om het extreme lijden van kinderen in sommige gevallen.

Hij meent dat men stapsgewijs te werk moet gaan, en de moeilijkheden een voor een aanpakken, omdat zij te groot zijn om in één keer opgelost te worden.

Een vorige sprekerster herinnerde er terecht aan dat de wet niet alle situaties van het levenseinde kan omvatten. Dat zou illusoir en overdreven zijn. Er zal altijd een mogelijkheid zijn om zich op de noodtoestand te beroepen. Maar dit betekent niet dat men de werkzaamheden zal stopzetten zodra er over de ingediende voorstellen gestemd is. Er zullen inderdaad nog bio-ethische debatten volgen, en die ethische kwesties kunnen niet zomaar zonder democratische inbreng aan deskundigen overgelaten worden. Het moet een permanent maatschappelijk agendapunt worden voor de toekomst. Het huidige debat is dus belangrijk in die zin dat het de weg baant voor andere.

Een senator betreurt dat een vorige spreker heeft aangekondigd geen amendementen te zullen indienen in verband met de problematiek van de euthanasie bij minderjarigen. Deze problematiek verdient immers ook een dringende bespreking. Anderzijds zegt spreker wel te begrijpen dat men een wetgeving op de euthanasie niet wil hypothekeren door er elementen aan toe te voegen die, jammer genoeg, vooralsnog onbespreekbaar zijn. De senator verwijst naar zijn amendementen dienaangaande.

Op de opmerking, die door een vorige interveniënt werd geuit, dat Nederland thans geïsoleerd staat op het vlak van de euthanasie, repliceert de senator dat euthanasie nu overal wordt toegepast zonder dat er een wettelijk kader voorhanden is. Nederland is niet enkel geïsoleerd omdat dit het enige land is waar een expliciete depenalisering werd goedgekeurd, maar ook omdat hier een aantal zorgvuldigheidscriteria werden ingeschreven die elders ontbreken.

De senator stelt vast dat er een zekere begripsverwarring bestaat tussen de euthanasie en de hulp bij zelfdoding. De tussenkomsten van enkele vorige sprekers bevestigen zijn overtuiging dat dit onderscheid in sommige gevallen niet meer te maken is. Men zal dan ook in een gevaarlijk juridisch vacuüm terecht komen wanneer de hulp bij zelfdoding niet wordt gereguleerd. De senator hoopt dat sommige leden, na lectuur van de Nederlandse tekst waarin dit aspect wel aan bod komt, tot de overtuiging zullen komen dat zulks ook in België het geval moet zijn.

Spreeker merkt op dat verschillende leden — vanuit de meerderheid en vanuit de oppositie — een probleem hebben met euthanasie bij niet-terminale

ce groupe minoritaire, mais de façon encore insuffisante.

Quant à la souffrance extrême des enfants dans certains cas, c'est un souci que partage l'intervenant.

Celui-ci estime qu'il faut travailler de façon progressive, en rencontrant les difficultés au fur et à mesure, car celles-ci sont trop importantes pour pouvoir être surmontées toutes à la fois.

Une précédente intervenante a rappelé à juste titre que la loi ne peut couvrir toutes les situations de fin de vie. Vouloir le faire serait illusoire et abusif. Il y aura toujours un espace pour en appeler à l'état de nécessité. Mais cela ne signifie pas que l'on arrêtera le travail une fois les propositions à l'examen votées. On est en effet entré dans une période où les débats bio-éthiques vont se succéder, et où l'on ne peut laisser les questions éthiques, en raison d'un forfait démocratique, aux mains des seuls experts. Il doit s'agir d'un enjeu de société permanent pour l'avenir. D'où l'importance du présent débat, qui prépare la voie aux autres.

Un sénateur regrette qu'un intervenant précédent ait annoncé son intention de ne pas déposer d'amendements concernant la problématique de l'euthanasie chez les mineurs. Cette problématique mérite en effet aussi une discussion urgente. L'intervenant dit comprendre en revanche que l'on ne veuille pas hypothéquer une législation sur l'euthanasie en y ajoutant des éléments qui, malheureusement, ne sont toujours pas susceptibles d'être discutés. Il renvoie aux amendements qu'il a déposés à ce sujet.

À la remarque, faite par un intervenant précédent, selon laquelle les Pays-Bas seraient actuellement isolés en matière d'euthanasie, le sénateur réplique que l'euthanasie est aujourd'hui pratiquée partout sans qu'il existe de cadre légal. Les Pays-Bas ne sont pas seulement isolés parce qu'ils sont le seul pays à avoir approuvé une dépénalisation explicite, ils le sont aussi parce qu'ils ont introduit en l'espèce un certain nombre de critères de prudence qui font défaut ailleurs.

Le sénateur constate qu'il existe une certaine confusion conceptuelle entre l'euthanasie et l'assistance au suicide. Les interventions de plusieurs préopinants le confortent dans la conviction que dans certains cas, cette distinction n'a plus de raison d'être. On va dès lors se trouver devant un vide juridique dangereux si l'assistance au suicide n'est pas réglementée. Le sénateur espère que la lecture du texte néerlandais, dans lequel cet aspect est bel et bien abordé, convaincra certains membres qu'il doit en être ainsi en Belgique également.

L'intervenant observe que l'euthanasie pratiquée sur des patients ne se trouvant pas en phase terminale pose un problème à plusieurs membres — tant de la

patiënten. In hoeverre zouden zij bereid zijn om het debat over de voorwaardelijke depenalisering van de euthanasie — en dus niet over de toepassing van de figuur van de noodtoestand — te voeren mocht zich dit beperken tot de terminale patiënten? Mocht deze bereidheid bestaan, zou men wellicht kunnen komen tot een veel bredere consensus in de verenigde commissies en in de plenaire vergadering van de Senaat. De senator wenst op die manier een opening te maken in het debat, hoewel hijzelf voorstander is van een wettelijke regeling die ook geldt voor de niet-terminale patiënten. Hij uit niettemin zijn vrees dat sommigen bij hun standpunt zullen blijven en ook voor de terminale patiënten slechts een oplossing zien in het kader van de noodtoestand.

Een lid stelt vast dat euthanasie-aanvragen over het algemeen niet in de eerste plaats uitgaan van de patiënt, maar dikwijls van verwanten en eventueel van artsen.

Veelal zijn euthanasie-aanvragen hulpkreten, tenminste wanneer zij voor het eerst geformuleerd worden, vragen om aandacht op geneeskundig, psychologisch en affectief vlak, om rekening te houden met de pijn van de patiënt, zijn ontredde, zijn gevoel dat zijn leven nog moeilijk te dragen is.

In de meeste gevallen biedt palliatieve zorg, als een begeleiding van de patiënt, een oplossing, en krijgt de patiënt de verlichting die hij wenst.

Als arts wil spreker ook een opmerking maken over de algemene context in de ziekenhuizen, de bejaardentehuizen en alle plaatsen waar het medisch personeel te maken heeft met mensen die aan het einde van hun leven zijn gekomen of zwaar ziek zijn.

Dit personeel kampt met gebrek aan tijd, dialoog, personeel om de zorgverlening humaner te maken.

Ziekenhuizen worden bij wet verplicht een budgettair evenwicht te behouden, en moeten dus een zekere efficiëntie nastreven in de zorgverlening.

Efficiëntie is belangrijk en lovenswaardig, maar staat soms haaks op die behoefte aan tijd, dialoog en menselijk contact tussen de verplegingsteams en de patiënten.

Er blijft dus weinig tijd over voor een ethische discussie, en bovendien moet men wel vaststellen dat artsen een gebrekkige kennis hebben van pijnverzachtende behandelingen.

De patiënt die in een stervensfase verkeert, is buitengewoon kwetsbaar en is afhankelijk van zijn omgeving, het medisch personeel en de bekwaamheid ervan, de adviezen die hem gegeven worden, de tijd

majorité que de l'opposition. Dans quelle mesure seraient-ils disposés à mener le débat sur la dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie — et non, dès lors, sur l'application de la construction de l'état de nécessité — s'il se limitait aux patients en phase terminale? S'ils y étaient disposés, on pourrait peut-être aboutir à un consensus beaucoup plus large au sein des commissions réunies et de l'assemblée plénière du Sénat. Le sénateur souhaite de la sorte faire une ouverture dans le débat, bien qu'il soit lui-même partisan d'une réglementation légale applicable également aux patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. Il exprime néanmoins sa crainte de voir certains camper sur leurs positions et n'envisager d'autre solution que l'état de nécessité pour les patients en phase terminale également.

Un membre constate que les demandes d'euthanasie en règle générale ne sont pas formulées prioritairement par le patient. Elles le sont souvent par l'entourage et, éventuellement, par le corps médical.

Dans une large mesure, les demandes d'euthanasie, au moins lorsqu'elles sont formulées pour la première fois, sont souvent des appels à l'aide, à avoir une attention bienveillante sur les plans médical, psychologique et affectif, par rapport au patient, à prendre en compte sa souffrance, sa détresse, son sentiment que sa vie devient difficilement supportable.

Dans la grande majorité des cas, les soins palliatifs, en tant qu'accompagnement global du malade, apportent une réponse, et le patient obtient le soulagement qu'il demande.

En tant que médecin, l'intervenant souhaite également formuler une observation sur le contexte général actuel qui prévaut dans les hôpitaux, dans les maisons d'hébergement pour personnes âgées, et dans tous les lieux où le personnel médical est confronté à des personnes en fin de vie ou gravement malades.

Ce personnel se dit confronté à des problèmes de temps, d'absence de dialogue, de manque de moyens en personnel pour humaniser les soins.

Les hôpitaux sont, il faut le rappeler, tenus par la loi d'atteindre un équilibre budgétaire, et donc une certaine efficacité dans la prestation des soins.

Cette efficacité est importante et louable, mais peut parfois s'opposer à la recherche de temps, de dialogue, et d'humanisation, entre les équipes soignantes et les patients.

Il y a donc peu de temps pour la discussion éthique et, en outre, il faut bien constater une méconnaissance de la part des médecins du traitement de la douleur.

Le patient en fin de vie est extrêmement vulnérable, et dépendant de son entourage, du personnel médical et de la compétence de celui-ci, des avis qui lui sont donnés, du temps qui lui est consacré. Le regard que

die aan hem besteed wordt. Vaak bekijkt de omgeving hem als iemand die niet meer volledig zelfredzaam is en die niet volledig in staat is zijn wil te kennen te geven.

De zelfredzaamheid van een patiënt die in een sterfensfase verkeert, is inderdaad zeer relatief. Spreker citeert mevrouw Herremans, voorzitter van de ADMD die in de pers («*La Libre Belgique*» van 23 december 2000) het volgende heeft verklaard: «*Lorsque l'être humain est envahi par la souffrance, qu'il n'est plus que douleur, il n'y a plus de place à la communication avec les autres, il n'y a plus de place à la liberté de faire des choix.*»

Wanneer men zich beroept op de zelfredzaamheid van de patiënt als verantwoording van het recht van de patiënt om euthanasie te eisen, gaat men onvoldoende na of die zelfredzaamheid wel reëel is en onderzoekt men onder meer te weinig de economische, affectieve, familiale of sociale druk.

Die druk kan de patiënt ertoe aanzetten een verzoek te formuleren dat niet noodzakelijk met zijn diepste overtuiging overeenstemt. Het is precies naar die diepste overtuiging dat moet worden gepeild.

Spreker gaat ervan uit dat het euthanasieprobleem niet afzonderlijk kan worden behandeld. Dat is volgens hem een van de grootste tekortkomingen van het voorliggende wetsvoorstel, dat handelt over een situatie die van alle, oneindig gevarieerde situaties rond het levenseinde, het minst voorkomt.

Het is zeer jammer dat men niet is uitgegaan van het ruimere standpunt van de rechten van de patiënt om alle problemen rond het levenseinde te behandelen.

Spreker merkt overigens op dat België het tweede land ter wereld zou zijn, na Nederland, dat euthanasie uit het strafrecht haalt; hij is er niet zo zeker van dat men op dit terrein pionier moet zijn. Spreker verduidelijkt dat hij steeds veel aandacht en eerbied heeft gehad voor de verklaringen van de Raad van Europa zonder dat hij uit die verklaringen wil selecteren wat hem goed uitkomt. Het verzet van de Raad tegen de nieuwe Nederlandse wetgeving lijkt hem een fundamenteel gegeven dat in overweging moet worden genomen.

Hij stelt vertrouwen in deze internationale instelling die de regeringen hebben gewild en die over alle vraagstukken die er werden behandeld, opmerkelijk goed werk heeft geleverd.

Het zou te betreuren zijn dat een dergelijke instelling in verlegenheid wordt gebracht door het uit het strafrecht halen van euthanasie.

Een ander lid antwoordt dat de Belgische delegatie in de Raad van Europa niet in staat is haar standpunt door te drukken vermits zij, precies omdat de verenigde commissies over euthanasie discussiëren, zich

pose l'entourage sur lui est souvent celui que l'on pose sur une personne qui ne jouit plus de toute son autonomie, qui n'est plus entièrement capable d'exprimer ses volontés.

L'autonomie d'un patient en fin de vie est effectivement toute relative. L'intervenant cite les propos de Mme Herremans, présidente de l'ADMD, qui déclarait dans la presse (*La Libre Belgique* du 23 décembre 2000): «*Lorsque l'être humain est envahi par la souffrance, qu'il n'est plus que douleur, il n'y a plus de place à la communication avec les autres, il n'y a plus de place à la liberté de faire des choix.*»

Lorsqu'on invoque l'autonomie du patient comme fondement du droit de celui-ci à réclamer l'euthanasie, on ne prend pas suffisamment de précautions par rapport à la réalité de cette autonomie, au regard notamment des pressions économiques, affectives, familiales ou sociales.

Celles-ci peuvent amener le patient à formuler des requêtes qui ne correspondent pas nécessairement à sa volonté intime. C'est sur le contenu de cette dernière qu'il faut s'interroger.

L'intervenant considère que la question de l'euthanasie ne peut être traitée isolément. C'est, à ses yeux, un des défauts majeurs de la proposition de loi à l'examen, qui traite de l'élément sans doute le moins fréquent parmi toutes les situations de fin de vie, lesquelles sont extrêmement variées.

Il est fort dommage que l'on n'ait pas adopté le point de vue plus global des droits du patient, pour prendre en compte l'ensemble des problèmes relatifs à la fin de vie.

L'intervenant souligne par ailleurs que la Belgique serait le deuxième pays au monde, après les Pays-Bas, à dépenaliser l'euthanasie; il n'est pas sûr qu'il faille être pionnier en ce domaine. L'orateur précise qu'il a toujours porté beaucoup d'attention et de respect aux déclarations du Conseil de l'Europe, sans sélectionner ce qui lui convient ou non dans celles-ci. L'opposition du Conseil à la nouvelle législation hollandaise lui paraît être un élément fondamental à prendre en considération.

Il fait confiance à cette institution internationale, que les gouvernements ont voulue, et qui a fait un travail remarquable sur toutes les questions qu'elle a traitées.

Il serait regrettable qu'à travers la dépenalisation de l'euthanasie, on mette à mal une telle institution.

Un autre membre réplique que la délégation belge au Conseil de l'Europe est incapable de faire valoir son point de vue parce que, précisément en raison du fait que les commissions réunies discutent de l'eutha-

niet tot Straatsburg kan wenden om er haar standpunt te verdedigen.

De vorige spreker antwoordt dat men de Raad van Europa niet kan verwijten dat hij zijn vergaderingen opzettelijk zo georganiseerd heeft dat de Belgische delegatie er niet kan aan deelnemen.

Het is daarenboven niet zeker dat de andere lidstaten hun standpunt over de kwestie zouden wijzigen.

Het advies van de Raad van Europa is niet recent en werd niet gewijzigd, maar wel onlangs herhaald (aanbeveling nr. 1418).

Spreker betreurt dat sommige parlementsleden die België in de Raad van Europa vertegenwoordigen, niet beter rekening houden met de zo belangrijke werkzaamheden van een dergelijke instelling.

In verband met § 2 van artikel 3, die onder meer handelt over de schriftelijke procedure die moet worden gevolgd, verklaart spreker dat hij als arts uiterst verbaasd is over de manier waarop die bepaling is opgesteld. Hij is van mening dat die vormvoorschriften moeilijk uitvoerbaar zijn in de praktijk. Er worden in eerste instantie vooral een aantal verplichtingen opgelegd aan de patiënt die eigenlijk aan de arts zouden moeten worden opgelegd.

Hoe belangrijk het ook is dat de arts medische adviezen inwint, het blijft moeilijk, en zelfs wreed, om aan een patiënt te vragen zijn euthanasieverzoek schriftelijk op te stellen in aanwezigheid van een derde.

Die aan de patiënt opgelegde procedure is zeer star. Wanneer formuleert hij zijn verzoek schriftelijk? Formuleert hij het, wanneer hij het medische corps voor de eerste keer, de tweede of de derde keer ontmoet?

Wie is de meerderjarige getuige die aanwezig moet zijn bij het opstellen van het verzoek van de patiënt? Men breekt hier duidelijk met het «colloque singulier» tussen de arts en de patiënt.

Quid indien de patiënt alleen leeft en niemand kent die als getuige kan optreden? Neemt men dan de eerste de beste voorbijganger of zal de patiënt niet in aanmerking komen voor euthanasie als hij geen getuige heeft?

Hoe kan men de aanwezigheid van de getuige aantonen? Gaat men ervan uit dat hij medeondertekent of het verzoek van de patiënt mee opstelt?

Het door spreker medeondertekende voorstel bepaalde dat de arts het advies moet vragen van een andere arts van het verplegend team en dat zulks in het medisch dossier moet worden opgetekend.

Amendement nr. 14 bepaalt overigens dat deze schriftelijke verklaring in voorkomend geval vermeldt dat de patiënt niet in staat is te ondertekenen.

nasie, elle ne peut plus s'adresser à Strasbourg pour y défendre son point de vue.

Le précédent intervenant répond que l'on ne peut faire grief au Conseil de l'Europe d'avoir intentionnellement organisé ses réunions de telle sorte que la délégation belge ne puisse y participer.

Il n'est, de plus, pas certain que les autres États membres modifieraient leur point de vue sur la question.

L'avis du Conseil de l'Europe n'est pas récent, et il n'a pas été modifié, mais répété récemment (recommandation n° 1418).

L'intervenant regrette que certains parlementaires qui représentent la Belgique au Conseil de l'Europe ne prennent pas davantage en compte des travaux aussi importants émanant d'une telle institution.

En ce qui concerne le § 2 de l'article 3, qui traite notamment de la procédure écrite à suivre, l'intervenant déclare qu'en tant que médecin, il est extrêmement étonné de la rédaction de cette disposition. Il pense que les formalités prescrites seront difficilement praticables. D'abord, il s'agit essentiellement d'imposer au patient une série de contraintes de procédure qui devraient l'être surtout au médecin.

Autant il est important que celui-ci s'entoure d'avis médicaux, autant il est difficile, voire cruel, de demander à un patient d'acter par écrit sa demande d'euthanasie, en présence d'un tiers.

Cette procédure, imposée au patient, est figée. Quand formule-t-il sa demande par écrit? Est-ce la première, la deuxième ou la troisième fois qu'il rencontre le corps médical?

Qui est le témoin majeur qui doit assister à la rédaction de la requête du patient? On rompt ici nettement le colloque singulier entre le médecin et le patient.

Quid si le patient vit seul, et qu'il ne connaît pas de personne qui puisse être témoin? Prendra-t-on la première personne qui passe, ou le patient n'aura-t-il pas accès à l'euthanasie s'il ne peut faire appel à un témoin?

Comment pourra-t-on démontrer la présence du témoin? Sous-entend-on qu'il devra cosigner ou corédiger la requête du patient?

La proposition cosignée par l'intervenant prévoyait que le médecin devait demander l'avis d'un autre médecin et de l'équipe soignante, et que cela devait figurer dans le dossier médical.

Par ailleurs, l'amendement n° 14 prévoit que le document écrit doit, le cas échéant, constater que le patient n'est pas en état de signer. On peut supposer

Men kan ervan uitgaan dat indien hij daartoe niet in staat is, hij ook niet in staat is een verzoek op te stellen.

In dat geval zou het verzoek worden opgesteld door een derde die de redenen vermeldt waarom de patiënt het verzoek niet zelf heeft kunnen opstellen. Welk bewijs heeft men op dat ogenblik dat de patiënt het eens is met het verzoek?

Schuilt hierin geen groot gevaar?

Ten slotte heeft men er herhaaldelijk op gewezen dat het voorliggende wetsvoorstel de rechtszekerheid van de artsen zou vergroten.

Er zij aan herinnerd dat het aantal vervolgingen dat werd ingesteld, uiterst klein is.

Spreker merkt daarentegen op dat de artsen, zoals Absym heeft bevestigd, er helemaal niet van overtuigd zijn dat het voorliggende wetsvoorstel voor een grotere rechtszekerheid zal zorgen.

Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er geen wetgevend optreden noodzakelijk is met betrekking tot euthanasie.

De fractie van spreker heeft herhaaldelijk bevestigd dat zij euthanasie in een stervensfase als een verweermiddel ziet.

Een wettelijke regeling zou in ieder geval leiden tot een grotere controle en dus tot meer situaties waarin de artsen zich moeten verantwoorden voor hun daden. Het is dus verkeerd te beweren dat er door de voorgestelde wetgeving minder zaken voor de rechter zullen worden gebracht.

Een ander lid wenst in te gaan op enkele vragen die door een lid tijdens de algemene bespreking werden gesteld met betrekking tot de precieze draagwijdte van artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en op de problematiek van de noodsituatie.

Met betrekking tot de draagwijdte van artikel 2 van het EVRM, verwijst spreker naar de volgende passages, getrokken uit de bijdrage «Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie» van professor Velaers in het boek *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood* (in de reeks «*Het recht en de samenleving*» — Bijdragen van het Centrum Grondslagen van het Recht van de Universiteit Antwerpen (UFSIA), Antwerpen, Maklu, 1996).

«Het 'recht op leven' en de plicht van de overheid om het leven te beschermen, is dan ook het meest fundamentele mensenrecht. Het is immers de voorwaarde om de overige grondrechten te kunnen uitoefenen. De Belgische grondwetgever vond het «recht op leven» klaarblijkelijk dermate vanzelfsprekend, dat hij naliet het uitdrukkelijk in de Grondwet te erkennen.»

que, s'il n'est plus en état de signer, il n'est pas non plus en état de rédiger.

Dans ce cas, la requête serait donc rédigée par un tiers, qui mentionne les raisons pour lesquelles le patient n'a pu la rédiger lui-même. Quelle preuve a-t-on à ce moment que le patient est d'accord avec la requête?

N'y a-t-il pas là un danger considérable?

Enfin, on a maintes fois invoqué, à l'appui de la proposition à l'examen, le fait que celle-ci renforcerait la sécurité juridique des médecins.

Il faut rappeler que le nombre de poursuites qui ont eu lieu est extrêmement limité.

Par contre, l'intervenant relève, comme l'a confirmé l'Absym, que les médecins ne se sentent pas du tout assurés d'une plus grande sécurité juridique par l'adoption de la proposition de loi à l'examen.

Cela ne veut pas dire pour autant qu'il ne faut pas légiférer en matière d'euthanasie.

Le groupe de l'intervenant a affirmé à plusieurs reprises qu'il était favorable à une exception d'euthanasie en fin de vie.

Un cadre légal amènerait en tout cas un contrôle accru, et donc plus de situations où les médecins sont amenés à se justifier de leurs actes. Il est donc faux de prétendre que la législation proposée aurait pour effet qu'il y aurait moins d'affaires soumises à la justice.

Un autre membre souhaite s'arrêter à quelques questions qui ont été posées lors de la discussion générale et qui concernent la portée exacte de l'article 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme ainsi que le problème de l'état de nécessité.

En ce qui concerne la portée de l'article 2 de la CEDH, l'intervenant renvoie aux passages suivants de la contribution intitulée «*Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie*», que le professeur Velaers a apportée au livre *Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood* (dans la série «*Het recht en de samenleving*» — *Bijdragen van het Centrum Grondslagen van het Recht van de Universiteit Antwerpen* (UFSIA), Anvers, Maklu, 1996).

«Het 'recht op leven' en de plicht van de overheid om het leven te beschermen, is dan ook het meest fundamentele mensenrecht. Het is immers de voorwaarde om de overige grondrechten te kunnen uitoefenen. De Belgische grondwetgever vond het «recht op leven» klaarblijkelijk dermate vanzelfsprekend, dat hij naliet het uitdrukkelijk in de Grondwet te erkennen.»

«De na-oorlogse mensenrechtenverdragen waarborgen het recht op leven wel. Zo bepaalt artikel 2 van het EVRM: 'Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd (...)' Ook artikel 61 van het UNO-verdrag tot bescherming van de burgerlijke en politieke rechten bepaalt dat de wet het recht op leven moet beschermen. Aldus geformuleerd is het recht op leven in wezen een afweerrecht. Het leven is geen concessie van de Staat aan haar burgers. Het is wel een natuurlijk gegeven dat de Staat heeft te eerbiedigen en dat hij daarenboven moet doen eerbiedigen door de medeburgers. De Europese Commissie noemde dit recht op leven de 'hoeksteen voor alle andere rechten' (ECRM, Kirkwood versus V.K., nr. 10479/83, DR, nr. 37).»

«Het recht op leven houdt in de eerste plaats voor de overheid de verplichting in het recht op leven van zijn burgers zelf te eerbiedigen en hen dus het leven niet te ontnemen. Artikel 2 voorziet wel meteen in een uitzondering. Het bepaalt: 'Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van ten uitvoerlegging van een vonnis, dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld'. Uit artikel 2 van het EVRM blijkt dus dat de doodstraf mogelijk is. Inmiddels is evenwel het zesde protocol bij het EVRM in werking getreden. Het eerste artikel ervan luidt: 'De doodstraf is afgeschaft. Niemand wordt tot een dergelijke straf veroordeeld of terechtgesteld.' België heeft intussen dit protocol bekrachtigd, aangezien de doodstraf recent uit het Strafwetboek werd geschrapt. Artikel 2, tweede lid, van het EVRM voorziet in drie gevallen waarin de levensberoving niet strijdig is met dit artikel, met name wanneer deze het gevolg is van geweld dat absoluut noodzakelijk is, a) ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld, b) ten einde een rechtmatige arrestatie te verrichten of het ontsnappen van iemand die op rechtmatige wijze gevangen wordt gehouden, te voorkomen, of c) ten einde, door middel van wettige maatregelen, een oproer of opstand te onderdrukken.' Volgens de Europese Commissie gaat het hier om een exhaustieve lijst (ECRM, 13 januari 1993, inzake Kelly tegen V.K., nr. 17579, DR, 74, blz. 139). Slechts in deze gevallen kan een vrijwillige levensberoving verantwoord zijn, niet in andere.»

Vanuit dit belangrijk uitgangspunt moet verder worden onderzocht of men het leven moet doen eerbiedigen tussen de burgers, onder welke voorwaarden dit dient te gebeuren, en of een afstand van dit recht op bescherming van het leven mogelijk zou zijn tegenover een derde persoon.

«Artikel 2, eerste lid, van het EVRM luidt: 'Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet.' Artikel 2 houdt voor de overheid niet alleen een negatieve onthoudingsverplichting in («Gij zult niet doden!»), doch ook een positieve prestatie-

«De na-oorlogse mensenrechtenverdragen waarborgen het recht op leven wel. Zo bepaalt artikel 2 van het EVRM: 'Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd (...)' Ook artikel 61 van het UNO-verdrag tot bescherming van de burgerlijke en politieke rechten bepaalt dat de wet het recht op leven moet beschermen. Aldus geformuleerd is het recht op leven in wezen een afweerrecht. Het leven is geen concessie van de Staat aan haar burgers. Het is wel een natuurlijk gegeven dat de Staat heeft te eerbiedigen en dat hij daarenboven moet doen eerbiedigen door de medeburgers. De Europese Commissie noemde dit recht op leven de 'hoeksteen voor alle andere rechten' (ECRM, Kirkwood versus V.K., nr. 10479/83, DR, nr. 37).»

«Het recht op leven houdt in de eerste plaats voor de overheid de verplichting in het recht op leven van zijn burgers zelf te eerbiedigen en hen dus het leven niet te ontnemen. Artikel 2 voorziet wel meteen in een uitzondering. Het bepaalt: 'Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van ten uitvoerlegging van een vonnis, dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld'. Uit artikel 2 van het EVRM blijkt dus dat de doodstraf mogelijk is. Inmiddels is evenwel het zesde protocol bij het EVRM in werking getreden. Het eerste artikel ervan luidt: 'De doodstraf is afgeschaft. Niemand wordt tot een dergelijke straf veroordeeld of terechtgesteld.' België heeft intussen dit protocol bekrachtigd, aangezien de doodstraf recent uit het Strafwetboek werd geschrapt. Artikel 2, tweede lid, van het EVRM voorziet in drie gevallen waarin de levensberoving niet strijdig is met dit artikel, met name wanneer deze het gevolg is van geweld dat absoluut noodzakelijk is, a) ter verdediging van wie dan ook tegen onrechtmatig geweld, b) ten einde een rechtmatige arrestatie te verrichten of het ontsnappen van iemand die op rechtmatige wijze gevangen wordt gehouden, te voorkomen, of c) ten einde, door middel van wettige maatregelen, een oproer of opstand te onderdrukken.' Volgens de Europese Commissie gaat het hier om een exhaustieve lijst (ECRM, 13 januari 1993, inzake Kelly tegen V.K., nr. 17579, DR, 74, blz. 139). Slechts in deze gevallen kan een vrijwillige levensberoving verantwoord zijn, niet in andere.»

C'est à partir de cet important point de départ qu'il convient d'examiner s'il faut obliger les citoyens à respecter la vie l'un de l'autre, sous quelles conditions il faut le faire et s'il est possible de renoncer à ce droit à la protection de la vie en autorisant un tiers à le transgresser.

«Artikel 2, eerste lid, van het EVRM luidt: 'Het recht van eenieder op het leven wordt beschermd door de wet.' Artikel 2 houdt voor de overheid niet alleen een negatieve onthoudingsverplichting in («Gij zult niet doden!»), doch ook een positieve prestatie-

verplichting («Gij zult het leven beschermen.») De Europese Commissie heeft dit uitdrukkelijk erkend. Zo stelde de Commissie dat «la première phrase de l'article 2 impose à l'État une obligation plus large que celle que contient la deuxième phrase: l'idée que «le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi» enjoint à l'État non seulement de s'abstenir de donner la mort «intentionnellement» mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie» (ECRM, 12 juli 1978, nr. 7154/75, inzake X. tegen V.K.; ECRM, 28 februari 1983, nr. 9348/81; ECRM, 2 september 1991, inzake Dujardin tegen Frankrijk, nr. 16734/92). Uit de algemene formulering van artikel 2 blijkt dat de Staat de verplichting heeft het leven te beschermen tegen elke levensbedreiging, ook wanneer deze uitgaat van medeburgers. Artikel 2 heeft met andere woorden niet alleen een verticale werking tussen de overheid en de burger, het dwingt de Staat er ook toe om een horizontale werking te geven aan het recht op leven, zodat ook «derden» verplicht zijn het te eerbiedigen (derdenwerking).»

«Artikel 2 EVRM bepaalt uiteraard niet exhaustief op welke wijze de Staat zijn positieve verplichtingen uit artikel 2 kan voldoen. In beginsel beschikt de Staat hier over een beoordelingsvrijheid. Deze is echter niet absoluut. Zo impliceert artikel 2 van het EVRM hoe dan ook dat de Staat moord en doodslag in beginsel verbiedt en strafbaar stelt, en dat bij de schuldige aan moord of doodslag opspoort, vervolgt en bestraft (onder meer: ECRM, 2 september 1991, inzake Dujardin tegen Frankrijk, nr. 16734/90). Zo het overlijden het gevolg is van het gewelddadig optreden van de overheid, vergt artikel 2 procedurele waarborgen voor een openbaar en onafhankelijk onderzoek naar de omstandigheden van het overlijden.»

«Artikel 2 impliceert met name ook, zo, oordeelde de Europese Commissie, dat het mogelijk is de eventuele verantwoordelijkheid van een geneesheer voor het overlijden van zijn patiënt vast te stellen. Volgens de Commissie impliceren de positieve verplichtingen die de Staat heeft met het oog op de bescherming van het leven 'la mise en place par les hôpitaux de mesures réglementaires, propres à assurer la protection de leurs malades.' en daarenboven 'l'obligation d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir la cause d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants.' (ECRM, 22 mei 1995, inzake Isiltan tegen Turkije, nr. 20984/92).»

De bewering, als zou er nog nooit een uitspraak zijn gedaan over de draagwijdte van artikel 2 van het EVRM is dan ook manifest onjuist, zoals wordt aangetoond door de talrijke geciteerde beslissingen van de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens. Dit alles impliceert dat artikel 2 van het EVRM in het geding is, telkens wanneer er van levensbeëindiging sprake is. Ten onrechte hebben enkele juristen tijdens de hoorzittingen derhalve het tegenovergestelde beweerd.

verplichting («Gij zult het leven beschermen.») De Europese Commissie heeft dit uitdrukkelijk erkend. Zo stelde de Commissie dat «la première phrase de l'article 2 impose à l'État une obligation plus large que celle que contient la deuxième phrase: l'idée que «le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi» enjoint à l'État non seulement de s'abstenir de donner la mort «intentionnellement» mais aussi de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie» (ECRM, 12 juillet 1978, n° 7154/75, inzake X. tegen V.K.; ECRM, 28 février 1983, n° 9348/81; ECRM, 2 septembre 1991, affaire Dujardin contre France, n° 16734/92). Uit de algemene formulering van artikel 2 blijkt dat de Staat de verplichting heeft het leven te beschermen tegen elke levensbedreiging, ook wanneer deze uitgaat van medeburgers. Artikel 2 heeft met andere woorden niet alleen een verticale werking tussen de overheid en de burger, het dwingt de Staat er ook toe om een horizontale werking te geven aan het recht op leven, zodat ook «derden» verplicht zijn het te eerbiedigen (derdenwerking).»

«Artikel 2 EVRM bepaalt uiteraard niet exhaustief op welke wijze de Staat zijn positieve verplichtingen uit artikel 2 kan voldoen. In beginsel beschikt de Staat hier over een beoordelingsvrijheid. Deze is echter niet absoluut. Zo impliceert artikel 2 van het EVRM hoe dan ook dat de Staat moord en doodslag in beginsel verbiedt en strafbaar stelt, en dat bij de schuldige aan moord of doodslag opspoort, vervolgt en bestraft (onder meer: ECRM, 2 september 1991, inzake Dujardin tegen Frankrijk, nr. 16734/90). Zo het overlijden het gevolg is van het gewelddadig optreden van de overheid, vergt artikel 2 procedurele waarborgen voor een openbaar en onafhankelijk onderzoek naar de omstandigheden van het overlijden.»

«Artikel 2 impliceert met name ook, zo, oordeelde de Europese Commissie, dat het mogelijk is de eventuele verantwoordelijkheid van een geneesheer voor het overlijden van zijn patiënt vast te stellen. Volgens de Commissie impliceren de positieve verplichtingen die de Staat heeft met het oog op de bescherming van het leven 'la mise en place par les hôpitaux de mesures réglementaires, propres à assurer la protection de leurs malades.' en daarenboven 'l'obligation d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir la cause d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants.' (ECRM, 22 mei 1995, inzake Isiltan tegen Turkije, nr. 20984/92).»

Il est dès lors tout à fait inexact d'affirmer que la portée de l'article 2 de la CEDH n'a jamais fait l'objet d'un jugement, comme le montrent les nombreuses décisions citées de la Commission européenne des droits de l'homme. Il s'ensuit qu'à chaque fois qu'il est question d'euthanasie, l'article 2 de la CEDH est en cause. Aussi est-ce à tort que certains juristes ont prétendu le contraire lors des auditions.

Volgens het lid rijst de vraag in welke mate men eventueel afstand zou kunnen doen op het recht op leven.

«Het 'recht op leven' behoort de mens niet toe. De mens kan er geen afstand van doen (Cf. Jacobs, F.G., The European Convention on Human Rights, Londen, Clarendon, 1975, blz. 22; Hirsch Ballin, EMH, «Over het leven beschikken», RR. 1984, blz. 183; Schalen, TM, «Euthanasie en de rechtspolitieke betekenis van het gewetensconflict», NJB, 1984, blz. 44).»

Overeenkomstig de recente commentaren van Frohwein op artikel 2 van het EVRM vormen de hoger geciteerde uitzonderingen een «noodtoestand». Enkel binnen het kader van de noodtoestand kan derhalve worden afgeweken van het recht op leven, volgens deze gezaghebbende auteur.

De mens kan niet zomaar afstand doen van zijn recht op leven omdat dit recht, zoals andere grondrechten, van «openbare orde» is. Dit betekent dat een overeenkomst die hier tegen in zou gaan geen rechtskracht zou hebben. Spreker verwijst naar het eerder gegeven voorbeeld van de slavernij, maar geeft ook een ander voorbeeld. Een contract, waarbij elke rechterlijke controle op voorhand zou worden uitgesloten worden, zou in strijd zijn met artikel 6 van het EVRM, volgens hetwelk iedere betwisting over burgerlijke rechten het voorwerp moet kunnen uitmaken van een rechterlijk verhaal voor een onpartijdige en onafhankelijke rechter. De rechtspraak van de Commissie voor de Bescherming van de Rechten van de Mens heeft zulks meermaals bevestigd.

Bovenstaande redenering geldt ook voor artikel 2 van het EVRM. Ook de afstand van het recht op leven, die zou gebeuren door de patiënt, zou strijdig zijn met artikel 2 van het EVRM. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor diegene die hem van zijn leven berooft. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk om een bokswedstrijd te organiseren, waarbij beide bokkers zich op voorhand akkoord verklaren met een gevecht tot de dood.

«De diepere, achterliggende reden is dat het recht op leven niet alleen een zaak is van het individu. Met de eerbied voor het leven is meer in het geding. Ook de samenleving is betrokken. Binnen het rechtsgoed van het leven tekenen zich twee waarden af, schrijft Mulder, enerzijds de waarde die het voor de gemeenschap heeft, anderzijds de waarde die het voor het individu heeft.»

Men kan niet zeggen dat het zelfbeschikkingsrecht in enige mate relevant zou zijn om het juridisch probleem te schetsen. Dit kan eventueel een rol spelen bij de beoordeling van de noodsituatie, maar dit is irrelevant ten aanzien van artikel 2 van het EVRM op zich. Vooral het onherroepelijke karakter van de dood vergt de grootste waakzaamheid. Dit alles

Selon l'intervenant, il y a lieu de se demander dans quelle mesure on pourrait éventuellement renoncer au droit à la vie.

«Het 'recht op leven' behoort de mens niet toe. De mens kan er geen afstand van doen (Cf. Jacobs, F.G., The European Convention on Human Rights, Londen, Clarendon, 1975, p. 22; Hirsch Ballin, EMH, «Over het leven beschikken», RR. 1984, p. 183; Schalen, TM, «Euthanasie en de rechtspolitieke betekenis van het gewetensconflict», NJB, 1984, p. 44).»

Selon les commentaires récents de M. Frohwein au sujet de l'article 2 de la CEDH, les exceptions précitées constituent un «état de nécessité». C'est dès lors que dans le cadre de l'état de nécessité que l'on peut, aux dires de cet éminent auteur, renoncer au droit à la vie.

Une personne ne peut renoncer simplement à son droit à la vie, parce que ce droit, à l'instar d'autres droits fondamentaux, est «d'ordre public». Cela signifie qu'une convention qui s'écarterait de ce principe serait dépourvue de force juridique. L'intervenant renvoie à l'exemple précité de l'esclavage, mais donne également un autre exemple. Un contrat dans lequel tout contrôle judiciaire serait exclu à l'avance serait contraire à l'article 6 de la CEDH, selon lequel toute contestation sur les droits de caractère civil doit pouvoir faire l'objet d'un recours en justice devant un tribunal indépendant et impartial. Cela a été confirmé à plusieurs reprises par la jurisprudence de la Commission européenne des droits de l'homme.

Le raisonnement ci-dessus s'applique également à l'article 2 de la CEDH. Le renoncement au droit à la vie que ferait le patient serait contraire à l'article 2 de la CEDH. Une personne ne peut, par son assentiment, conférer d'immunité pénale à celui qui le prive de la vie. Il n'est par exemple pas possible d'organiser un match de boxe pour lequel les deux boxeurs se déclarent au préalable d'accord de combattre jusqu'à la mort.

«De diepere, achterliggende reden is dat het recht op leven niet alleen een zaak is van het individu. Met de eerbied voor het leven is meer in het geding. Ook de samenleving is betrokken. Binnen het rechtsgoed van het leven tekenen zich twee waarden af, schrijft Mulder, enerzijds de waarde die het voor de gemeenschap heeft, anderzijds de waarde die het voor het individu heeft.»

On ne peut pas dire que le droit à l'autodétermination soit en quoi que ce soit pertinent pour la formulation du problème juridique. Ce droit peut éventuellement jouer un rôle dans l'appréciation de l'état de nécessité, mais il est dépourvu de pertinence par rapport à l'article 2 de la CEDH lui-même. Le caractère irrévocable de la mort, surtout, nécessite

wordt door gezaghebbende auteurs geenszins betwist.

De vraag rijst evenwel welke de gevolgen zijn van de samenlezing van artikel 2 van het EVRM met de artikelen 3 — dat het verbod van onmenselijke en vernederende behandeling instelt — en 8 — dat de bescherming van de lichamelijke integriteit verzekert — van ditzelfde verdrag.

«De artikelen 3 en 8 van EVRM impliceren o.i. dat de Staat de geneesheer slechts mag toelaten inbreuk te plegen op de lichamelijke integriteit van zijn patiënt, voorzover het medisch handelen zinvol is, voorzover het een curatief karakter heeft. Dit is meteen ook de grens van het medisch handelen. De geneesheer heeft niet het recht therapeutische hardnekkigheid te bedrijven.»

De verwarring die — bewust of onbewust — wordt gecreëerd over de vraag, of het staken van een zinloze medische behandeling al dan niet als euthanasie kan worden aangemerkt, is bijzonder spijtig. Het staken van een behandeling die niet langer zinvol is heeft immers niet het overlijden van de patiënt tot gevolg. De patiënt overlijdt in dat geval aan zijn aandoening. Het optreden van de geneesheer moet in het licht hiervan worden beoordeeld.

De vraag rijst onder welke voorwaarden een geneesheer — op vraag van de patiënt — opzettelijk levensbeëindigend zou kunnen handelen. Hier rijst een mogelijk conflict tussen artikel 2 — bescherming van het leven — en artikel 3 van het EVRM — verbod op onmenselijke behandelingen. Het zelfbeschikingsrecht is in dat opzicht irrelevant, vermits men geen afstand kan doen van één van beide genoemde grondrechten.

«Dat betekent meteen dat de overheid aan het einde van een mensenleven voor een dilemma kan staan. Vanuit het EVRM heeft hij een dubbele verplichting: enerzijds het leven beschermen (artikel 2 EVRM), en anderzijds de mens van onmenselijke en vernederende behandelingen vrijwaren (artikel 3 EVRM).»

«Voor het conflict van grondrechten biedt het EVRM zelf geen oplossing. Van een principiële voorrang van het ene grondrecht op het andere is er geen sprake. Uit niets blijkt immers dat het recht op leven (artikel 2 EVRM), dat overigens voor beperkingen vatbaar is, zou voorgaan op het verbod van onmenselijke en vernederende behandelingen (artikel 3 EVRM), dat geen uitzonderingen duldt. Dat betekent dat men ruimte krijgt om zelf voor het conflict van grondrechten een oplossing te vinden voor euthanaserend handelen.»

«Het conflict van grondrechten geeft immers reeds de contouren ervan aan. We onderzoeken hierna een vijftal, in abstracto geformuleerde criteria, die men o.i. in het licht van het conflict van grondrechten kan

la plus grande vigilance. Tout cela n'est nullement contesté par d'éminents auteurs.

On peut toutefois se demander quelles sont les conséquences de la lecture conjointe de l'article 2 de la CEDH et des articles 3 — interdisant les traitements inhumains ou dégradants — et 8 — garantissant la protection de l'intégrité physique — de la même convention.

«De artikelen 3 en 8 van EVRM impliceren o.i. dat de Staat de geneesheer slechts mag toelaten inbreuk te plegen op de lichamelijke integriteit van zijn patiënt, voorzover het medisch handelen zinvol is, voorzover het een curatief karakter heeft. Dit is meteen ook de grens van het medisch handelen. De geneesheer heeft niet het recht therapeutische hardnekkigheid te bedrijven.»

La confusion — créée délibérément au non — autour de la question de savoir si l'arrêt d'un traitement médical inutile peut être qualifié ou non d'euthanasie est particulièrement regrettable. L'arrêt d'un traitement devenu inutile n'entraîne pas, en effet, le décès du patient. Dans ce cas, le patient meurt de son affection. Il y a lieu d'en tenir compte lorsqu'on apprécie l'intervention du médecin.

On peut se demander sous quelles conditions un médecin pourrait mettre fin intentionnellement à la vie du patient, à la demande de celui-ci. Un conflit peut surgir en l'occurrence entre l'article 2 — protection de la vie — et l'article 3 de la CEDH — interdiction des traitements inhumains. Le droit à l'autodétermination est à cet égard sans importance puisqu'on ne peut renoncer à l'un des deux droits fondamentaux cités.

«Dat betekent meteen dat de overheid aan het einde van een mensenleven voor een dilemma kan staan. Vanuit het EVRM heeft hij een dubbele verplichting: enerzijds het leven beschermen (artikel 2 EVRM), en anderzijds de mens van onmenselijke en vernederende behandelingen vrijwaren (artikel 3 EVRM).»

«Voor het conflict van grondrechten biedt het EVRM zelf geen oplossing. Van een principiële voorrang van het ene grondrecht op het andere is er geen sprake. Uit niets blijkt immers dat het recht op leven (artikel 2 EVRM), dat overigens voor beperkingen vatbaar is, zou voorgaan op het verbod van onmenselijke en vernederende behandelingen (artikel 3 EVRM), dat geen uitzonderingen duldt. Dat betekent dat men ruimte krijgt om zelf voor het conflict van grondrechten een oplossing te vinden voor euthanaserend handelen.»

«Het conflict van grondrechten geeft immers reeds de contouren ervan aan. We onderzoeken hierna een vijftal, in abstracto geformuleerde criteria, die men o.i. in het licht van het conflict van grondrechten kan

vooropstellen: het moet gaan om een ongeneeslijk zieke patiënt wiens leven niet meer te redden is (a), die ondraaglijk lijdt (b) die om die reden het eigen leven niet meer levenswaard vindt en verzoekt uit dit lijden verlost te worden (c); de euthanasie is daartoe het «enige middel» (d), waartoe in samenspraak tussen geneesheer en patiënt wordt beslist. (e)»

Wanneer de Nederlandse rechters in het begin van de jaren '70 werden geconfronteerd met de problematiek, deden zij een beroep op de theorie van de noodtoestand om tot een oplossing te komen voor het conflict tussen grondrechten.

Het wetsvoorstel, dat door het lid werd ingediend, gaat ervan uit dat euthanasie, binnen het kader van de noodtoestand, slechts verantwoord is wanneer het gaat om terminaal zieke patiënten. Op de vraag, wat onder «terminaal zieke patiënten» moet worden verstaan, kan geen absoluut antwoord worden gegeven, vermits het moeilijk is om hierop een aantal dagen te kleven en elke concrete situatie haar eigen antwoord verdient.

«In een arrest van het Amerikaanse Court of Appeals van 6 maart 1996 in de «Compassion in dying»-zaak ging het om terminale patiënten die hun geneesheren vroegen om hen te helpen bij zelfdoding door een euthanaserend middel voor te schrijven.»

«De cruciale voorwaarde in het arrest van het Court of Appeals is dat het om een «terminale patiënt» moet gaan, een, patiënt waarvan de dood «imminent and inevitable» is, en die vraagt om hulp bij zelfdoding omdat hij een «goede dood» wenst. Volgens de Amerikaanse «Uniformed Rights of the Terminally Ill Act», is een patiënt terminaal wanneer zijn medische toestand «incurable and irreversible» is. Dat betekent dat «without administering life-sustaining treatment the condition, will, in the opinion of the attending physician, result in death in a relatively short time.»

Het spanningsveld tussen artikel 2 en artikel 3 van het EVRM geeft de ruimte aan waarbinnen nationale overheden wettelijk kunnen optreden inzake euthanasie.

«De ziekte dient dus in de eerste plaats «niet behandelbaar» te zijn. Het betreft hier uiteraard een medisch oordeel. Het komt aan de geneesheer toe om vast te stellen of er nog een reëel behandelingsperspectief bestaat. Is dat het geval, dan is de patiënt niet «terminaal».

«Euthanaserend handelen is ons inziens slechts mogelijk wanneer er werkelijk sprake is van een conflict van grondrechten. De Staat mag de bescherming van het leven (artikel 2) slechts opgeven, wanneer dit het enige middel is om de patiënt voor een onmenselijk lijden (artikel 3) te behoeden. Alleen dan is er van een echt conflict van grondrechten sprake, alleen dan

vooropstellen: het moet gaan om een ongeneeslijk zieke patiënt wiens leven niet meer te redden is (a), die ondraaglijk lijdt (b) die om die reden het eigen leven niet meer levenswaard vindt en verzoekt uit dit lijden verlost te worden (c); de euthanasie is daartoe het «enige middel» (d), waartoe in samenspraak tussen geneesheer en patiënt wordt beslist. (e)»

Lorsqu'au début des années 70, les juges néerlandais ont été confrontés au problème, ils ont recouru à la théorie de l'état de nécessité pour trouver une solution à ce conflit de droits fondamentaux.

Dans sa proposition de loi, l'intervenant part du principe que, dans le cadre de l'état de nécessité, l'euthanasie ne se justifie que lorsque le patient se trouve en phase terminale. Il n'existe pas de réponse absolue à la question de savoir ce qu'il convient d'entendre par «patient en phase terminale», puisqu'il est difficile d'avancer un nombre de jours et que chaque situation concrète appelle une réponse appropriée.

«In een arrest van het Amerikaanse Court of Appeals van 6 maart 1996 in de «Compassion in dying»-zaak ging het om terminale patiënten die hun geneesheren vroegen om hen te helpen bij zelfdoding door een euthanaserend middel voor te schrijven.»

«De cruciale voorwaarde in het arrest van het Court of Appeals is dat het om een «terminale patiënt» moet gaan, een, patiënt waarvan de dood «imminent and inevitable» is, en die vraagt om hulp bij zelfdoding omdat hij een «goede dood» wenst. Volgens de Amerikaanse «Uniformed Rights of the Terminally Ill Act», is een patiënt terminaal wanneer zijn medische toestand «incurable and irreversible» is. Dat betekent dat «without administering life-sustaining treatment the condition, will, in the opinion of the attending physician, result in death in a relatively short time.»

Le champ de tension qui relie les articles 2 et 3 de la CEDH détermine les limites dans lesquelles les autorités nationales peuvent prendre des mesures légales en matière d'euthanasie.

«De ziekte dient dus in de eerste plaats «niet behandelbaar» te zijn. Het betreft hier uiteraard een medisch oordeel. Het komt aan de geneesheer toe om vast te stellen of er nog een reëel behandelingsperspectief bestaat. Is dat het geval, dan is de patiënt niet «terminaal».

«Euthanaserend handelen is ons inziens slechts mogelijk wanneer er werkelijk sprake is van een conflict van grondrechten. De Staat mag de bescherming van het leven (artikel 2) slechts opgeven, wanneer dit het enige middel is om de patiënt voor een onmenselijk lijden (artikel 3) te behoeden. Alleen dan is er van een echt conflict van grondrechten sprake, alleen dan

kan een beroep worden gedaan op de strafrechtelijke rechtvaardingsgrond «noodtoestand». Die wordt immers beheerst door het subsidiariteitsbeginsel: er is een noodtoestand indien het doel dat de dader wilde bereiken ook op een «andere, niet of minder strafbare wijze bereikt had kunnen worden». Of met andere woorden er dient sprake te zijn van «medische onvermijdelijkheid».

Eén en ander betekent daarom niet dat een louter cijfermatige, mathematische benadering van de problematiek zou mogelijk zijn. De weigering van een behandeling sluit volgens spreker uit dat men op de noodtoestand beroep zou doen, maar in bepaalde omstandigheden kan de weigering van een alternatieve behandeling toch leiden tot een noodsituatie, waardoor op een verzoek tot euthanasie kan worden ingegaan.

De problematiek van de strijdigheid van de euthanasiewet met het EVRM samenvattend, stelt spreker dat diegenen die menen dat er zich hieromtrent geen probleem zou kunnen stellen, zich alvast niet kunnen beroepen op enige beslissing van de Europese Commissie tot bescherming van de rechten van de mens, vermits deze Commissie meermaals heeft gesteld dat men geen afstand kan doen van de rechten, gewaarborgd in artikel 2. De *opinio communis* van de meeste auteurs volgt deze strekking.

Hiermee is wellicht niet het laatste woord gezegd, maar het is belangrijk de grenzen aan te duiden waarbinnen de wetgever zich kan bewegen in het licht van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

Wat nu de materie van de noodtoestand betreft, stelt het lid, verwijzend naar de tussenkomenst van professor Vermeersch, dat ze in een particulier geval altijd moet kunnen ingeroepen worden. Het is onmogelijk om wettelijk vast te leggen dat in een bepaald geval de noodtoestand kan worden ingeroepen en in een ander niet. Hij zou ermee kunnen leven dat de voorwaarden, binnen dewelke een noodtoestand kan worden ingeroepen, worden omschreven in een wet.

Professor Vincent heeft in zijn hoorzitting onder meer verklaard dat het wenselijk is te werken via de noodtoestand. Voor de heer Panier daarentegen was de noodtoestand niet de beste rechtsfiguur om de euthanasie te regelen. Hij is er voorstander van de wettelijke voorwaarden klaar en duidelijk te omschrijven, zonder daarentegen te hebben aangetoond dat een regeling, gebaseerd op de noodtoestand, *a priori* onwerkbaar zou zijn.

Ook professor Adams zegt, vertrekkende van artikel 2 van het EVRM, dat het beroep op de noodtoestand de enige wijze is om de problematiek van de euthanasie wettelijk te regelen. Hij gaat er van uit dat de *lex specialis* voorrang heeft op de *lex generalis*, waardoor het mogelijk is om de draagwijdte van de

kan een beroep worden gedaan op de strafrechtelijke rechtvaardingsgrond «noodtoestand». Die wordt immers beheerst door het subsidiariteitsbeginsel: er is een noodtoestand indien het doel dat de dader wilde bereiken ook op een «andere, niet of minder strafbare wijze bereikt had kunnen worden». Of met andere woorden er dient sprake te zijn van «medische onvermijdelijkheid».

Cela ne signifie pas pour autant qu'une approche purement chiffrée, mathématique, du problème soit possible. Selon l'intervenant, le fait de refuser un traitement exclut que l'on puisse invoquer l'état de nécessité, mais dans certaines circonstances le refus d'un traitement alternatif peut quand même donner lieu à une situation de détresse, ce qui a pour effet qu'il peut être accédé à une demande d'euthanasie.

Résumant le problème de l'incompatibilité de la loi relative à l'euthanasie et de la CEDH, l'intervenant déclare que ceux qui estiment qu'il ne pourrait y avoir de problème en la matière ne peuvent en tout cas pas invoquer une quelconque décision de la Commission européenne des droits de l'homme, puisque celle-ci a plusieurs fois affirmé que l'on ne peut renoncer aux droits garantis par l'article 2. L'*opinio communis* de la plupart des auteurs est conforme à ce point de vue.

L'on n'a probablement pas encore dit le dernier mot en la matière, mais il est important d'indiquer dans quelles limites le législateur peut se mouvoir à la lumière de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Pour ce qui est de la question de l'état de nécessité, l'intervenant déclare, en faisant référence à l'intervention du professeur Vermeersch, qu'il doit toujours pouvoir être invoqué dans un cas particulier. Il est impossible de prévoir dans une loi que l'état de nécessité peut être invoqué dans un cas déterminé, et pas dans un autre. Il pourrait consentir à ce que les conditions qui doivent être remplies pour pouvoir invoquer l'état de nécessité, soient définies dans une loi.

Dans son audition, le professeur Vincent a notamment déclaré qu'il était souhaitable de recourir à l'état de nécessité. M. Panier, par contre, a estimé que l'état de nécessité ne constituait pas la meilleure construction juridique pour régler l'euthanasie. Il appelle à définir clairement les conditions légales, sans avoir toutefois démontré qu'une réglementation fondée sur l'état de nécessité serait *a priori* impraticable.

Le professeur Adams déclare lui aussi, en se fondant sur l'article 2 de la CEDH, que la seule manière de régler légalement le problème de l'euthanasie est le recours à l'état de nécessité. Il part du principe que la *lex specialis* prime la *lex generalis*, ce qui permet de préciser la portée de l'état de nécessité dans

noodtoestand in een specifieke strafrechtelijke aangelegenheid te preciseren zonder dat hierdoor afbreuk wordt gedaan aan de algemene theorie van de noodtoestand in de andere gevallen.

Professor Dalcq heeft een concreet voorstel gedaan dat alle hypothesen in aanmerking neemt. Op een bepaald ogenblik oordeelt hij dat de problematiek enkel en alleen via de noodtoestand kan worden opgelost. *In concreto* stelt hij voor artikel 72 van het Strafwetboek, dat eerder werd geschrapt, in een nieuwe lezing in te voegen, waarin in bepaalde omstandigheden een noodtoestand wordt gecreëerd in hoofde van de arts. Dit is met name het geval wanneer de patiënt ondraaglijk lijdt en pijn heeft, en wanneer de arts handelt binnen het kader van het koninklijk besluit nr. 78, dat de procedurale voorwaarden dient te expliciteren. Professor Dalcq heeft zich bovendien sterk afgevraagd of het voorstel nr. 2-244 de toets van de conformiteit met de artikelen 2 en 3 van het EVRM zou doorstaan.

Professor Schotsmans heeft eveneens de opvatting verdedigd dat slechts de noodtoestand een oplossing kon bieden aan de problematiek van de euthanasie om in overeenstemming te zijn met de artikelen 2 en 3 van het EVRM. Spreker gaat niet akkoord met de stelling van professor Messine, dat een dergelijke oplossing niet operationeel zou zijn.

Het lid stelt vast dat vele gehoorde deskundigen hun wens hebben uitgedrukt om de euthanasie in het strafrecht te behouden, waarbij evenwel een uitweg kan worden geboden voor kritische situaties. Dit zou kunnen gebeuren middels de rechtsfiguur van de noodtoestand, omdat het algemene verbod een ander te doden in dat geval onverkort gehandhaafd blijft. Spreker is het niet eens met de hypothese, als zou de explicitering van de noodtoestand voor welbepaalde misdrijven tot gevolg hebben dat er in werkelijkheid geen sprake meer is van een noodtoestand. Wanneer men immers aanvaardt dat de rechtspraak de noodtoestand preciseert in vonnissen en arresten, waarom zou men dan niet kunnen aanvaarden dat de wetgever de noodtoestand preciseert in de wet? Hiermee wordt de rechtsfiguur van de noodtoestand immers niet uitgeput en kan de noodtoestand, die in het algemeen geldt, haar volle uitwerking blijven behouden.

Deze formule heeft bepaalde gevolgen. Zo kan men niet zomaar alles plaatsen onder de noemer «noodtoestand». Hiermee onderscheidt deze oplossing zich van een algemene toelating door de wet. De noodtoestand dient immers om een uitweg te bieden wanneer er sprake is van een conflict tussen twee evenwaardige grondrechten. Dit biedt een waarborg tegen de mogelijke verglijding die het gevolg zou zijn van een al te sterke uitbreiding van het toepassingsgebied.

Wanneer men zulks logisch wil opbouwen, is het wenselijk om, na artikel 71 van het Strafwetboek

une matière pénale spécifique sans pour autant porter atteinte à la théorie générale de l'état de nécessité dans les autres cas.

Le professeur Dalcq a fait une proposition concrète prenant en compte toutes les hypothèses. À un moment donné, il juge qu'on peut régler le problème uniquement en invoquant l'état de nécessité. Il propose concrètement de rétablir dans une nouvelle version l'article 72 du Code pénal, qui avait été abrogé jadis, et dans lequel on prévoirait, à l'intention du médecin, un état de nécessité dans des circonstances déterminées. C'est le cas notamment lorsque le patient fait état d'une souffrance et d'une douleur insupportables et lorsque le médecin agit dans le cadre de l'arrêté royal n° 78, qui précise les conditions procédurales. Le professeur Dalcq doute d'ailleurs fortement que la proposition n° 2-244 soit conforme aux articles 2 et 3 de la CEDH.

Le professeur Schotsmans a lui aussi défendu le point de vue selon lequel seul l'état de nécessité pouvait résoudre le problème de l'euthanasie pour qu'il y ait conformité aux articles 2 et 3 de la CEDH. L'intervenant n'est pas d'accord sur la thèse du professeur Messine, selon laquelle pareille solution ne serait pas opérationnelle.

Le membre constate que bon nombre des experts entendus ont exprimé le souhait de maintenir l'euthanasie dans le droit pénal, tout en prévoyant une solution pour les cas critiques, par exemple au moyen de la construction juridique de l'état de nécessité, parce que, de cette manière, l'interdiction générale de tuer autrui continue à valoir sans restriction aucune. L'intervenant ne peut souscrire à l'hypothèse que la mention explicite de l'état de nécessité pour des délits déterminés aurait pour conséquence qu'il ne serait plus question, en réalité, d'un état de nécessité. Si l'on admet en effet que, dans la jurisprudence, l'état de nécessité soit précisé par des jugements et des arrêts, pourquoi ne pourrait-on pas admettre que le législateur le précise dans la loi? En effet, cela n'épuise pas la construction juridique de l'état de nécessité, qui, s'appliquant d'une manière générale, peut continuer à sortir son plein et entier effet.

Cette formule a certaines conséquences. C'est ainsi qu'on ne peut simplement tout grouper sous le dénominateur «état de nécessité». Cette solution se distingue ainsi de celle qui consisterait en une autorisation générale prévue par la loi. L'état de nécessité sert en effet d'issue lorsqu'il y a conflit entre deux droits fondamentaux équivalents. C'est une garantie contre l'éventuelle dérive morale qui pourrait résulter d'un élargissement trop important du champ d'application.

Si l'on veut être logique, il est souhaitable de rétablir, après l'article 71 du Code pénal relatif aux causes

betreffende de rechtvaardigingsgronden, een artikel 72 opnieuw in te voegen waarin wordt bepaald dat de wet de bijzondere omstandigheden kan omschrijven waarin noodtoestand kan ingeroepen worden. Een dergelijke wet zou deze bijzondere omstandigheden kunnen aangeven waarbinnen euthanasie mogelijk is. Het voordeel van deze oplossing is, dat het verbod op euthanasie in het strafrecht onverkort opgenomen blijft, maar waarbij er binnen bepaalde omstandigheden wel sprake kan zijn van een «noodtoestand» in de strafrechtelijke betekenis van het woord. Deze omstandigheden zijn in dat geval dan strikt te interpreteren en kunnen enkel betrekking hebben op een conflict tussen twee grondrechten. *In concreto* betekent dit dat euthanasie enkel mogelijk is voor terminale patiënten.

Bij het lezen van aanbeveling nr. 1418 van de Raad van Europa, verklaart een lid het eens te zijn met het idee dat het verzoek van de patiënt, uitgedrukt in welke vorm ook, nooit een rechtsgrond mag opleveren voor het doden van die patiënt door een derde.

Zelfs als een ongeneeslijke zieke of stervende persoon de wens uitspreekt om te sterven, kan die wens op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging bieden voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben. Iedereen lijkt het hiermee eens te zijn, aangezien alle voorstellen bepalen dat de arts de beslissing neemt, ook al komt het verzoek van de patiënt.

Daarom zijn wetsvoorstellen ingediend die gebaseerd zijn op de noodtoestand.

Spreekster vermeldt dat zij een aantal maanden geleden een soortgelijk betoog als vorige spreker heeft gehouden. Zij stelde daarin voor om artikel 71 van het Strafwetboek te wijzigen en in een noodtoestand de algemene uitzonderlijke voorwaarden op te nemen, in plaats van de specifieke voorwaarden die trouwens in een apart wetsvoorstel staan.

Er is gezegd dat de gehoorde juristen de ontoereikendheid van het begrip «noodtoestand» hebben aangetoond.

Spreekster vestigt de aandacht op de uiteenzetting van de heer Dalcq.

Er wordt vaak gezegd dat hij verklaard zou hebben dat de noodtoestand objectiveerbaar zou zijn. Hij beperkte zich echter tot de indirecte euthanasie. Hij is nooit zo rigoreus geweest met betrekking tot een wettelijke machtiging bij directe euthanasie.

Is de noodtoestand objectiveerbaar of niet?

Als antwoord op wat de heer Messine tijdens zijn hoorzitting zei, verduidelijkt spreekster dat de voorwaarden die worden gegeven in het voorstel dat haar fractie heeft ingediend, slechts de grenzen van de noodtoestand aangeven. Het gaat dus niet om een objectivering van de noodtoestand.

de justification, un article 72, qui prévoit que la loi peut définir les circonstances particulières dans lesquelles l'état de nécessité peut être invoqué. Pareille loi pourrait prévoir dans quelles circonstances particulières l'euthanasie est possible. Cette solution présente l'avantage que l'interdiction de pratiquer l'euthanasie continue à figurer sans restriction dans le droit pénal, mais qu'il peut être question, dans des circonstances déterminées, d'un «état de nécessité» au sens pénal du terme. Dans ce cas, ces circonstances doivent être interprétées strictement et peuvent uniquement concerner un conflit entre deux droits fondamentaux. Cela signifie concrètement que l'euthanasie n'est praticable que chez des patients en phase terminale.

À la lecture, notamment de la recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe, un autre membre déclare partager l'idée selon laquelle la demande du patient, quelle que soit la forme dans laquelle elle s'exprime, ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers.

Le désir de mourir exprimé même par un malade incurable ou un mourant ne peut, en soi, servir de justification légale à l'exécution d'actes destinés à entraîner la mort. Chacun paraît s'accorder sur cette idée puisque toutes les propositions prévoient, outre la demande du patient, que c'est le médecin qui prend la décision.

C'est pourquoi des propositions de loi ont été déposées sur base de l'état de nécessité.

L'intervenante rappelle qu'elle a, voici quelques mois, tenu un exposé comparable à celui du précédent intervenant. Celui-ci propose donc de modifier l'article 71 du Code pénal, pour mettre dans l'état de nécessité des conditions exceptionnelles générales, et non des conditions particulières que l'on retrouverait par ailleurs dans une proposition de loi séparée.

Il a été dit que les juristes entendus avaient démontré l'inadéquation de la notion d'état de nécessité.

L'intervenante attire l'attention sur l'intervention de M. Dalcq.

On dit souvent que celui-ci aurait déclaré que l'on pourrait objectiver l'état de nécessité. Cependant, ses propos étaient limités à l'euthanasie indirecte. Jamais il n'a été aussi radical dans une autorisation de la loi quand il s'agissait de l'euthanasie directe.

Peut-on objectiver ou non l'état de nécessité?

En réponse à ce qu'a dit M. Messine lors de son audition, l'intervenante précise que, dans la proposition déposée par son groupe, si l'on donne des conditions, ce ne sont que des balises à l'état de nécessité. Il ne s'agit donc pas d'une objectivation de l'état de nécessité.

De arts zal niet automatisch gerechtvaardigd worden als aan de voorwaarden is voldaan, maar de algemene principes van de noodtoestand blijven wel van toepassing. De arts zou dus nog steeds naar geweten moeten oordelen.

Zijn er precedentes voor een objectivering van de noodtoestand?

Er zijn inderdaad weinig voorbeelden, maar de rechtspraak en de rechtsleer hebben de noodtoestand omschreven. Elke rechter die dit begrip toepast, doet hetzelfde. Waarom kan de wetgever dit dan niet doen?

De fractie van spreekster heeft de noodtoestand gebruikt omdat volgens de fractie het verbod de regel moet blijven. In het recht is de rechtsfiguur van de noodtoestand een van de enige manieren om een uitzonderlijke crisis te beschrijven waarin sprake is van een waardenconflict. De noodtoestand drukt goed uit dat het gaat om iets dat eigenlijk verboden is.

Een wet die euthanasie in het algemeen niet langer strafbaar maakt kan leiden tot misbruiken en kan verkeerd geïnterpreteerd worden.

Een lid benadrukt het belang van een debat over het begrip noodtoestand, zoals professor Van Neste en professor Adams al aanhaalden.

Zij zeiden beiden dat dit begrip een interessant uitgangspunt was, aangezien het gaat om situaties waarin de plicht van een persoon hem ertoe noopt de wet te overtreden. In zulk een situatie bevindt de arts zich die te maken krijgt met een patiënt die vraagt een einde aan zijn leven te maken.

Toch moet men niet strikt vasthouden aan dit concept.

Men kan het ook op een andere manier objectiveren, zonder er rechtstreeks naar te verwijzen, om het begrip «noodtoestand» in ons rechtssysteem intact te laten.

Men zou een rechtsfiguur kunnen creëren, die wellicht vernieuwend zal zijn, maar die toch dicht bij de goede medische praktijk staat en die ofwel in het koninklijk besluit nr. 78 kan worden opgenomen, ofwel in een specifieke wet die bedoeld is voor artsen.

Een tweede opmerking betreft de brief die de leden kregen van de apothekersvereniging na de hoorzitting met twee vertegenwoordigers van deze vereniging.

De apothekers hebben herinnerd aan hun bestaan en aan hun bezorgdheid over het wetsvoorstel dat wordt uitgewerkt.

De termen die de apothekers gebruiken in hun brief zijn belangwekkend, aangezien zij het hebben over uitvoerende artsen.

Spreekster wenst te weten wat de indieners van het voorstel en van de amendementen antwoorden op de

Le médecin ne serait pas automatiquement justifié si ces conditions étaient réunies, mais les principes généraux de l'état de nécessité continueraient à s'appliquer. L'appréciation en conscience par le médecin subsisterait donc.

Y a-t-il des précédents à une telle objectivation de l'état de nécessité?

Il est vrai qu'il en est très peu d'exemples, mais la jurisprudence et la doctrine ont balisé l'état de nécessité. Tout juge qui applique cette notion fait le même exercice. Pourquoi, dès lors, le législateur ne pourrait-il le faire?

Le groupe de l'intervenante a retenu l'état de nécessité parce que, pour lui, la règle reste l'interdit, et qu'en droit, l'une des seules manières de décrire une situation de crise exceptionnelle caractérisée par un conflit de valeurs est la figure juridique de l'état de nécessité, qui exprime bien la transgression d'un interdit.

Une loi dépénalisant l'euthanasie de façon générale lui paraît risquer d'engendrer des abus et d'être mal comprise.

Un membre souligne l'importance du débat relatif à la notion d'état de nécessité, qui a également été évoquée par le professeur Van Neste, et par le professeur Adams.

Tous deux ont rappelé que cette notion était un point de départ très intéressant, parce qu'elle concerne les situations où le devoir d'une personne lui commande de transgresser la loi. C'est donc un peu la situation du médecin qui se trouve devant un patient qui demande que l'on mette fin à ses jours.

Mais il ne faut pas nécessairement rester enfermé de façon stricte dans ce concept.

On peut l'objectiver d'une autre manière, et sans y faire de référence directe, pour laisser entière la notion d'état de nécessité dans notre arsenal jurisprudentiel.

On pourrait ainsi créer une figure juridique, peut-être innovante, mais qui se rapproche d'une bonne pratique médicale, et qui pourrait se situer dans l'arrêté royal n° 78, mais aussi dans une loi particulière qui s'adresse au médecin.

Un second point concerne le courrier adressé aux membres par l'association des pharmaciens, suite à l'audition de deux de leurs représentants.

Les pharmaciens ont opportunément rappelé leur existence et leurs préoccupations par rapport à la proposition en voie d'élaboration.

Les termes utilisés par les pharmaciens dans cette lettre sont frappants, puisqu'il est question de «médecins exécuteurs».

L'intervenante aimerait savoir quelle réponse les auteurs de la proposition et des amendements appor-

opmerkingen van de apothekers met betrekking tot hun verantwoordelijkheid bij het verstrekken van euthanatica. Zullen de artsen bijvoorbeeld een duidelijk voorschrift verstrekken?

Een volgende spreker meent dat artikel 3 een bijzonder moeilijk punt behandelt wanneer zowel terminale als niet-terminale patiënten worden beoogd. In de opvatting van het lid moet een wetgeving inzake medische beslissingen bij het levenseinde uitgaan van het standpunt dat euthanasie uitgesloten is, tenzij er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Eén van deze voorwaarden is dat het moet gaan om terminaal zieke patiënten. Het toepassingsgebied van het artikel 3, zoals het wordt voorgesteld door het wetsvoorstel nr. 2-244 en het amendement nr. 14, is daarom veel te ruim. Dit is ook de opvatting van professor Van Neste die meent dat, wanneer het gaat om niet-terminale patiënten die een verzoek tot levensbeëindiging stellen, dit eerder te maken heeft met hulp bij zelfdoding. De suggestie die eerder werd gedaan door een lid van de verenigde commissies, om beide zaken van mekaar te onderscheiden en een apart debat omtrent de hulp bij zelfdoding te openen, is om die reden bijzonder zinvol. Uit een enquête van *Test Aankoop* blijkt eveneens dat heel wat artsen opteren voor hulp bij zelfdoding wanneer het gaat om een niet-terminale patiënt.

Spreker zegt het daarom zeer moeilijk te hebben met artikel 3. Hoewel de terminale en de niet-terminale patiënten op het procedureel vlak verschillend worden benaderd, blijven de materiële voorwaarden voor beide categorieën dezelfde. Ze worden dus op vrijwel dezelfde hoogte geplaatst. Wanneer men daarbij in rekening neemt dat in Vlaanderen de vraag naar zelfmoord vrij hoog ligt, en het volgens de voorliggende tekst niet onmogelijk is dat artikel 3 ook van toepassing is op patiënten die enkel psychisch lijden, kan hieruit worden afgeleid dat vele vragen om hulp op een niet-correcte manier zullen worden ingevuld door het medisch korps. Tijdens de hoorzittingen werd immers gesteld dat slechts één derde van de artsen een zware depressie als dusdanig erkent.

Bovendien is er sprake van cultuurverschillen. Uit onderzoek blijkt dat mensen in Vlaanderen niet snel om professionele hulp durven vragen. In Nederland gebeurt dit veel meer, hoewel daar dezelfde risicofactoren aanwezig zijn. Het zelfmoordcijfer is er dan ook veel lager, om dat de drempel om professionele hulp te vragen er veel lager ligt.

Een wetgeving omtrent euthanasie, die er inderdaad moet komen, zou op een veel ruimere consensus kunnen rekenen indien ze zich zou beperken tot de terminale patiënten. Overigens zijn niet enkel senatoren uit de oppositie die mening toegedaan.

tent aux observations des pharmaciens, qui concernent la propre responsabilité de ceux-ci quant à la délivrance de produits euthanasiants. Les médecins délivreront-ils, notamment, des prescriptions claires en la matière?

Une autre membre estime que l'article 3 aborde un point extrêmement difficile en visant aussi bien les patients en phase terminale que les autres patients. Selon l'intervenante, une législation relative aux décisions médicales en fin de vie doit partir du principe que l'euthanasie est exclue, à moins que des conditions déterminées ne soient remplies. Une de ces conditions est qu'il doit s'agir de patients en phase terminale. Aussi le champ d'application de l'article 3, tel que défini par la proposition n° 2-244 et par l'amendement n° 14, est-il beaucoup trop large. C'est également l'opinion du professeur Van Neste, qui estime qu'il faut parler plutôt de suicide assisté si le patient qui introduit une demande d'euthanasie ne se trouve pas dans une phase terminale. C'est pour cette raison que la suggestion qui a été faite précédemment par une membre des commissions réunies de distinguer ces deux aspects et de consacrer un débat distinct au suicide assisté, est particulièrement fondée. Il ressort également d'une enquête de *Test Achats* que pas mal de médecins optent pour un suicide assisté lorsque le patient ne se trouve pas en phase terminale.

L'intervenante déclare que l'article 3 lui pose à cause de cela de grandes difficultés. Bien que les patients en phase terminale et les autres patients soient différenciés sur le plan de la procédure, les conditions matérielles restent les mêmes pour les deux catégories de patients. Ils sont donc mis quasiment sur le même pied. Si l'on tient compte à cet égard qu'en Flandre, la demande de suicide est plutôt élevée, et qu'il n'est pas impossible, aux termes du texte à l'examen, que l'article 3 s'applique aussi à des patients qui ne souffrent que psychologiquement, on peut en déduire que le corps médical ne répondra pas correctement à de nombreuses demandes d'assistance. Il a en effet été indiqué, lors des auditions, que seul un tiers des médecins reconnaissait une dépression sévère comme telle.

De plus, les différences culturelles jouent également. Des études ont montré qu'en Flandre, les gens n'osent pas rapidement solliciter une aide professionnelle. Aux Pays-Bas, cela se fait beaucoup, bien que les facteurs à risque soient les mêmes. Le nombre de suicides y est dès lors nettement moins élevé, parce que le seuil du recours à une aide professionnelle y est bien plus bas.

Une législation relative à l'euthanasie, qui doit effectivement voir le jour, pourrait recueillir un consensus nettement plus large si elle se limitait aux patients en phase terminale. Il n'y a d'ailleurs pas que des sénateurs de l'opposition qui défendent ce point de vue.

Een senator erkent dat deze problematiek — het onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten in het kader van de euthanasie — tot scherpe tegenstellingen heeft aanleiding gegeven. Ook zijn een aantal misverstanden aan het licht gekomen. De begripsverwarring omtrent hulp bij zelfdoding voor zowel terminale als niet-terminale patiënten zou wellicht minder groot zijn geweest mocht van meet af aan duidelijkheid hebben bestaan over de precieze draagwijdte.

Om deze redenen dringt de senator erop aan dat de nodige tijd zou worden vrijgemaakt om te onderzoeken op welke wijze beide categorieën fundamenteel verschillend zouden worden benaderd. Hij zegt er immers van overtuigd te zijn dat vele leden van de verenigde commissies een te verregaande interpretatie van artikel 3 vrezen. Men moet vermijden dat deze interpretatie zou moeten worden gegeven door hoven of rechtbanken. Hoe dan ook moet klaar zijn dat de niet-terminale patiënten op een omzichtiger manier moeten benaderd worden.

Een lid antwoordt op de opmerkingen van een vorige spreker dat ook andere auteurs dan Van Dijk en Van Hoof menen dat artikel 2 van het EVRM een euthanasiewet niet verbiedt en zelfs dat het niet-opstellen van een dergelijke wet sommige personen onbeschermd laat door een gebrek aan duidelijkheid over de situatie.

De heer Dalcq stelt wel terecht de vraag of dit verenigbaar is met artikel 2 van het EVRM, maar beantwoordt deze vraag als specialist in het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht en niet als specialist in de mensenrechten.

Met betrekking tot de noodtoestand, verwijst spreker nogmaals naar de uiteenzetting van een vorige spreker, punten 40 tot 52.

Hij heeft duidelijk aangetoond dat een nadere bepaling in de wet van de voorwaarden voor de noodtoestand — ook al is het in een specifiek geval — neerkomt op een wettelijke machtiging, of men dit nu wil of niet.

Als de noodtoestand door de wet geobjectiveerd wordt, bevindt men zich niet meer *ipso facto* in de noodtoestand.

Het betreft hier de essentie van de noodtoestand aangezien deze rechtsfiguur per definitie lacunes in de wet tracht aan te vullen en niet poogt te verduidelijken wat wettelijk is. Als deze denkwijze wordt omgekeerd, gaat het niet meer over de noodtoestand.

Wat geobjectiveerd is, kan later niet meer onder het begrip noodtoestand vallen.

Dat is wat de vorige spreker zei in de punten 3 en 44 van zijn uiteenzetting. Hij gaf echter wel duidelijk aan dat iedereen ethisch gezien van de noodtoestand uit-

Un sénateur convient que ce problème — la distinction, dans le cadre de l'euthanasie, entre les patients en phase terminale et les autres — a suscité de nettes dissensions. Un certain nombre de malentendus sont également apparus. La confusion apparue concernant le suicide assisté pour les patients en phase terminale comme en phase non terminale eût probablement été moins grande si la portée exacte des termes avait été plus claire dès le début.

C'est pourquoi le sénateur insiste pour que l'on prenne le temps d'examiner comment aborder ces deux catégories de patients de manière fondamentalement différente. Il se dit en effet convaincu que de nombreux membres des commissions réunies craignent une interprétation radicale de l'article 3. Il faut éviter que cette interprétation ne doive être donnée par les cours et tribunaux. Il doit en tout cas être clair qu'il faut aborder avec une plus grande prudence les patients ne se trouvant pas en phase terminale.

Un membre déclare, en réponse à un précédent orateur, que d'autres auteurs que Van Dijk et Van Hoof sont d'avis que l'article 2 CEDH n'interdit pas une législation en matière d'euthanasie, et même que ne pas le faire pourrait laisser certaines personnes sans protection, en raison du manque de clarté de la situation.

Si M. Dalcq pose légitimement la question de cette compatibilité avec l'article 2 CEDH, il se garde bien d'y répondre, étant spécialiste du droit de la responsabilité civile, et non des droits de l'homme.

En ce qui concerne l'état de nécessité, l'intervenant renvoie une nouvelle fois à l'exposé d'un précédent orateur, en ses points 40 à 52.

Il a bien montré que préciser les conditions de l'état de nécessité dans la loi — fût-ce dans un cas particulier —, c'est prévoir une permission de la loi, qu'on le veuille ou non.

Si l'état de nécessité est objectivé par la loi, on n'est plus, *ipso facto*, dans l'état de nécessité.

La question porte sur l'essence même de l'état de nécessité car, par définition, cette notion juridique tente de répondre aux lacunes de la loi, et non à préciser ce qui est légal. Dès que l'on inverse la démarche, on sort de l'état de nécessité.

Ce qui est objectivé ne pourra plus relever de l'état de nécessité dans le futur.

C'est ce que l'orateur précité a indiqué aux points 3 et 44 de son exposé. Il a cependant bien précisé que tout le monde partait, éthiquement, de l'état de néces-

ging, maar dat het begrip niet in alle voorstellen op dezelfde manier werd uitgewerkt.

Als antwoord op wat vorige spreker zei, meent spreker dat men moet blijven zoeken naar manieren om een zo groot mogelijke meerderheid te krijgen.

Een vorige spreker repliceert dat artikel 2 van het EVRM niet verhindert dat er een wet op de euthanasie komt. Wel moet een dergelijke wetgeving zich bevinden binnen de ruimte die wordt gecreëerd door het spanningsveld tussen de artikelen 2 en 3 van het EVRM, hetgeen betekent dat de wetgeving restrictief moet zijn en slechts kan gelden voor terminale patiënten.

Het argument, dat men niet meer kan spreken van een noodtoestand zodra men ze definieert, gaat niet op. Waarom zou de rechtspraak een dergelijke definitie wel kunnen geven en de wetgever niet? Het is perfect mogelijk een dergelijke rechtvaardigingsgrond te creëren, wanneer een artikel *71bis* — of eventueel 72 — in het Strafwetboek wordt opgenomen dat zou toelaten dat een bijzondere wet de voorwaarden omschrijft die moeten worden vervuld om van een noodtoestand kunnen te spreken.

Een lid vraagt wat er van de noodtoestand wordt op het moment dat de voorwaarden voor de noodtoestand geobjectiveerd worden.

De vorige interveniënt antwoordt dat de wetgever kan oordelen dat men de transparantie van de besluitvorming en de rechten van de patiënt dient te verzekeren door de noodtoestand te omschrijven. Dit is bijvoorbeeld ook gebeurd wanneer het gaat om het gebruik van vuurwapens door politiemensen. Ook in dat geval is er sprake van een noodtoestand in hoofde van de politiemans, die moet kiezen tussen zijn ordenend optreden en het eigen lijfsbehoud en waar er meer aan de hand is dan louter het vervullen van een aantal procedurale voorwaarden. Dit heeft niet het gevolg gehad dat de algemene rechtstheorie van de noodtoestand niet meer zou kunnen worden toegepast. Het Hof van Cassatie heeft immers ook reeds herhaaldelijk de noodtoestand voor een bepaald misdrijf geëxpliciteerd.

Een lid verklaart dat de objectivering van de noodtoestand door middel van de voorwaarden die zijn vastgesteld in de tekst van een aantal collega's wel degelijk neerkomen op een machtiging van de wet. Maar omdat de tekst geen verband legt met het Strafwetboek, kan men zich afvragen waarin hij dan verschilt met het voorliggende wetsvoorstel.

De vraag is welk verband men legt met het Strafwetboek. De vorige spreker stelt voor een verband te leggen met de artikelen 71 en volgende van het Strafwetboek.

sité, mais que la déduction qui en était faite ne se traduisait pas de la même façon dans toutes les propositions.

Quant à ce que vient de dire le précédent orateur, l'intervenant pense qu'il faut continuer à rechercher des voies susceptibles de rassembler la plus large majorité possible.

Un orateur précédent réplique que l'article 2 de la CEDH n'empêche pas l'élaboration d'une loi sur l'euthanasie. Pareille législation doit toutefois se situer dans le champ de tension reliant les articles 2 et 3 de la CEDH, ce qui signifie que la législation doit être restrictive et qu'elle ne peut s'appliquer qu'à des patients en phase terminale.

L'argument selon lequel on ne peut plus parler d'un état de nécessité dès lors qu'on le définit, ne tient pas. Pourquoi pareille définition pourrait-elle être donnée par la jurisprudence et pas par le législateur? Il est parfaitement possible de créer pareille cause de justification en incluant dans le Code pénal un article *71bis* — voire un article 72 — qui permettrait qu'une loi particulière définisse les conditions devant être remplies pour que l'on puisse parler d'un état de nécessité.

Un membre demande, à partir du moment où l'on objective les conditions de l'état de nécessité, ce que devient cet état de nécessité.

Le préopinant répond que le législateur peut estimer qu'il y a lieu de garantir la transparence de la prise de décision et les droits du patient en définissant l'état de nécessité. C'est ce qui a été fait, par exemple, à propos de l'utilisation d'armes à feu par les policiers. Dans ce cas aussi, on peut parler d'état de nécessité pour le policier, qui doit choisir entre son intervention de maintien de l'ordre et son intégrité physique et pour qui il ne s'agit pas seulement de remplir un certain nombre de conditions procédurales. Cela n'a pas eu pour conséquence de rendre inapplicable la théorie juridique générale de l'état de nécessité. La Cour de cassation a, en effet, elle aussi déjà explicité à plusieurs reprises la notion d'état de nécessité pour un délit déterminé.

Un membre déclare qu'en objectivant l'état de nécessité moyennant les conditions fixées par le texte rédigé par plusieurs collègues, on crée bien une autorisation de la loi. Mais comme ce texte ne prévoit pas de lien avec le Code pénal, on peut se demander en quoi il est tellement différent de la proposition de loi à l'examen.

La question est de savoir quel rapport on établit avec le Code pénal. L'intervenant précédent propose d'établir un tel lien dans les articles 71 et suivants du Code pénal.

Het grote verschil met het concept noodtoestand is dat dit geval per geval wordt toegepast. Het gaat dus niet om een algemene machtiging, al wordt de noodtoestand in enkele voorstellen wel afgebakend. Op rechtsfilosofisch vlak is dit een groot verschil.

Een ander lid verklaart dat het debat dat reeds met de deskundigen is gevoerd, hier wordt overgedaan. Spreker herinnert zich dat de heer Panier met betrekking tot de noodtoestand interessante bezwaren heeft geopperd tegen het wetsvoorstel.

Hij benadrukte dat het niet mogelijk was de gevallen aan te wijzen waarin depenalisering mogelijk was mits aan een aantal voorwaarden was voldaan, en dit vervolgens te onderbouwen met het concept «noodtoestand» omdat dan onmiddellijk de vraag zou rijzen wat moet gebeuren in situaties die buiten de werkingssfeer van het wetsvoorstel vallen.

Naar aanleiding van deze opmerkingen hebben de zes indieners hun tekst aangepast door de verwijzing te verwijderen naar de noodtoestand, die wel van toepassing blijft op situaties die buiten de werkingssfeer van het wetsvoorstel vallen.

Er is dus geen brug mogelijk tussen het wetsvoorstel en de tekst die eerder door enkele senatoren is opgesteld.

Een lid meent dat de bepalingen met betrekking tot het gebruik van vuurwapens geen objectivering van de noodtoestand inhouden; zij zijn opgenomen in de wet van 5 augustus 1992 op het politieambt.

Een spreker verbaast zich erover dat een vorige spreker terug wil keren tot het Strafwetboek.

De objectivering van de noodtoestand komt ook neer op een machtiging van de wet, maar verzwakt de noodtoestand.

Een lid heeft een heel aantal vragen bij amendement nr. 14.

Dat geldt bijvoorbeeld voor het concept «handlingsbekwaamheid». In het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek wordt het concept van de in feite en in rechte onbekwame patiënt gebruikt.

Wat bedoelen de indieners van het amendement precies met het woord «handelingsbekwaam»? Wordt dit concept in de juridische zin of in de ruime zin gebruikt (zie hoorzitting met mevrouw Kempeneers, vertegenwoordiger van de Nationale Vereniging voor hulp aan mentaal gehandicapten)?

Een ander lid verwijst naar de rechtsleer, die de handelsbekwaamheid duidelijk beschrijft.

Amendementen nrs. 109, 93, 131 en 132

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk

La grande différence avec la philosophie qui soutient l'état de nécessité est que celui-ci s'applique au cas par cas. Ce n'est donc pas d'une autorisation générale qu'il s'agit, même si, dans plusieurs propositions, on balise cet état de nécessité. Sur le plan de la philosophie juridique, c'est très différent.

Un autre membre déclare que l'on reprend ici le débat qui a déjà eu lieu avec les experts. L'intervenant se souvient que précisément à propos de l'état de nécessité, M. Panier avait fait d'intéressantes remarques à l'encontre de la proposition à l'examen.

Il avait souligné que l'on ne pouvait viser les cas où il y a clairement dépenalisation moyennant un certain nombre de conditions, et les justifier par une sorte d'«état de nécessité» car alors, on se demande quel sera le statut des cas qui ne sont pas visés par la proposition de loi.

À la suite de cette observation, les six auteurs ont adapté leur texte, pour en supprimer la référence à l'état de nécessité, lequel continue à s'appliquer dans les cas non visés par la proposition de loi à l'examen.

Il n'y a donc aucune passerelle possible entre celle-ci et le texte élaboré en son temps par plusieurs sénateurs.

Un membre estime que les règles d'utilisation des armes à feu n'opèrent pas une objectivation de l'état de nécessité; elles sont prévues dans une loi du 5 août 1992 sur la fonction de police.

L'intervenant s'étonne aussi qu'une précédente oratrice veuille revenir au Code pénal.

Par l'objectivation de l'état de nécessité, on en revient aussi à une permission de la loi, mais on affaiblit l'état de nécessité.

Une membre déclare que l'amendement n° 14 suscite chez elle une série de questions.

Ainsi en va-t-il, par exemple, de la notion de «capacité» après avoir relu ce qu'en a dit le Comité consultatif de bioéthique, qui utilise la notion de patient incapable de droit et de fait.

Que visent exactement les auteurs de l'amendement par le mot «capable»? Cette notion est-elle utilisée dans son sens juridique, ou dans un sens plus large (cf. l'audition de Mme Kempeneers, représentante de l'Association nationale d'aide aux handicapés mentaux)?

Un autre membre renvoie à la doctrine, qui décrit clairement ce qu'est la capacité juridique.

Amendements n^{os} 109, 93, 131 et 132

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc.

Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 109), dat ertoe strekt vóór § 1 de tekst van artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer in te voegen, namelijk: «De arts is aan een patiënt die in een stervensfase verkeert, alle morele en medische — curatieve of palliatieve — bijstand verschuldigd om zijn geestelijk en fysiek lijden te verlichten en hem waardig te laten sterven.»

Een van de indieners verklaart dat in een wet als deze benadrukt moet worden dat de arts zijn patiënt nooit in de steek mag laten en dat hij de patiënt die niet meer genezen kan worden, moet bijstaan om zijn fysiek en geestelijk lijden te verlichten.

In de praktijk komt het nog te vaak voor dat artsen zich niet meer met hun patiënten bezighouden als een curatieve behandeling geen nut meer heeft.

De heer Galand had een subamendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 93), dat ertoe strekte in § 1 van het voorgestelde artikel 3 de woorden «De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer» te vervangen door de woorden «Een arts kan ingaan op een euthanasieverzoek wanneer».

Dit amendement wordt ingetrokken.

Met betrekking tot subamendement nr. 109 verklaart een lid dat de voorgestelde tekst tot de geneeskundige plichtenleer behoort terwijl hier een wettekst wordt voorbereid.

Hoe kan men een formule als «de waardigheid bewaren» ooit controleren? Wie oordeelt over de waardigheid en hoe? De patiënt zelf?

Wat bedoelt men trouwens met «morele bijstand»? Zal dat geen problemen geven als de patiënt en de arts uiteenlopende levensbeschouwelijke of religieuze overtuigingen hebben?

Eén van de indieners van het amendement antwoordt dat de morele bijstand in de regel die is waar de patiënt om vraagt; anders zondigt de arts tegen zijn plichtenleer.

De woorden «morele bijstand» hebben ook een psychologische connotatie: het gaat om het moreel van de patiënt.

Ook met betrekking tot de waardigheid, is het de opvatting van de patiënt daarover die als leidraad dient.

Een lid verbaast zich erover dat in een wettekst wordt verwezen naar een deontologische code. Een omgekeerde verwijzing lijkt hem logischer gezien de hiërarchie van de rechtsregels.

Er wordt op gewezen dat het amendement niet uitdrukkelijk verwijst naar de Code van geneeskundige plichtenleer maar daaruit een bepaling overneemt om er een wettelijke bepaling van te maken.

Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 109), tendant à insérer, avant le § 1^{er}, ce qui figure aujourd'hui à l'article 96 du Code de déontologie médicale, à savoir: «Le médecin doit au patient en fin de vie toute assistance morale et médicale, curative ou palliative, pour soulager ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité.»

L'un des auteurs déclare qu'il importe de rappeler, dans un loi comme celle que l'on prépare, que le médecin ne peut à aucun moment abandonner son patient et que, lorsque celui-ci ne peut plus être guéri, le médecin doit être à ses côtés pour soulager ses souffrances, qu'elles soient physiques ou morales.

Il y a encore trop de cas sur le terrain, où des médecins se désintéressent de leur patient, lorsque tout traitement curatif est devenu inutile.

M. Galand avait déposé un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 93), tendant à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, les mots «Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction» par les mots «Tout médecin peut répondre à une demande d'euthanasie».

Cet amendement est retiré.

Un membre déclare, à propos du sous-amendement n° 109, que le texte proposé relève de la déontologie médicale, alors que l'on prépare ici un texte de loi.

Quant aux mots «préserver sa dignité», comment vérifie-t-on cela? Qui juge de la dignité, et selon quelle procédure? Est-ce le patient lui-même?

Qu'entend-on par ailleurs par «assistance morale»? Si le patient et le médecin ont des convictions philosophiques ou religieuses différentes, cela ne pose-t-il pas problème?

L'un des auteurs de l'amendement répond qu'en ce qui concerne l'assistance morale, il est de règle que ce soit celle que souhaite le patient; sinon, le médecin lui-même irait contre sa propre déontologie.

Cependant, les mots «assistance morale» ont aussi une connotation psychologique: il s'agit du moral du patient.

Quant à la dignité, c'est également la conception du patient à cet égard qui doit prévaloir.

Un membre se dit frappé par la référence que l'on fait dans la loi à un code de déontologie. La référence inverse lui paraît plus logique, en termes de hiérarchie des normes.

On fait observer que l'amendement ne fait pas expressément référence au Code de déontologie médicale, mais en reprend une disposition pour en faire une disposition légale.

Een lid merkt op dat het amendement nr. 109 weliswaar geen oplossing biedt voor het grote knelpunt van artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, maar niettemin een welkome aanvulling is. Wanneer men een waardig levenseinde wil bewerkstelligen, is het niet overbodig de verplichtingen van de arts uitdrukkelijk te stellen. Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat nog te veel geneesheren zijn opgeleid om curatief te werken, maar niet meer in staat zijn om te gaan met ongeneeslijk zieke patiënten. Nochtans mogen deze patiënten geenszins in de steek worden gelaten. De toevoeging, voorgesteld door het amendement nr. 109, is dan ook gewenst.

Over de juiste draagwijdte van de waardigheid van de mens zijn wellicht verschillende interpretaties mogelijk, maar het lid wijst erop dat het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie deze menselijke waardigheid als uitgangspunt neemt. Dit is overigens terecht, vermits zulks deel uitmaakt van de Europese beschaving.

Een ander lid verklaart dat men niet tegelijk het beginsel van de waardigheid, reeds opgenomen in de verklaring van 1948 en alle daaropvolgende teksten, kan weren als relevant element om te voorkomen dat het Europees Verdrag van de rechten van de mens op euthanasie wordt toegepast en tegelijk de waardigheid in een amendement aanvoeren, teneinde er juridische consequenties uit te trekken.

Nog een ander lid merkt op dat de verenigde commissies niet in aantal zijn, maar wenst hiervan geen gebruik te maken om de discussie over euthanasie te vertragen. Het is dus niet zo dat de parlementaire oppositie alle middelen aanwendt om het debat op de lange baan te schuiven, zoals wel eens wordt beweerd. Het gaat immers om een essentiële aangelegenheid die niet het voorwerp mag uitmaken van politieke spelletjes.

Ten gronde, ontkent het lid dat zijn fractie ooit heeft beweerd dat de menselijke waardigheid niet in aanmerking moet worden genomen bij de afweging tussen de grondrechten vermeld in de artikelen 2 en 3 van het EVRM. Het tegendeel is waar. In de rechtspraak omtrent artikel 3 van het EVRM wordt de menselijke waardigheid juist in aanmerking genomen om te beoordelen of er sprake is van een onmenselijke behandeling. Er is derhalve geen tegenstelling tussen enerzijds de bescherming van het menselijk leven en anderzijds de menselijke waardigheid te verdedigen.

Op de opmerking van een vorige spreker, dat de menselijke waardigheid een wazig begrip zou zijn, antwoordt het lid dat deze term uitdrukkelijk werd opgenomen in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en in de Duitse grondwet die na de Tweede Wereldoorlog is tot stand gekomen. Het begrip «menselijke waardigheid» heeft derhalve wel degelijk een contextuele waarde. Recht moet immers

Un membre fait remarquer que, si l'amendement n° 109 ne résout pas l'écueil considérable que constitue l'article 3 de la proposition à l'examen, il représente toutefois un ajout appréciable. Si le but est de permettre une fin de vie dans la dignité, il n'est pas superflu de définir clairement les obligations du médecin. Il est en effet ressorti des auditions que trop de médecins encore sont formés pour dispenser une aide curative, mais ne sont plus à même de s'occuper de patients incurables. Ceux-ci ne peuvent cependant nullement être abandonnés. Aussi l'ajout proposé par l'amendement n° 109 est-il souhaitable.

La portée exacte de la dignité de l'être humain peut probablement faire l'objet de plusieurs interprétations, mais l'intervenant souligne que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne se fonde sur cette dignité de la personne humaine, à juste titre d'ailleurs, puisque cette notion participe de la civilisation européenne.

Un autre membre observe que l'on ne peut à la fois dire que le principe de la dignité, déjà inscrit dans la déclaration de 1948 et dans tous les textes subséquents, ne constitue pas un élément qu'il faut prendre en compte pour écarter la possibilité d'appliquer la Convention européenne des droits de l'homme à l'euthanasie, et invoquer ensuite la dignité dans un amendement pour en tirer des éléments juridiques.

Un autre membre fait remarquer que le quorum n'est pas atteint dans les commissions réunies, mais déclare qu'il ne souhaite pas profiter de ce fait pour retarder la discussion sur l'euthanasie. Il est donc faux de prétendre, comme certains l'ont parfois fait, que l'opposition parlementaire se sert de tous les moyens disponibles pour renvoyer le débat aux calendes grecques. Il s'agit en effet d'une matière essentielle, qui ne peut faire l'objet de petits jeux politiques.

Quant au fond, l'intervenant nie que son groupe ait jamais prétendu qu'il ne fallait pas prendre la dignité humaine en compte lors de la mise en balance des droits fondamentaux prévus aux articles 2 et 3 de la CEDH; tout au contraire. Dans la jurisprudence à propos de l'article 3 de la CEDH, on prend précisément la dignité humaine en compte pour apprécier s'il y a traitement inhumain ou non. La protection de la vie humaine ne s'oppose donc pas à la défense de la dignité humaine.

À la remarque d'un préopinant selon laquelle la dignité humaine serait une notion vague, l'intervenant répond que ce terme figure explicitement dans la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne ainsi que dans la constitution allemande élaborée après le Deuxième Guerre mondiale. La notion de «dignité humaine» a dès lors bel et bien une valeur contextuelle. Le droit doit en effet toujours être

steeds worden gezien in een bepaalde context van tijd en ruimte.

Spreekster wijst vervolgens op het klassieke juridische probleem van de aansprakelijkheid van diegene die een deontologische code heeft overtreden ten aanzien van diegene die hierdoor is gekrenkt. De deontologie heeft immers als doelstelling bepaalde gedragsregels in te voeren voor een beroepscategorie, maar opent op zich geen rechten voor derde personen die nadeel zouden lijden.

De draagwijdte van een wettelijke verankering van dergelijke deontologische regels is precies dat een kwalitatieve sprong wordt gemaakt, waardoor ze niet enkel een deontologische code uitmaken, maar ook een patiëntenrecht. De toevoeging, voorgesteld door het amendement nr. 109 is dan ook bijzonder nuttig.

Een lid meent dat het concept «waardigheid» betrekking heeft op de concrete manier waarop de patiënt in het dagelijks leven wordt verzorgd (al dan niet in een kamer gestoken waar niemand zich nog om hem bekommert ...).

De kwalitatieve sprong waardoor een deontologische bepaling tot een wetsbepaling wordt verheven, is van het grootste belang.

Een ander lid deelt de opvatting van een vorige spreker over de menselijke waardigheid niet. Voor hem heeft dit begrip ook betrekking op de eerbied voor de autonomie van de patiënt en voor zijn opvattingen over zijn eigen toekomst.

Hij beschouwt de menselijke waardigheid als een principe waaraan een aantal consequenties verbonden zijn en niet als een comfortgegeven.

Een lid wijst erop dat de tekst wel degelijk de persoonlijke opvattingen van de patiënt als uitgangspunt neemt aangezien er sprake is van zijn waardigheid.

Een vorige spreker verklaart dat eenieder zijn eigen opvatting heeft over waardigheid. Het voorbeeld dat zij heeft gegeven, is maar één van de vele illustraties van de situatie van een stervende patiënt.

Een bepaalde opvatting van de waardigheid is niet noodzakelijk strijdig met een andere.

Een lid vraagt zich af of het amendement nr. 109 het mogelijk maakt dat een patiënt palliatieve hulp kan weigeren, wanneer deze zulks nodig vindt. Het amendement spreekt immers over «curatieve of palliatieve bijstand». Ook het woord «verschuldigd» schept verwarring. Het amendement is niet duidelijk, verwarrend en onvolledig.

Men antwoordt hem dat de patiënt het recht heeft om elke behandeling te weigeren, met inbegrip van de palliatieve zorg. Het subamendement herinnert de arts alleen aan zijn plichten.

replacé dans un contexte temporel et spatial déterminé.

L'intervenant attire ensuite l'attention sur le problème juridique classique de la responsabilité de celui qui a enfreint un code de déontologie à l'égard de celui qui en est la victime. Le but de la déontologie est en effet d'instaurer certaines règles de conduite pour une catégorie professionnelle mais n'ouvre pas, en soi, de droits pour les tiers qui subiraient un dommage.

Inscrire semblables règles déontologiques dans la loi permet précisément de faire un saut qualitatif, puisqu'elles constitueront non seulement un code de déontologie, mais aussi un droit du patient. L'ajout proposé par l'amendement n° 109 est dès lors particulièrement utile.

Un membre est d'avis que le concept de «dignité» s'applique à la façon très concrète dont le patient est pris en charge dans la vie de tous les jours (être ou non relégué dans une chambre où plus personne ne vient le voir ...).

Le saut qualitatif consistant à élever une disposition déontologique au rang de disposition légale a toute son importance.

Un autre membre ne partage pas la conception que la précédente intervenante a de la dignité humaine. Pour lui, c'est aussi le respect de l'autonomie du patient et de sa vision sur son propre avenir.

Il la considère comme un principe, dont il tire un certain nombre de conséquences, et non comme un élément de confort.

Un intervenant observe que le texte se réfère bien à la conception personnelle du patient, puisqu'il parle de sa dignité.

Une précédente oratrice déclare que chacun a sa propre perception de la dignité. L'exemple qu'elle a donné n'est qu'une illustration parmi d'autres de ce que peut être la situation d'un patient en fin de vie.

Une conception de la dignité n'est pas contraire à l'autre.

Un membre se demande si l'amendement n° 109 permet à un patient de refuser des soins palliatifs s'il l'estime nécessaire. L'amendement fait en effet état d'«assistance curative ou palliative». Le mot «doit» prête également à confusion. L'amendement n'est pas clair, est incomplet et prête à confusion.

Il lui est répondu que le patient a le droit de refuser tout traitement, quel qu'il soit, y compris des soins palliatifs. Le sous-amendement ne fait que rappeler au médecin quel est son devoir.

Een lid stelt voor aan het subamendement een zinnetje toe te voegen, luidende: «De patiënt kan deze bijstand weigeren.»

Een ander lid stelt voor de tekst te formuleren als volgt: «De arts dient bijstand te verlenen», om tegemoet te komen aan het bezwaar geuit door een vorige spreker.

Mevrouw van Kessel c.s. dienen daartoe een subamendement in op subamendement nr. 109 (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 131).

Een van de indieners meent dat de benadering, volgens dewelke een patiënt zomaar een behandeling kan weigeren, compleet voorbijgaat aan het bijzondere van de situatie, die een samenspraak vergt tussen de arts en de patiënt. De relatie tussen beide moet een zeer groot vertrouwensgehalte hebben. Het zo voorstellen, als zou deze relatie dezelfde zijn als die tussen een koper en een verkoper, is dan ook uit den boze en is een simplificatie.

De zoekende besluitvorming tussen arts en patiënt is veel ingewikkelder van aard dan een louter ja of neen. De arts moet de patiënt overtuigen om in te stemmen met een bepaalde behandeling. Het uitgangspunt moet immers zijn dat de arts per hypothese het welzijn van de patiënt voor ogen heeft. Dit is ook het uitgangspunt van het amendement nr. 109.

Een lid dringt erop aan de wetgeving op de euthanasie leesbaar te houden. Hoe meer deontologische regels en patiëntenrechten worden opgenomen, des te minder leesbaar zal de wet worden. Deze regelgeving blijft immers onverkort van toepassing.

Een lid deelt de bekommernis die een vorige spreker heeft geuit met betrekking tot de leesbaarheid van de tekst, doch is van oordeel dat de voorgestelde toevoegingen essentieel zijn. In enkele korte zinnetjes wordt immers het basisrecht op palliatieve zorg en op medische bijstand toegevoegd. Het lid kan zich niet voorstellen dat men hiertegen enig bezwaar kan hebben.

Een ander lid is het niet eens met de opmerking van een vorige spreker, dat de deontologische code zomaar van toepassing blijft. De opname van enkele basisrechten in de wet geeft ze een kwalitatieve meerwaarde, zoals reeds werd toegelicht. Het is immers niet uitgesloten dat het tot een conflict zou komen tussen de euthanasiewet enerzijds, en de deontologische code anderzijds. In dat geval prevaleert de wet, ten koste van de deontologische code. Het is daarom wenselijk het recht op palliatieve zorg wettelijk te verankeren. De medische plicht houdt immers niet op te bestaan op het moment dat het ongeneeslijk karakter van een ziekte wordt vastgesteld.

Un membre propose d'insérer dans le sous-amendement, après les mots «en fin de vie», les mots «qui peut la refuser».

Afin de répondre à l'objection formulée par un préopinant, un autre membre propose de rédiger le texte néerlandais comme suit: «*De arts dient bijstand te verlenen.*»

Mme van Kessel et consorts déposent à cet effet un sous-amendement au sous-amendement n° 109 (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 131).

Un des auteurs de l'amendement estime que le point de vue selon lequel un patient peut simplement refuser un traitement fait complètement abstraction du caractère particulier de la situation, qui suppose un dialogue entre le médecin et le patient. Une relation de très grande confiance est nécessaire entre eux. Il est dès lors inadmissible de prétendre que cette relation équivaldrait à une relation entre un acheteur et un vendeur.

Le processus de décision dans lequel sont engagés médecin et patient est de nature bien plus compliquée qu'un simple oui ou non. Le médecin doit convaincre le patient de donner son accord pour un traitement déterminé. Il faut en effet partir de l'hypothèse selon laquelle le médecin vise au bien-être du patient. Tel est également le point de départ de l'amendement n° 109.

Un membre insiste pour que la législation en matière d'euthanasie reste lisible. Plus on inclut de règles déontologiques et de droits du patient, plus la loi deviendra illisible, puisque cette réglementation reste applicable sans restrictions.

Un membre partage les préoccupations formulées par un préopinant à propos de la lisibilité du texte, mais estime que les ajouts proposés sont essentiels. Ceux-ci permettent en effet, par quelques phrases très courtes, d'insérer dans la loi les droits fondamentaux aux soins palliatifs et à l'assistance médicale. L'intervenant ne peut imaginer qu'on puisse y voir la moindre objection.

Un autre membre ne peut se rallier à l'observation d'un préopinant selon laquelle le code de déontologie reste tout simplement applicable. Comme on l'a déjà expliqué, le fait d'inclure certains droits fondamentaux dans la loi leur donne une plus-value qualitative. On ne peut en effet exclure qu'il y ait un conflit entre, d'une part, la loi sur l'euthanasie et, d'autre part, le code de déontologie. Dans cette hypothèse, c'est la loi qui prime le code de déontologie. Aussi est-il souhaitable d'inscrire le droit aux soins palliatifs dans une loi. En effet, le devoir médical ne cesse pas d'exister dès lors qu'une maladie incurable a été diagnostiquée.

De heer Dubié dient op subamendement nr. 109 het volgende subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 132), dat ertoe strekt de voorgestelde tekst te vervangen als volgt:

«De arts moet rekening houden met de wil van de patiënt die in een stervensfase verkeert, en is hem alle morele en medische — curatieve of palliatieve — bijstand verschuldigd om zijn geestelijk en fysiek lijden te verzachten en hem waardig te laten sterven.»

Verantwoording

Herformulering van de tekst, om te voorkomen dat er verwarring ontstaat met betrekking tot het respect voor de autonomie van de patiënt.

Een lid verwijst naar de libellering van de deontologische code. Mogelijk kan de formulering van het amendement nr. 132 een probleem doen rijzen voor de patiënt die geen formele toestemming kan geven, wegens bewusteloosheid en dergelijke. Ook deze patiënten moeten dezelfde waarborgen kunnen genieten.

Amendement nr. 96

Mevrouw Lindekens c.s. hebben op amendement nr. 14 het volgende subamendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 96):

«Voor § 1 toevoegen:

«Deze wet is alleen van toepassing wanneer euthanasie wordt uitgevoerd door een arts.»

Dit amendement wordt ingetrokken.

Amendement nr. 63

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 244/6, amendement nr. 63), dat ertoe strekt de eerste volzin van § 1 te vervangen als volgt:

«De arts mag aan het leven van een patiënt die in een stervensfase verkeert, op diens verzoek niet bewust een einde maken om zijn lijden te verlichten, tenzij in de uitzonderlijke gevallen waarin:»

De indiener van het amendement is immers van mening dat de tekst van het hoofdamendement op dit punt niet beter is dan die van het voorstel en dat het niet wenselijk is het woord «misdrif» te behouden.

Bovendien heeft amendement nr. 14 het over «de arts die euthanasie toepast».

De indiener van het amendement geeft de voorkeur aan de woorden «bewust een einde maken aan het leven van een patiënt», niettegenstaande de tekst van het reeds goedgekeurde artikel 2.

M. Dubié dépose au sous-amendement n° 109 le sous-amendement suivant (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 132), tendant à remplacer le texte proposé par ce qui suit:

«Le médecin doit, dans le respect de la volonté du patient en fin de vie, toute assistance morale et médicale — curative ou palliative — pour soulager ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité.»

Justification

Reformulation du texte pour éviter toute confusion concernant le respect de l'autonomie du patient.

Un membre renvoie à la formulation du code de déontologie. Les termes de l'amendement n° 132 peuvent peut-être poser un problème dans le cas d'un patient qui n'est pas en mesure de donner formellement son accord parce qu'il est inconscient ou pour une cause semblable. Ces patients aussi doivent pouvoir bénéficier de garanties identiques.

Amendement n° 96

Mme Lindekens et consorts ont déposé à l'amendement n° 14 le sous-amendement suivant (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 96):

«Faire précéder le § 1^{er} par la disposition suivante:

«La présente loi ne s'applique que si l'euthanasie est pratiquée par un médecin.»

Cet amendement est retiré.

Amendement n° 63

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 63), tendant à remplacer la première phrase du § 1^{er} par ce qui suit:

«Le médecin ne peut mettre fin délibérément à la vie d'un patient en phase terminale à sa demande, pour soulager ses souffrances, que dans les cas exceptionnels où:»

L'auteur de l'amendement estime en effet que le texte de l'amendement principal n'est pas meilleur que celui de la proposition sur ce point, et qu'il n'y a pas lieu de maintenir le terme «infraction».

D'autre part, l'amendement n° 14 parle du «médecin qui pratique l'euthanasie».

L'auteur de l'amendement préfère la formule «mettre fin délibérément à la vie d'un patient», nonobstant le texte de l'article 2 déjà voté.

De definitie die in artikel 2 gegeven wordt, blijft in de ogen van spreekster zeer vaag en verwijst naar moord, wat haar niet de goede manier lijkt om het probleem aan te pakken.

De indieners van de verschillende voorstellen hebben in hun basisteksten zeer uiteenlopende begrippen gebruikt.

In een voorstel dat in februari 1999 is ingediend door de heren Lallemand en Erdman is er sprake van de waardigheid van ongeneeslijke zieke patiënten en niet van euthanasie.

Zo is er ook in het voorstel van de heer Monfils sprake van een «*interruption de vie*» (levensbeëindiging).

Ook in de tekst van de Nederlandse wet wordt het woord «euthanasie» niet gebruikt en al evenmin in de wetgeving van Oregon en Australië.

Spreekster blijft ervoor pleiten dat men duidelijk zou zeggen dat het de bedoeling is dat met opzet een einde wordt gemaakt aan het leven van een patiënt, waarbij de woorden «met opzet» verwijzen naar de Code van geneeskundige plichtenleer.

Het tweede belangrijke punt in het amendement van spreekster is het begrip «stervensfase».

Sommigen hebben inderdaad gewezen op een van de grote minpunten van het voorliggende wetsvoorstel, namelijk dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen de toestand van de patiënt die in een stervensfase verkeert, en de toestand van de patiënt die niet in een stervensfase verkeert.

Spreekster blijft geloven dat de verenigde commissies het eens zouden kunnen worden over het begrip «stervensfase».

Zij meent dat sommigen bereid zouden zijn af te stappen van de formule van de noodtoestand in ruil voor een formule zoals in haar amendement voorgesteld wordt.

Spreekster stelt degenen die dit standpunt niet delen, voor aandachtig de internationale teksten te herlezen alsook de zeldzame wetteksten die zijn goedgekeurd in andere landen, met uitzondering van die van Nederland die vrij vaag lijkt.

De teksten van Oregon en Australië hebben het over *terminal ill* of *terminal disease*. Zij zijn veel beperkender dan de hier voorgestelde tekst.

De Australische tekst bepaalt zelfs dat een arts niet kan ingaan op een verzoek indien de patiënt geen palliatieve verzorging heeft gekregen.

Mocht het begrip «stervensfase» geen voldoening schenken, dan stelt spreekster bij amendement voor het begrip te vervangen door de woorden «een op korte termijn onvermijdelijk overlijden».

La définition de l'article 2 reste, aux yeux de l'intervenante, très ambiguë, et fait référence au meurtre, ce qui ne lui paraît pas la bonne façon d'aborder le problème.

Les auteurs des différentes propositions ont utilisé des termes très divers dans leurs textes de base.

Dans une proposition déposée en février 1999, par MM. Lallemand et Erdman, il est question (de la dignité) des patients incurables, et non d'euthanasie.

De même, la proposition de M. Monfils parle «d'interruption de vie».

Le texte de loi néerlandais n'utilise pas non plus le terme «euthanasie», pas plus que la législation d'Oregon ni celle de l'Australie.

L'intervenante continue de plaider pour que l'on dise clairement qu'il s'agit de mettre fin délibérément à la vie d'un patient, le terme «délibérément» faisant référence au Code de déontologie médicale.

Le deuxième élément important de l'amendement de l'intervenante est la notion de «phase terminale».

Certains ont en effet souligné que l'une des faiblesses de la proposition à l'examen était de ne pas faire de distinction entre la situation du patient en phase terminale, et celle de patient en phase non terminale.

L'intervenante persiste à croire qu'un certain consensus pourrait se dégager, au sein des commissions réunies, sur la notion de «phase terminale».

Elle pense que certains seraient prêts à abandonner la formule de l'état de nécessité, au profit d'une formule comme celle de son amendement.

L'intervenante suggère à ceux qui ne partagent pas ce point de vue de relire attentivement les textes internationaux, et les rares textes législatifs adoptés dans d'autres pays, hormis les Pays-Bas dont le texte paraît fort ambigu.

Les textes de l'Oregon ou de l'Australie parlent de *terminal ill* ou de *terminal disease*. Il sont beaucoup plus restrictifs que le texte proposé ici.

Le texte australien indique même qu'un médecin ne peut répondre à une demande que si le patient est passé par les soins palliatifs.

Pour le cas où la notion de «phase terminale» ne paraîtrait pas satisfaisante, l'intervenante propose dans un amendement de la remplacer par la formule «un décès inéluctable à brève échéance».

De wetgeving van Oregon die handelt over hulp bij zelfdoding en niet over euthanasie, definieert de sterfensfase als de fase waarin het overlijden van de patiënt binnen een termijn van zes maanden in het vooruitzicht wordt gesteld.

Spreekster acht het, wat haar betreft, verkieslijk geen termijn te bepalen.

Ten slotte merkt zij op dat in amendement nr. 63 dat hier wordt besproken, de uitdrukking «om zijn lijden te verlichten» wordt gehanteerd aangezien men in een medische context handelt. Die pijnverlichting is de enige reden waarom met opzet een einde kan worden gemaakt aan het leven van een patiënt.

Opgemerkt zij eveneens dat het gaat om uitzonderlijke situaties zoals werd aangetoond in de studie van de *Lancet* en zoals ook werd opgemerkt in een eenparig advies dat door het Franse Ethisch Comité werd uitgebracht.

Een lid komt terug op het bezwaar van een vorige spreker die van mening was dat de brief van de vereniging van artsen-specialisten niet representatief is. In een recentere brief merkt die vereniging evenwel op dat zij 7 000 Belgische artsen vertegenwoordigt. Dat is een niet te verwaarlozen aantal, vooral wanneer een dergelijke vereniging het volgende schrijft: «Het feit dat er geen enkel onderscheid wordt gemaakt tussen een terminale en een niet terminale patiënt, leidt tot een essentieel bezwaar tegen de geamendeerde tekst, niet alleen om principiële redenen, maar ook omdat op die manier een aantal belangrijke problemen niet opgelost worden. Bij niet terminale patiënten is de situatie totaal anders en zeker als het gaat om de bredere context van situaties die subjectief als ongeneeslijk worden beschouwd.»

Een ander lid merkt op dat het amendement nr. 63 zich inschrijft in een logica van een wettelijke toelating van euthanasie, binnen het kader van artikel 70 van het Strafwetboek, daar waar spreker reeds vroeger zijn voorkeur heeft uitgedrukt voor een oplossing binnen het kader van de noodtoestand, op basis van een in te voegen artikel 71bis of 72 van het Strafwetboek.

Spreker verwijst naar het debat omtrent het gebruik van het woord «bewust» («délibérément»), dat werd gevoerd in het kader van de bespreking van artikel 2. Het amendement nr. 63 gebruikt deze term opnieuw, terwijl het lid verkiest de term «opzettelijk» («intentionnellement») te hanteren. Wanneer men «bewust» gebruikt, worden alle gevallen in aanmerking genomen waarin de arts vindt dat hij geen zinloze medische behandeling kan toepassen. Dit is evenwel niet de bedoeling van het amendement, vermits er in dat geval absoluut geen sprake is van een causaal verband tussen de handeling van de arts en de dood van de patiënt.

Een lid verwijst naar het onderzoek van *Test Aankoop* waaruit blijkt dat 68,2% van de artsen van

La législation d'Oregon, qui vise le suicide assisté, mais ne réglemente pas l'euthanasie, définit la phase terminale comme celle où le décès du patient est prévisible dans un délai de six mois.

L'intervenante pense pour sa part préférable de ne pas fixer de délai.

Enfin, elle souligne que l'amendement n° 63 en discussion utilise l'expression «pour soulager ses souffrances», puisque l'on se place dans un contexte médical, et que c'est là le seul motif pour lequel il peut être mis fin délibérément à la vie d'un patient.

Il faut souligner également qu'il s'agit là de situations de nature exceptionnelle, comme l'a montré l'étude du *Lancet* et comme l'avait aussi souligné le Comité d'éthique français dans son avis rendu à l'unanimité.

Un membre revient à l'objection d'un précédent intervenant, selon lequel le courrier émanant de l'association des médecins spécialistes ne serait pas représentatif. Celle-ci, dans un courrier plus récent, précise qu'elle regroupe 7 000 médecins belges. Ce n'est donc pas à négliger, surtout lorsqu'une telle association écrit: «Le fait qu'aucune distinction n'est établie entre le patient terminal et le patient non terminal est à l'origine d'une objection fondamentale à l'encontre du texte amendé, et ce non seulement pour des raisons de principe mais également parce que, ainsi, un certain nombre de problèmes importants restent sans solution. Dans le cas de patients non terminaux, et cela d'autant plus si l'on inscrit cela dans un contexte largement défini de situations subjectivement incurables, il en va tout autrement.»

Un autre membre fait observer que l'amendement n° 63 s'inscrit dans une logique de légalisation de l'euthanasie, dans le cadre de l'article 70 du Code pénal, alors que l'intervenant a déjà exprimé précédemment sa préférence pour une solution faisant référence à la motion d'état de nécessité et à définir dans un article 71bis ou 72 à insérer dans le Code pénal.

L'intervenant renvoie au débat concernant l'utilisation du mot «délibérément» («*bewust*»), qui a été mené dans cadre de la discussion de l'article 2. L'on emploie à nouveau ce terme dans l'amendement n° 63, alors que le membre préfère le terme «intentionnellement» («*opzettelijk*»). Si l'on utilise le terme «intentionnellement», l'ensemble des cas dans lesquels le médecin estimera que tout traitement médical est devenu inutile entreront en ligne de compte. Toutefois, tel n'est pas l'objet de l'amendement, puisqu'il n'est absolument pas question d'un rapport de cause à effet entre le traitement administré par le médecin et la mort du patient.

Un membre renvoie à l'enquête de *Test Achats*, dont il résulte que 68,2% des médecins estiment que

mening zijn dat de wet hen moet toestaan in te gaan op de euthanasieverzoeken, dat 80% van de specialisten zelfs menen dat de Orde ervoor zou moeten pleiten dat euthanasie uit het strafrecht wordt gehaald en dat 20% van de artsen reeds een actieve euthanasie hebben uitgevoerd op verzoek van de patiënt.

De studies, brieven en standpunten zijn dus van uiteenlopende aard en in dit stadium van het debat is het geenszins wenselijk ze te gebruiken als argument.

In antwoord op een spreekster, die erop gewezen heeft dat in een eerder door haar ingediend wetsvoorstel geen sprake was van euthanasie maar van levensbeëindiging, antwoordt spreker dat de toestand veranderd is en dat ook hij zijn mening heeft moeten bijsturen tengevolge van de opmerkingen die hij gehoord heeft.

In 1995, bij de indiening van het betrokken wetsvoorstel, leek het gebruik van het woord euthanasie nog schokkend.

De indiener van amendement nr. 63 merkt op dat het probleem van de uiteenlopende formulering van artikel 2 en artikel 3 blijft bestaan. Waarom worden in dit laatste artikel de woorden «een arts zijn leven beëindigt» gebruikt in plaats van de woorden «een arts euthanasie toepast»?

Een lid is van mening dat in amendement nr. 63 vooral interessant is dat het verzoek uitzonderlijk is. Dat blijkt steeds duidelijker, ook in recente televisie-uitzendingen die aan dit onderwerp zijn gewijd.

De artsen leggen zich steeds meer toe op de pijnbestrijding en op de begeleiding van de patiënt en wat in de samenleving nog een probleem is zijn enkele zeer uitzonderlijke gevallen.

Na de bovenvermelde uitzendingen gezien te hebben en als jurist blijft spreekster ervan overtuigd dat gekozen moet worden voor een rechtsfiguur die beantwoordt aan dit uitzonderlijk karakter.

Men mag de bevolking niet het signaal geven dat men via een algemene wettelijke machtiging zal kunnen overgaan tot levensbeëindigende handelingen.

De gevallen waarvan in recente televisie-uitzendingen sprake geweest is komen gelukkig niet alle dagen voor.

De meeste mensen sterven een natuurlijke dood, omringd door hun familieleden.

Wat zij in de eerste plaats vragen is precies om omringd te worden. En de talrijkste gevallen zijn die, waarbij die familiekring afwezig is en waar de mensen alleen staan.

Blijven nog over enkele «filosofische» gevallen van mensen die vrijwillig en na rijp beraad vragen om een

la loi doit leur permettre d'accéder aux demandes d'euthanasie, que 80% des spécialistes de l'art de guérir estiment même que l'Ordre devrait plaider en faveur d'une dépenalisation, et que 20% des médecins ont déjà pratiqué une euthanasie active sur demande du patient.

Les études, courriers et prises de position vont donc en sens divers, et à ce stade du débat, il n'est guère opportun de les brandir comme argument.

En réponse à une intervenante, qui a souligné qu'une proposition de loi antérieurement déposée par lui ne parlait pas d'euthanasie, mais d'interruption de vie, l'orateur rétorque que la situation a évolué, et lui-même aussi, en écoutant les remarques des uns et des autres.

En 1995, lors du dépôt de la proposition de loi en question, le mot «euthanasie» paraissait encore choquant.

L'auteur de l'amendement n° 63 observe que la question subsiste de la divergence de formulation entre l'article 2 et l'article 3. Pourquoi, à ce dernier article, utilise-t-on les termes «qu'un médecin interrompe sa vie», au lieu des termes «qu'un médecin pratique l'euthanasie»?

Un membre estime qu'une idée intéressante de l'amendement n° 63 est celle du caractère exceptionnel de la demande, qui apparaît de façon de plus en plus évidente, notamment au vu des récentes émissions télévisées consacrées au sujet.

Les médecins évoluent de plus en plus vers le soulagement de la douleur et l'accompagnement du patient, et ce qui reste un problème dans la société, ce sont ces quelques cas exceptionnels.

Au vu des émissions précitées, et en tant que juriste, l'intervenante reste convaincue qu'il faut rester dans le cadre d'une figure juridique qui correspond à ce caractère exceptionnel.

On ne peut envoyer à la population un message selon lequel on va transformer la fin de vie en permettant, par une autorisation générale de la loi, de pratiquer de tels actes.

Les cas dont il a été question lors d'émissions télévisées récentes ne se présentent heureusement pas tous les jours.

La plupart des gens meurent de mort naturelle, entourés par leur famille.

Leur demande essentielle est précisément d'être entourés, et ce sont les cas où cet entourage fait défaut et où les personnes sont isolées qui sont les plus fréquents.

Restent quelques cas plus «philosophiques» de personnes qui, volontairement et après mûre réflexion

einde te maken aan hun leven omdat ze niet verder meer kunnen.

Spreekster zou willen dat er een juridische formule wordt gevonden die een weergave is van dit uitzonderlijke karakter.

Artikel 3 beantwoordt niet aan die eis.

Een ander lid zegt zijn steun niet te zullen verlenen aan het amendement nr. 63, en dit om verschillende redenen.

Vooreerst merkt het lid op dat, volgens de Nederlandse tekst, de arts niet bewust een einde mag maken aan het leven van de patiënt. Hoewel dit geenszins de bedoeling is van de indiener van het amendement zou dit betekenen dat, wanneer zoiets onbewust zou gebeuren, het wél toegelaten is. De Nederlandse tekst dient dan ook bijgeschaafd te worden.

Bovendien is het amendement zodanig geformuleerd dat er een wettelijk voorschrift inzake euthanasie komt. Spreker is echter van mening dat de euthanasie slechts mogelijk is binnen het kader van de noodtoestand, gelet op de bepalingen van het EVRM.

Tenslotte maakt het amendement nr. 63 de medische beslissingen omtrent het levenseinde relatief onmogelijk. De besluitvorming inzake euthanasie en inzake andere medische handelingen bij het levenseinde worden op hetzelfde niveau geplaatst.

De indiener van amendement nr. 63 noteert dat de indieners van het voorstel het zelfs niet nuttig achten om op zijn amendement te antwoorden en dat de oppositie het moet doen.

Een lid antwoordt daarop dat hij niet wenst te repliceren op een valse verantwoording van een amendement, die de hele voorgeschiedenis herhaalt van het euthanasievoorstel dat nu al vijftien maanden besproken wordt.

Amendementen nrs. 72 en 156

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 72), dat ertoe strekt om in § 1 van artikel 3 van het voorstel de eerste zin te vervangen als volgt:

«§ 1. De arts die in uitzonderlijke omstandigheden besluit om op het verzoek van een patiënt de handelingen uit te voeren die het overlijden van die patiënt tot gevolg hebben, kan zich op de noodtoestand beroepen om zijn handelingen te rechtvaardigen, wanneer hij vaststelt dat:».

Dit amendement bevat de hele filosofie van de fractie van de indieners.

xion, demandent à en finir parce qu'elles jugent qu'elles n'en peuvent plus.

L'intervenante voudrait que l'on trouve une formule juridique traduisant ce caractère exceptionnel.

L'article 3 ne répond pas à cette exigence.

Un autre membre déclare qu'il ne soutiendra pas l'amendement n° 63, et ce pour diverses raisons.

Tout d'abord, il fait remarquer que, selon le texte néerlandais, le médecin ne peut pas mettre délibérément fin à la vie du patient. Cela signifie, même si ce n'est nullement ce à quoi veut aboutir l'auteur de l'amendement, que l'acte en question serait autorisé si le médecin l'accomplissait d'une manière qui ne serait pas délibérée. Il faut donc corriger le texte néerlandais.

En outre, l'amendement est formulé d'une manière telle que l'on crée une règle légale en matière d'euthanasie. Toutefois, l'intervenant estime qu'eu égard aux dispositions de la CEDH, l'euthanasie n'est possible que dans le cadre de l'état de nécessité.

Enfin, l'amendement n° 63 entrave sérieusement les décisions médicales relatives à la fin de vie. L'on met sur le même pied les décisions concernant l'euthanasie et les décisions concernant d'autres actes médicaux relatifs à la fin de vie.

L'auteur de l'amendement n° 63 note que les auteurs de la proposition n'estiment même pas utile de répondre à son amendement, et que c'est l'opposition qui doit le faire.

Un membre réplique qu'il ne souhaite pas répondre à la fausse justification d'un amendement, qui refait l'historique de la proposition sur l'euthanasie, que l'on discute depuis quinze mois.

Amendements n^{os} 72 et 156

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 72), tendant à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, la première phase par ce qui suit:

«§ 1^{er}. Le médecin qui, dans des circonstances exceptionnelles, décide de poser des actes qui entraînent le décès d'un patient à la demande de celui-ci, peut être justifié à agir, selon les principes de l'état de nécessité, s'il constate que:».

Cet amendement reprend toute la philosophie du groupe auquel appartiennent les auteurs.

Een van de indieners onderstreept dat de amendementen van de meerderheid niet zo ver gaan dat zij formeel aan het Strafwetboek zouden raken.

Wanneer men er van uit gaat dat er geen reden is om te raken aan een van de kerngedachten van onze samenleving die door ons Strafwetboek bekrachtigd worden, namelijk het verbod om te doden, moet men die redenering doortrekken. Dat betekent dat euthanasie op een patiënt, zelfs uit medelijden, doodslag moet blijven en dat euthanasie, toegepast onder de voorwaarden die door deze wet worden bepaald, een ethische en strafrechtelijke schending van dit basisverbod is.

In dat verband is het spreekster opgevallen dat de tekst van de nieuwe Nederlandse wet begint met een formele bepaling die het verbod op euthanasie en hulp bij zelfdoding bevestigt. De voorwaarden waaronder deze handelingen worden toegestaan worden daarna omschreven. Elke andere redenering lijkt voor de indieners van het amendement ongeschikt.

Welnu, de amendementen van de zes indieners nemen een dergelijk verbod niet als uitgangspunt.

De indieners van amendement nr. 72 zijn van oordeel dat een overtreding van de wet in uitzonderlijke onstandigheden nochtans gerechtvaardigd kan zijn.

In de specifieke gevallen waarin er geoordeeld wordt dat die schending verantwoord is, verdwijnt het misdrijf. De noodtoestand op grond waarvan de strafwet kan worden overtreden, heeft voornamelijk betrekking op een uitzonderlijke crisistoestand, die gekenmerkt wordt door een waardeconflict. Euthanasieverzoeken moeten bij de arts gewetensproblemen blijven oproepen.

Zoals het geamendeerde artikel 3 van het wetsvoorstel nu is opgesteld, wordt euthanasie uit het strafrecht gehaald. De objectieve rechtvaardigingsgrond die de noodtoestand is, impliceert dat degene die de daad stelt bewust de wet overtreedt om zijn plicht te doen maar daarbij beseft dat hij altijd verantwoording van zijn daden moet afleggen. Bij een depenalisering is dat niet zo. Bij de noodtoestand heeft de controle van de samenleving betrekking op de redenen waarom tot euthanasie is overgegaan.

Verskillende artsen en juristen hebben bij de hoorzittingen niet alleen de klemtoon gelegd op de voorwaarden over de grond van de zaak en de formele voorwaarden die men *a priori* in een wet kan opnemen, maar hebben ook onderstreept dat er, onafhankelijk daarvan, redenen bleven om geval per geval te laten beoordelen door de arts ten aanzien van een patiënt in een uitzonderlijke situatie.

Staat de wet euthanasie toe, dan beperkt de controle zich tot een louter formeel toezicht op de voorwaarden waaronder tot euthanasie is overgegaan.

L'un des auteurs souligne que les amendements de la majorité se contentent de ne pas toucher formellement au Code pénal.

Si l'on considère qu'il n'y a pas lieu de toucher à la balise essentielle que constitue, dans notre société, l'interdit de tuer sanctionné par notre Code pénal, il convient d'aller jusqu'au bout de ce raisonnement. Cela signifie que donner la mort à un patient, même pour des raisons de compassion, doit rester un homicide et l'euthanasie, pratiquée dans les conditions déterminées par la présente loi, une transgression éthique et pénale de cet interdit fondamental de tuer.

À ce propos, l'intervenante a été frappée de constater que le texte de la nouvelle loi hollandaise commence par une disposition formelle consacrant l'interdiction de l'euthanasie et du suicide assisté. Les conditions dans lesquelles ces actes sont autorisés sont précisées ensuite. Tout autre raisonnement paraît inadéquat aux auteurs de l'amendement.

Or, les amendements des six auteurs ne consacrent pas une telle interdiction comme point de départ.

Les auteurs de l'amendement n° 72 estiment qu'une transgression peut cependant, dans des circonstances exceptionnelles, être justifiée.

Dans les cas où il est jugé que la transgression est, dans un cas d'espèce, justifiée, l'infraction disparaît. L'état de nécessité qui permet ainsi d'enfreindre la loi pénale vise essentiellement une situation de crise, exceptionnelle, caractérisée par un conflit de valeurs. Les demandes d'euthanasie doivent continuer à poser des problèmes de conscience au médecin.

Tel que rédigé, l'article 3 amendé de la proposition de loi constitue une autorisation de la loi (ou une dépénalisation). À l'inverse d'une autorisation de la loi, la cause de justification objective que constitue l'état de nécessité implique que l'auteur de l'acte transgresse la loi avec la conscience de la transgresser pour faire son devoir, mais également avec la conscience de devoir toujours rendre compte de ses actes. Avec l'état de nécessité, le contrôle de la société porte sur les raisons pour lesquelles la mort a été administrée.

Plusieurs médecins et juristes ont, lors des auditions, non seulement insisté sur les conditions de fond et les conditions formelles que l'on peut mettre *a priori* dans une loi, mais ont aussi souligné qu'indépendamment de celles-ci, il restait des raisons à apprécier au cas par cas par un médecin face à un patient dans une situation exceptionnelle.

Avec une autorisation de la loi, le contrôle se limite à un contrôle de type formel sur les conditions de l'administration de l'acte: celui qui agit, s'il se conforme

Degene die de handeling verricht zal aan niemand rekenschap moeten geven indien hij voldoet aan de voorwaarden die de wet stelt. Dat is onaanvaardbaar, gelet op de ernst van de handeling en het feit dat het om mensen gaat die in onze samenleving tot de kwetsbaarsten behoren. De noodtoestand is de rechtsfiguur die de waarachtige controle van de samenleving op de uitgevoerde handelingen het best garandeert.

Spreekster is van oordeel dat het euthanasiedebat bijzonder interessant is op politiek vlak, omdat hier de vraag naar de norm wordt gesteld.

In onze samenleving is de norm in zekere zin van waarde veranderd. Eertijds leefden we in een maatschappij waar vooraf vastgestelde normen golden die algemeen werden aanvaard, omdat het kader meer autoritair was.

Er was een soort van gemeenschappelijke moraal die in de samenleving ruime erkenning genoot.

Welke zijn nu de normen die men nog als algemeen kan beschouwen, zowel in het Burgerlijk Wetboek als in het Strafwetboek, en die voor allen passen?

Zijn er nog zulke normen of leven wij in een maatschappij waar ieder, vanuit een zeer modern concept van vrijheid dat afkomstig is uit de Franse revolutie en de filosofie van de verlichting, steeds meer individueel op de voorgrond treedt?

De plaats van het individu is belangrijk. De parlementsleden zeggen niets anders wanneer zij eenparig van oordeel zijn dat de patiënt in het centrum van het beslissingsproces moet staan.

Maar moet de maatschappij voortaan in alle gevallen en onmiddellijk tegemoetkomen aan het verlangen van de patiënt, of zijn er andere waarden die aan dit verlangen niet moeten worden tegengesteld maar ernaast geplaatst?

In deze fase van het debat komt spreekster tot de conclusie dat de wens van het individu uiting te geven aan zijn vrijheid in de meeste gevallen tegemoetkomt aan andere wensen zoals die van de relatie met het gezin, met de arts en met het verzorgend personeel.

De menselijke vrijheid is niet absoluut: ze staat in relatie met de anderen.

We bevinden ons niet langer in een middeleeuwse maatschappij waar filosofische of religieuze beginselen van bovenaf worden opgelegd.

De fractie van spreekster volgt een dergelijke logica niet, maar heeft van de vrijheid een opvatting die meer steunt op de gedachte dat het individu in relatie met de anderen staat.

De gevallen die door de zes indieners worden bedoeld, zijn hoogst uitzonderlijk. Spreekster erkent dat niemand het recht heeft daarover te oordelen, maar men mag er geen moderne, culturele boodschap

aux conditions que la loi énonce, n'aura aucun compte à rendre. C'est inadmissible au vu de la gravité de l'acte et des personnes qu'il concerne, à savoir les personnes qui sont parmi les plus vulnérables de notre société. L'état de nécessité est la figure juridique qui garantit le mieux l'existence d'un véritable contrôle de la société sur les actes posés.

L'intervenante estime que le débat sur l'euthanasie est particulièrement intéressant sur le plan politique, parce qu'il pose la question de la norme.

Dans notre société, la norme change en quelque sorte de valeur. Jadis, on vivait dans une société où existaient des normes préétablies et plus communément admises, parce que le schéma était plus autoritaire.

Il y avait une sorte de morale commune, largement admise par la société.

Actuellement, quelles sont les quelques normes que l'on peut encore généraliser, que ce soit dans le Code civil ou le Code pénal, et qui conviennent à tous?

Y a-t-il encore de telles normes ou bien vivons-nous dans une société où chacun, au départ d'un concept de liberté très moderne issu de la Révolution française et de la philosophie des lumières, tient de plus en plus de place?

Il est vrai que la place de l'individu est importante. Les parlementaires ne disent rien d'autre lorsqu'ils estiment unanimement que le patient doit être au centre du processus décisionnel.

Mais faut-il que la société rencontre désormais le désir du patient de manière générale et immédiate, ou y a-t-il d'autres valeurs qui doivent être, non pas opposées, mais juxtaposées à ce désir?

À ce stade du débat, l'intervenante arrive à la conclusion que le désir de l'individu d'exprimer sa liberté, dans la plupart des cas, rencontre d'autres souhaits comme celui d'être en relation avec sa famille, son médecin, le personnel soignant.

La liberté de l'homme n'est pas absolue: elle s'inscrit, de fait, dans une relation avec les autres.

On n'est plus dans une société moyenâgeuse où des principes philosophiques ou religieux seraient imposés d'en haut.

Le groupe de l'intervenante ne s'inspire pas d'une telle logique, mais il a de la liberté une conception davantage axée sur l'idée que l'individu est en relation avec les autres.

Les cas visés par les six auteurs sont tout à fait exceptionnels. L'intervenante admet que personne n'a le droit de juger de ceux-ci, mais il ne faut pas en faire un message culturel moderne de nature générale,

van algemene aard van maken, want de meeste mensen hebben niet de kracht om alleen dit soort beslissing te dragen.

Een lid antwoordt dat datgene wat vanaf het begin de zes indieners scheidt en zal scheiden van de vorige spreekster en van hen die hetzelfde standpunt innemen, het concept is dat zij hebben van de autonomie van de menselijke persoon en van zijn vrijheid.

Deze tegenstelling zal trouwens in alle komende ethische debatten blijven bestaan. Tot 20-25 jaar geleden, en sinds 150 jaar, leefde men onder een normatieve controle op alle persoonlijke activiteiten van de mens, en dat volstond.

Terwijl het recht niet meer deed dan de maatschappelijke situatie op een bepaald moment weergeven, is het zelf de rechtvaardiging geworden om geen rekening meer te houden met de belangrijke sociale ontwikkeling die in 150 jaar tijd heeft plaatsgevonden.

Het probleem is het onevenwicht tussen die traditionele juridische constructie en de ontwikkeling van de maatschappij: dat doet zich niet alleen voor op het stuk van euthanasie, maar ook wat bijvoorbeeld de adoptie door homoseksuele koppels betreft of ook het statuut van die koppels, die aanleiding hebben gegeven tot een wijziging, niet van het personenrecht, maar van het goederenrecht.

Sommigen van hen die zich vandaag rekenschap geven van het feit dat de norm gewijzigd moet worden, hebben een nieuw argument: er zou een sociale relatie zijn die uitmondt op een andere vorm van controle, namelijk een sociale controle.

Met dat punt kunnen de zes indieners het niet eens zijn.

Iedereen is vanzelfsprekend vrij om met anderen overleg te plegen en zich van adviezen in te winnen, maar per slot van rekening moet toch iemand beslissen.

De vorige spreekster heeft een toespelings gemaakt op recente televisie-uitzendingen. Spreker heeft onder andere een zin onthouden van Jean-Marie Lorand die in wezen zei: «ik heb geen zin om voor anderen te leven», en daarin had hij volkomen gelijk.

De zes indieners willen niet dat de sociale controle uiteindelijk een vorm van juridische controle wordt, die uitloopt op een verbod van een persoonlijke beslissing.

Daarom willen zij, anders dan de vorige spreekster, een moderne culturele boodschap die zorgt dat, na rijp beraad en na een confrontatie met het standpunt met dat van anderen en na alle mogelijkheden te hebben overwogen, het menselijk wezen tenslotte in volle autonomie en in volle vrijheid kan beslissen.

car la plupart des gens n'ont pas la force de porter tout seuls ce genre de décision.

Un membre répond que ce qui, depuis le début, sépare et séparera toujours les six auteurs de la précédente intervenante et de ceux qui défendent la même position, c'est la conception qu'ils ont de l'autonomie de la personne humaine et de sa liberté.

Cette opposition se manifesterait d'ailleurs dans tous les débats éthiques à venir. Jusqu'il y a 20 ou 25 ans, et depuis 150 ans, on vivait sous un contrôle normatif de l'ensemble des activités personnelles de l'être humain, et cela suffisait.

Alors que le droit n'avait fait que traduire la situation sociale à un moment donné, il est devenu lui-même la justification pour ne pas prendre en compte l'évolution sociale importante qui a eu lieu en 150 ans.

Le problème est le déséquilibre entre cette construction juridique traditionnelle et l'évolution de la société: on le voit non seulement en matière d'euthanasie, mais aussi en ce qui concerne, par exemple, l'adoption par les couples homosexuels, ou encore le statut de ces couples, qui a donné lieu à une modification, non du droit des personnes, mais du droit des biens.

Certains de ceux qui se rendent compte aujourd'hui qu'il faut changer la norme invoquent un argument nouveau: il y aurait une relation sociale, qui aboutit à une autre forme de contrôle, à savoir un contrôle social.

C'est sur ce point que les six auteurs ne peuvent marquer leur accord.

Chacun est, bien sûr, libre de se concerter avec d'autres, et de s'entourer d'avis mais, en fin de compte, il faut que quelqu'un décide.

La précédente intervenante a fait allusion à des émissions télévisées récentes. Pour sa part, l'intervenante a retenu, parmi d'autres, une phrase de Jean-Marie Lorand, qui disait en substance: «Je n'ai pas envie de vivre pour les autres.» En cela, il avait parfaitement raison.

Les six auteurs ne veulent pas qu'en bout de course, ce contrôle social devienne pratiquement une forme de contrôle juridique, aboutissant à une interdiction de décider soi-même.

C'est pourquoi ils veulent, contrairement à la précédente intervenante, un message culturel moderne qui fasse qu'après mûre réflexion, après avoir confronté son point de vue à celui des autres et envisagé toutes les possibilités, finalement, l'être humain décide en toute autonomie et en toute liberté.

Het gaat er hier niet om dat sociaal liberalisme en christelijk personalisme tegenover elkaar worden gesteld, zoals sommigen beweren, want de ondertekenaars van het voorstel komen uit verschillende hoeken. Maar ze hebben hun eigen «hokjes» daar gelaten en zijn erin geslaagd een handelswijze uit te stippelen ten opzichte van de autonomie van het menselijk wezen, die zij als volledig beschouwen.

Wat de gedachte van uitzonderlijke gevallen betreft, is spreker van oordeel dat er, ook al was er maar één geval, toch wetgevend moet worden opgetreden.

Ook is het niet omdat elke individueel levensverhaal verschillend is, dat er geen wetten of geen algemene regels nodig zijn.

Indien ten slotte de ervaring uit het buitenland nuttig is om de voorwaarden en de grenzen van een wetgeving vast te leggen, moet men toch voorzichtig zijn als men teksten uit het buitenland in onze wetgeving wil opnemen, want wij hebben niet dezelfde rechtscultuur als andere landen.

De Germaanse denkwijze verschilt bijvoorbeeld aanzienlijk van het Franse redeneren, dat nader bij dat van de spreker ligt.

Een lid stelt vast dat amendement nr. 72 onbetwistbaar een ontwikkeling betekent in de traditionele stellingname van de indianers.

Het blijft evenwel gebaseerd op de noodtoestand. Als dit wordt goedgekeurd, wie zal dan de noodtoestand beoordelen? Noodzakelijkerwijze een rechter. Is het niet problematisch om de beslissing die door de betrokken persoon moet worden genomen, over te dragen aan een rechter?

Een van de indianers van amendement nr. 72 antwoordt dat de rechters, ten eerste, niet vaak met dit soort zaken te maken zullen krijgen.

Ten tweede, moet men, zoals de gehoorde personen hebben benadrukt, toch een zeker vertrouwen hebben in artsen en magistraten.

Voor het geval dat de arts toch voor het gerecht wordt gedaagd, heeft spreekster amendementen medeondertekend, die in navolging van een idee van het Franse Comité voor bio-ethiek, voorzien in de oprichting van een commissie, die de beoordeling van de magistraat moet begeleiden.

Die commissie kan adviezen geven over stervende, maar ook over niet-terminale patiënten.

Een lid zegt te geloven in de zelfbeschikking van de patiënt. Wanneer deze oordeelt dat de grens van de draagbaarheid van de pijn overschreden is en, samen met zijn arts, tot de conclusie komt dat aan dit onwaardige leven een einde moet worden gemaakt, kan

Il ne s'agit pas ici d'opposer libéralisme social et personalisme chrétien, comme l'ont dit certains, car les signataires de la proposition viennent d'horizons divers. Mais au-delà de l'appartenance à des «chapelles», ils ont réussi à définir une ligne d'action par rapport à l'autonomie, qu'ils estiment totale, de l'être humain.

Quant à l'idée qu'il s'agit de cas exceptionnels, l'intervenant estime que, même s'il n'y avait qu'un seul cas, il faudrait encore légiférer.

De même, ce n'est pas parce que chaque histoire individuelle est différente qu'il ne faut pas légiférer, et fixer des règles générales.

Enfin, même si l'expérience étrangère est utile pour déterminer les conditions et les limites d'une législation, il faut être prudent lorsqu'on veut traduire dans notre législation des textes étrangers, car nous n'avons pas la même culture juridique que d'autres pays.

Ainsi, le système de pensée germanique est assez différent du mode de raisonnement français, dont l'intervenant se sent plus proche.

Un autre membre constate que l'amendement n° 72 marque incontestablement une évolution dans la position du courant traditionnel dans lequel s'inscrivent ses auteurs.

Cependant, il reste basé sur l'état de nécessité. À supposer qu'il soit adopté, qui jugera de cet état de nécessité? Ce sera nécessairement un juge. N'y a-t-il pas un problème à transférer à un juge la décision qui devrait être prise par la personne en question?

L'un des auteurs de l'amendement n° 72 répond que, tout d'abord, les juges ne seront pas fréquemment saisis de ce type de cas.

En outre, comme certaines des personnes entendues l'ont souligné, il faut faire une certaine confiance aux médecins et aux magistrats.

De plus, pour le cas où le médecin serait traduit en justice, et pour accompagner la réflexion du magistrat, l'intervenante a cosigné des amendements qui prévoient aussi la création d'une commission, inspirée par l'idée du comité bioéthique français.

Cette commission pourrait rendre des avis non seulement sur les cas de fin de vie, mais aussi sur les cas non terminaux.

Un membre déclare qu'il croit en l'autonomie du patient. Si celui-ci estime que la limite au-delà de laquelle la douleur n'est plus supportable a été franchie en ce qui le concerne et qu'il conclut, avec son médecin, qu'il faut mettre un terme à une vie devenue

de patiënt ook in alle vrijheid en waardigheid afscheid nemen van zijn familie en zijn vrienden. Een dergelijk doorleefd afscheid is ook mogelijk wanneer men euthanasie toepast. Het amendement nr. 72 stelt de zaken dan ook verkeerd voor.

Het lid betwist overigens dat de omstandigheden, waarin van een gerechtvaardigd verzoek tot euthanasie sprake kan zijn, zo uitzonderlijk zijn. Het aantal overlijdens door kanker stijgt jammer genoeg voortdurend. Dit is de realiteit van elke dag. Men kan dus de problematiek van de euthanasie niet zomaar herleiden tot de noodtoestand.

Een ander lid verklaart dat hij de recente uitzending waarnaar andere leden hebben verwezen, ook heeft gezien. Hij heeft vastgesteld, niet dat een grote meerderheid van de gehoorde personen voorstander was van euthanasie, maar dat het in alle gevallen ging om personen die in aanzienlijke nood verkeerden, die het levenseinde van een verwant als extreem moeilijk en wreed ervoeren en die meenden dat op een groot aantal vlakken nog verbetering mogelijk was.

Uit deze uitzending bleek dat de bevolking, veeleer dan een wetgeving over een uitzonderlijke situatie, wil dat aandacht wordt besteed aan een geheel van problemen rond het levenseinde (nood, eenzaamheid, gebrek aan verzorging en aandacht, pijn ...).

Voor spreker was er een contrast tussen deze getuigenissen en het korte debat aan het einde van de uitzending, waar de bekende argumenten werden herhaald, en dat in zijn ogen de zeer treffende voorafgaande getuigenissen een beetje verzwakte.

Men voert altijd de autonomie en de individuele vrijheid aan ter ondersteuning van de voorliggende tekst. Dit is echter een heel geïdealiseerde, wereldvreemde, zelfs totaliserende opvatting, die zeer ver af staat van de realiteit.

De genoemde getuigenissen hebben zeer goed aangetoond hoe afhankelijk de patiënten zijn van de mensen in hun omgeving, van hun zorg en hun bekwaamheid om rekening te houden met hun wensen en hun problemen.

Er is duidelijk iets paradoxaals aan een wet die uitgaat van het fundamentele beginsel van autonomie en individuele vrijheid maar die tegelijk nood heeft aan een derde en aan de maatschappij om het overlijden van een persoon te versnellen.

Spreker meent dat een aantal waarden naast elkaar bestaan: de individuele vrijheid is er één van, de bescherming van het leven en van de zwaksten is een andere, en in dit geval moet een keuze worden gemaakt tussen de verschillende waarden. Daarom heeft sprekers fractie van de noodtoestand een centraal concept gemaakt.

indigne, il peut prendre congé de sa famille et de ses amis en toute liberté et en toute dignité. Une séparation bien réfléchie est également possible quand on a décidé de pratiquer l'euthanasie. L'amendement n° 72 présente donc les choses de manière erronée.

Au demeurant, le membre conteste que les circonstances dans lesquelles une demande d'euthanasie peut être justifiée soient si exceptionnelles. Malheureusement, le nombre de décès dûs au cancer augmente sans cesse. Telle est la réalité quotidienne. Par conséquent, l'on ne saurait considérer que le problème de l'euthanasie ne concerne que les patients se trouvant en état de nécessité.

Un autre membre déclare qu'au vu d'une récente émission télévisée, à laquelle d'autres membres ont déjà fait référence, il a constaté, non qu'une large majorité des personnes entendues était favorable à l'euthanasie, mais que dans tous les cas présentés, il s'agissait de personnes qui connaissaient une détresse importante, qui considéraient que la fin de vie d'un proche avait été extrêmement difficile et cruelle, et que l'on pouvait mieux faire, dans une série de domaines très variés.

Il en ressortait que, plutôt qu'une législation sur un problème exceptionnel, la population demandait que l'on prenne mieux en compte l'ensemble des problèmes de fin de vie (détresse, solitude, manque de soins et d'attention, douleur, ...).

Il y avait, aux yeux de l'intervenant, un contraste entre ces témoignages, et le court débat de fin d'émission, où des arguments connus se retrouvaient de part et d'autre, mais appauvrissaient quelque peu, à son estime, les témoignages très poignants qui précédaient.

On évoque toujours l'autonomie et la liberté individuelle à l'appui du texte à l'examen, mais il s'agit là d'une vision très idéalisée, et assez désincarnée, voire totalisante, très éloignée de la réalité des choses.

Les témoignages précités ont bien montré à quel point les gens sont dépendants de leur entourage, de sa sollicitude, de sa capacité à prendre en compte leurs aspirations et leurs difficultés.

On voit bien le paradoxe d'une loi qui part du principe fondamental d'autonomie et de liberté individuelle, mais qui a pourtant besoin d'un tiers et de la société pour hâter le décès d'une personne.

L'intervenant estime pour sa part qu'une série de valeurs coexistent: la liberté individuelle en est une, la préservation de la vie et la protection des plus faibles en sont d'autres, et il y a en l'occurrence matière à arbitrage entre ces différentes valeurs. C'est pourquoi le groupe de l'intervenant a fait de l'état de nécessité un concept central.

In zijn ogen bestaat er geen vanzelfsprekende hiërarchie tussen deze waarden.

De arts, bijgestaan door de familie en het medisch korps, moet in eer en geweten een bepaalde keuze maken.

Nog een ander lid herinnert eraan dat de noodtoestand nu reeds wordt toegepast en dat dit concept dus niet noodzakelijkerwijze moet worden « herschreven ».

Wat betreft de uitzonderlijke en marginale aard van de gevallen bedoeld in het voorliggende wetsontwerp, vindt spreker dat men daarover voorzichtig moet oordelen omdat het levenseinde voor degene die ermee geconfronteerd wordt, hoegenaamd geen marginaal feit is.

Wat het verbod betreft, benadrukt spreker dat hetgeen verboden moet zijn de ontkenning van de persoon is, van zijn eigenheid, van de manier waarop hij in zijn leven zichzelf heeft gevormd en waarop hij tracht zijn meest persoonlijke aard te uiten.

Men kan iemand ook op existentieel vlak doden door te ontkennen wat hij geworden is en wat hij tracht uit te drukken.

Spreker citeert in dat verband Marie Balmory die in haar boek « *Abel ou la traversée de l'Eden*, » schreef: « *À quelque époque que la chose se produise, le 'terme des jours' pour l'humain, si nous gardons en mémoire nos mythes, c'est un moment où il doit s'avancer seul, parler seul — mourir seul — en son propre nom.* » Alleen maar niet verlaten. Integendeel: omringd, begeleid, gerespecteerd in zijn relaties met anderen, maar niet in relaties die de mogelijke verschillen of de eigen persoonlijkheid ontkennen.

Met betrekking tot de zelfbeschikking, verklaart spreker dat de wetgeving een daadwerkelijke eerbied voor het zelfbeschikkingsrecht moet vrijwaren en bevorderen. Het kan niet genoeg worden benadrukt (zie met name de hoorzitting met dokter Clumeck) dat de maatschappelijke omgering en de sociale gelijkheid moeten zorgen voor een kader waarin zelfbeschikking mogelijk is zonder dat op het individu enige druk — met name sociaal-economische druk — wordt ugeoefend die zijn zelfbeschikkingsmogelijkheden kan beperken of tenietdoen.

Een ander lid kan het niet eens zijn met het argument dat het voorliggende voorstel slechts betrekking heeft op uitzonderlijke gevallen. Het Burgerlijk Wetboek telt een groot aantal bepalingen die uitzonderlijke gevallen regelen. Zo zijn er jaarlijks ongeveer 40 adopties op 110 000 geboorten, dat wil zeggen 0,04% van de gevallen. Dat heeft niet belet dat voor adoptie een wetgeving is uitgewerkt.

Il n'y a pas, à ses yeux, une hiérarchie évidente parmi ces valeurs.

C'est en conscience que le médecin, entouré par la famille et le corps médical, pourra arbitrer plutôt dans tel sens ou dans tel autre.

Un autre membre encore rappelle que la notion d'état de nécessité s'applique déjà aujourd'hui, et qu'il n'est pas sûr qu'il faille la « réécrire ».

Quant au caractère exceptionnel et marginal des cas visés par la proposition de loi à l'examen, l'intervenant estime qu'une grande prudence s'impose car, pour celui qui se trouve face à sa fin de vie, ce fait exceptionnel n'a évidemment rien de marginal.

En ce qui concerne la question de l'interdit, il souligne que ce qui doit être interdit, c'est de nier la personne, sa particularité, la façon dont, tout au long de sa vie, elle s'est constituée elle-même, et dont elle essaie de s'exprimer dans ce qu'elle a de plus personnel.

On peut tuer une personne sur le plan existentiel, en la niant dans ce qu'elle est devenue, et dans ce qu'elle essaie d'exprimer.

L'intervenant cite à ce propos Marie Balmory qui, dans son ouvrage intitulé « *Abel ou la traversée de l'Eden*, » écrivait: « *À quelque époque que la chose se produise, le 'terme des jours' pour l'humain, si nous gardons en mémoire nos mythes, c'est un moment où il doit s'avancer seul, parler seul — mourir seul — en son propre nom.* » Seul, mais pas abandonné. Au contraire, entouré, accompagné, respecté dans des relations entre des personnes, mais pas dans des relations qui nient la différence ou la personnalité propre.

À propos de l'autodétermination, l'intervenant déclare que la législation doit veiller à protéger et promouvoir un contexte de respect réel de l'autodétermination. On n'insistera jamais assez (*cf.* notamment, l'audition du docteur Clumeck) sur le fait que c'est l'environnement social, l'égalité sociale, qui vont créer un contexte respectant cette autodétermination, sans que des pressions — en particulier socio-économiques — agissent sur l'individu, qui viendraient réduire ou annihiler les vraies possibilités d'autodétermination.

Un membre ne peut se rallier à l'argument tiré du caractère exceptionnel des cas visés par la proposition à l'examen. En effet, le Code civil, par exemple, compte bon nombre de dispositions réglant des cas exceptionnels. Ainsi, il y a environ 40 adoptions par an, pour 110 000 naissances, soit 0,04% de cas. On n'en a pas pour autant renoncé à légiférer en matière d'adoption.

Zelfs als er maar vijf euthanasiegevallen per jaar zouden voorkomen, zou er nog nood zijn aan een wetgeving, want het zou toch rampzalig zijn als de arts in drie van deze vijf gevallen werd opgesloten.

Het is toch paradoxaal dat men zo'n ruime opvatting heeft — soms aan alle logica voorbij — van de rechten van het kind en van de patiënt en zo'n beperkte opvatting van de rechten van de stervende.

Spreker zou bovendien willen dat men ophoudt met euthanasie te beschouwen als een zaak van artsen. De wet op de euthanasie is geen medische wet. Uiteraard is het nuttig te weten wat de artsen denken op technisch vlak, maar niet wat betreft de nood aan een wetgeving over euthanasie.

Dat is een zaak van de volksvertegenwoordigers en de senatoren, die uit uiteenlopende kringen afkomstig zijn en niet uit een bepaald maatschappelijk korps, vooral ook omdat de arts in dit voorstel hoe dan ook vrij is om euthanasie al dan niet toe te passen.

Mevrouw van Kessel en de heer Vandenberghe dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 156 — subamendement op het amendement nr. 72). Dit amendement heeft tot doel te benadrukken dat niet alle medische handelingen die tot het overlijden van een patiënt lijden onder het begrip «euthanasie» kunnen worden gevat. De door onderhavig wetsvoorstel voorgestelde regelingen mogen integendeel enkel de euthanasie betreffen.

Een van de indieners merkt op dat artikel 2 van het EVRM de lidstaten de verplichting oplegt om bij wet het leven te beschermen. Het is dan ook normaal dat de rechterlijke macht hierop toezicht houdt. In tegenstelling tot wat sommige sprekers beweren, is dit een volstrekt normale zaak in een democratische rechtsstaat. Het lid is dan ook van mening dat de euthanasie slechts mogelijk is in het kader van de noodtoestand, om in overeenstemming te zijn met het EVRM. Dit is niet afhankelijk van de politieke opportuniteiten die er in een bepaald land zijn. Spreker wenst niet te vervallen in een «platte aarde-theorie», waarbij men niet verder kijkt dan datgene wat men ziet. Ook hier moet onderlijnd worden dat de behandelde problematiek veel verder gaat dan enkel het zelfbeschikkingsrecht.

Een lid benadrukt dat de goedkeuring van het voorliggende voorstel impliceert dat geen regels worden uitgewerkt voor handelingen zoals het stopzetten van de behandeling of het niet-opstarten van een behandeling, die het overlijden versnellen en juist voor euthanasie te situeren zijn.

De grens tussen dergelijke handelingen en euthanasie is niet altijd duidelijk.

Volgens de vorige spreker bereidt men hier geen medische wet voor, maar de manier waarop het voorstel en de amendementen zijn geredigeerd, toont

N'y aurait-il que cinq cas d'euthanasie par an, il serait bon de légiférer car, si, dans trois de ceux-ci, le médecin était emprisonné, cela serait catastrophique.

Il est assez paradoxal que l'on envisage de façon aussi extensive, et parfois au-delà de toute logique, les droits de l'enfant, les droits du patient, et que l'on conçoive par contre de façon aussi limitée les droits du mourant.

Par ailleurs, l'intervenant aimerait que l'on cesse de considérer que l'euthanasie est l'affaire des médecins. La loi sur l'euthanasie n'est pas une loi médicale. Il est certes utile de savoir ce que pensent les médecins du point de vue technique, mais pas sur le point de savoir s'il faut au non légiférer en matière d'euthanasie.

C'est le rôle des députés et des sénateurs, qui viennent de tous les horizons, et non celle d'un corps social particulier, d'autant que le médecin serait, selon la proposition, libre de pratiquer ou non l'euthanasie.

Mme van Kessel et M. Vandenberghe déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 156 — sous-amendement à l'amendement n° 72) qui vise à souligner que les décisions médicales ayant pour conséquence le décès du patient ne peuvent pas être toutes classées dans la sphère de l'«euthanasie». Par contre, les dispositions de la loi proposée ne peuvent concerner que l'euthanasie.

L'un des auteurs fait observer que l'article 2 de la CEDH oblige les États membres à légiférer pour préserver la vie. Il est dès lors normal que le pouvoir judiciaire exerce un contrôle en la matière. Contrairement à ce que certains orateurs affirment, ce contrôle est tout à fait normal dans un État de droit démocratique. Dès lors, le membre estime que, si l'on veut respecter la CEDH, l'euthanasie n'est possible que lorsqu'il y a état de nécessité. La réponse à la question de savoir quand l'euthanasie est autorisée et quand elle ne l'est pas ne saurait dépendre des contingences de la vie politique d'un pays en particulier. L'intervenant souhaite que l'on regarde plus loin que le bout de son nez. Il faut également souligner en l'occurrence que les problèmes traités dépassent de loin le simple droit à l'autonomie.

Un membre souligne que, si l'on adopte la proposition à l'examen, on ne légifère pas sur les actes tels que l'arrêt de traitement ou le fait de ne pas entreprendre un traitement, qui ont pour conséquence de hâter le décès, et se trouvent juste en amont de l'euthanasie.

La limite entre de tels actes et l'euthanasie n'est pas toujours très claire.

Dès lors, si la loi en préparation n'est pas, selon le précédent intervenant, de nature médicale, la manière dont la proposition à l'examen et tous les amende-

toch aan dat men wel degelijk met een medische materie bezig is.

Een ander lid stelt vast dat het wetsvoorstel is geschreven vanuit het standpunt van de arts, zulks in tegenstelling tot het wetsvoorstel dat vroeger door de heren Lallemand en Erdman werd ingediend, dat de patiënt als uitgangspunt nam.

Vervolgens wijst spreekster erop dat in de eenheden voor intensieve zorg dagelijks wordt beslist om behandelingen stop te zetten.

Men weet best dat deze handelingen het leven van de patiënt zullen beëindigen, meestal zonder dat hij iets gevraagd heeft of zelfs bij bewustzijn is.

Wat is de juridische situatie van de arts in dergelijke gevallen, gezien het feit dat de door spreekster medeondertekende amendementen zijn verworpen, met name de amendementen die ertoe strekten de artikelen *1bis* tot *1quater* in te voegen? Is, zoals sommigen beweren, de noodtoestand dan van toepassing, met het risico op eventuele vervolgingen voor een slecht uitgevoerde handeling?

Amendement nr. 113

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 113) dat beoogt de inleidende zin van de eerste paragraaf van artikel 3 te vervangen, in die zin dat euthanasie geen misdrijf is wanneer kan worden gesproken over een noodtoestand. Een van de indieners verwijst naar zijn eerdere tussenkomsten omtrent het thema van de noodtoestand en naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 114

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, nr. 114), dat ertoe strekt in § 1 het eerste gedachtestreepje te vervangen als volgt:

«§ 1. De arts kan alleen dan het leven van een meerderjarige, handelingsbekwame en bewuste patiënt beëindigen wanneer hij tot de overtuiging is gekomen dat: ...»

Amendement nr. 119

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 119) dat ertoe strekt in de eerste paragraaf van het voorgestelde artikel 3 de inleidende zin en het eerste streepje te vervangen als volgt:

«§ 1. De arts kan alleen dan het leven van een meerderjarige, handelingsbekwame en bewuste patiënt op

ments sont rédigés montrent bien que l'on se trouve dans une matière médicale.

Une autre membre constate que la rédaction de la proposition à l'examen part du médecin, à la différence de la proposition de loi déposée en son temps par MM. Lallemand et Erdman, qui partait du patient.

L'intervenante évoque ensuite les situations de désescalade ou d'arrêt thérapeutique, qui sont le lot quotidien des services de soins intensifs.

On sait qu'en posant de tels actes, on va mettre fin à la vie du patient, sans que, la plupart du temps, celui-ci ait rien demandé et sans qu'il soit conscient.

Quelle est la situation juridique du médecin dans de tels cas, dès lors que les amendements cosignés par l'intervenante, et notamment ceux visant à introduire des articles *1bis* à *1quater*, ont été rejetés? Est-ce, comme cela a déjà été dit, la notion d'état de nécessité qui s'applique, avec le risque d'éventuelles poursuites pour un acte qui aurait été mal réalisé?

Amendement n° 113

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 113) qui vise à remplacer la phrase introductive du § 1^{er} de l'article 3, de sorte que l'euthanasie ne soit pas une infraction lorsqu'on peut parler d'un état de nécessité. L'un des auteurs renvoie à ses interventions précédentes sur le thème de l'état de nécessité et à la justification écrite de l'amendement.

Amendement n° 114

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 114), tendant à remplacer le § 1^{er} et le premier tiret de l'article 3 proposé par ce qui suit:

«§ 1^{er}. Le médecin ne peut mettre fin intentionnellement à la vie d'un patient majeur, capable et conscient que s'il a acquis la conviction que: ... »

Amendement n° 119

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 119), tendant à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, la phrase liminaire et le premier tiret par ce qui suit:

«§ 1^{er}. Le médecin ne peut mettre fin délibérément à la vie d'un patient majeur, capable et conscient à la

diens verzoek opzettelijk beëindigen wanneer hij tot de overtuiging is gekomen dat: ...»

Een van de indieners benadrukt dat de uitdrukking «als hij vaststelt» die in amendement nr. 14 wordt gebruikt, een gewone, formele vaststelling betreft.

In de Nederlandse wet wordt een veel interessanter concept gebruikt, dat een ander lid in een van zijn amendementen heeft overgenomen, namelijk dat de arts «de overtuiging heeft gekregen».

Die uitdrukking is veel krachtiger en geeft beter aan in welke geest het proces tussen de patiënt en zijn arts moet verlopen.

De rol van de arts kan zich niet beperken tot die van een notaris die alleen maar vaststelt, en daarbij uiteraard zekere voorzorgen in acht neemt die worden opgesomd in § 3.

De arts moet tot de overtuiging zijn gekomen, dat wil zeggen in eer en geweten van oordeel zijn, dat hij kan ingaan op het euthanasieverzoek van een patiënt.

Spreekster heeft bovendien vragen bij de indeling in paragrafen van artikel 3.

Zij vraagt zich met name af of de laatste volzin van § 1 niet elders thuishoort, omdat de tekst anders zo kan worden geïnterpreteerd dat er geen misdrijf is als de voorwaarden uit § 1 nageleefd zijn.

Hoort de verplichting om documenten in te vullen voor de evaluatiecommissie tot de «procedures»?

De mede-indiener van het amendement benadrukt het politieke en het inhoudelijke belang dat de indieners aan het amendement hechten. De term «vaststellen» heeft een andere connotatie dan de term «tot de overtuiging komen», hoewel zij strikt juridisch genomen wellicht gelijkwaardig zijn.

Er moet worden vermeden dat de wet uitmondt in een bureaucratische procedure, zowel qua vorm als qua inhoud. Het gaat hier om iets anders, om het respect voor de personen, zijn autonomie en zijn waardigheid.

Het is een proces van luisteren en tot een dialoog komen.

Tijdens de debatten is terecht vaak benadrukt dat een dergelijke dialoog noodzakelijk is en dat de huidige wetgeving een belemmering is voor een openlijke en vrije dialoog die in vertrouwen plaats zou moeten vinden tussen de arts en zijn patiënt.

Medelijden kan niet het resultaat zijn van een loutere vaststelling.

demande de celui-ci que s'il a acquis la conviction que: ... »

L'un des auteurs souligne que les termes «s'il constate que» utilisés dans l'amendement n° 14 visent une simple constatation de type purement formel.

La loi hollandaise, quant à elle, utilise un concept qui paraît beaucoup plus intéressant, et qu'un autre membre a d'ailleurs également repris dans l'un de ses amendements, à savoir celle de «avoir acquis la conviction que» («*de overtuiging heeft gekregen*»).

Cette expression est beaucoup plus forte, et indique mieux la philosophie qui doit inspirer le processus qui se déroule entre le patient et son médecin.

Le rôle de celui-ci ne peut se limiter à celui d'un notaire, qui devrait seulement constater, tout en devant prendre certaines précautions indiquées au § 3.

Le médecin doit avoir acquis la conviction, c'est-à-dire qu'il doit estimer en âme et conscience pouvoir répondre à la demande d'euthanasie du patient.

L'intervenante s'interroge en outre sur l'articulation des différents paragraphes de l'article 3.

Elle se demande notamment si la dernière phrase du § 1^{er} ne devrait pas figurer ailleurs, faute de quoi le texte pourrait être interprété comme signifiant qu'il suffirait que les conditions du § 1^{er} soient réunies et que, dans ce cas, il n'y aurait pas d'infraction.

Dans la notion de «procédures», le fait de devoir remplir les documents pour la commission d'évaluation est-il compris?

Le coauteur de l'amendement insiste pour sa part sur l'importance politique et de fond que les auteurs de l'amendement attachent à celui-ci. En effet, le terme «constate» se situe dans une perspective différente de celle de l'expression «a acquis la conviction que», même si l'on pourrait soutenir que, sur le plan strictement juridique, ces deux expressions sont similaires.

Il faut éviter que la loi n'apparaisse comme un processus bureaucratique, sur le fond et sur la forme. Il s'agit ici d'autre chose, particulièrement dans la logique du respect de la personne, de son autonomie et de sa dignité.

Il s'agit d'un processus, d'une écoute, de l'aboutissement d'un dialogue.

Au cours des débats, combien de fois n'a-t-il pas été souligné à juste titre qu'un tel dialogue est indispensable, et que la législation actuelle freine ou empêche ce dialogue ouvert, confiant et libre entre le patient et son médecin.

La compassion ne saurait être seulement le résultat d'un constat procédural.

De toon en de voorstelling van zaken van beide formuleringen is zo verschillend dat het amendement op politiek vlak volgens de auteurs van groot belang is.

Om euthanasie gedeeltelijk niet langer strafbaar te maken, zoals de bedoeling is, is het niet noodzakelijk te zeggen dat er geen misdrijf wordt gepleegd.

Zodra de wetgever een wettelijke basis creëert voor een handeling is deze niet langer illegaal en dus niet langer een misdrijf.

Dit wordt bevestigd door professor Masset van de Luikse universiteit, die hierover geraadpleegd werd en zei dat hij kon bevestigen dat het wetsvoorstel, zodra het aangenomen is, het mogelijk zal maken om zonder voorbehoud te besluiten dat handelingen die ermee in overeenstemming zijn, niet strafbaar zijn, zonder dat de wet expliciet moet vermelden dat er geen misdrijf wordt gepleegd als euthanasie overeenkomstig de wet wordt toegepast.

Volgens hem geldt artikel 70 van de Strafwet immers voor alle inbreuken en vormt het een rechtvaardigingsgrond voor alle handelingen die volgens de wet worden verricht. Hij acht het dus niet nodig hieromtrent een bepaling op te nemen in de wet.

Een lid heeft begrip voor de argumenten van de indieners van het amendement nr. 119, maar meent dat het juridisch onderscheid tussen het woord «vaststellen» en de woorden «tot de overtuiging komen» zeer duidelijk moet worden uiteengezet. Hoe gaat een rechtbank oordelen of een arts al dan niet «tot de overtuiging gekomen is»? Het juridische antwoord op deze vraag is essentieel.

Wat het element van de geleidelijkheid van de vraag naar euthanasie betreft, verwijst het lid naar de libellering van het amendement nr. 14, dat spreekt over een «herhaald verzoek».

Voorts zegt de derde paragraaf van het voorgestelde artikel 3 dat de arts zich moet «vergewissen» van de «aanhoudende» pijn of nood (in het Frans: «s'assurer de la persistance...»).

Een ander lid vraagt zich af of het amendement geen probleem schept. Artikel 6 van het voorstel verduidelijkt dat de arts, als hij meent niet te kunnen ingaan op het verzoek, het dossier aan een confrater moet doorgeven.

Welke verplichting heeft de arts dan als hij niet overtuigd is in de zin van de tekst, maar de patiënt zijn verzoek wel staande houdt?

Een lid merkt op dat het gevaarlijk is om te veel te refereren naar de Nederlandse tekst. Het voorstel van de meerderheidspartijen, zoals het tot uiting komt in het amendement nr. 14, biedt veel meer zorgvuldig-

Il y a une telle différence entre les deux formulations précitées dans la tonalité et dans la façon de présenter les choses que l'amendement est, sur le plan politique, d'une grande importance aux yeux de ses auteurs.

Ensuite, pour décriminaliser partiellement l'euthanasie comme on veut le faire, il n'est pas nécessaire de dire qu'il n'y a pas d'infraction.

À partir du moment où le législateur confère une base légale à une pratique, celle-ci n'est évidemment plus illégale et, *a fortiori*, pas constitutive d'infraction.

Cette approche est confirmée par le professeur Masset, de l'université de Liège, qui, consulté à ce sujet, écrit: «En réponse à votre interrogation, je peux vous préciser que la loi en projet une fois adoptée permettra effectivement de conclure sans réserve à la décriminalisation des pratiques conformes à son prescrit sans qu'il soit nécessaire d'indiquer expressément dans ladite loi qu'il n'y a pas d'infraction lorsque l'euthanasie est pratiquée conformément à la loi.

En effet, l'article 70 du Code pénal vaut pour toutes les infractions, et érige en cause de justification les comportements conformes à la loi. Il n'est donc pas nécessaire de recourir à une autre disposition dans la loi en projet.»

Un membre comprend les arguments des auteurs de l'amendement n° 119, mais estime que la distinction juridique entre le mot «constater» et les mots «acquérir la conviction» doit être exposée très clairement. Comment un tribunal va-t-il juger si un médecin a, ou non, «acquis la conviction»? La réponse juridique à cette question est essentielle.

Quant à l'élément de progressivité de la demande d'euthanasie, le membre renvoie au libellé de l'amendement n° 14, qui parle d'une «demande répétée».

En outre, le § 3 de l'article 3 proposé dispose que le médecin doit «s'assurer» de la «persistance» de la souffrance ou de la détresse.

Un autre membre se demande si l'amendement ne suscite pas une difficulté. L'article 6 de la proposition précise que, si le médecin estime ne pas pouvoir donner suite à la demande, il doit transmettre le dossier à un confrère.

Dans l'hypothèse où le médecin n'a pas acquis la conviction dont il est question dans le texte, mais que la demande du patient persiste, cette obligation subsiste-t-elle?

Un commissaire fait observer qu'il est dangereux de trop se référer au texte néerlandais. La proposition des partis de la majorité telle qu'elle s'exprime dans l'amendement n° 14 offre beaucoup plus de critères de

heidsvereisten. Het is dan ook niet nodig om telkens te spreken over «overtuiging» in plaats van «vaststelling». Spreker haalt het voorbeeld aan van de meerderjarigheid, die louter wordt vastgesteld en waar geen overtuiging aan verbonden is. Eventueel kan een opsplitsing worden gemaakt tussen de zorgvuldigheidsvereisten waar een loutere «vaststelling» volstaat, en andere waar een «overtuiging» vereist is.

Spreekster benadrukt dat §§ 1 en 3 van artikel 3 samen gelezen moeten worden.

Paragraaf 1, waarin wordt bepaald dat de patiënt meerderjarig, handelingsbekwaam en bewust moet zijn op het ogenblik van zijn verzoek, betreft formele vaststellingen, hoewel er natuurlijk vragen gesteld kunnen worden bij het formele karakter van bijvoorbeeld de voorwaarde dat hij «bewust» moet zijn. Daarom plaatst amendement nr. 119 deze voorwaarden aan het begin van de paragraaf, en niet bij de zaken waarvan de arts overtuigd moet zijn.

Het tweede en het derde streepje van § 1 van het in amendement nr. 14 voorgestelde artikel 3 hernemen het 2^o van § 3 van datzelfde artikel. Er is geen enkele reden om een onderscheid te maken tussen de woorden in § 1 en de voorwaarden in § 3.

Bovendien vraagt spreekster zich af wat precies die «bijkomende voorwaarden» zijn «die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden» (artikel 3, § 3, van amendement nr. 14). Deze formulering is erg arbitrair en dient gezinszins de rechten van de patiënt.

Een senator wijst op de logica die in de tekst van het amendement nr. 14 zit als gevolg van een stapsgewijze benadering. In de eerste paragraaf wordt inderdaad gesproken over «vaststellen». Deze neutrale term geeft duidelijk aan waarover het gaat. De arts moet immers niet van iets overtuigd worden, maar moet slechts nagaan of de voorwaarden zijn vervuld, zoals bijvoorbeeld de meerderjarigheid. In een tweede fase speelt de interactie tussen de arts en de patiënt een grotere rol. Beiden moeten samen tot de overtuiging komen dat er geen andere oplossing meer mogelijk is. Spreker verwijst in dat verband naar het amendement nr. 115 B van zijn hand, waarin in § 3 ook de woorden «tot de overtuiging komen» worden gehanteerd. Voor § 1 volstaan evenwel het woord «vaststellen».

Een van de indieners van amendement nr. 119 geeft toe dat de formulering van het amendement wellicht nog verbeterd moet worden. Zoals de tekst nu is opgesteld, wordt uitgegaan van de arts, terwijl het amendement eigenlijk wil benadrukken dat het gaat om een gezamenlijk proces van arts en patiënt.

Een lid kan zich vinden in de doelstelling van de auteurs van het amendement nr. 119. »Tot de overtuiging komen» is sterker dan het louter «vaststellen» en drukt op een betere manier uit wat de bekommernis moet zijn, namelijk een interactief proces van dialoog op gang brengen.

prudence. Il n'est donc pas nécessaire de parler chaque fois de «conviction» au lieu de «constatation». L'intervenant cite l'exemple de l'âge de la majorité, qui relève de la simple constatation et n'a rien avoir avec une conviction. On peut, le cas échéant, séparer les critères de prudence pour lesquels une simple «constatation» suffit, des autres qui requièrent une «conviction».

Une intervenante souligne qu'il faut lire conjointement le § 1^{er} et le § 3 de l'article 3.

Le § 1^{er}, selon lequel le patient doit être majeur, capable et conscient lors de la formation de la demande, vise des constatations formelles, quoique l'on puisse s'interroger, par exemple, sur le caractère formel de la condition de «conscience». C'est pourquoi, dans l'amendement n° 119, ces conditions ne sont pas reprises parmi celles dont le médecin doit avoir acquis la conviction, mais bien au début du paragraphe.

Quant aux 2^e et 3^e tirets du § 1^{er} de l'article 3 proposé à l'amendement n° 14, ils recourent le 2^o du § 3 du même article. La scission entre les conditions prévues au § 1^{er} et celles prévues au § 3 de cet article ne se justifie pas.

Par ailleurs, l'intervenante se demande ce que sont exactement les «conditions complémentaires» que le médecin désirerait mettre à son intervention», (article 3, § 3, du l'amendement n° 14), termes qui lui paraissent ouvrir la voie à un certain arbitraire, et qui ne vont pas dans le sens des droits du patient.

Un sénateur met l'accent sur la logique qui caractérise le texte de l'amendement n° 14 par suite d'une approche graduelle. Le § 1^{er} parle effectivement de «constater». Ce terme neutre indique clairement de quoi il s'agit. Le médecin, en effet, ne doit pas être convaincu de quelque chose, il doit uniquement vérifier si les conditions sont remplies, par exemple celle de la majorité. Dans une seconde phase, l'interaction entre le médecin et le patient joue un plus grand rôle. Ils doivent acquérir ensemble la conviction que plus aucune autre solution n'est possible. L'intervenant renvoie à cet égard à son amendement n° 115 B, qui utilise également, au § 3, l'expression «arriver à la conviction». Pour le § 1^{er}, toutefois, le mot «constater» suffit.

L'un des auteurs de l'amendement n° 119 reconnaît que la formule de celui-ci mérite sans doute d'être encore améliorée. Il est vrai que, dans sa formulation actuelle, il part du médecin, alors que l'on veut mettre en évidence qu'il s'agit d'un processus commun au médecin et au patient.

Un membre dit comprendre l'intention des auteurs de l'amendement n° 119. «Acquérir la conviction» est une expression plus forte que le verbe «constater» et elle indique même que la préoccupation doit être de lancer un processus de dialogue interactif.

De opvatting van een vorige spreker, volgens dewelke in de eerste twee paragrafen een loutere «vaststelling» volstaat en pas in een verdere fase een interactie tussen arts en patiënt nodig is, kan niet de volledige goedkeuring wegdragen van het lid. Beter is om dit proces van in den beginne tot uiting te laten komen.

Een ander lid stelt vast dat de meeste leden van de verenigde commissies op dezelfde lijn zitten. Begrippen als «vaststellen» of «zich vergewissen» kunnen worden geobjectiveerd, wat niet het geval is met de term «tot de overtuiging komen». Het lid is niet tegen de geleidelijkheid die tot uiting komt in het amendement nr. 115 B, maar meent dat de tekst van het amendement nr. 14 best gehandhaafd blijft. Het is spreker niet duidelijk wat de juridische draagwijdte is van het begrip «tot de overtuiging komen».

Een lid merkt op dat uit het debat over amendement nr. 119 blijkt dat de keuze voor «vaststellen» of voor «tot de overtuiging komen» afhangt van het verloop van de zin en van het feit of de voorwaarden subjectief of objectief zijn.

De Nederlandse tekst heeft het inderdaad over «overtuiging»: «De arts die de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.»

In het Nederlands recht wordt dus enkel gesproken van «lijden». De term «uitzichtloos» is veeleer objectief, maar er is geen sprake van een medisch uitzichtloze situatie. Spreekster vraagt zich af waarom.

De woorden «ondraaglijk lijden» zijn dan weer een subjectief element.

De Nederlandse tekst maakt geen gebruik van het begrip «nood», een begrip dat misschien wel overbodig is.

De indieners van amendement nr. 14 moeten in ieder geval verduidelijken of de voorwaarden die zij opsommen, subjectief of objectief zijn aangezien de formulering van de tekst hiervan afhangt.

Een lid kan het eens zijn met deze aanpak, voor zover het duidelijk is dat in het derde streepje de termen «aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood» verwijzen naar een subjectieve beoordeling van de patiënt, die de arts objectief vaststelt.

Een ander lid antwoordt dat er bij de arts geen sprake is van een eenvoudige vaststelling. Hij moet nagaan of alle mogelijke middelen gebruikt werden om het lijden van de patiënt te verlichten, een lijden dat trouwens in de loop van de tijd anders aanvoeld kan worden.

De zaken liggen dus niet zo eenvoudig.

Le point de vue d'un membre précédent, selon lequel il suffit d'une simple «constatation» pour ce qui est des deux premiers paragraphes, d'une part, et une interaction entre le médecin et le patient ne s'impose qu'à un stade ultérieur, d'autre part, ne peut pas recueillir le plein assentiment du membre. Il vaut mieux exprimer ce processus dès le début.

Un autre membre constate que la plupart des membres des commissions réunies sont sur la même longueur d'onde. Les notions que couvrent «constater» et «se rendre compte» peuvent être objectivées, ce qui n'est pas le cas de celles que couvre «acquérir la conviction». Le membre n'est pas opposé à la progressivité envisagée dans l'amendement n° 115 B, mais il estime qu'il est préférable de conserver le texte de l'amendement n° 14. L'intervenant ne voit pas bien quelle est la portée juridique de la notion d'«acquérir la conviction».

Une membre observe que la discussion relative à l'amendement n° 119 a montré que le choix des mots «a acquis la conviction» ou «constate», dépend de la suite de la phrase, et du point de savoir si les conditions sont de nature subjective ou objective.

Le texte hollandais parle effectivement de conviction: «*De arts die de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.*»

En droit hollandais, on ne parle donc que de «souffrance». Le terme «*uitzichtloos*» serait plutôt de type objectif, mais il n'est pas question d'une situation médicale sans issue. L'intervenante se demande pourquoi.

Quant aux mots «*ondraaglijk lijden*», ils renvoient davantage à un élément subjectif.

Le texte hollandais n'ajoute pas la notion de «détresse», et l'on peut se demander si celui-ci n'est pas redondant.

Il faudrait en tout cas que les auteurs de l'amendement n° 14 indiquent s'ils considèrent les conditions qu'ils énumèrent comme subjectives ou objectives car de la réponse à cette question dépend la formulation du texte.

Un membre peut se rallier à cette approche, pour autant qu'il soit clair qu'au troisième tiret, les termes «fait état d'une souffrance ou d'une détresse constante et insupportable» renvoient à une appréciation subjective de la part du patient, mais dont le médecin fait la constatation objective.

Un autre membre répond qu'il ne s'agit pas dans le chef du médecin d'un simple constat. Il doit vérifier si tous les moyens ont été utilisés pour soulager la souffrance du patient, dont l'appréciation peut d'ailleurs varier dans le temps.

Les choses ne sont donc pas si simples.

De kern van de zaak is te weten of alles in het werk is gesteld om de persoon zelf te laten beslissen over de manier waarop hij zijn levenseinde wil beleven.

Spreekster meent dat de arts niet eenvoudigweg op basis van een geschreven document kan vaststellen dat het verzoek uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is.

Het is veeleer een proces waarin hij meerdere gesprekken heeft, een andere arts raadpleegt enzovoort, om nadien al dan niet te besluiten dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt.

Spreekster vraagt zich bovendien af of de zes indieners bereid zijn afstand te nemen van de termen «pleegt geen misdrijf ...».

Zij verwijst naar de opmerkingen van professor Masset, die een vorige spreker al heeft voorgelezen.

Amendement nr. 155A

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 155 A) dat tot doel heeft in de aanhef van de § 1 van het voorgestelde artikel 3 het woord «tegelijkertijd» in te voegen.

Alle voorwaarden zijn immers even belangrijk. Er mag ten aanzien van het controleorgaan niet de minste onduidelijkheid over bestaan dat het uitgesloten is dat sommige voorwaarden minder belangrijk zijn dan andere. Het mag niet mogelijk worden dat euthanasie straffeloos kan gebeuren wanneer slechts enkele voorwaarden zijn vervuld. Alle zorgvuldigheidsvereisten zijn even belangrijk en moeten bovendien op hetzelfde moment worden nageleefd.

Een lid veronderstelt dat volgens de indieners van amendement nr. 14 alle voorwaarden in dit amendement cumulatief zijn.

Er wordt echter geen enkele specifieke sanctie opgelegd als een arts de voorwaarden niet naleeft.

Spreekster is mede-indiener van een amendement dat voorziet in een specifieke sanctie voor een arts die de vastgestelde procedure niet naleeft, namelijk een boete.

Zij heeft uit de hoorzittingen in Nederland onthouden dat veel artsen de nodige formulieren niet invullen.

Waarom voorziet men hier niet in een veel striktere controle om de artsen ertoe aan te zetten die te doen?

In het geplande systeem bestaat er geen tussenoplossing: ofwel wordt voldaan aan de voorwaarden en

L'essentiel est de savoir si l'on fait tout pour que la personne puisse s'affirmer elle-même dans la façon dont elle veut vivre sa fin de vie.

Une intervenante estime que le médecin ne peut faire une simple constatation formelle, sur la base d'un document écrit, de ce que la demande est formulée de manière expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante.

Il s'agit d'un processus au cours duquel il doit y avoir plusieurs entretiens, la consultation d'un autre médecin, etc., pour aboutir à la conviction que le patient se trouve dans une situation médicale sans issue.

L'intervenante demande en outre si les six auteurs sont prêts à abandonner la formule «Ne commet pas d'infraction ...».

Elle renvoie à cet égard à l'opinion du professeur Masset, dont un précédent intervenant a donné lecture.

Amendement n° 155A

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 155 A), qui vise à insérer le mot «simultanément» dans la phrase liminaire du § 1^{er} de l'article 3 proposé.

Toutes les conditions sont en effet d'égale importance. Il doit être absolument clair pour l'organe de contrôle qu'il est exclu que certaines conditions soient moins importantes que d'autres. Il faut éviter que l'euthanasie puisse être pratiquée en toute impunité lorsqu'une partie seulement des conditions sont remplies. Les critères de prudence sont tous d'égale importance et ils doivent tous être respectés simultanément.

Un membre suppose que, dans l'esprit des auteurs de l'amendement n° 14, toutes les conditions que fixe celui-ci sont cumulatives.

Cependant, aucune sanction spécifique n'est prévue lorsqu'un médecin n'aura pas respecté les conditions.

L'intervenante a, pour sa part, cosigné un amendement qui prévoit une sanction spécifique, consistant en une amende administrative, lorsque le médecin n'a pas suivi la procédure fixée.

En effet, elle a retenu des auditions qu'aux Pays-Bas, beaucoup de médecins ne remplissaient pas les formulaires prévus.

Pourquoi ne pas prévoir ici un contrôle beaucoup plus strict, pour inciter les médecins à le faire?

Dans le système prévu, il n'existe aucune solution intermédiaire: soit les conditions sont remplies, et le

wordt het dossier als afgedaan beschouwd ofwel is niet voldaan aan de voorwaarden en wordt het dossier aan het gerecht bezorgd.

Een van de indieners van het amendement nr. 14 repliceert dat inderdaad geen specifieke sanctie voorzien is voor het geval waarin een arts onzorgvuldig zou hebben gehandeld. Wanneer dit het geval zou zijn, zal de controlecommissie daarover oordelen en het dossier desgevallend doorsturen naar het parket. In dat geval zal een erg strenge beoordeling gebeuren, vermits er dan geen sprake is van euthanasie en dus een strafbare handeling werd gepleegd.

Een lid meent dat er een verschil zou moeten bestaan tussen enerzijds het plegen van euthanasie zonder dat de patiënt hiervoor toestemming heeft gegeven, en anderzijds het niet-melden van de euthanasie, hetgeen eerder een procedurefout is.

Een ander lid vraagt zich af welk bezwaar er bestaat tegen de invoeging van het woord «tegelijker-tijd».

De vorige spreker antwoordt dat, wanneer men telkens het woord «en» gebruikt, dit automatisch impliceert dat alle voorwaarden cumulatief en tegelijkertijd moeten worden ingevuld.

Amendement nr. 64

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 64), dat ertoe strekt in § 1, eerste streepje, van het voorgestelde artikel 3, de woorden «of een ontvoogde minderjarige» te doen vervallen. De indieners zien immers niet in waarom voor ontvoogde minderjarigen een uitzondering zou worden gemaakt op de uitsluiting van de minderjarigen van het toepassingsgebied van de wet.

Ontvoogding wordt overigens vaak verleend om financiële redenen. Dit soort redenen heeft niets te maken met een euthanasieverzoek.

Een van de indieners van het amendement nr. 14 is van oordeel dat deze woorden nodig zijn in de tekst. Ook een herhaling kan in sommige gevallen een goede zaak zijn voor de duidelijkheid en de leesbaarheid van een wettekst.

Een van de indieners van amendement nr. 64 leidt hieruit af dat de indieners van het voorstel geen voorstanders van het amendement zijn.

De voorzitter merkt op dat hij niemand kan dwingen te antwoorden op de ingediende amendementen.

Ten slotte zal iedereen zijn standpunt bepalen op het ogenblik van de stemming.

Een lid is van mening dat een verduidelijking nochtans nuttig zou zijn want de weglating van de woorden «ontvoogde minderjarige» kan op verschillende

dossier est classé, soit elles ne le sont pas, et le dossier est transmis à la justice.

Un des auteurs de l'amendement n° 14 réplique qu'effectivement, aucune sanction spécifique n'est prévue pour le cas où il y aurait eu négligence de la part d'un médecin. Le cas échéant, la commission de contrôle se prononcera sur le cas et transmettra, au besoin, le dossier au parquet. Suivra un jugement particulièrement sévère, étant donné qu'il ne saurait être question d'euthanasie en l'occurrence et qu'un acte répréhensible aurait par conséquent été commis.

Un membre estime qu'il faudrait faire une distinction entre le fait de pratiquer l'euthanasie sans demander le consentement du patient et le fait de ne pas communiquer un cas d'euthanasie qui constitue plutôt une faute de procédure.

Un autre membre se demande quelle objection il peut y avoir contre l'insertion du mot «simultanément».

L'intervenant précédent répond que l'emploi systématique du mot «et» emporte automatiquement que toutes les conditions sont cumulatives et doivent être remplies simultanément.

Amendement n° 64

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 64), tendant à supprimer, au § 1^{er}, 1^{er} tiret, de l'article 3 proposé, les mots «ou mineurs émancipés». En effet, les auteurs ne voient pas pourquoi une exception à l'exclusion des mineurs du champ d'application de la loi serait faite pour les mineurs émancipés.

D'ailleurs, l'émancipation est souvent accordée pour des motifs financiers. Ce type de raisons n'a rien à voir avec une demande d'euthanasie.

Un des auteurs de l'amendement n° 14 estime que la présence des mots en question dans le texte est nécessaire. Dans certains cas, une répétition peut aussi servir la clarté et la lisibilité d'un texte de loi.

L'un des auteurs de l'amendement n° 64 en déduit que les auteurs de la proposition ne sont pas favorables à l'amendement.

Le président fait observer qu'il ne peut contraindre personne à répondre aux amendements déposés.

Pour le surplus, chacun prendra position au moment du vote.

Un membre estime qu'une clarification serait cependant utile, car la suppression des mots «mineur émancipé» peut être interprétée dans un sens comme

wijzen geïnterpreteerd worden daar ontvoogde minderjarigen handelingsbekwaam zijn.

Amendement nr. 115A

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 115 A) dat betrekking heeft op de euthanasie voor minderjarigen van méér dan 16 jaar oud, die euthanasie kunnen vragen indien hun ouder(s) hierbij worden betrokken.

Dit amendement ligt in het verlengde van de tendens om minderjarige personen die de leeftijd van 16 jaar hebben bereikt een volledige beslissingsbevoegdheid toe te kennen wanneer het gaat om medische beslissingen die hen aanbelangen. Het is dan ook logisch om voor deze personen euthanasie mogelijk te maken. Niettemin moeten ouders betrokken worden in de besluitvorming. De ultieme beslissing komt echter alleen de betrokkene minderjarige toe.

Een lid vraagt of het amendement wel degelijk betekent dat het de arts zou zijn die oordeelt of de patiënt in staat kan worden geacht tot de redelijke inschatting van zijn belangen.

In de Franse tekst staan de woorden «*qu'il puisse être jugé*». Dit laat vermoeden dat het niet de patiënt zelf is die oordeelt.

Bovendien voegt dit amendement opnieuw de hulp bij zelfdoding in de tekst van de wet in.

Staat een minderjarige patiënt die handelingsbekwaam is eigenlijk nog onder voogdij?

De indiener van het amendement antwoordt dat, wanneer zou blijken dat voor het amendement nr. 115A een meerderheid zou worden gevonden indien de hulp bij zelfdoding eruit wordt geschrapt, hij bereid is een subamendement in die zin in te dienen.

Overigens is het de arts die moet oordelen of de betrokken patiënt al dan niet in staat is om de situatie waarin hij zich bevindt te beoordelen.

Amendementen nrs. 121 en 154

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in, dat ertoe strekt in § 1, eerste streepje, van het voorgestelde artikel 3 de woorden «op het ogenblik van zijn verzoek» te doen vervallen (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 121).

De indiener vraagt zich in eerste instantie af wat de woorden «*formation de la demande*» betekenen. Die lijken haar zeer verwarrend.

Wat beogen zij, in het licht van het proces waarin de volgende paragrafen voorzien?

dans l'autre, les mineurs émancipés disposant de la capacité juridique.

Amendement n° 115A

M. Vankrunkelsven dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 115A), qui prévoit que les mineurs de plus de 16 ans peuvent demander l'euthanasie pour autant que leur(s) parent(s) soi(en)t associé(s) à leur décision.

Cet amendement s'inscrit dans la tendance à octroyer aux mineurs ayant atteint l'âge de 16 ans un droit de décision à part entière dans les affaires médicales les concernant. Il est dès lors logique d'autoriser l'euthanasie pour ces personnes. Il faut néanmoins que les parents soient associés à la décision. La décision ultime appartient toutefois au mineur en question et à lui seul.

Un membre demande si l'amendement signifie bien que ce serait le médecin qui apprécierait si le patient peut être jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts en la matière.

Dans le texte français figurent les mots «qu'il puisse être jugé ... ». Ces termes semblent signifier que ce n'est pas le patient lui-même qui juge.

En outre, l'amendement réintroduit à nouveau le suicide assisté dans le champ de la loi.

Enfin, un patient mineur capable fait-il encore l'objet d'une tutelle?

L'auteur de l'amendement répond que, s'il s'avérait qu'une majorité des membres souscriraient à l'amendement n° 115A, au cas où l'on supprimerait la référence à l'assistance au suicide, il est prêt à déposer un sous-amendement visant à supprimer cette référence.

D'ailleurs, c'est au médecin qu'il appartient de juger si le patient en question est ou non en mesure d'évaluer la situation dans laquelle il se trouve.

Amendements n°s 121 et 154

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement tendant à supprimer, au § 1^{er}, 1^{er} tiret, de l'article 3 proposé, les mots «lors de la formation de la demande» (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 121).

L'auteur se demande tout d'abord ce que signifient les mots «formation de la demande», qui lui paraissent susciter la confusion.

Que visent-ils par rapport au processus prévu aux paragraphes suivants?

Wat gebeurt er met de patiënt die intussen buiten bewustzijn raakt?

Spreekster meent te hebben begrepen dat de toepassingsfeer van de tekst zich beperkte tot bekwame patiënten die bij bewustzijn zijn onder voorbehoud van het hoofdstuk dat gewijd is aan de wilsverklaringen.

Een lid is van mening dat op zijn minst gepraat moet worden over het verzoek, aangezien het verzoek herhaald moet worden. In het Frans is het beter de woorden «*formulation de la demande*» te gebruiken in plaats van «*formation de la demande*».

Een ander lid betuigt haar steun aan het amendement nr. 121. Uit de globale lezing van het voorgestelde artikel 3 blijkt dat de duurzaamheid van het verzoek een belangrijk element is in de vraag naar euthanasie. Meerdere gesprekken moeten plaatsvinden, het verzoek moet duurzaam zijn, enzovoort. De tekst, zoals hij geredigeerd is, geeft echter de indruk dat de zorgvuldigheidsvereisten slechts moeten vervuld zijn op het ogenblik van het eerste verzoek.

Een van de indieners van amendement nr. 14 meent dat het woord «*formation*» vervangen zou kunnen worden door het woord «*moment*» zoals in de Nederlandse versie van de tekst. Hoewel het begrip «*formation*» erop wijst dat het verzoek kan veranderen.

Anderzijds heeft men tijdens de hoorzittingen gemerkt dat het verzoek op een aantal wijzen geïnterpreteerd werd. Er werd op een bepaald ogenblik zelfs gesteld dat het verzoek eigenlijk niet bestond.

Men moet voorkomen dat men definitief afziet van het ingaan op verzoeken omdat men het bestaan ervan ontkent via een verkeerde interpretatie ervan.

Spreekster merkt daarenboven op dat men in de door amendement nr. 14 voorgestelde § 1, tweede streepje, van artikel 3, het verzoek definieert.

Het is duidelijk dat men, naargelang van de interpretatie die men hieraan geeft, ook via een aanhoudend «*analyseren*», ervan uit zou kunnen gaan dat het verzoek eindeloos moet worden herhaald om in aanmerking te kunnen worden genomen.

Men mag geen gebruik maken van een interpretatie, die gedurende enige tijd verantwoord kan zijn om aan de zieke geen antwoord te moeten geven.

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement nr. 154 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10), dat vergelijkbaar is met het subamendement nr. 121.

Amendementen nrs. 40 en 105

De heer Remans verwijst naar de amendementen nrs. 40 (Stuk Senaat, nr. 2-244/5) en 105 (Stuk Senaat,

Qu'advient-il du patient qui devient inconscient dans l'intervalle?

L'intervenante croyait avoir compris que le champ d'application du texte se limitait aux patients capables et conscients, sous réserve du chapitre consacré aux déclarations anticipées.

Un membre estime qu'il faudrait à tout le moins parler des demandes, puisque la demande doit être répétée. Par ailleurs, il vaut mieux parler de formulation de la demande, plutôt que de formation de celle-ci.

Un autre membre dit souscrire à l'amendement n° 121. À la lecture globale de l'article 3 proposé, il apparaît que la pérennité de la requête est un élément important de la demande d'euthanasie. Il doit y avoir plusieurs entretiens, la demande doit être persistante, etc. Or, tel qu'il est rédigé, le texte donne à penser que les critères de prudence ne doivent être remplis qu'au moment de la première requête.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 pense que le mot «*formation*» pourrait être remplacé par le mot «*moment*», comme dans la version néerlandaise du texte, encore que l'idée de «*formation*» souligne le caractère évolutif de la demande.

D'autre part, on a assisté, au cours des auditions, à une série de démarches interprétatives de la demande, jusqu'à la négation de toute forme (d'existence) de (la) demande.

Il faut éviter que l'on puisse surseoir de manière définitive à des demandes en en niant l'existence par une démarche interprétative abusive.

L'intervenant souligne en outre que l'on définit ce qu'est la demande au § 1^{er}, deuxième tiret, de l'article 3 proposé à l'amendement n° 14.

Il est évident que, selon l'interprétation que l'on en fait, y compris par un «*décodage*» persistant, on pourrait considérer que la demande doit être réitérée à l'infini pour pouvoir être prise en compte.

On ne peut utiliser une interprétation, qui peut être justifiée pendant un certain temps, pour éviter de donner une réponse au malade.

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement n° 154 (doc. Sénat, n° 2-244/10) comparable au sous-amendement n° 121.

Amendements n°s 40 et 105

M. Remans renvoie aux amendements n°s 40 (doc. Sénat, n° 2-244/5) et 105 (doc. Sénat, n° 2-244/7), qui

nr. 2-244/7), die dezelfde problematiek behandelen. Spreker trekt het subamendement nr. 40 in, maar wijst erop dat het subamendement nr. 105, dat hij met enkele collega's heeft ingediend, tegemoet komt aan de wensen van de indiener van het amendement nr. 121.

Spreker legt uit dat het amendement nr. 105 beoogt enkele bijvoeglijke naamwoorden te doen vervallen in de tekst van artikel 3. Thans wordt in het amendement nr. 14 voorgesteld dat het verzoek «uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam» moet zijn. Een patiënt komt echter tijdens zijn doodstrijd in verschillende toestanden terecht. De keuze van de adjectieven is derhalve niet zonder belang.

De woorden «ondubbelzinnig», «uitdrukkelijk» en «duurzaam» zijn overbodig in de tekst. De woorden «overwogen», «vrijwillig» en «herhaald» kunnen volstaan omdat de interpretatie aanleiding zou kunnen geven tot juridische disputen, waarbij het bewijs moet worden geleverd door getuigenissen en door het medisch dossier.

Dergelijke getuigenissen kunnen de privacy van de patiënt aantasten. Het medisch dossier kan dan weer bezwarend worden voor de arts, omdat het dossier op die wijze belangrijker wordt dan de patiënt zelf. Elke tekortkoming of elk verzuim van mededeling zou van de euthanasiehandeling een misdrijf kunnen maken, terwijl het de bedoeling is dat een arts met een goede ingesteldheid, die de patiënt wil helpen in een uitzichtloze situatie, moet worden beschermd.

Een lid is van mening dat uit de hoorzittingen is gebleken dat het woord «ondubbelzinnig» zeer belangrijk is en hij betreurt derhalve de schrapping ervan.

Een ander lid stelt vast dat dit amendement de eerder gevoerde discussie over de overtuiging die de arts al dan niet moet hebben over de aard van het verzoek, op gang brengt.

Zolang in § 1 een aantal objectieve kenmerken worden opgesomd naast andere, waarvan de arts zich luidens § 3 moet vergewissen of waardoor hij zich moet laten overtuigen, zullen deze semantische discussies eindeloos blijven aanslepen.

Spreker betreurt dat het subamendement dat ter bespreking voorligt, niet langer melding maakt van het duurzaam karakter van het verzoek, want het gaat in haar ogen om een belangrijk aspect.

De hoorzittingen hebben immers geleerd dat euthanasieverzoeken op verschillende ogenblikken kunnen worden geformuleerd, naargelang van de toestand en de omstandigheden waarin de patiënt verkeert.

Het kan zijn dat een patiënt een dergelijk verzoek formuleert en het niet herhaalt, bijvoorbeeld omdat zijn toestand is verbeterd en hij zich beter omringd voelt.

traitent de la même question. L'intervenant retire le sous-amendement n° 40 tout en soulignant que le sous-amendement n° 105, qu'il a déposé avec quelques collègues, répond aux souhaits de l'auteur de l'amendement n° 121.

L'intervenant explique que l'amendement n° 105 vise à retirer quelques adjectifs du texte de l'article 3. Pour l'instant, l'amendement n° 14 propose de spécifier que la demande doit être formulée de manière «expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante». Or, dans sa lutte contre la mort, le patient passe par différents états. Le choix des adjectifs n'est donc pas dénué d'importance.

Les mots «non équivoque», «expresse» et «persistante» sont superflus. Les mots «mûrement réfléchie», «volontaire» et «répétée» peuvent suffire, car l'interprétation pourrait donner lieu à des contestations juridiques dans le cadre desquelles la preuve devra être apportée par des témoignages et par le dossier médical.

De tels témoignages peuvent porter atteintes à la vie privée du patient. Et le dossier médical peut être compromettant pour le médecin car sous cet angle, le dossier devient plus important que le patient lui-même. Toute insuffisance ou omission au niveau de la déclaration pourrait transformer l'acte d'euthanasie en délit, alors que le but est de protéger le médecin bien intentionné qui souhaite venir en aide au patient en situation sans issue.

Un membre estime qu'il ressortait des auditions que les mots «non équivoque» étaient très importants, et déplore dès lors leur suppression.

Une autre membre constate que cet amendement relance la discussion précédente relative au fait que le médecin doit se forger une conviction par rapport au caractère de la demande.

Tant qu'au § 1^{er}, on mêle un certain nombre de caractéristiques dont certaines sont objectives et d'autres dont le médecin doit, aux termes du § 3, s'assurer, ou acquérir la conviction, on suscitera des discussions de type sémantique.

L'intervenante regrette que le sous-amendement en discussion ne mentionne plus le caractère persistant de la demande, car il s'agit à ses yeux d'un élément important.

En effet, les auditions ont montré que des demandes d'euthanasie peuvent être formulées à différents moments, et en fonction de l'état et des circonstances dans lesquels le patient se trouve.

Il se peut qu'un patient formule une telle demande, et ne la réitère pas, par exemple parce que sa situation s'est améliorée et qu'il se sent plus entouré.

Het woord «duurzaam» heeft dus zijn belang.

Daarenboven moet de arts zich kunnen verantwoorden. Het medisch dossier is de beste plaats om dat te doen omdat het het privé-leven van de patiënt beschermt. Het dossier is trouwens de enige plek waar het privé-leven van de patiënt wordt beschermd behalve indien het moet worden voorgelegd aan de rechter omdat een klacht werd ingediend.

Ongeacht het standpunt dat men over het wetsvoorstel inneemt, is het wenselijk dat het medisch dossier een centrale plaats bekleedt, ook wanneer het gaat over de rechten van de patiënt.

Het is tegelijkertijd een garantie voor de arts, voor de patiënt en, in voorkomend geval, voor de familie van de patiënt.

Een lid verklaart dat degene die het verzoek krijgt, oordeelt of het al dan niet dubbelzinnig is. Dat is dus geen objectief element maar houdt verband met de subjectieve perceptie van degene die het verzoek ontvangt.

Een lid repliceert dat het precies om deze reden zo belangrijk is om in het voorstel in te schrijven dat de arts moet vaststellen dat alle grondvoorwaarden tegelijkertijd worden nageleefd. Dit houdt onder meer in dat, wanneer een verzoek tot euthanasie wordt herhaald, de patiënt ook bij deze herhaling bewust moet zijn. Men moet immers niet enkel oog hebben voor de «decodering» van een verzoek tot euthanasie, maar ook voor het omgekeerde fenomeen. Een patiënt kan op een bepaald ogenblik een verzoek tot euthanasie formuleren, maar dit later terug intrekken, omwille van een psychische of fysieke verbetering van de toestand. Men moet erover waken dat een euthanasievraag de patiënt niet altijd achtervolgt. De patiënt moet gedurende het hele proces van de vraag naar euthanasie bewust zijn en hij moet op een heldere wijze dit verzoek herhalen.

Het lid begrijpt niet waarom de woorden «ondubbelzinnig», «uitdrukkelijk» en «duurzaam» moeten worden geschrapt. Vermits het verzoek op schrift moet worden gesteld, is het uiteraard «uitdrukkelijk». Bovendien is het van belang in de wetgeving in te schrijven dat het verzoek duidelijk, met andere woorden «ondubbelzinnig» moet zijn. De patiënt bevindt zich immers in een kwetsbare situatie. Er mag niet de minste twijfel over bestaan dat de patiënt daadwerkelijk verzoekt om een einde te maken aan zijn leven. De «ondubbelzinnigheid» moet dan ook uitdrukkelijk in de tekst worden behouden.

Wat de «duurzaamheid» betreft, merkt het lid op dat deze een andere draagwijdte heeft dan het woord «herhaald». In een vraag naar euthanasie wordt door gezondheidswerkers immers in wezen vaak een vraag naar hulp van de patiënt ontdekt, zo bevestigen de hoorzittingen. Een dergelijke vraag naar hulp kan,

Le mot «persistante» a donc toute son importance.

En outre, le médecin doit pouvoir se justifier. Le dossier médical est le meilleur endroit pour ce faire, parce qu'il préserve la vie privée du patient. C'est d'ailleurs le seul endroit où la vie privée du patient est préservée, sauf, évidemment, si la production de ce dossier médical est requise au niveau judiciaire parce qu'une plainte a été déposée.

Quelle que soit la position que l'on adopte à l'égard de la proposition de loi, il est souhaitable que le dossier médical occupe une place centrale, y compris lorsqu'il s'agira de discuter des droits du patient.

C'est une garantie à la fois pour le médecin, pour le patient et, le cas échéant, pour la famille de ce dernier.

Un membre déclare que celui qui détermine le caractère (non) équivoque d'une demande, c'est celui qui la reçoit. Ce n'est donc pas un élément objectif. Il est lié à la subjectivité de celui qui la reçoit.

Un membre réplique que c'est précisément pour cette raison qu'il est important de prévoir, dans la proposition de loi, que le médecin devra constater que toutes les conditions de base sont simultanément respectées. Cela implique notamment que si une demande d'euthanasie est réitérée, le patient doit aussi être conscient à ce moment-là. Il faut, en effet, être attentif non seulement au «décodage» d'une demande d'euthanasie, mais aussi au phénomène inverse. Un patient peut formuler une demande d'euthanasie à un moment donné et retirer cette demande ultérieurement en raison d'une amélioration de sa situation sur le plan psychique ou sur le plan physique. Il faut veiller à ce qu'une demande d'euthanasie ne poursuive pas toujours le patient. Celui-ci doit être conscient tout au long du processus de demande d'euthanasie et il doit répéter clairement sa demande.

Le membre ne comprend pas pourquoi il faut supprimer les mots «non équivoque», «expresse» et «persistante». Puisque la demande doit être faite par écrit, il va de soi qu'elle est «expresse». Par ailleurs, il importe d'inscrire dans la loi que la demande doit être claire, c'est-à-dire «non équivoque». Le patient se trouve, en effet, en position vulnérable et il ne doit pas subsister le moindre doute sur le fait qu'il demande effectivement que l'on mette fin à ses jours. Le caractère «non équivoque» de la demande doit donc être maintenu dans le texte.

En ce qui concerne la persistance de la demande, le membre souligne que ce terme a une autre portée que le mot «répété». Dans une demande d'euthanasie, en effet, les professionnels de la santé découvrent souvent, en réalité un appel à l'aide, ainsi que les auditions l'ont confirmé. Un tel appel à l'aide peut être

hoewel anders geformuleerd, «herhaald» worden gesteld. Een écht euthanasieverzoek moet echter niet enkel «herhaald» worden gesteld, maar moet ook «duurzaam» zijn en blijven bestaan tussen de verschillende herhalingen door. De arts moet hierover absolute zekerheid hebben.

De hoofdindieners van het amendement nr. 105 merkt op dat de bedoeling van dit amendement is om zoveel mogelijk termen die subjectief interpreteerbaar zijn uit de wettekst te halen. Kan men zich voorstellen dat achteraf getuigen worden opgeroepen om te bevestigen dat een euthanasieverzoek «uitdrukkelijk», «ondubbelzinnig» en «duurzaam» was? Indien de verzekering bestaat dat het verzoek «overwogen», «vrijwillig» en «herhaald» is, zijn er objectieve elementen voorhanden die kunnen aantonen dat het euthanasieverzoek gerechtvaardigd is binnen het kader van de wet en niet werd gedaan in een opflakking. Op deze wijze worden de subjectieve termen geweerd uit de wettekst.

Het lid wijst er overigens op dat de mening van de patiënt centraal staat. De overtuiging van de patiënt is het basiselement in het ganse verzoek. Deze moet geobjectiveerd kunnen worden.

Tenslotte benadrukt spreker dat in het wetsvoorstel wordt nagestreefd dat de arts, in de uitoefening van zijn functie, zorgvuldig handelt. Dit moet buiten elke discussie blijven. Verschillende gerechtvaardigde vragen om euthanasie zouden echter niet worden uitgevoerd wanneer de procedure te ingewikkeld is, zowel voor de patiënt als voor de arts.

Een lid wijst erop dat een persoon die om euthanasie vraagt, inwendig twijfels kan behouden over dit verzoek, maar beslist die het hoofd te bieden en in zijn verzoek te volharden. Als de uitdrukking «ondubbelzinnig» betekent dat men tot een overtuiging is gekomen aan het einde van een proces en een dialoog tussen de arts en de patiënt, en de patiënt zich vrij en zonder uitwendige druk uit, heeft spreker daar geen ethische bezwaren tegen.

Als deze uitdrukking daarentegen betekent dat er geen enkele menselijke ambivalentie meer aanwezig is, dan kan ze beter geschrapt worden.

Is het niet wenselijk om de begrippen «vrij», «zonder druk» of «zonder dwang» toe te voegen?

Een ander lid wijst op de vaste rechtspraak van het Hof van Cassatie, die stelt dat voor een afstand van een recht de ondubbelzinnigheid een essentiële vereiste is. Het is, vanuit juridisch oogpunt, niet mogelijk om afstand te doen van het recht op leven. Bovendien moet, indien een dergelijke rechtsafstand toch zou gebeuren, deze volgens het Hof van Cassatie ondubbelzinnig zijn. Man kan derhalve onmogelijk deze voorwaarde schrappen uit de tekst. Het amendement

«répété» plusieurs fois, même s'il est formulé autrement. Une véritable demande d'euthanasie ne doit pas seulement être «répétée»; elle doit aussi être «persistante» et se maintenir dans l'intervalle des diverses répétitions. Le médecin doit avoir à ce sujet une certitude absolue.

L'auteur principal de l'amendement n° 105 signale que celui-ci vise à retirer autant que possible du texte de la loi les termes susceptibles d'interprétation subjective. Peut-on imaginer que par la suite, des témoins soient convoqués pour confirmer qu'une demande d'euthanasie a été «expresse», «non équivoque» et «persistante»? Si l'assurance existe que la demande est «mûrement réfléchie», «volontaire» et «répétée», alors des éléments objectifs sont là qui permettent de démontrer que la demande d'euthanasie est justifiée dans le cadre de la loi et qu'elle n'est pas le résultat d'une impulsion soudaine. Et de cette manière, on écarte les termes subjectifs du texte de la loi.

Le membre souligne d'ailleurs que c'est l'opinion du patient qui est au centre du processus. La conviction du patient est l'élément fondamental de toute la demande. Cette conviction doit pouvoir être objectivée.

Enfin, l'intervenant souligne que la proposition de loi s'emploie à faire en sorte que le médecin agisse avec prudence dans l'exercice de sa fonction. Ce point ne souffrira aucune discussion. Mais certaines demandes justifiées d'euthanasie n'aboutiront pas, si la procédure est trop complexe, pour le patient comme pour le médecin.

Un membre fait observer que la personne qui formule une demande d'euthanasie peut très bien garder en elle-même une ambivalence par rapport à cette demande, décider d'assumer cette ambivalence, et persister dans sa demande. Si l'expression «sans équivoque» exprime que l'on est arrivé à une conviction au terme d'un processus et d'un dialogue patient-médecin, et qu'il s'agit de la libre expression de la personne sans pression extérieure, l'intervenant n'a pas d'objection éthique à cet égard.

Si par contre, cette expression veut dire qu'il n'y a plus d'ambivalence humaine d'aucune sorte, il pense qu'il vaut mieux ne pas la maintenir.

Ne faudrait-il pas ajouter «librement» «sans pressions» ou encore «sans contrainte»?

Un autre membre fait référence à la jurisprudence constante de la Cour de cassation, pour qui l'absence d'équivoque est une exigence essentielle du renoncement à un droit. Du point de vue juridique, il n'est pas possible de renoncer au droit à la vie. De plus, si un tel renoncement devait avoir lieu malgré tout, il devra, suivant la Cour de cassation, être non équivoque. Il est donc exclu de supprimer cette condition dans la proposition de loi. L'amendement n° 105 aura pour

nr. 105 zal ertoe leiden dat een arts uit de globale context van de toestand van een patiënt een vraag naar euthanasie kan worden afgeleid, zonder dat deze met zoveel worden werd gesteld. Het schrappen van de ondubbelzinnigheid is derhalve een zeer verre-gaande stap die nefaste gevolgen zal hebben.

Niettemin past deze stap in de logica van het voorstel nr. 2-244/1, die stelt dat euthanasie moet kunnen op verzoek van de patiënt - in de ruime betekenis van dat woord. De verantwoording daarvan is volgens het amendement nr. 105 dat men in geen geval strafrechtelijke risico's mag nemen. Blijkbaar moeten aan het doden van een ander zo weinig mogelijk strafrechtelijke risico's worden verbonden. Vanzelfsprekend kan het lid het niet eens zijn met deze logica.

Amendement nr. 118

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 118), dat ertoe strekt de woorden «het verzoek ... herhaald en duurzaam is,» te vervangen door de woorden «het verzoek ... herhaald is en de patiënt in zijn wil volhardt».

De indieners vinden deze formulering duidelijker en menen dat zij de goedkeuring van de indieners van het voorstel moet wegdragen, aangezien zij toch altijd de wil van de patiënt als leidraad nemen.

Amendement nr. 122

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 122), dat ertoe strekt de vrees weg te nemen dat euthanasieverzoeken kunnen zijn ingegeven niet door fysiek of psychisch lijden maar door uitwendige druk, economische overwegingen of het gevoel een last te zijn voor de familie of de maatschappij.

Dit amendement is onder andere ingediend uit vrees dat euthanasie zal worden toegepast in tehuizen of zelfs thuis op bejaarden die zich in de laatste levensfase bevinden maar nog niet stervend zijn, vooral wier familie uitgeput is, of om «plaats te maken» in een ziekenhuis, of op langdurig zieke patiënten enz.

De indieners van het amendement geven de voorkeur aan de uitdrukking «uit vrije wil zonder enige druk van buitenaf» boven het woord «vrijwillig».

Om alle risico's te vermijden, behoort het tot de verantwoordelijkheid van de arts om zich over de situatie van de patiënt te bekommeren.

Een van de indieners van amendement nr. 14 meent dat het woord «vrijwillig» tegemoetkomt aan de opmerkingen van vorige spreker.

conséquence qu'un médecin pourra déduire une demande d'euthanasie du contexte général de la situation du patient, sans que cette demande soit formulée en termes explicites. Renoncer à ce caractère non équivoque est donc une démarche radicale qui peut avoir des conséquences néfastes.

Le pas ainsi franchi s'inscrit néanmoins dans la logique de la proposition n° 2-244/1, qui veut que l'euthanasie puisse être pratiquée à la demande du patient — au sens large du terme. La raison en est, selon l'amendement n° 105, que l'on ne doit en aucun cas courir un risque pénal. Apparemment, le fait de tuer autrui ne doit exposer qu'au moins de risques possible sur le plan pénal. Il va de soi que le membre ne peut pas souscrire à cette logique.

Amendement n° 118

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 118), tendant à remplacer le mot «persistant» par les mots «et que le patient persiste dans sa volonté».

Ceux-ci paraissent plus clairs, et devraient, à leur estime, rencontrer l'approbation des auteurs de la proposition, qui se réfèrent toujours à la volonté du patient.

Amendement n° 122

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un autre sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 122), tendant à répondre à la crainte que des demandes d'euthanasie puissent être motivées, non par une souffrance physique ou psychique, mais par des pressions extérieures, des raisons de type économique, ou le fait de se sentir à charge de sa famille ou de la société.

L'une des raisons qui ont inspiré le dépôt de cet amendement est la crainte que l'on utilise la possibilité donnée au médecin de pratiquer une euthanasie, notamment à l'égard de patients âgés en fin de vie mais non mourants, dans un home ou même à domicile, face à une famille exténuée, ou encore pour «faire de la place» dans un hôpital, à l'égard de patients atteints de longues maladies, etc.

Les auteurs de l'amendement préfèrent les termes «de son plein gré» au mot «volontairement», et «sans pression extérieure d'aucune sorte».

Pour éviter tout risque à cet égard, il est de la responsabilité du médecin de se soucier de la situation du patient.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 estime que le terme «volontaire» répond aux observations de la précédente intervenante.

Een lid is voorstander van het subamendement in kwestie. Zij acht het mogelijk dat de meeste euthanasieverzoeken afkomstig zijn van verwanten. Daarom moet de nodige aandacht aan hen worden besteed.

Zelfs de meest liefhebbende familieleden kunnen, vaak onbewust, een negatief signaal geven aan de zieke die vanwege zijn situatie bijzonder kwetsbaar is.

Zij kunnen zelf depressieve of zelfmoordneigingen hebben omdat ze het niet meer aankunnen. Vaak hebben zij het meest behoefte aan morele steun.

Dikwijls aanvaardt de patiënt dat zijn leven ten einde is, terwijl de familie dat nog niet kan.

Deze bepaling moet voorkomen dat patiënten om euthanasie vragen onder de zelfs onbewuste druk van hun omgeving.

Spreekster verwijst naar een tamelijk recente Amerikaanse studie en naar een boek over hulp bij zelfdoding van een Amerikaanse ambtenaar, de heer Johnston, die belast is met het bejaardenbeleid in Californië. Hij heeft een sociologische analyse gemaakt van de repercussies van hulp bij zelfdoding en naar de rol van de omgeving van de persoon, die vrijwillig om hulp bij zelfdoding zou hebben gevraagd.

Dit boek is bijzonder interessant omdat het de onbewuste en collectieve ontsporingen aantoonde die het gevolg kunnen zijn van een goed bedoelde wetgeving zoals deze, die een herhaald, vrijwillig en weloverwogen verzoek als criterium vooropstelt.

Zelfs als de naasten slechts zeer uitzonderlijk invloed zouden uitoefenen op de patiënt, dan nog dienen we alles in het werk te stellen om te voorkomen dat de eigen wil en verlangens van de patiënt op die manier worden gestuurd.

Het voorliggende subamendement moet dus worden aangenomen, niet alleen wat betreft de economische en financiële overwegingen maar ook met betrekking tot de maatschappelijke druk en om te voorkomen dat de vrijwillige verzoeken onder invloed van de omgeving tot stand komen.

Een ander lid is van mening dat de betekenis van het amendement nr. 122 essentieel is. Spreker is het niet eens met de stelling dat een euthanasieverzoek, dat vrijwillig tot stand komt na druk van buitenaf, gerechtvaardigd kan zijn. Integendeel is zij van mening dat op een euthanasieverzoek enkel kan worden ingegaan indien vaststaat dat er geen enkele druk is geweest, vanuit welke hoek ook. Anders is het verzoek immers niet «vrijwillig».

Het lid verwijst naar de tussenkomst van een vorige spreekster met betrekking tot het zelfbeschikkings-

Une membre se déclare favorable au sous-amendement en discussion. Elle se dit convaincue que la majorité des demandes d'euthanasie peuvent émaner des proches. Il importe donc d'accorder à ceux-ci toute l'attention nécessaire.

Les proches les plus affectueux peuvent, même inconsciemment, véhiculer ou renforcer des messages négatifs à l'égard du malade qui, en raison de sa situation, est vulnérable.

Ils peuvent aussi avoir eux-mêmes des pensées dépressives ou suicidaires parce qu'il n'en peuvent plus et il peut arriver que ce soient eux qui aient le plus besoin de soutien affectif.

Souvent d'ailleurs, le patient parvient à accepter qu'il arrive à la fin de sa vie, alors que sa famille ne s'y résout pas.

Le texte doit donc être rédigé de façon à éviter que le patient n'en vienne à formuler une demande d'euthanasie sous la pression, même inconsciente, de son entourage.

L'intervenante renvoie à une étude américaine assez récente et à un ouvrage sur le suicide assisté écrit par un fonctionnaire américain, M. Johnston, ayant en charge la politique des personnes âgées en Californie. Il a analysé, d'un point de vue sociologique, les répercussions des suicides assistés et l'entourage de la personne qui aurait demandé volontairement le suicide assisté.

Ce livre est particulièrement intéressant parce qu'il montre les dérives inconscientes et collectives qui peuvent résulter d'une telle législation, bien pensée au départ, exigeant une demande répétée, volontaire et réfléchie, comme on l'envisage ici.

Même s'il n'existait que quelques cas d'influence de proches sur le patient, cela mériterait que l'on fasse tout pour empêcher que la volonté et le désir propre du patient soient ainsi infléchis.

Le sous-amendement en discussion s'impose donc, non seulement pour des raisons d'ordre économique et financier, mais aussi de pressions sociales, et pour éviter que les demandes volontaires soient le résultat de l'influence de l'entourage.

Une autre membre est d'avis que la signification de l'amendement n° 122 est essentielle. Elle ne peut souscrire à la thèse selon laquelle une demande d'euthanasie qui a été formulée de manière volontaire, mais à la suite de pressions extérieures, peut être justifiée. Elle pense au contraire qu'on ne peut accéder à une demande d'euthanasie que s'il est établi qu'il n'y a eu aucune pression, de quelque côté que ce soit. Sans cela, en effet, la demande n'est pas «volontaire».

L'intervenante renvoie à l'intervention d'une préopinante concernant le droit à l'autodétermination.

recht. Wanneer men ernstig ziek is, is men tot last en moet men een beroep doen op de inzet van familie. Wanneer nu het zelfbeschikkingsrecht wordt gepropageerd, zal dit ertoe leiden dat een ernstig zieke patiënt zich voortdurend moet afvragen in hoeverre hij of zij nog voldoende redenen heeft om te blijven doorgaan. Uit psychologisch onderzoek dat reeds in Nederland werd gevoerd, blijkt dat dit fenomeen zich voornamelijk voordoet wanneer dergelijke patiënten de vermoeidheid en de bezorgdheid ontdekken in de ogen van diegenen die zij het meest beminnen. Men kan zich de vraag stellen of dergelijke patiënten volledig vrijwillig hun verzoek formuleren.

Tijdens de hoorzittingen werd er vanuit de medische wereld op gewezen dat het aantal vragen om euthanasie flink is gestegen sedert het moment dat het debat gaande is. Deze exponentiële groei in het aantal verzoeken is voornamelijk te wijten aan de familieleden van de patiënten - en niet aan deze laatsten zélf. De vrees voor een toename van de morele druk op ernstig zieke patiënten wanneer de voorgestelde teksten wet zouden worden, is dan ook helemaal niet ongegrond. Het is daarom van enorm belang te benadrukken dat een euthanasieverzoek nooit tot stand kan komen na druk. Dit gaat om een belangrijk maatschappelijk en ethisch signaal.

Nog een ander lid benadrukt dat rekening moet worden gehouden met de vrees die heeft geleid tot de indiening van het besproken subamendement.

De term «vrijwillig» is volgens hem geen voldoende waarborg om deze vrees weg te nemen, in tegenstelling tot wat een vorige spreker daarover beweerde.

Een zieke kan inderdaad, zoals studies hebben aangetoond, vanwege de sociaal-economische druk besluiten er een einde aan te maken. Denken we bijvoorbeeld aan een terminaal zieke vader uit een arbeidersmilieu die verzorging nodig heeft die zo duur is dat de studies van zijn kinderen in het gedrang komen. In zo'n geval kan die vader vrijwillig beslissen zich op te offeren.

Euthanasie mag niet worden aangewend als voorwendsel om niets te doen aan de leemten die de sociale bijstand vertoont.

Volgens spreker vangt het woord «vrijwillig» dit bezwaar geenszins op.

Recente enquêtes, die toch minstens als een alarm-signaal moeten worden beschouwd, tonen aan dat een groot percentage bejaarden in België het slachtoffer wordt van vooral psychische mishandeling, en dat grotendeels binnen de familie.

Spreker vindt het tamelijk lichtzinnig om dit niet te beschouwen als een vorm van druk die een bejaarde

Lorsqu'on est gravement malade, on représente une charge et on doit faire appel à la famille. Si on en vient à propager le droit à l'autodétermination, un patient gravement malade devra se demander constamment dans quelle mesure il ou elle a encore suffisamment de raisons de continuer. Des études psychologiques déjà menées aux Pays-Bas montrent que ce phénomène se produit surtout lorsque les patients en question découvrent la fatigue et l'inquiétude dans les yeux de ceux qu'ils chérissent le plus. On peut se demander si de tels patients formuleront vraiment leur éventuelle demande d'une manière tout à fait volontaire.

Au cours des auditions, le monde médical a souligné que le nombre de demandes d'euthanasie a sensiblement augmenté depuis que le débat est en cours. Cette augmentation exponentielle du nombre de demandes est essentiellement le fait des membres de la famille des patients, et non pas de ces derniers eux-mêmes. La crainte de voir augmenter la pression morale sur les patients gravement malades si les textes proposés sont votés est donc bien réelle. Aussi est-il primordial de bien souligner qu'une demande d'euthanasie ne peut jamais résulter de pressions. C'est là un signal social et éthique important à donner.

Un autre membre encore insiste sur la préoccupation qui a inspiré le dépôt du sous-amendement en discussion, et demande qu'elle soit prise en compte.

Le terme «volontairement» n'est pas, à ses yeux, une réponse satisfaisante à cette préoccupation, contrairement à ce qu'a dit un précédent orateur.

En effet, un malade peut vouloir en finir en raison de pressions socio-économiques, comme des études l'ont montré. Que l'on songe par exemple à un père de famille d'un milieu laborieux, qui doit recevoir des soins terminaux dont le coût complémentaire est tel que la poursuite de ces soins mettrait en cause les études d'un de ses enfants. Ce père de famille peut, dans un tel contexte, décider volontairement de se sacrifier.

L'euthanasie ne peut être utilisée comme excuse à des lacunes dans le développement de l'aide sociale dans une société.

Aux yeux de l'intervenant, le mot «volontaire» ne répond en aucune façon à cette objection.

Des enquêtes récentes, qui constituent à tout le moins un signal d'alerte, montrent qu'en Belgique, un pourcentage important de personnes âgées sont victimes de maltraitance, en grande partie psychologique, et essentiellement dans le milieu familial.

Que cela ne soit pas considéré comme un facteur qui puisse induire des pressions qui amènent volon-

ertoe kan brengen vrijwillig te vragen dat een einde aan zijn leven wordt gemaakt.

Deze geeft trouwens toe dat er woorden zijn die meer geschikt zijn dan de woorden die het subamendement gebruikt; het is de taak van de commissies om deze te vinden.

Een van de indieners van het amendement nr. 14 wijst erop dat dit laatste precies aan deze bekommernis wenst tegemoet te komen door een halt toe te roepen aan de «economische euthanasie», bijvoorbeeld omwille van een tekort aan ziekenhuisbedden. Ook aan de druk van de familie moet worden weerstaan. Het woord «vrijwillig», dat in het amendement wordt gehanteerd heeft juist deze betekenis. Bovendien worden verderop in de tekst bijkomende garanties ingeschreven op het vlak van consultatie van een bijkomende arts en informatie over de palliatieve mogelijkheden die ter beschikking moet worden gesteld. Ook het verplegend team moet geraadpleegd worden, omdat de mensen die zorgen toedienen vaak in heel nauw contact met de familie van de patiënt verkeren. Deze bijkomende waarborgen stonden niet in het oorspronkelijk wetsvoorstel, en worden nu wél uitdrukkelijk voorzien.

Een lid is het absoluut oneens met de bewering van vorige spreekster. De redenering die wordt opgebouwd rond de term «vrijwillig» is dezelfde als diegene die werd gebruikt bij het liberale gedachtegoed over de juridische geldigheid van rechtshandelingen in de 19e eeuw: de wil van de burger is het recht. De geschiedenis heeft evenwel aangetoond dat, bijvoorbeeld, de relaties tussen pachter en verpachter of tussen werkgever en werknemer ingewikkelder zijn. De wil wordt immers vaak gemanipuleerd en op deze wijze onttrokken aan de werkelijke bedoeling. Als tegenreactie hierop werden bepaalde rechtsbeginselen naar voor geschoven, zoals de trouw, de billijkheid, het verbod op het maken van misbruik van een bovengeschikte positie, en dergelijke meer.

Hier dreigt men evenwel terug te keren naar de 19e eeuwse opvatting. Als middel tegen druk van buitenaf wordt de vrije wil naar voor geschoven. Concreet betekent dit dat een bepaalde druk wordt toegelaten, maar dat een bepaalde druk die zover gaat dat ze de vrije wil ontnemt niet meer wordt toegelaten. Deze juridische benadering dient resoluut verworpen te worden, onder meer omdat ze in strijd is met artikel 2 van het EVRM, zoals reeds herhaaldelijk werd benadrukt.

De kern van de zaak is dat het abstracte beeld dat wordt opgehangen, met name dat een terminaal zieke patiënt nog een vrije wil zou kunnen uiten zoals een gezond persoon, absoluut niet strookt met de werkelijkheid. De wilsvorming van een dergelijk iemand is immers veel kwetsbaarder en meer onzeker. Het is derhalve uit den boze aan dergelijke wilsuiting derge-

tairement quelqu'un à décider d'en finir, c'est, aux yeux de l'intervenant, prendre les choses de façon un peu légère.

Celui-ci admet par ailleurs qu'il puisse y avoir des mots plus adéquats que ceux proposés dans le sous-amendement, et il appartient aux commissions de les trouver.

Une des auteurs de l'amendement n° 14 souligne que ce dernier vise précisément à répondre à cette préoccupation en empêchant l'«euthanasie économique», qui pourrait résulter par exemple d'un manque de lits d'hôpitaux. Il faut également résister à la pression des familles. Telle est précisément la portée du terme «volontaire» utilisé dans l'amendement. En outre, on prévoit plus loin dans le texte des garanties supplémentaires avec la consultation d'un autre médecin et l'information à fournir sur les possibilités palliatives. L'équipe soignante aussi doit être consultée parce que les gens qui prodiguent les soins ont souvent des rapports très étroits avec la famille du patient. Ces garanties supplémentaires ne figuraient pas dans la proposition initiale et sont désormais prévues explicitement.

Un membre n'est absolument pas d'accord avec l'affirmation de la préopinante. Le raisonnement construit autour du terme «volontaire» est identique à celui qui était utilisé au XIX^e siècle par le libéralisme concernant la validité des actes juridiques: c'est la volonté du citoyen qui fait droit. Or, l'histoire a montré que les relations entre, par exemple, bailleur et preneur ou employeur et travailleur sont autrement plus complexes. La volonté est en effet souvent manipulée et, ainsi, détournée de l'intention réelle. En réaction, on a mis en avant certains principes de droit, comme la fidélité, l'équité, l'interdiction d'abuser d'une position dominante, etc.

En l'espèce, on risque toutefois d'en revenir à la conception du XIX^e siècle. Comme parade à la pression extérieure, on postule le libre arbitre. Concrètement, cela signifie que l'on admet une certaine pression, mais qu'une certaine pression qui irait jusqu'à annihiler le libre arbitre n'est plus admise. Il convient de rejeter résolument cette conception juridique, notamment parce qu'elle est contraire à l'article 2 de la CEDH, ainsi qu'on l'a déjà plusieurs fois souligné.

Le nœud de la question, c'est que l'image abstraite que l'on nous dépeint du patient en phase terminale qui pourrait encore exercer son libre arbitre comme une personne en bonne santé, n'est en fait pas du tout conforme à la réalité. Le processus par lequel se détermine la volonté d'un tel patient est beaucoup plus fragile et aléatoire. Il est dès lors inadmissible de

lijke verregaande gevolgen te verbinden. Het signaal dat uit de hoorzittingen en vanuit de palliatieve beweging naar voor is gekomen is om deze mensen op te vangen in hun zorg en hen te begeleiden. In die zin is het amendement nr. 122 de vanzelfsprekendheid zelf.

Het is juist dat één en ander moet worden gezien in een totaalbeeld. Niettemin werd vanuit de meerderheid een amendement nr. 105 neergelegd, dat de term «ondubbelzinnig» heeft geschrapt uit de tekst. De waarborgen die worden ingebouwd, die rekening houden met de fragiliteit van de betrokken personen, met name dat het verzoek «ondubbelzinnig» moet zijn, worden stelselmatig verzwakt. De wet doet afbreuk aan de rijkdom en de complexiteit van de situatie en beantwoordt niet aan de werkelijkheid. Spreker herhaalt dat, zijns inziens, het doel van de wet is om zo weinig mogelijk strafrechtelijke risico's te creëren voor de arts die euthanasie toepast. Dit doel vertrekt vanuit een mens- en maatschappijbeeld dat het lid onmogelijk kan delen.

Een lid deelt de mening dat de term «vrijwillig» erg dubbelzinnig is en het risico op mogelijke druk door de familie niet wegneemt.

De nieuwe wet moet hoe dan ook rekening houden met deze bezorgdheid.

Paragraaf 3 neemt deze twijfel niet weg.

Een patiënt die correct is ingelicht door zijn arts, kan immers nog altijd onder druk gezet worden.

De term «vrijwillig» geeft enkel aan dat de patiënt de beslissing zelf neemt. Deze beslissing zal het resultaat zijn van de afweging van verscheidene elementen.

De patiënt kan dan beslissen vrijwillig een eind te maken aan zijn leven, terwijl hij misschien in andere omstandigheden (goede pijnbestrijding, geen druk van de familie, ...) de tegengestelde beslissing genomen zou hebben.

De indieners van het subamendement willen precies deze struikelblokken vermijden. De termen die nu gebruikt worden in de voorgestelde tekst houden hier immers geen rekening mee.

Druk van buitenaf kan op verschillende manieren worden uitgeoefend.

Een senator is van mening dat de verantwoordelijkheid van de arts om te oordelen over de druk die desgevallend wordt uitgeoefend op de patiënt verpletterend is, en misschien nog groter is dan wanneer hij moet oordelen over de pijn van de patiënt.

Echter wijst de senator erop dat voorliggend wetsvoorstel, zoals het zal worden gewijzigd door het

permettre qu'une manifestation de volonté telle que celle-là ait des conséquences aussi radicales. Le signal donné par les auditions et le mouvement palliatif est qu'il faut prendre en charge le tourment de ces personnes et leur procurer un accompagnement. Dans ce sens, l'amendement n° 122 est l'évidence même.

Il est exact de dire que toutes ces questions doivent être envisagées dans une vision d'ensemble. Du côté de la majorité, on a pourtant déposé un amendement n° 105 qui supprime du texte les termes «non équivoque». Les garanties que l'on insère pour prendre en compte la fragilité des intéressés, notamment en prévoyant que la demande doit être formulée «de manière non équivoque», sont systématiquement éliminées. La loi méconnaît la richesse et la complexité de la situation et ne répond pas à la réalité. L'intervenant répète que selon lui, l'objectif de la loi est de faire courir le moins de risques possible sur le plan pénal au médecin qui pratique l'euthanasie. Cet objectif repose sur une conception de l'homme et de la société que l'intervenant ne peut absolument pas partager.

Un membre partage le point de vue selon lequel le terme «volontaire» est extrêmement ambigu, et ne répond pas aux préoccupations liées aux pressions possibles de la famille.

La loi future, quelle qu'elle soit, doit prendre en compte ces préoccupations.

Le § 3 ne répond pas à celles-ci.

Ce n'est pas parce que le patient est correctement informé par son médecin qu'il ne peut être l'objet de pressions ou de contraintes.

Le mot «volontaire» indique seulement qu'il va prendre lui-même la décision. Cette décision sera le fruit d'un arbitrage entre différents éléments.

Elle pourra être de mettre fin volontairement à sa vie alors que, si le patient s'était trouvé dans d'autres conditions (traitement adéquat de la douleur, absence de pressions familiales, ...), une décision inverse eût été prise.

Ce sont ces écueils que les auteurs du sous-amendement veulent éviter, et qu'aucun des termes actuellement repris dans le texte à l'examen ne permet d'éviter.

Il est fait observer que les pressions extérieures peuvent s'exercer en sens divers.

Un sénateur estime que la responsabilité du médecin qui doit se prononcer sur la pression éventuellement exercée sur le patient est écrasante et peut-être encore plus forte que lorsqu'il doit évaluer la douleur du patient.

Il souligne néanmoins que la proposition de loi en discussion telle qu'elle sera modifiée par l'amende-

amendement nr. 14, wel degelijk rekening houdt met deze problematiek. Ook in de Nederlandse tekst wordt meermaals het woord «vrijwillig» gehanteerd, precies om te vermijden dat er sociale druk zou worden uitgeoefend op de patiënt. Spreker begrijpt niet goed dat sommigen de vrijwilligheid willen herleiden tot een vorm van individualisme, zelfbeschikking of liberalisme. De indieners van het amendement willen integendeel aangeven dat vereist is dat de patiënt zélf, uit vrije wil, de vraag naar euthanasie heeft gesteld. De senator verwijst overigens naar het amendement nr. 115 B, dat door hem werd ingediend, dat benadrukt dat uit de individuele contacten die de arts met de patiënt heeft, de arts er volledig van moet overtuigd zijn dat de patiënt zijn verzoek vrijwillig heeft gedaan. Het is echter volstrekt onmogelijk om in een wettekst elke vorm van sociale druk uit te sluiten. Uiteindelijk zal de arts hier zijn verantwoordelijkheid moeten nemen.

Een lid wijst erop dat de tekst, zoals voorgesteld door de amendementen nrs. 14 en 105, ook stelt dat het verzoek «overwogen» en «herhaald» moet worden gedaan. De beste verdediging tegen misbruiken is juist de zelfbeschikking. Totalitaire staten zijn precies totalitair omdat ze een inbreuk plegen op de zelfbeschikking.

Overigens wijst spreker erop dat in het beslissingsproces de vraag naar euthanasie wordt beïnvloed door de angst voor het lijden, door het gevoel van afhankelijkheid en het verlies van zelfrespect. De patiënt heeft het recht om euthanasie te vragen, maar dit betekent niet automatisch dat deze ook wordt uitgevoerd. Het zelfbeschikkingsrecht is immers niet absoluut. De wil van de patiënt en het oordeel van de arts worden ten opzichte van elkaar afgewogen.

Een ander lid meent dat het amendement nr. 122 een zeer belangrijke toevoeging is, vermits het niet enkel het woord «vrijwillig» specificeert, maar volgens haar ook een bijkomende inhoudelijke voorwaarde in het leven roept. Spreekster vraagt zich af of dit ook de mening van andere commissieleden is.

Zij verwijst naar één van de eerste voorstellen die omtrent euthanasie tijdens deze legislatuur werden gedaan, waarin het mogelijk werd gemaakt dat een patiënt die zich overbodig en tot last voelt euthanasie kon vragen en krijgen, zonder dat er van een misdrijf sprake was. Wanneer het amendement nr. 122 zou worden aangenomen, zou een dergelijke situatie expliciet worden uitgesloten. In die zin gaat het om een bijkomende voorwaarde, die verder gaat dan enkel het benadrukken van de vrijwilligheid.

In vele gevallen — sommigen spreken van 50% — wordt immers naar aanleiding van het overlijden van een patiënt ruzie gemaakt tussen de verschillende familieleden, veelal over erfenissen. Het gevaar bestaat dat een dergelijke situatie de euthanasievraag

ment n° 14 tient bel et bien compte de cette problématique. Dans le texte néerlandais aussi, le terme «vrijwillig» est utilisé à plusieurs reprises, précisément pour éviter qu'une pression sociale ne soit exercée sur le patient. L'intervenant ne comprend pas bien que d'aucuns souhaitent ramener le caractère volontaire à une forme d'individualisme, d'autodétermination ou de libéralisme. Les auteurs de l'amendement veulent, au contraire, indiquer qu'il faut que le patient ait posé lui-même, de son plein gré, la demande d'euthanasie. Le sénateur renvoie par ailleurs à l'amendement n° 115B déposé par lui, qui souligne que les contacts individuels que le médecin a avec le patient doivent le convaincre pleinement que le patient a fait sa demande volontairement. Il est toutefois tout à fait impossible d'exclure, dans un texte de loi, toute forme de pression sociale. En définitive, le médecin devra en l'espèce prendre ses responsabilités.

Un commissaire souligne que le texte tel qu'il est proposé par les amendements n°s 14 et 105 dit également que la demande doit être formulée de manière «réfléchie» et «répétée». La meilleure défense contre les abus est justement l'autodétermination. Les États totalitaires sont précisément totalitaires parce qu'ils violent l'autodétermination.

D'ailleurs, l'intervenant signale que, dans le processus décisionnel, la demande d'euthanasie est influencée par la peur de souffrir, le sentiment de dépendance et la perte du respect de soi. Le patient a le droit de demander l'euthanasie, mais cela ne signifie pas automatiquement que celle-ci sera pratiquée. C'est que le droit à l'autodétermination n'est pas absolu. La volonté du patient et l'appréciation du médecin sont mis en balance.

Une autre membre estime que l'amendement n° 122 constitue un ajout très important, puisque non seulement il spécifie le mot «volontaire», mais en outre il crée, selon elle, une condition de fond supplémentaire. Elle se demande si d'autres commissaires partagent cet avis.

Elle renvoie à une des premières propositions relatives à l'euthanasie faites au cours de la présente législature, qui prévoyait qu'un patient se considérant comme inutile et à charge pouvait demander et obtenir l'euthanasie sans qu'on puisse parler d'infraction. L'adoption de l'amendement n° 122 exclurait explicitement une telle situation. Dans ce sens, il s'agit d'une condition supplémentaire, qui fait plus que simplement souligner le caractère volontaire.

Dans de nombreux cas — certains parlent de 50% — des disputes opposent en effet les différents membres de la famille à l'occasion du décès d'un patient, le plus souvent pour des questions d'héritage. Une telle situation risque d'influencer la demande

zou beïnvloeden. Dit dient absoluut vermeden te worden door de wet die de euthanasie regelt.

Een senator is het ermee eens dat dergelijke situaties moeten worden uitgesloten. Wanneer het gevoel dat bij de patiënt leeft, dat hij slechts tot last is van zijn naasten en zich hierdoor overbodig voelt, het enige motief is voor een euthanasievraag, kan hier niet op worden ingegaan. Palliatieve zorg biedt op dat vlak wel een oplossing. De arts moet dit zorgvuldig controleren.

Als antwoord op een lid dat meende dat zelfbeschikkingsrecht de beste bescherming biedt tegen misbruiken, zegt een lid dat de geschiedenis al heeft aangetoond dat dit niet voldoende is. Er is ook een sociale solidariteit nodig, zodat iedereen een degelijk leven kan leiden, toegang heeft tot diensten en middelen en beschermd wordt tegen te veel sociaal-economische druk.

Dit evenwicht is de zin van onze samenleving. Zonder zelfbeschikking bevinden we ons in het totalitarisme. Maar zoals de heer Maystadt zei, zonder solidariteit of sociale bescherming bevinden we ons in een «open kippenhok met loslopende vossen». Het woord «vrijwillig» biedt dus geen antwoord op de bezorgdheid van spreker aangezien een persoon er onder sociaal-economische druk kan toe worden aangezet «vrijwillig» te verzoeken om euthanasie. Wetenschappelijke studies hebben dit aangetoond. Recentelijk nog heeft dokter Clumeck deze situatie aangehaald naar aanleiding van een studie over een reeks patiënten die lijden aan amyotrofische laterale sclerose. Deze studie toonde aan dat de verzoeken verschilden naargelang de sociaal-economische context en de omgeving van de patiënt.

Spreker deelt de bezorgdheid van een van de zes indieners om zowel vergissingen door overdaad als vergissingen door tekortkomingen te vermijden.

Het zou een vergissing door overdaad zijn als erg kwetsbare personen niet tegen deze druk beschermd zouden worden.

Een ander lid meent dat de zes indieners een erg cartesiaanse visie huldigen en niet enkel de menswetenschappen en de psychologie negeren maar ook de sociologie.

Hoeveel sociologen hebben immers niet al benadrukt dat er in ziekenhuizen een technische en financiële rationaliteit heerst waaraan grenzen gesteld moeten worden.

De al vermelde studie van de heer Johnston toont aan dat familie die de patiënt omringt, evenveel nood heeft aan medicijnen en steun als de patiënt zelf.

Daar moet men altijd rekening mee houden.

d'euthanasie. C'est ce que doit absolument prévenir la loi qui réglera l'euthanasie.

Un sénateur reconnaît qu'il faut exclure des situations de ce genre. Si le sentiment qu'éprouve le patient de n'être rien d'autre qu'une charge pour ses proches et d'être, de ce fait, inutile est l'unique motif de sa demande d'euthanasie, on ne peut pas y accéder. Les soins palliatifs offrent sur ce plan une solution. Le médecin doit contrôler consciencieusement cet aspect.

En réponse à un membre, qui estimait que l'autodétermination constituait la meilleure protection contre les abus, un membre déclare que cela n'est pas suffisant, comme l'histoire nous l'a appris. Il faut aussi la solidarité sociale, qui garantit à chacun un niveau de vie et d'accès aux services et ressources, qui le mette à l'abri des contraintes et pressions socio-économiques excessives.

C'est cet équilibre qui est le sens même de nos sociétés. Sans autodétermination, on se trouve évidemment dans le totalitarisme. Mais sans solidarité ni protection sociale, on se trouve, comme le disait M. Maystadt, «dans le poulailler libre, avec des renards libres». Le mot «volontaire» n'est donc pas une réponse à la préoccupation de l'intervenant puisque, sous une pression socio-économique, une personne pourrait être amenée à formuler «volontairement» une demande d'euthanasie. Des études scientifiques l'ont montré. Récemment encore, le docteur Clumeck a fait état de cette situation, à propos d'une étude réalisée au sujet d'une série de patients souffrant de sclérose latérale amyotrophique, et qui montrait que, suivant le contexte socio-économique et l'environnement, les demandes variaient.

L'intervenant rejoint entièrement la préoccupation exprimée par l'un des six auteurs d'éviter à la fois les erreurs par excès et les erreurs par défaut.

En l'occurrence, on se trouverait précisément devant des erreurs par excès, si l'on ne prémunissait pas les personnes en situation de plus grande fragilité contre les pressions en question.

Un autre membre estime que les six auteurs ont une vision des choses très cartésienne, qui méconnaît non seulement les sciences humaines et la psychologie, mais aussi l'apport de la sociologie.

Combien de sociologues n'ont-ils pas souligné qu'il existe dans les hôpitaux une rationalité technique et financière qui a tendance à l'emporter, et que des balises sont nécessaires en la matière.

L'étude de M. Johnston déjà citée montre qu'autant de médicaments et de réconfort sont nécessaires aux familles qui entourent les patients qu'à ces derniers.

Il faut tenir compte de cet élément.

Een lid merkt op dat hij nog steeds geen beter woord heeft gehoord dan de term «vrijwillig», dat perfect uitdrukt dat de patiënt uit vrije wil — en niet als gevolg van enige druk — zijn verzoek om euthanasie moet formuleren.

Een volgende spreker verwijst naar de toelichting bij het wetsvoorstel van haar hand met betrekking tot de euthanasie (Stuk Senaat, nr. 2-86/1), waarin inderdaad een Nederlands onderzoek werd geciteerd volgens hetwelk een verzoek tot euthanasie vaak uit hulpbehoefte werd gesteld. Dit is een realiteit, waarmee rekening werd gehouden bij de redactie van het voorstel nr. 2-244 en het amendement nr. 14. Er moet echter bij worden gezegd dat de voorgestelde teksten zodanig werden opgesteld dat dergelijke situaties tot een absoluut minimum worden herleid.

Een lid oordeelt dat de wetgever een eigen verantwoordelijkheid heeft. De vraag daarbij is steeds in hoeverre bepaalde gedragingen de regel zijn, met andere woorden of er een onderscheid is tussen het zijn en het moeten zijn. Het is niet omdat bepaalde misbruiken bestaan, dat dit hierom de maatschappelijke norm moet zijn. In het andere geval moet men de rol van de wetgever herleiden tot een soort observatorium.

Het lid benadrukt vervolgens dat zijn uitgangspunt, met name dat het zelfbeschikkingsrecht niet het begin en het einde van het euthanasiedebat is, niet moet leiden tot een pleidooi voor een totalitair regime, zoals een vorige spreker heeft gesuggereerd. Hij heeft enkel willen zeggen dat de zieke patiënt zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt, waardoor hij moet beschermd worden.

Bovendien verwijst spreker naar de beginselen die twee eeuwen geleden werden opgenomen in het Burgerlijk Wetboek, volgens dewelke een testament moet worden opgemaakt uit vrije wil. Dit is één van de geldigheidsvereisten van een testament. De auteurs van het Burgelijk Wetboek gaven blijk van een groot psychologisch inzicht in de samenleving omdat, naast het vrijwillig karakter van het testament, in artikel 909 ook werd ingeschreven dat artsen en apothekers, die de patiënt hebben behandeld voor de ziekte waaraan hij overleden is, geen materieel voordeel kunnen putten uit een testament dat tijdens de ziekte te hunnen behoeve werd opgesteld. Het Burgerlijk Wetboek heeft hiermee willen reageren tegen de erfenisbejaging en allerhande misbruiken.

Eén en ander is niet zonder belang voor de discussie die thans wordt gevoerd. Het verzorgend personeel kan immers een immense druk uitoefenen ten aanzien van een zieke. Het Burgerlijk Wetboek heeft precies willen uitdrukken dat de vrije wil niet het laatste woord is om een situatie te beoordelen, maar schrijft enkele waarborgen in. Dit is een onweerlegbaar vermoeden van de maatschappelijke druk die door ver-

Un commissaire fait observer que le meilleur terme qu'il ait entendu est le mot «volontaire», qui dit parfaitement que le patient doit formuler de son plein gré — et non sous une quelconque pression — sa demande d'euthanasie.

L'intervenante suivante renvoie aux développements de la proposition de loi relative à l'euthanasie dont elle est l'auteur (doc. Sénat, n° 2-86/1) et qui cite effectivement une enquête néerlandaise selon laquelle une demande d'euthanasie a souvent pour cause une infirmité. C'est là une réalité dont il a été tenu compte lors de la rédaction de la proposition n° 2-244 et de l'amendement n° 14. Il faut toutefois ajouter que les textes proposés ont été rédigés de manière à réduire de telles situations à un minimum absolu.

Un membre estime que le législateur a sa propre responsabilité. La question qui se pose est toujours de savoir dans quelle mesure certains comportements sont la règle, en d'autres termes, s'il y a une distinction entre ce qui est et ce qui doit être. Ce n'est pas parce qu'il existe certains abus que cela doit être la norme sociale. Dans le cas contraire, il faut réduire le rôle du législateur à une sorte d'observatoire.

L'intervenant souligne ensuite que son point de départ, à savoir que le droit à l'autodétermination n'est ni le début, ni la fin du débat sur l'euthanasie, ne doit pas aboutir à un plaidoyer en faveur d'un régime totalitaire, comme l'a suggéré un intervenant précédent. Il a simplement voulu dire que le patient malade se trouve dans une situation de dépendance qui nécessite qu'il soit protégé.

Il renvoie en outre aux principes qui ont été inscrits voici deux siècles dans le Code civil, à savoir qu'un testament doit être rédigé du plein gré de son auteur. C'est l'une des conditions de validité d'un testament. Les auteurs du Code civil ont fait montre d'une grande intelligence psychologique de la société car en plus du caractère volontaire du testament, ils ont également inscrit à l'article 909 que les médecins et les pharmaciens qui auront traité le patient pendant la maladie dont il meurt ne pourront profiter matériellement d'un testament qu'il aurait fait en leur faveur pendant le cours de sa maladie. Le Code civil a ainsi voulu réagir contre la captation d'héritage et des abus de tous ordres.

Tout cela n'est pas dénué d'importance dans la discussion menée aujourd'hui. Le personnel soignant peut en effet exercer une énorme pression sur un malade. Le Code civil a précisément voulu dire que le plein gré n'est pas le dernier mot pour apprécier une situation, mais il introduit certaines garanties. C'est une présomption irréfutable de la pression sociale qui peut être exercée par le personnel soignant. Il ne suffit

zorgend personeel kan worden uitgeoefend. Het volstaat derhalve niet om in de wet te schrijven dat de euthanasie «vrijwillig» moet zijn. Er moeten bijkomende waarborgen worden voorzien. De voorgestelde weglating van het woord «ondubbelzinnig» geeft het verkeerde signaal.

Op basis van wat hij meemaakte met een naaste verwant, meent een lid dat vrij veel patiënten op een bepaald ogenblik in een toestand verkeren waarin zij geen eigen wil meer hebben.

Ook bij palliatieve zorg kan niemand garanderen dat de patiënt echt zijn wil te kennen geeft. Als de zaken op die manier worden opgevat, staat de wetgever voor een onmogelijke taak.

Men mag niet uit het oog verliezen dat de patiënt zijn arts als bondgenoot heeft. Men mag niet voor sommige zaken de arts op de voorgrond plaatsen en hem voor andere zaken negeren.

Spreeker wenst dat iedereen zich duidelijk voor of tegen euthanasie zou uitspreken, opdat eindelijk een uitweg kan worden gevonden uit de discussie die al maanden aansleept.

Een senator reageert op een tussenkomst van een vorige spreker met betrekking tot het erfrecht van artsen en verzorgers van de nalatenschap van hun patiënten. De reden hiervoor is niet zozeer dat ze druk kunnen uitoefenen op de patiënt, maar wel omdat ze zijn verzorging in handen hebben en hem derhalve zouden kunnen ombrengen. Mocht een arts de mogelijkheid hebben te erven van een 80-jarige, dan zou de motivatie om hem alle zorgen toe te dienen misschien minder groot zijn.

Niettemin erkent spreker dat iemand, die profijt kan halen uit het overlijden van een patiënt, deze op negatieve wijze kan beïnvloeden. Dit gebeurt in de realiteit. De omgeving van de patiënt oefent soms druk uit op de arts om één of andere vorm van euthanasie toe te passen. Ook de arts oefent soms druk uit op de patiënt. De arts moet hieromtrent wel een gewetensonderzoek doen en samen met de patiënt tot de juiste conclusie komen. Men kan dit in de wettekst zetten, maar dit zal niet uitsluiten dat bepaalde situaties zich op het terrein zullen blijven voordoen. Dit mag evenwel niet als argument tegen de euthanasie worden gebruikt.

Een vorige spreker antwoordt op een uitspraak van een senator in verband met de uitsluiting van artsen en verzorgers van de erfenissen van hun patiënten. Deze bepaling is wel degelijk ingegeven door de bijzondere kwetsbaarheid van de patiënt tegenover de geneesheer, zoals blijkt uit de voorbereidende werkzaamheden van het Burgerlijk Wetboek. Spreker vraagt zich af welke de bron is om deze uitspraak te

donc pas d'inscrire dans la loi que l'euthanasie doit être «volontaire». Il faut prévoir des garanties supplémentaires. La suppression proposée des mots «non équivoque» donne un signal erroné.

Un membre déclare que, se fondant sur l'expérience vécue avec un proche, il pense que bon nombre de patients se trouvent à un moment donné dans une situation où ils n'ont plus de volonté propre.

Lorsqu'on parle de soins palliatifs, personne ne peut garantir non plus que le patient exprime vraiment sa volonté. Si l'on considère les choses de la sorte, la mission du législateur devient alors impossible.

Il ne faut pas perdre de vue que le patient a un allié en la matière, à savoir le médecin. On ne peut mettre le rôle de ce dernier en avant pour certaines choses, et le gommer pour d'autres.

Enfin, l'intervenant souhaiterait que ceux qui sont opposés à l'euthanasie et ceux qui y sont favorables le disent clairement, ce qui permettrait de sortir de la discussion où l'on s'enferme depuis des mois, et d'avancer.

Un sénateur réagit à l'intervention d'un orateur précédent concernant le droit des médecins et du personnel soignant d'hériter de leurs patients. L'argument en la matière n'est pas tellement qu'ils peuvent exercer des pressions sur le patient, mais bien qu'ils sont maîtres du traitement et qu'ils pourraient donc le tuer. Un médecin qui aurait la possibilité d'hériter d'une personne de quatre-vingt ans, aurait peut-être moins de raisons de lui administrer tous les soins.

Toutefois, l'intervenant reconnaît qu'une personne qui pourrait tirer profit du décès d'un patient pourrait influencer négativement celui-ci. De telles choses arrivent. L'entourage du patient exerce parfois des pressions sur le médecin pour que celui-ci pratique l'une ou l'autre forme d'euthanasie. Le médecin lui-même exerce parfois des pressions sur le patient. Dans bien des cas, le médecin doit procéder à un examen de conscience à ce sujet et tirer, avec le patient, la bonne conclusion. On peut inscrire cela dans un texte de loi, mais on ne pourra pas éviter que certaines situations continuent à se présenter dans les faits. Toutefois, l'on ne saurait utiliser ce qui vient d'être dit comme argument contre l'euthanasie.

Un intervenant précédent réagit à une déclaration d'un sénateur concernant l'exclusion des médecins et du personnel soignant des successions de leurs patients. L'on a bel et bien adopté cette disposition en raison de la vulnérabilité particulière du patient par rapport au médecin, comme le montrent les travaux préparatoires du Code civil. L'intervenant se demande sur quelle source l'on se base pour réfuter

ontkennen. Bovendien verwijst hij naar de bepaling waarbij de verstrekker van geneeskundige zorgen een voorrecht heeft in de schuldvordering, opdat ook onvermogen patiënten op dezelfde wijze kunnen worden verzorgd. Dit heeft evenwel niets te maken met de uitsluiting uit het erfrecht.

Een lid herhaalt haar vraag of een euthanasieverzoek overeenkomstig het amendement nr. 14 gerechtvaardigd kan zijn, door de loutere overweging van de patiënt dat hij zich tot last voelt van zijn familie en zijn omgeving.

Amendement nr. 65

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in, dat een subsidiair amendement is op haar subamendement nr. 63 (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 65).

Dit amendement strekt ertoe in § 1 van artikel 3, derde streepje, na de woorden «patiënt» de woorden «in een stervensfase verkeert en» in te voegen.

Spreekster meent dat de woorden «medisch uitzichtloze toestand» een veel te ruime lading dekken en onvoldoende gedefinieerd zijn op medisch vlak.

Er is veel over de «terminale fase» gediscussieerd, en vooral over de moeilijkheden om deze te definiëren. Spreekster stelt echter vast dat de indieners van het voorstel ernaar verwijzen wanneer zij spreken van het overlijden dat kennelijk niet op korte termijn zal plaatsvinden.

Spreekster herhaalt dat volgens haar een ruime consensus mogelijk is over euthanasie in de terminale fase, waarin volgens haar veruit de meeste gevallen voorkomen, en waarover de wetgevingen van Oregon en van Australië handelen.

In tegenstelling tot de zwart-wit visie van sommigen, wordt het debat niet gevoerd door voor- en tegenstanders van euthanasie, maar door de parlementariërs die de best mogelijke wetgeving trachten op te stellen in een materie die zeer delicaat is, gezien de verscheidenheid aan situaties.

Een lid vraagt of de vorige spreekster het gedeelte van het wetsvoorstel over de terminale fase zou goedkeuren indien de zes indieners het gedeelte van de tekst over de niet-terminale fase schrappen.

De vorige spreekster antwoordt dat ze met een aantal andere collega's gewerkt heeft aan een bijdrage die hieromtrent duidelijk was, en die hier ingediend wordt in de vorm van amendementen.

Een lid benadrukt dat hij zich niet het recht toeigent om euthanasie te weigeren aan een ongeneeslijk zieke patiënt die lijdt aan fysieke of psychische pijn die de geneeskunde niet kan verzachten.

pareille affirmation. De plus, il renvoie à la disposition qui prévoit que le dispensateur de soins médicaux a un privilège sur la créance, pour que les patients insolubles puissent être soignés de la même manière que les autres. Toutefois, cela n'a rien à voir avec l'exclusion de la succession.

Une membre redemande si en vertu de l'amendement n° 14 une demande d'euthanasie peut être justifié simplement par le fait que le patient a le sentiment d'être une charge pour sa famille et pour son entourage.

Amendement n° 65

Mme de T'Serclaes dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14, qui est également un amendement subsidiaire à son sous-amendement n° 63 (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 65).

Cet amendement tend à insérer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, au 3^e tiret, après les mots «se trouve», les mots «en phase terminale».

L'intervenante estime que la «situation médicale sans issue» est un concept beaucoup trop large et insuffisamment défini sur le plan médical.

On a beaucoup discuté sur la notion de «phase terminale», en insistant sur la difficulté à la définir. L'intervenante constate cependant que les auteurs de la proposition y font référence, lorsqu'ils visent le décès qui n'interviendra manifestement pas à brève échéance.

L'intervenante répète qu'elle croit un large consensus possible sur la pratique de l'euthanasie en phase terminale, où se situent la grande majorité des cas, et à laquelle se réfèrent les législations de l'Oregon et de l'Australie.

Contrairement à la présentation manichéenne que certains font du débat, il ne s'agit pas de ceux qui seraient pour ou contre l'euthanasie, mais de parlementaires qui s'efforcent de mettre au point la meilleure législation possible dans une matière particulièrement délicate, tant les situations sont diverses.

Un membre demande si, à supposer que les six auteurs retirent la partie de leur texte qui concerne la phase non terminale, la précédente intervenante accepterait de voter la partie de la proposition de loi relative à la phase terminale.

L'intervenante précédente répond qu'elle s'est employée, avec d'autres collègues, à élaborer une contribution qui soit claire à ce sujet, et qui est déposée ici sous forme d'amendements.

Un membre souligne qu'il ne se reconnaît pas le droit de refuser le bénéfice d'une euthanasie à un malade incurable qui présente des souffrances physiques ou psychiques que la médecine ne peut soulager.

Vorige spreekster merkt op dat het voorliggende voorstel geen recht op euthanasie instelt, en dat de arts nooit verplicht is in te gaan op een dergelijk verzoek.

Een lid meent dat sommigen steeds dwars liggen, dezelfde vragen blijven stellen, en in feite een sociale controle op het levenseinde willen uitoefenen, en voorkomen dat de patiënt hierover zijn mening kan uiten.

Vorige spreekster herhaalt dat deze kritiek op vermeende bedoelingen rust, wat zij niet kan aanvaarden.

Een lid vraagt of men «vrijwillig» euthanasie mag aanvragen, om sociaal-economische redenen.

Een ander lid antwoordt bevestigend, op voorwaarde dat de beslissing vrij, dus zonder druk, genomen wordt. Tegenwoordig heeft elkeen het recht zelfmoord te plegen, om redenen die hem aangaan.

Iemand mag dus euthanasie aanvragen om persoonlijke redenen.

De wetgever probeert deze redenen, die vrij van elke vorm van druk moeten zijn, te omschrijven.

Amendementen nrs. 66 en 213

Mevrouw de T' Serclaes dient twee subamendementen op amendement nr. 14 in, die ertoe strekken in § 1, derde streepje, van het voorgestelde artikel 3 de woorden «pijn of nood» te vervangen door de woorden «lichamelijk of geestelijk lijden» (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 66) of door de woorden «fysieke of psychische» (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 213).

De indiener van de amendementen is de mening toegedaan dat het woord «nood» hier een meer economische connotatie heeft in plaats van de betekenis van «lijden». Niettemin is het duidelijk dat het niet volstaat alleen de zuiver lichamelijke pijn in aanmerking te laten komen.

Verschillende leden sluiten zich aan bij die amendementen.

Een ander lid kan niet instemmen met het amendement nr. 66. Hoewel het schrappen van het woord «nood» uit de tekst ontegenzeggelijk positief is, moet erop worden gewezen dat het bijzonder onduidelijk is wat wordt bedoeld met «geestelijk lijden». Waar het fysieke lijden ook psychisch lijden voor gevolg heeft en er zelfs nauw mee verbonden is, is het isoleren van het louter geestelijk lijden bijzonder gevaarlijk. Het is immers zeer moeilijk deze term te objectiveren.

Overeenkomstig de amendementen nrs. 14 en 66 is het niet uitgesloten dat het geestelijk lijden dat niet te

La précédente intervenante observe que la proposition à l'examen n'institue pas un droit à l'euthanasie, et que le médecin n'est jamais obligé de donner suite à une telle demande.

Un membre estime que certains multiplient les obstacles, répètent sans cesse les mêmes questions, et veulent en fait exercer un contrôle social total sur la fin de vie, et empêcher que le patient puisse exprimer sa volonté en la matière.

La précédente intervenante réplique qu'il s'agit là de procès d'intentions qu'elle ne peut accepter.

Un membre demande si l'on peut choisir «volontairement» l'euthanasie, pour des raisons socio-économiques.

Un autre membre répond par l'affirmative, pour autant que la décision soit prise librement, ce qui exclut les pressions. Chacun a le droit, actuellement, de se suicider, et ce pour les raisons qui le regardent.

Dès lors, quelqu'un peut demander l'euthanasie s'il a des raisons personnelles pour le faire.

Le législateur essaie de définir parmi les raisons possibles, celles qui doivent être libres de pressions.

Amendements n^{os} 66 et 213

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 14 deux sous-amendements, tendant à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, au 3^e tiret, les mots «ou d'une détresse» par les mots «physiques ou psychiques» (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 66) ou par les mots «physiques et psychiques» (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendement n^o 213).

L'auteur des amendements estime que le mot «détresse» a ici une connotation plus économique que reflétant véritablement la notion de souffrance. Néanmoins, il est clair que l'on ne peut se contenter de prendre en considération une souffrance purement physique.

Plusieurs membres déclarent se rallier à ces amendements.

Un membre ne peut souscrire à l'amendement n^o 66. Bien que la suppression du mot «détresse» dans le texte soit incontestablement positive, il faut attirer l'attention sur le fait que la notion de «souffrance psychique» est particulièrement obscure. Alors que la souffrance physique a également pour conséquence une souffrance psychique et qu'elle a même un lien étroit avec elle, il est particulièrement dangereux d'isoler la simple souffrance psychique. En effet, c'est un terme qui très est difficile à objectiver.

Conformément aux amendements n^{os} 14 et 66, il n'est pas exclu que la souffrance psychique inapaisa-

lenigen is — en dat een bijzonder subjectieve interpretatie veronderstelt — op zich zou volstaan om straffeloos euthanasie te vragen. Iedereen maakt wel eens dergelijke situaties mee, waarin men van mening is dat een psychisch lijden niet te lenigen is. Het is evenwel volstrekt onaanvaardbaar dat zo'n situaties zouden aanleiding geven tot het plegen van euthanasie.

Een lid merkt op dat de tekst van het derde streepje van § 1 in zijn geheel moet worden gelezen. Het psychisch lijden moet immers het gevolg zijn van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Er moet met andere woorden een medische grondslag liggen aan de euthanasie. Wanneer het gaat om niet-terminale patiënten moeten bovendien 3 artsen deze medische oorzaken bevestigen.

De vorige spreker stelt vast dat men inhoudelijke kritiek steeds tracht te weerleggen door te verwijzen naar de procedure. Dit houdt echter geen steek. Diegenen die de procedures zullen moeten toepassen zullen immers met die inhoudelijke begrippen moeten werken. Die begrippen zijn helemaal niet duidelijk.

Bovendien moet worden vastgesteld dat, indien het amendement nr. 66 wordt aangenomen, euthanasie zal worden toegelaten op demente personen. Dit is in strijd met eerdere verklaringen van de indieners van het voorstel nr. 2-244, die zulks uitdrukkelijk hebben uitgesloten. Dementen kunnen immers het slachtoffer zijn van geestelijk lijden, veroorzaakt door een door ziekte veroorzaakte aandoening.

Er wordt geantwoord dat er niets fout is met te verwijzen naar de procedurele waarborgen die in de teksten zijn ingebouwd en die misbruiken uitsluiten. Met betrekking tot het amendement nr. 66 verwijst het lid overigens niet naar de procedure, maar naar de volledige lezing van de eerste paragraaf van het voorgestelde artikel 3.

Een lid stemt in met de idee dat er een verband moet bestaan tussen elk deel van de tekst en het voorstel in zijn geheel.

Men kan de indruk hebben dat de tekst op een bepaald punt zeer ruim opgevat is, maar in feite heeft het voorstel tot doel om tegelijkertijd bepaalde daden toe te staan, en het toepassingsgebied ervan af te bakenen.

Een vorige spreker repliceert dat het bewustzijn of de dementie niet zomaar een kwestie is van ja of nee, maar een glijdende schaal is. Niet enkel geneesheren worden met deze problematiek geconfronteerd, maar ook mensen uit de juridische wereld. Artikel 488*bis* van het Burgerlijk Wetboek laat de vrederechter immers toe voorlopige maatregelen te nemen ten aanzien van dergelijke patiënten.

Wanneer de voorgestelde tekst nu stelt dat het vrijwillig verzoek van een persoon die een geestelijk

ble — qui suppose une interprétation particulièrement subjective — soit en soi suffisante pour justifier une demande d'euthanasie qui ne serait pas sanctionnée. Chacun est confronté un jour ou l'autre à des situations, dans lesquelles on estime qu'une souffrance psychique est inapaisable. Cependant, il serait tout à fait inacceptable que ces situations donnent lieu à des euthanasies.

Un membre fait observer que le texte du troisième tiret du § 1^{er} doit être lu dans sa totalité. La souffrance psychique doit en effet résulter d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. En d'autres termes, il doit y avoir un fondement médical à l'euthanasie. En outre, s'il s'agit de patients qui ne sont pas en phase terminale, trois médecins doivent confirmer l'existence de ces causes médicales.

L'intervenant précédent constate que l'on tente systématiquement de réfuter les critiques sur le contenu en faisant référence à la procédure. Or, l'on a tort de le faire. Ceux qui devront appliquer les procédures devront en effet utiliser les notions concrètes et ces notions ne sont absolument pas claires.

En outre, il faut constater que, si l'on adopte l'amendement n° 66, l'on pourra pratiquer l'euthanasie sur des personnes démentes, ce qui est contraire aux déclarations précédentes des auteurs de la proposition n° 2-244, qui avaient explicitement exclu pareille possibilité. En effet, les déments peuvent être victimes de souffrances psychiques résultant d'une affection pathologique.

L'on répond qu'il n'y a pas de mal à renvoyer aux garanties de procédure qui ont été inscrites dans les textes et qui permettront d'éviter les abus. En ce qui concerne l'amendement n° 66, la membre renvoie d'ailleurs non pas à la procédure, mais à une lecture complète de l'article 3 proposé.

Un membre se rallie à l'idée selon laquelle chaque partie du texte doit être reliée à l'ensemble de la proposition.

On peut avoir sur un point précis l'impression que le texte a une portée extrêmement large, mais en fait, la proposition a pour objet à la fois de permettre certains actes, et d'en délimiter le champ.

Un intervenant précédent réplique que l'état de conscience et l'état de démence ne sont pas des états clairement distincts, mais qu'il y a entre eux une gradation. Les médecins sont confrontés au problème, mais aussi des personnes issues du monde juridique. L'article 488*bis* du Code civil permet en effet au juge de paix de prendre des mesures provisoires concernant ce genre de patients.

Le texte proposé prévoyant que la demande spontanée doit émaner d'un patient qui éprouve une souffrance

lijden heeft dat niet behandelbaar is en dat veroorzaakt is door een ongeval of een ziekte, mag men zich de vraag stellen welk het precieze toepassingsgebied is. Hier is geen sprake van een intentieproces, maar wel moet men weten in welke mate een jurist achteraf in de voorgestelde tekst bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer kan ontdekken. Men is het er immers over eens dat iemand die aan de ziekte van Alzheimer lijdt op sommige ogenblikken bewust zijn wil kan uiten. Bovendien kan een dergelijk persoon, overeenkomstig artikel 4 van het voorstel, een wilsverklaring opstellen. Is het de bedoeling dat deze mensen euthanasie kunnen vragen of niet?

Een lid wijst op de bepaling van het eerste streepje van § 1, met name dat de patiënt handelingsbekwaam moet zijn op het ogenblik van zijn verzoek. Al deze voorwaarden zijn cumulatief, zodat het gevaar waarover de vorige spreker het had wordt ondervangen.

Een ander lid meent dat de onderhavige subamendementen belangrijk zijn omdat ze de tekst verduidelijken en de logica ervan versterken. Uit de tekst blijkt dat de tweede arts in voorkomend geval een psychiater zal zijn.

Dankzij die amendementen wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen een aandoening van psychologische aard en een existentiële nood, die buiten het toepassingsgebied van de geneeskunde staat.

Deze wet handelt wel over aandoeningen waarvoor geen verzachting mogelijk is, en waarbij arts en patiënt in het licht van de elementen die in de wet vermeld staan, en na verloop van een proces, tot het besluit komen dat euthanasie voor de patiënt de beste of de minst slechte oplossing biedt.

Een vorige spreker reageert op het argument dat de problematiek van demente personen wordt opgelost door de vereiste van de handelingsbekwaamheid. Niets is echter minder waar. Vanuit juridisch oogpunt is men immers handelingsbekwaam zolang men niet expliciet rechtsonbekwaam is verklaard. Dit geldt ook voor demente personen. Het gevaar, dat euthanasie straffeloos zou worden toegepast op deze personen, wordt derhalve helemaal niet ondervangen.

Bovendien is de term «bewust» evenmin sluitend. Een patiënt die aan het begin van de ziekte van Alzheimer staat is zich immers perfect bewust van zijn situatie en kan een verzoek tot euthanasie formuleren, in het licht van de omschreven criteria.

Een van de indieners van amendement nr. 14 bevestigt dat het woord «handelingsbekwaam» wel dege-lijk in juridische zin begrepen moet worden.

france spirituelle incurable et qui résulte d'un accident ou d'une maladie, l'on peut se demander quel est son champ d'application précis. L'intervenant ne fait pas un procès d'intention aux auteurs, mais il faut se demander comment un juriste pourra déterminer, *a posteriori*, si la maladie d'Alzheimer, par exemple, entre dans ce champ d'application. En effet, l'on s'accorde à dire qu'une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer peut exprimer consciemment sa volonté à certains moments. En outre, une telle personne pourrait rédiger une déclaration anticipée conformément à l'article 4. Souhaite-t-on que ces personnes puissent demander l'euthanasie ou non?

Un membre attire l'attention sur la disposition qui figure au premier tiret du § 1^{er}, à savoir que le patient doit être capable, lors de la formation de la demande. Toutes ces conditions sont cumulatives, ce qui permet de répondre au danger évoqué par l'intervenant précédent.

Un autre membre estime que les sous-amendements en discussion sont importants, parce qu'ils constituent une clarification du texte et qu'ils renforcent la logique de celui-ci. Il se déduit du texte que le deuxième médecin sera, en l'occurrence, un psychiatre.

On distingue bien, grâce à ces amendements, ce qui relève d'une pathologie à connotation psychologique de ce qui relève de la détresse existentielle, qui ne relève pas du champ de l'art de soigner.

La loi en préparation traite bien de pathologies pour lesquelles on ne trouve pas de voie d'apaisement, et où le patient et le médecin arrivent, éclairés par les éléments précisés dans la loi, et au terme d'un processus, à la conclusion que l'euthanasie est, pour ce patient, la meilleure ou la moins mauvaise solution.

Un intervenant précédent réagit à l'argument selon lequel on réglerait le problème des personnes démentes en prévoyant une condition de capacité. Rien n'est moins vrai. D'un point de vue juridique, l'on a en effet la capacité civile tant que l'on n'a pas été déclaré explicitement déchu de celle-ci. Cela vaut également pour les personnes démentes. L'on n'évite donc absolument pas le risque de voir l'euthanasie pratiquée impunément sur ces personnes.

En outre, le terme «conscient» ne convient pas davantage. En effet, un patient qui souffre d'un début de maladie d'Alzheimer est parfaitement conscient de sa situation et pourrait formuler une demande d'euthanasie, conformément aux critères qui ont été définis.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 confirme que le terme «capable» doit bien être compris dans son acception juridique.

Wat de woorden «weloverwogen, vrijwillig en herhaald verzoek» betreft, sluiten zij de dementen uit van het toepassingsgebied van de wet.

Een lid merkt op dat geesteszieken tot een andere categorie behoren dan mentaal gehandicapten. Laatstgenoemden kunnen verlengd minderjarig verklaard worden en zijn niet bekwaam, maar wat is de situatie van de geesteszieken in het stelsel van het beheer van goederen?

Men mag aannemen dat zij geen geldig euthanasieverzoek kunnen doen.

Een andere spreekster benadrukt dat er een aantal onbekwaamheidsstelsels bestaan. Men moet dus echt nauwkeurig zijn in de woorden die men gebruikt.

De vraag werd gesteld tijdens de hoorzitting van mevrouw Sabine Henry (Alzheimer Liga) over patiënten die lijden aan Alzheimer en zich bevinden in een demente toestand met heldere ogenblikken, en over het algemeen handelingsbekwaam zijn.

Amendementen nrs. 73 en 164

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 3-244/6, amendement nr. 73), dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt: «deze handelingen het enige middel zijn om een oplossing aan te reiken voor het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een patiënt die in een stervensfase verkeert, aan een ongeneeslijke ziekte lijdt en binnen afzienbare tijd zal overlijden;»

Een van de indieners verduidelijkt dat dit subamendement tot doel heeft de woorden «het enige middel om een oplossing aan te reiken voor het uitzichtloos en ondraaglijk lijden» in de verf te zetten.

In de optiek van de indieners kunnen euthanasiehandelingen alleen gesteld worden wanneer men werkelijk alles geprobeerd heeft om het lijden van de zieke te verzachten.

De woorden «uitzichtloos» en «ondraaglijk» werden gekozen om hun objectieve en subjectieve dimensie.

Men verkiest «en» boven «of» omdat het fysieke en het psychische nauw verbonden zijn.

Men bevindt zich in een terminale fase, vandaar dat men spreekt over een patiënt die «in een stervensfase verkeert, aan een ongeneeslijke ziekte lijdt en binnen afzienbare tijd zal overlijden».

Een lid benadrukt dat het lichamelijke lijden van een patiënt verzacht kan zijn, maar dat er niettemin een zeer diep en reëel psychisch lijden kan blijven bestaan.

Quant aux termes «demande réfléchie, volontaire et répétée», ils excluent les déments du champ d'application de la loi.

Un membre observe que les malades mentaux constituent une autre catégorie que les handicapés mentaux. Ces derniers peuvent être mis sous minorité prolongée et ne sont pas capables, mais quelle est la situation des malades mentaux placés sous le régime de l'administration des biens?

On peut supposer qu'ils ne peuvent valablement exprimer une demande d'euthanasie.

Une autre intervenante souligne qu'il existe un certain nombre de régimes d'incapacité. Il faut donc effectivement être précis quant aux notions que l'on utilise.

La question a été posée lors de son audition par Mme Sabine Henry, de la Ligue Alzheimer, à propos des patients souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui se trouvent en état de démence, avec des intervalles de lucidité, et disposent pour la plupart de la capacité juridique.

Amendements n^{os} 73 et 164

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 73), tendant à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, le 3e tiret par ce qui suit: «— ces actes constituent le seul moyen de soulager les souffrances inapaisables et insupportables d'un patient en fin de vie, atteint d'une maladie incurable, dont le décès doit survenir à brève échéance;»

L'un des auteurs précise que l'objectif de ce sous-amendement est d'insister sur les mots «le seul moyen de soulager les souffrances inapaisables et insupportables».

Dans la logique des auteurs, les actes d'euthanasie ne peuvent intervenir que lorsqu'on a vraiment tout essayé pour soulager les souffrances des malades.

Les mots «inapaisables» et «insupportables» sont choisis pour leur dimension à la fois objective et subjective.

Le mot «et» est préféré à «ou», parce que la dimension physique et la dimension psychique sont très liées.

On se situe en phase terminale, d'où les termes «en fin de vie, atteint d'une maladie incurable, dont le décès doit survenir à brève échéance.»

Une membre souligne que l'on peut avoir réduit les souffrances physiques d'un patient, et qu'il peut néanmoins subsister chez lui des souffrances psychiques très profondes et très réelles.

Spreekster denkt dus dat deze twee soorten lijden niet noodzakelijkerwijze verbonden moeten zijn, wat tot uiting komt in de formulering van amendement nr. 66.

Een ander lid kan zich vinden in het amendement nr. 73, maar stelt voor er het woord «onbehandelbaar» aan toe te voegen. Wellicht wordt dit bedoeld door de indieners van het amendement wanneer ze spreken over «het enige middel», maar zolang er in het amendement nr. 14 wordt gesproken over pijn «die niet te lenigen is», is het onduidelijk of dit een subjectief of een objectief gegeven is. Het feit of een pijn al dan niet te lenigen is, kan ook afhangen van de afwezigheid van bepaalde medicatie in een ziekenhuis, van de kennis van de geneesheer, van het gebrek aan verplegers, en dergelijke meer. De tekst zou beter worden geredigeerd indien ondubbelzinnig wordt gesteld dat de pijn werkelijk «onbehandelbaar» is volgens de stand van de wetenschap. Bijgevolg dient mevrouw De Schamphelaere een subamendement in die zin in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 164).

De indiener van amendement nr. 73 merkt op dat in de Franse tekst van zijn amendement reeds het woord «*incurable*» staat.

Amendement nr. 123

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 123), dat ertoe strekt in het derde streepje van § 1, na de woorden «zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt», de woorden «en hij binnen afzienbare tijd zal overlijden» in te voegen.

Hier wordt de terminale fase anders verwoord teneinde de «medisch uitzichtloze toestand» beter te beschrijven.

Spreekster verwijst naar de verantwoording van haar amendement met betrekking tot het standpunt van het Franse «Comité de bioéthique». Zij verwijst tevens naar het voorstel van de heer Monfils en dat van mevrouw Leduc, waarin men de woorden «de patiënt binnen afzienbare tijd zal overlijden» terugvindt — alhoewel het inzicht van de auteurs hierover sindsdien klaarblijkelijk geëvolueerd is.

Amendement nr. 152

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 152) dat ertoe strekt niet enkel te spreken over ondraaglijke pijn, maar uitdrukkelijk te stellen dat de pijn onbehandelbaar moet zijn.

Een lid is van mening dat een pijn die wél behandelbaar is, geen aanleiding mag zijn tot het plegen van

L'intervenante pense dès lors qu'il ne faut pas nécessairement lier les deux types de souffrances, d'où la formule retenue dans l'amendement n° 66.

Un autre membre peut souscrire à l'amendement n° 73, mais propose d'y ajouter les mots «impossible à traiter». Sans doute est-ce ce que veulent dire les auteurs de l'amendement lorsqu'ils parlent du «seul moyen», mais tant que l'amendement n° 14 parle d'une douleur «qui ne peut être apaisée», on ne voit pas clairement s'il s'agit d'un élément subjectif ou objectif. Le fait qu'une douleur puisse ou non être apaisée peut aussi dépendre de l'absence d'une médication déterminée dans un hôpital, des connaissances du médecin, du manque d'infirmiers, etc. Le texte serait mieux rédigé si l'on disait sans équivoque que la douleur est vraiment «impossible à traiter» selon l'état de la science. C'est pourquoi Mme De Schamphelaere dépose un sous-amendement dans ce sens (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 164).

L'auteur de l'amendement n° 73 fait observer que son amendement comporte déjà, dans son texte français, le terme «*incurable*».

Amendement n° 123

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 123), tendant à ajouter, au § 1^{er}, 3^e tiret, les mots «et dont le décès est inéluctable à brève échéance», après les mots «situation médicale sans issue».

Il s'agit là d'une autre formulation de la phase terminale, de manière à mieux qualifier la «situation médicale sans issue».

L'intervenante renvoie à la justification de son amendement en ce qui concerne la position du Comité de bioéthique français à cet égard. Elle renvoie en outre à la proposition de M. Monfils, et à celle de Mme Leduc — où l'on trouve les termes «*de patient binnen afzienbare termijn zal overlijden*» — bien qu'il y ait manifestement eu une évolution depuis lors dans l'esprit des auteurs.

Amendement n° 152

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 152), qui vise à ce que l'on dispose que la douleur doit être non seulement insupportable, mais aussi, et ce, explicitement, qu'elle doit être impossible à traiter.

Un commissaire estime qu'une douleur qu'il est possible de traiter ne peut pas donner lieu à un acte

euthanasie. In een dergelijk geval moet men de fysieke pijn van een patiënt wegnemen, zonder hem te doden. Is dit ook de visie van de indieners van het voorstel nr. 2-244, zoals geamendeerd door het amendement nr. 14?

Amendement nr. 110

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 110), dat ertoe strekt de voorgestelde § 1 aan te vullen als volgt: «Hij moet samen met de patiënt tot de overtuiging zijn gekomen dat er in diens situatie geen andere redelijke oplossing meer is.»

Een van de indieners van het amendement vermeldt dat een senator een soortgelijk amendement heeft ingediend op § 3 van artikel 3 (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 115B van de heer Vankrunkelsven).

Zij heeft er geen bezwaar tegen de voorgestelde tekst op te nemen in § 3 in plaats van in § 1.

Deze tekst is gebaseerd op de Nederlandse wet.

De tekst benadrukt het evenwicht dat er in het debat moet zijn tussen de patiënt en de arts. De tekst benadrukt eveneens dat zij dezelfde overtuiging moeten delen en dat deze gemeenschappelijke overtuiging stilaan moet groeien tussen de patiënt die zijn verzoek formuleert, en zijn arts, die zowel de burgerrechtelijke als de strafrechtelijke aansprakelijkheid aanvaardt.

Amendement nr. 159A

Mevrouw De Roeck c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 159A), dat ertoe strekt in § 1 van artikel 3 de woorden «vaststelt dat» te vervangen door de woorden «er zich van verzekerd heeft dat», teneinde aan te geven dat niet enkel objectieve, maar ook subjectieve elementen meespelen in het evalueren van de voorwaarden.

Het lid verwijst naar de bespreking van een eerder ingediend amendement, waarin werd voorgesteld de woorden «tot de overtuiging gekomen is dat...» te hanteren. Deze woorden kunnen dan weer enkel gelden voor subjectieve criteria, terwijl er ook objectieve criteria aanwezig zijn, zoals bijvoorbeeld de leeftijdsvoorwaarde.

Vandaar dat spreekster meent dat, indien men de zinsnede «er zich van heeft verzekerd dat» zou worden gebruikt, op voldoende wijze wordt benadrukt dat er een dialoog moet tot stand komen tussen arts en patiënt, zowel voor de evaluatie van de objectieve als van de subjectieve criteria.

d'euthanasie. Dans un tel cas, il faut éliminer la douleur physique du patient sans le tuer. Est-ce également le point de vue des auteurs de la proposition n° 2-244 telle qu'elle est amendée par l'amendement n° 14?

Amendement n° 110

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 110), tendant à compléter le § 1^{er} proposé par ce qui suit: «Il doit être arrivé avec le patient à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation.»

L'un des auteurs de l'amendement signale qu'un sénateur a déposé un amendement comparable au § 3 de l'article 3 (doc. Sénat, n° 244/8, amendement n° 115B de M. Vankrunkelsven).

Elle n'aurait pas d'objection à insérer le texte proposé au § 3 plutôt qu'au § 1^{er}.

Ce texte s'inspire de celui de la loi hollandaise.

Il vise à souligner l'équilibre qui doit exister, dans la discussion, entre le patient et le médecin, et le fait qu'il doit s'agir entre eux d'une conviction partagée, qui doit se forger progressivement entre le patient qui formule sa demande et son médecin qui accepte ainsi d'engager sa responsabilité tant civile que pénale.

Amendement n° 159A

Mme De Roeck et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 159A), qui vise à remplacer, au § 1^{er} de l'article 3, les mots «constate que» par les mots «s'est assuré que», pour indiquer qu'il entre dans l'évaluation des conditions non seulement des éléments objectifs, mais aussi des éléments subjectifs.

L'intervenante renvoie à la discussion d'un amendement déposé précédemment, qui prévoyait l'utilisation des mots «a acquis la conviction que». Ces mots ne peuvent, à leur tour, viser que des critères subjectifs, alors que des critères objectifs sont aussi présents, comme la condition d'âge.

C'est pourquoi l'intervenante estime que si l'on utilisait la formule «s'est assuré que», on soulignerait suffisamment qu'un dialogue doit intervenir entre le médecin et le patient, pour l'évaluation tant des critères objectifs que des critères subjectifs.

Twee leden menen dat het subamendement een verbetering van de tekst inhoudt, ook al blijven zij voorstander van de formulering in hun eigen amendement, dat volgens hen de arts beter bij de zaak betreft.

Subamendement nr. 159A maakt duidelijk dat het hier niet gaat om een procedurevoorwaarde, maar wel degelijk om een intellectuele activiteit.

Een ander lid deelt deze opvatting. De woorden «de overtuiging gekregen hebben dat» zijn eigenlijk nog beter, aangezien zo wordt benadrukt dat de arts naar eer en geweten moet beslissen (*cf.* de Nederlandse wet: «De arts moet de overtuiging gekregen hebben dat ...»).

Spreekster verwijst naar een eerder ingediend amendement, waarin «er zich van overtuigen» wordt voorgesteld. De Franse vertaling «*s'assurer que*» valt daarmee evenwel niet volledig samen.

Een lid meent dat het gebruik van het woord «verzekeren» de tekst verbetert, in die zin dat het beter uitdrukt wat precies wordt bedoeld, met name een ernstige dialoog tot stand brengen tussen arts en patiënt.

Een ander lid verwijst naar het amendement nr. 115*bis*, dat later zal worden besproken, en waarin uitdrukkelijk wordt gesteld dat de arts met de patiënt «tot de overtuiging moet komen». Hier is deze formulering minder op zijn plaats, omdat er ook objectieve elementen in het geding zijn.

Een andere spreekster besluit uit wat zonet gezegd is dat «zich ervan verzekeren» («*s'assurer*») hoe dan ook beter is dan «vaststellen» («*constater*»), gesteld dat de structuur van het artikel ongewijzigd blijft. In dat geval betreft § 1 de arts en gaat § 3 veeleer over de voorwaarden voor de dialoog, waarin de overtuiging van de arts belangrijk is, of het nu gaat over de dialoog met de patiënt, met het medisch team of met een andere arts.

Een lid zegt het amendement nr. 159A te ondersteunen omdat hierin wordt aangegeven dat er een objectieverbaar element voorhanden is, en bovendien omdat dit de controle *a posteriori* makkelijker maakt.

Een ander lid sluit zich aan bij deze gedachtegang. In tegenstelling tot de Nederlandse tekst, waar inderdaad wordt gesproken over de «overtuiging» van de arts en de patiënt maar waar het om subjectieve criteria gaat — zoals het vrijwillig verzoek, het uitzichtloos lijden, het ontbreken van een redelijk alternatief, en dergelijke meer — is het wenselijker in voorliggend voorstel te spreken over de «verzekering», vermits hier objectievebare zorgvuldigheidscriteria worden ingebouwd.

Een andere spreekster meent dat het bestaan van een medisch uitzichtloze situatie een objectief me-

Deux membres estiment que le sous-amendement constitue une amélioration du texte, même s'ils demeurent plus favorables à la formulation proposée par l'amendement qu'ils ont eux-mêmes déposé, et qui leur paraît de nature à impliquer davantage le médecin.

Le sous-amendement n° 159A rend compte du fait qu'il s'agit ici, non d'une simple condition procédurale, mais d'une démarche intellectuelle.

Un autre membre partage cette appréciation. Les termes «avoir la conviction» seraient encore préférables, parce qu'ils soulignent que le médecin doit prendre une décision en âme et conscience (*cf.* la loi hollandaise: «*De arts moet de overtuiging gekregen hebben dat ...* »).

L'intervenante renvoie à un des amendements qui ont été déposés, qui propose l'expression «*er zich van overtuigen*», mais dont la traduction française «*s'assurer que*» paraît approximative.

Un membre considère que l'emploi du mot «assurer» améliore le texte, en ce sens qu'il exprime mieux ce que l'on vise précisément, à savoir réaliser un dialogue sérieux entre le médecin et le patient.

Un autre membre renvoie à l'amendement n° 115*bis*, qui sera discuté ultérieurement et qui dispose explicitement que le médecin «doit arriver, avec le patient, à la conviction (...)». Cette formulation est moins à sa place ici, parce qu'il y a également des éléments objectifs en cause.

Une intervenante conclut de ce qui vient d'être dit que le terme «s'assurer» convient en tout cas mieux que celui de «constater», si l'on laisse inchangée la structure de l'article, dont le § 1^{er} concerne la responsabilité du médecin, et dont le § 3 concerne plutôt les conditions du dialogue, où c'est la conviction du médecin qui s'exerce, qu'il s'agisse du dialogue avec le patient, avec l'équipe médicale, ou avec un autre médecin.

Un commissaire dit soutenir l'amendement n° 159A parce que celui-ci parle de la présence d'un élément objectivable et, qu'en outre, il facilite le contrôle *a posteriori*.

Un autre membre s'associe à ce raisonnement. Contrairement au texte néerlandais, qui parle effectivement de la «conviction» du médecin et du patient, mais dans lequel il est question de critères subjectifs — comme la demande volontaire, la souffrance sans issue, l'absence d'alternative raisonnable, etc. — il vaut mieux parler, dans la proposition en discussion, de l'«assurance», puisque l'on introduit en l'espèce des critères de prudence objectivables.

Une intervenante estime que l'existence d'une situation médicale sans issue est un critère médical

disch criterium is: het moet gaan om een aandoening die niet kan worden genezen met de middelen waarover de medische wetenschap thans beschikt.

De vorige spreker replicert dat, indien een arts vaststelt dat de patiënt aan een medische aandoening lijdt die onomkeerbaar de dood tot gevolg zal hebben, dit een objectief gegeven betreft. Hoe de patiënt dit lijden aanvoelt, is dan weer een subjectief element. De dialoog tussen arts en patiënt moet één en ander uitklaren. De door het amendement nr. 159A voorgestelde formulering maakt dit duidelijk.

Amendement nr. 161

De heer Galand dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 161), dat ertoe strekt in de Franse tekst van § 1, eerste streepje, van het voorgestelde artikel 3, de woorden «*la formation*» te vervangen door de woorden «*l'expression*».

Dit amendement strekt ertoe in de Franse tekst een ongelukkig gekozen en dubbelzinnige term te vervangen, waarbij rekening wordt gehouden met de voorgaande discussies en met het feit dat het reeds voorgestelde alternatief «*formulation*» als te formeel wordt aangevoeld.

Een andere spreker vermeldt dat zij een amendement heeft ingediend dat ertoe strekt de woorden «op het ogenblik van zijn verzoek» te doen vervallen, teneinde de tekst duidelijker te maken en tegenstrijdigheden of overlappingsen te vermijden met de voorwaarden, bepaald in § 3.

Uit de tekst in zijn geheel blijkt duidelijk dat, behoudens wanneer er een wilsverklaring is, de arts geen euthanasie mag uitvoeren op een patiënt die niet bij bewustzijn is.

Spreker steunt amendement nr. 161 dus niet, ook al is het een poging om de tekst te verduidelijken.

Een lid merkt op dat de Nederlandse tekst het heeft over het «ogenblik» van het verzoek.

Waarom kan deze formulering niet worden overgenomen in het Frans?

Vorige spreker merkt op dat er in § 2 sprake is van een schriftelijk verzoek. Het zou dus volstaan dat de patiënt bij bewustzijn is op het moment dat hij tekent opdat de arts euthanasie mag toepassen, aangezien het verzoek herhaald moet worden.

Een lid onderschrijft de vaststelling dat de Nederlandse en de Franse tekst van het amendement nr. 161 niet met mekaar overeenstemmen. Ten gronde, merkt het lid op dat de patiënt niet enkel op het ogenblik van het eerste verzoek moet bewust zijn, zoals blijkt uit de context. Het verzoek moet immers herhaald worden

objectief: il doit s'agir d'une affection que l'on ne peut guérir avec les moyens dont dispose la science médicale actuelle.

La préopinante réplique que, lorsqu'un médecin constate que le patient souffre d'une affection médicale qui évoluera irréversiblement vers la mort, il se trouve devant un élément objectif. La façon dont le patient le ressentira constitue, quant à elle, un élément subjectif. Le dialogue entre le médecin et le patient doit lever toute équivoque. La formulation proposée par l'amendement n° 159A clarifie les choses.

Amendement n° 161

M. Galand dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 161), tendant à remplacer, au § 1^{er}, 1^{er} tiret, de l'article 3 proposé, les mots «la formation» par les mots «l'expression».

Cet amendement vise à adapter une terminologie peu adéquate et ambiguë, en tenant compte des précédentes discussions et du fait que le terme «formulation», proposé par certains comme alternative, paraît trop formel.

Une intervenante rappelle qu'elle a déposé un amendement tendant à supprimer les mots «lors de la formation de la demande», en vue de clarifier le texte, et pour éviter des contradictions ou des chevauchements avec les conditions prévues au § 3.

Il résulte clairement de l'ensemble du texte que, sauf l'hypothèse de la déclaration anticipée, le médecin ne peut pratiquer une euthanasie sur un patient inconscient.

L'intervenante ne soutiendra donc pas l'amendement n° 161, même s'il a le mérite de tenter de clarifier le texte.

Un membre note une divergence entre le texte français et le texte néerlandais, où il est question du moment de la demande.

Pourquoi ne pas s'en tenir à cette dernière formule?

La précédente intervenante fait observer qu'au § 2, il est question d'une requête écrite. Il suffirait alors que le patient soit conscient à l'instant de sa signature, pour que le médecin puisse pratiquer une euthanasie, puisque, notamment, la demande doit être répétée.

Un commissaire souscrit à la constatation selon laquelle il y a discordance entre le texte néerlandais et le texte français de l'amendement n° 161. Sur le fond, l'intervenant fait observer que, comme il ressort du contexte, le patient ne doit pas être conscient uniquement au moment de la première demande, comme il

en moet duurzaam en schriftelijk zijn. Dit bewustzijn en het vervullen van de zorgvuldigheidscriteria moeten daarom een blijvend karakter hebben. Een oplossing voor de bestaande dubbelzinnigheid in de tekst bestaat erin de woorden «op het ogenblik van het verzoek» te schrappen. Spreekster verwijst naar het amendement dat in die zin werd ingediend.

Een ander lid verwijst naar amendement nr. 163 (Stuk Senaat, nr. 2-244/10), dat ertoe strekt in de Franse tekst het woord «formation» te vervangen door het woord «formulation», niet alleen als vormcorrectie, maar ook omdat zo het verband wordt gelegd met het volgende streepje, waarin wordt bepaald hoe het verzoek geformuleerd moet worden.

De indiener van amendement nr. 161 herhaalt dat hij het woord «formulation» niet wilde gebruiken omdat het te formeel klinkt, maar dat het inderdaad beter aansluit bij het vervolg van de tekst.

Hij zou er dus mee akkoord kunnen gaan, maar vraagt zich af of er dan niet «formulations de la demande» moet staan, aangezien het verzoek herhaald moet worden.

Ieders filosofische opvattingen en keuzes voor het levenseinde moeten gerespecteerd worden. Misbruik en het uitoefenen van een sociale druk op erg kwetsbare personen moeten worden vermeden. Er kan te gemakkelijk misbruik worden gemaakt van de interpretatie van de woorden «formulation de la demande», bijvoorbeeld in een rusthuis.

Amendement nr. 153A

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 153 A), dat ertoe strekt om in het derde streepje van § 1 van het voorgestelde artikel 3 de volgende wijzigingen aan te brengen:

«het woord 'terminale' invoegen tussen de woorden 'medisch uitzichtloze' en het woord toestand».

De hoorzittingen hebben immers duidelijk gemaakt dat over euthanasie slechts kan worden gesproken indien het gaat om een terminale fase, waarbij geen menswaardige behandeling meer mogelijk is om het menselijk lijden te bestrijden.

Het is belangrijk te benadrukken dat de tekst duidelijk aangeeft dat euthanasie slechts een «nooduitgang», de ultieme remedie is om een situatie op te lossen, maar zeker geen alternatief kan zijn voor een curatieve of palliatieve behandeling. Het anders voorstellen zou leiden tot een grote terminologische onduidelijkheid. De hypothese van de terminale patiënt is immers een totaal andere dan die van de niet-terminale patiënt, maar beide categorieën zou-

ressort du contexte. La demande doit en effet être répétée, avoir un caractère persistant et être écrite. L'état de conscience et l'observation des critères de prudence doivent dès lors avoir un caractère permanent. Une solution permettant de lever l'équivoque que présente le texte consiste à supprimer les mots «lors de la formation de la demande». L'intervenante renvoie à l'amendement qui a été déposé dans ce sens.

Une membre renvoie à l'amendement n° 163 (doc. Sénat, n° 2-244/10), où le mot «formation» est remplacé par le mot «formulation», non seulement pour des raisons de correction formelle, mais aussi pour renvoyer au tiret suivant, qui explicite le processus de formulation de la demande.

L'auteur de l'amendement n° 161 rappelle qu'il avait souhaité éviter le mot «formulation», en raison de son caractère trop formel, mais il reconnaît que ce terme s'articule mieux avec la suite du texte.

Il pourrait donc s'y rallier, mais se demande s'il ne faudrait pas parler plutôt «des formulations de la demande», puisque celle-ci doit être répétée.

Il faut à la fois respecter les options philosophiques et les choix de fin de vie de chacun, et éviter les abus et pressions sociales susceptibles d'être exercées sur les personnes en situation de plus grande fragilité. On imagine à quels abus peut mener l'interprétation des termes «formulation de la demande», par exemple dans une maison de repos.

Amendement n° 153A

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 153 A) à l'amendement n° 14, dans le but d'apporter les modifications suivantes au troisième tiret du § 1^{er} de l'article 3 proposé:

«insérer les mots 'en phase terminale et' entre les mots 'le patient' et les mots 'dans une situation médicale sans issue'».

En effet, les auditions ont clairement montré qu'il ne peut être question d'euthanasie qu'à la condition que le patient se trouve en phase terminale et qu'il ne soit plus possible de lui appliquer un traitement respectant la dignité humaine pour soulager sa souffrance.

Il importe de souligner que le texte indique clairement que l'euthanasie n'est qu'une «sortie de secours», le remède ultime pour résoudre une situation précise, et qu'elle ne peut certainement pas être une solution de remplacement pour un traitement curatif ou palliatif. Présenter les choses autrement aboutirait à une grande confusion terminologique. En effet, le cas de figure du patient terminal est totalement différent de celui du patient non terminal, mais la proposi-

den onder één noemer worden gebracht door voorliggend wetsvoorstel.

Overigens verwacht artikel 3 de hulp bij zelfdoding met de delegatie van zelfdoding. Spreker merkt op dat het aantal zelfmoorden veel groter is dan het aantal verkeersdoden. Voor dit laatste worden bijkomende budgettaire middelen uitgetrokken, hetgeen terecht is. Men mag echter niet uit het oog verliezen dat België een zeer hoog zelfmoordpercentage heeft, vergeleken met andere landen. Het debat, dat thans wordt gevoerd, leidt er evenwel toe dat de zelfmoord als een «normale» handeling wordt beschouwd, waartegen men relatief neutraal kan staan. Dit is totaal fout. Om zulke houding te vermijden, is het dan ook noodzakelijk om de thans gevoerde discussie omtrent de euthanasiekwestie te beperken tot terminale patiënten. In het andere geval wordt afbreuk gedaan aan de initiatieven inzake zelfmoordpreventie omdat deze problematiek dan wordt gebanaliseerd.

Spreker verwijst naar zijn eerdere tussenkomst, naar aanleiding waarvan de euthanasie in zijn historische context wordt geplaatst. De huidige discussie geeft aan dit begrip een totaal nieuwe betekenis. Men kan de vergelijking maken met de «newspeak» uit het boek «1984» van Orwell, waarin de taal wordt gebruikt om iets anders te zeggen dan men vertelt. Ook hier moet de term «euthanasie» in zijn juiste context worden geplaatst.

Een lid wijst erop dat in het aantal verkeersongevallen ook vele gecamoufleerde zelfmoorden zitten. Sommige mensen misbruiken het verkeersongeval om zich te zelfmoorden, en betrekken daarbij anderen. De hulp bij zelfdoding is dan een betere oplossing.

De vorige spreker bevestigt dat een verkeersongeval soms een vermomde zelfmoord is. Dit neemt evenwel niet weg dat zelfmoorden als een maatschappelijke plaag moeten worden aanzien en ze derhalve moeten bestreden worden. Op dit ogenblik wordt selectief opgetreden.

Amendement nr. 153B

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 153B) dat beoogt de woorden «of nood» te doen vervallen. Het gaat immers om een bijzonder subjectief begrip. Het risico bestaat dat dit begrip als «alibi» wordt gebruikt, waarbij een te verregaande toepassing wordt gemaakt van euthanasie en waarbij grenzen worden verlegd.

Amendement nr. 153C

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10,

tion de loi aurait pour effet de regrouper les deux catégories de patients sous le même dénominateur.

L'article 3 confond d'ailleurs l'aide au suicide et la délégation de la mort volontaire. L'intervenant souligne que le nombre de suicides est bien plus important que le nombre de décès consécutifs à un accident de la circulation. En ce qui concerne ce dernier problème, le gouvernement débloque des moyens supplémentaires, ce qui est justifié. Mais il ne faut pas perdre de vue que le taux de suicides en Belgique est très élevé par rapport à ce qu'il est dans les autres pays. Cependant, le débat qu'on mène actuellement fait que le suicide va être considéré comme un acte «normal» par rapport auquel il est possible d'adopter une attitude relativement neutre. C'est une grave erreur. Pour éviter cette attitude, il est indispensable de circonscrire la discussion qui est menée aujourd'hui à propos de l'euthanasie aux seuls patients en phase terminale. Sinon, on affaiblira les initiatives qui sont déployées en matière de prévention du suicide dans la mesure où le problème sera banalisé.

L'intervenant renvoie à sa précédente intervention, dans le cadre de laquelle il a replacé l'euthanasie dans son contexte historique. La discussion qui est menée actuellement donne à cette notion une signification entièrement nouvelle. On peut établir une comparaison avec le «newspeak» du roman «1984» de George Orwell dans lequel on utilise la langue pour dire autre chose que ce que les mots signifient. Là encore, il faut replacer le terme «euthanasie» dans le bon contexte.

Un membre souligne que, dans les statistiques des accidents mortels sur la route, il y a beaucoup de suicides camouflés. Certaines personnes utilisent l'accident de la circulation comme moyen de suicide et impliquant autrui. Dans ces cas-là, l'aide au suicide est une meilleure solution.

Le préopinant confirme qu'un accident de la circulation peut parfois être un suicide déguisé. Il n'empêche qu'il faut considérer les suicides comme une plaie sociale et qu'il faut par conséquent les combattre. Pour le moment, on intervient de manière sélective.

Amendement n° 153B

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 153B) à l'amendement n° 14, tendant à supprimer les mots «la souffrance ou de». Il s'agit en effet d'une notion très subjective. Le risque est réel de voir cette notion utilisée comme un «alibi» pour appliquer l'euthanasie de manière trop extrême et pour repousser les limites.

Amendement n° 153C

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 153C) à

amendement nr. 153 C) dat ertoe strekt uitdrukkelijk in de tekst op te nemen dat er voldoende zwaarwichtige medische redenen moeten voorhanden zijn om een euthanasievraag te rechtvaardigen. In de visie van spreker kan er immers slechts sprake zijn van euthanasie wanneer er een noodtoestand is. Deze moet geobjectiveerd worden. De arts moet er zelf van overtuigd zijn dat er voldoende redenen voorhanden zijn om euthanasie toe te passen.

Amendement nr. 150

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 150) dat tot doel heeft de voorgestelde § 1, eerste lid, van het voorgestelde artikel 3, aan te vullen met een vierde streepje, luidend als volgt:

« — er naar heersend medisch inzicht geen enkele andere mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te behandelen en zijn waardigheid te waarborgen. »

Euthanasie mag dan ook niet gelijkgeschakeld worden met andere medische handelingen, maar is slechts in ondergeschikte orde mogelijk wanneer de alternatieven uitgeput zijn.

Overigens is het zo dat een geneesheer steeds naar heersend medisch inzicht moet handelen. De arts moet hoe dan ook tot de vaststelling komen dat een patiënt overeenkomstig dit inzicht niet meer vatbaar is voor een behandeling. Indien zulks nog wel mogelijk zou zijn, moet de patiënt beslissen of hij deze behandeling al dan niet zal ondergaan. Dit is gans iets anders dan een verkoopsovereenkomst. De besluitvorming in medische zaken is een bijzonder ingewikkeld proces. De geneesheer moet zich in de situatie van de patiënt kunnen inleven. In dit inlevingsproces moet een overeenstemming worden gevonden over de beste oplossing naar heersend medisch inzicht. Een formeel-juridische benadering is in dit geval uit den boze.

Een lid vraagt zich af welke de betekenis is van de nood «die niet gelenigd kan worden». Dit is een essentiële bepaling vermits, indien de nood wél gelenigd kan worden, er sprake is van een misdrijf. Is hier sprake van een verplichting? Welke is de maatstaf? Wie oordeelt hierover?

Op deze vragen wordt in de tekst noch in de verantwoording een antwoord gegeven. Men zou kunnen argumenteren dat, wanneer de nood niet gelenigd kan worden omdat de nodige middelen of personeel ontbreken of omdat men gewoon geen zin heeft, de euthanasie gerechtvaardigd kan worden toegepast. Dit houdt vanzelfsprekend geen steek. Enige objectivering dient derhalve toegevoegd te worden. Vandaar dat het amendement nr. 150, dat het criterium «heersend medisch inzicht» toevoegt, van fundamenteel belang is.

l'amendement n° 14, visant à préciser expressément dans le texte qu'il doit y avoir des raisons médicales suffisamment graves pour que l'on puisse justifier une demande d'euthanasie. Suivant la conception de l'intervenant, il ne peut en effet être question d'euthanasie que lorsqu'il y a état de nécessité. Cet état de nécessité doit être objectivé. Le médecin même doit être convaincu qu'il y a suffisamment de raisons pour pratiquer l'euthanasie.

Amendement n° 150

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 150) à l'amendement n° 14, qui vise à compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 3, proposé, par un quatrième tiret rédigé comme suit:

« — selon les conceptions médicales en vigueur, il n'existe aucun autre moyen de traiter la douleur du patient ni de préserver sa dignité. »

On ne peut pas non plus assimiler l'euthanasie à d'autres actes médicaux; l'euthanasie n'est envisageable en ordre subsidiaire que lorsque les autres possibilités sont épuisées.

D'ailleurs, un médecin doit toujours agir suivant les conceptions médicales en vigueur. Le médecin doit en tout état de cause parvenir au constat que suivant ces conceptions, le patient n'est plus susceptible de faire l'objet d'un traitement. Si un tel traitement est encore possible, c'est au patient qu'il appartient de décider s'il désire ou non le subir. Ce n'est pas du tout la même chose qu'un contrat de vente. En matières médicales, le processus décisionnel est particulièrement complexe. Le médecin doit pouvoir se mettre à la place du patient. Ce faisant, il doit parvenir à cerner la meilleure solution suivant les conceptions médicales en vigueur. L'approche juridique formelle est à proscrire en l'espèce.

Un membre se demande ce que signifie une souffrance «qui ne peut être apaisée». C'est une disposition essentielle, car, si la souffrance peut être apaisée, l'euthanasie est un délit. Y a-t-il une obligation en la matière? Quel est le critère applicable? Qui est juge en la matière?

Ni le texte, ni la justification n'apportent de réponse à ces questions. On pourrait arguer que l'euthanasie peut être légitimement appliquée dès lors qu'il est impossible d'apaiser la souffrance par manque de moyens ou de personnel ou simplement parce qu'on n'en a pas envie. Cela n'a évidemment aucun sens. Il faut donc objectiver cette disposition. C'est pourquoi l'amendement n° 150, qui tend à ajouter le critère des «conceptions médicales en vigueur» revêt une importance fondamentale.

Een ander lid benadrukt dat de technieken om pijn te verlichten een aanzienlijke ontwikkeling kennen. Er worden pijnklinieken opgericht en pijnbestrijding wordt een medische specialisatie.

De termen «naar heersend medisch inzicht» zorgen ervoor dat het voorstel geen verkeerde boodschap geeft aan het medisch korps.

Bovendien benadrukt het amendement het soms ondergeschikte belang van euthanasie in gevallen waarin dankzij pijnbestrijding het verzoek om euthanasie verdwijnt, dus bij ongeveer 8 tot 10% van de verzoeken om euthanasie.

Ten slotte vermeldt het amendement ook expliciet de waarborging van de waardigheid van de patiënt, aangezien dat precies de grens is van de medische bevoegdheid. Artsen mogen niet hardnekkig doorzetten als de patiënt zegt dat hij niet meer kan.

Het amendement bevat dus zowel de verplichting om de patiënt niet in de steek te laten en zijn pijn te verlichten, als die om geen uitzichtloze behandeling hardnekkig voort te zetten.

Een lid merkt op dat elke medische daad van de arts moet gesteld worden volgens heersend medisch inzicht. De vraag rijst dan ook waarom een dergelijke toevoeging nodig is. Niettemin kan zij nuttig blijken, omdat verschillende sprekers tijdens de hoorzittingen er uitdrukkelijk op gewezen hebben dat de medische wetenschap inderdaad evolueert en bepaalde euthanasiegevallen kunnen vermeden worden.

In verband met de nood «die niet kan gelenigd worden», onderschrijft het lid de stelling van een vorige spreker, volgens dewelke deze formulering moeilijk objectiveerbaar is. Misschien is het beter deze woorden weg te laten. Mochten zij toch nodig blijken, is het wenselijk ze te verwerken in de paragraaf 2 — waarin de elementen worden opgenomen die met de patiënt te maken hebben — of in de paragraaf 3 — waarin de elementen betreffende de arts zijn opgenomen — van artikel 3.

Dat tenslotte de waardigheid van de patiënt uitdrukkelijk wordt vermeld, kan slechts worden toegejuicht.

Een lid sluit zich aan bij de opmerking van vorige spreker. Hij vraagt of de indiener van het subamendement de twee voorwaarden die hij formuleert, cumulatief acht. Anders zou gecontroleerde sedatie volstaan, aangezien die de pijn verlicht.

De indiener van het amendement antwoordt dat het inderdaad gaat om het ene én het andere. Spreker zegt niet letterlijk vast te houden aan de tekst van het amendement nr. 150, zolang de idee maar uitdrukkelijk tot uiting komt. Het lijkt hem ook wenselijk de idee in § 1 in te voegen, omdat het hier gaat om een grondvoorwaarde, en niet om een procedure.

Un autre membre souligne que les techniques de soulagement de la douleur se développent considérablement. Des cliniques de la douleur se créent, et le soulagement de la douleur devient une spécialisation médicale.

Les termes «selon les conceptions médicales en vigueur» donnent une ouverture à la proposition, en évitant que celle-ci donne un mauvais signal au corps médical.

En outre, l'amendement insiste sur le caractère — dans certains cas — subsidiaire de l'euthanasie, lorsque le soulagement de la douleur fait disparaître la demande de celle-ci, soit dans environ 8 des 10% de demandes d'euthanasie qui s'expriment.

Enfin, l'amendement a le mérite de mentionner explicitement la préservation de la dignité du patient, puisque c'est là la limite du pouvoir médical: les médecins ne peuvent s'acharner lorsque le patient déclare qu'il n'en peut plus.

L'amendement comprend à la fois l'obligation de ne pas abandonner le patient et de le soulager, et celle de ne pas s'acharner.

Un membre note que tout acte médical posé par le médecin doit être conforme aux conceptions médicales en vigueur. On peut donc se demander pourquoi il est nécessaire de faire cet ajout. L'ajout pourrait néanmoins avoir une utilité, étant donné qu'au cours des auditions, plusieurs intervenants ont souligné que la science médicale évolue effectivement et qu'il est possible d'éviter certains cas d'euthanasie.

En ce qui concerne la souffrance «qui ne peut être apaisée», le membre souscrit à la thèse d'un préopinant suivant laquelle cette formulation est difficile à objectiver. Il serait peut-être préférable de supprimer ces mots. S'ils devaient malgré tout s'avérer utiles, il serait souhaitable de les intégrer dans le § 2 — qui reprend les éléments concernant le patient — ou dans le § 3 de l'article 3 — où sont regroupés les éléments relatifs au médecin.

Enfin, on ne peut qu'approuver qu'il soit explicitement question de la dignité du patient.

Un membre se rallie à l'observation du précédent intervenant. Il demande si, dans l'intention de l'auteur du sous-amendement, les deux conditions énoncées par ce dernier sont cumulatives. Sinon, une sédation contrôlée suffirait puisqu'elle soulage la douleur.

L'auteur de l'amendement répond qu'il s'agit de conditions cumulées. Il dit ne pas être attaché à la lettre du texte de l'amendement n° 150. Ce qui compte, c'est que l'on en exprime l'idée. Il lui paraît également souhaitable d'insérer l'idée dans le § 1^{er}, puisqu'il est question en l'espèce d'une condition fondamentale et non d'une procédure.

Een lid is eveneens van oordeel dat het gaat om een basisvoorwaarde. Wat de woorden «niet kan geleefd worden», merkt zij op dat het inderdaad mogelijk is om bepaalde patiënten geen pijn te laten lijden door hen bewusteloos te maken of hen te sederen. De vraag is echter of er in dat geval nog sprake is van een echt «leven» dat die naam waard is. Volgens spreker gaat het in dergelijk geval om een pijn die niet meer kan gelenigd worden. Deze zinsnede heeft dan ook zijn plaats in § 1.

Amendement nr. 151

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 151) dat tot doel heeft in de wet in te schrijven dat de patiënt het recht heeft om elke morele, medische, curatieve en palliatieve bijstand te krijgen. Slechts indien dit niet meer mogelijk is, kan de uitzonderlijke daad van het opzettelijk handelen een noodtoestand uitmaken voor de arts.

Een lid vraagt of dit amendement impliceert dat de arts die zich er niet van heeft kunnen vergewissen dat alle morele, medische, curatieve en palliatieve bijstand is verleend, het recht heeft om het verzoek van de patiënt te weigeren.

De indiener van het amendement antwoordt dat, volgens het amendement nr. 151, euthanasie niet mogelijk is indien enige andere bijstand kan worden verleend, met behoud van de menselijke waardigheid. Voor dit laatste is het woord «en» in het amendement van belang.

Een lid merkt op dat de bijstandsverplichting uit het amendement reeds in de Code van geneeskundige plichtenleer is opgenomen, namelijk in het hoofdstuk over het levenseinde.

Een ander lid herinnert eraan dat zij een amendement nr. 109 in dezelfde zin heeft medeondertekend. Het strekt ertoe een bijkomende paragraaf in te voeren, die bepaalt dat een arts zijn patiënt nooit in de steek mag laten en dat een verzoek om euthanasie ook niet het gevolg daarvan mag zijn (zie ook subamendement nr. 132).

Welke formule uiteindelijk ook gekozen wordt, spreekster meent dat een dergelijke zin in elk geval in de wet moet komen.

Een lid vindt het wenselijk deze formule vooraan in het artikel op te nemen om de context meteen te omschrijven. Voorts vermeldt amendement nr. 132 duidelijker dan amendement nr. 151 dat de patiënt het recht heeft om in te stemmen met een behandeling of die juist te weigeren.

Een ander lid stelt zich de vraag in hoeverre nog rekening wordt gehouden met het oordeel van de patiënt in deze aangelegenheid. Uiteindelijk gaat het over de verlenging van het naderend levenseinde.

Une membre estime également que l'on se trouve devant une condition de base. En ce qui concerne le mot «inapaisable», elle fait observer qu'il est en effet possible de faire en sorte que certains patients ne souffrent pas en les rendant inconscients ou en les plaçant sous sédatifs. Toutefois, la question est de savoir si l'on peut encore parler dans ce cas d'une vraie «vie» digne de ce nom. Selon l'intervenante, la douleur est dans ce cas une douleur inapaisable. Ce mot a donc sa place au § 1^{er}.

Amendement n° 151

M. Vandenberghe dépose, à l'amendement n° 14, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 151) qui vise à inscrire dans la loi que le patient a droit à toute assistance morale, médicale, curative et palliative. Si ce n'est plus possible, l'acte exceptionnel d'interruption de vie relèvera de l'état de nécessité pour le médecin.

Un membre demande si l'amendement signifie que le médecin qui ne pourrait s'assurer que toute assistance morale, médicale curative et palliative a été donnée a le droit de refuser la demande du patient.

L'auteur de l'amendement répond que selon l'amendement n° 151, l'euthanasie ne peut pas être pratiquée si un autre type d'assistance est possible qui préserve la dignité humaine. À cet égard, le mot «et» est important.

Un membre remarque que l'obligation d'assistance telle que formulée par l'amendement se trouve déjà dans le Code de déontologie, au chapitre sur la vie finissante.

Une autre membre rappelle qu'elle a cosigné un amendement n° 109 allant dans le même sens, qui tend à insérer un paragraphe supplémentaire et à rappeler d'emblée qu'un médecin ne peut jamais abandonner son patient, et qu'une demande d'euthanasie ne peut être le résultat d'un tel abandon (voir aussi le sous-amendement n° 132).

Quelle que soit la formule qui sera finalement retenue, l'intervenante estime qu'une phrase de ce type doit se retrouver dans la future législation.

Un membre estime plus opportun d'insérer cette formule en tête de l'article, pour indiquer le cadre dans lequel on se place. D'autre part, l'amendement n° 132 indique aussi mieux que l'amendement n° 151 le droit du patient au consentement ou au refus d'un traitement.

Un autre membre se demande dans quelle mesure on tient encore compte de l'opinion du patient en la matière. Il s'agit finalement de prolonger une vie qui touche à sa fin. L'intervenante craint que, si l'on

Spreekster vreest dat, wanneer het amendement nr. 150 zou worden goedgekeurd, de arts steeds moet doorgaan tot het bittere einde en dat de patiënt niet meer wordt gehoord en slechts een minieme rol krijgt toebedeeld.

De indiener van het amendement is het niet eens met de vorige tussenkomst, die de zaken zwart-wit voorstelt. Het is niet omdat er zich een probleem stelt van toestemming, dat de aangepaste bijstand niet wordt georganiseerd. Het is precies deze bijstand die centraal moet zijn binnen de normale geneeskundige besluitvorming. Niet enkel het handelen naar heersend medisch inzicht, maar ook de toestemming van de patiënt is altijd vereist in medische handelingen. Men mag dan ook niet zeggen dat de herhaling van het ene overbodig is en de herhaling van het andere nodig is. Belangrijk is te benadrukken dat een korte, formeel-juridische benadering van de besluitvorming in deze aangelegenheid volstrekt ongepast zou zijn.

Een lid repliceert dat niemand hierop aanstuurt. Het is zoeken naar een goede dialoog tussen de patiënt, die in alle waardigheid oordeelt en over zijn vrije wil beschikt, en de arts, die moet oordelen over het uitzichtloos lijden. Spreker meent dat in het amendement nr. 150 de autonomie van de patiënt volstrekt wordt genegeerd.

Een aantal leden vraagt dat de commissieleden de conceptnota van de minister van Volksgezondheid over de patiëntenrechten krijgen omdat het interessant zou zijn om dit amendement in het licht daarvan te bespreken. Hetzelfde geldt voor de bepalingen over de wilsverklaring aangezien de nota blijkbaar ook bepalingen bevat over de wensen die de patiënt vooraf heeft geuit met betrekking tot zijn behandeling.

Amendement nr. 155B

De heer Vandenberghe c.s. dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 155B) dat in de tekst wil expliciteren dat de voorwaarden en procedures cumulatief moeten worden nageleefd. Het niet-naleven van één van de voorwaarden betekent een inbreuk op de wet, met alle gevolgen vandien. Het is van belang dit uitdrukkelijk te stellen.

In de voorbereidende werken van het ontwerp, dat in Nederland werd goedgekeurd, is immers te lezen dat de minister van Justitie heeft verklaard dat, indien een voorwaarde niet wordt nageleefd, de evaluatiecommissie moet nagaan of dit voldoende ernstig is om van een strafrechtelijk misdrijf te kunnen spreken. De niet-naleving van een bepaalde voorwaarde leidt derhalve niet automatisch tot een inbreuk op de wet.

adopte l'amendement n° 150, le médecin ne doit pousser les choses jusque dans leur dernière extrémité, que le patient ne soit plus entendu et qu'il ne joue plus qu'un rôle minime.

L'auteur de l'amendement n'est pas d'accord avec l'intervenant précédent, qui présente les choses de manière dichotomique. Ce n'est pas parce que le consentement pose problème que l'on ne peut pas organiser une assistance adaptée. C'est précisément cette assistance qui doit jouer un rôle central dans la prise de décision médicale normale. Il ne faut pas seulement agir en fonction des connaissances médicales en vigueur, mais il faut aussi toujours avoir l'autorisation du patient pour les actes médicaux. L'on ne peut dès lors pas non plus dire que la répétition est superflue pour ceci mais nécessaire pour cela. Il importe de souligner qu'une approche sommaire et formellement juridique de la prise de décision en la matière serait tout à fait inadéquate.

Un membre réplique que personne ne souhaite pareille approche. Il faut parvenir à un bon dialogue entre le patient, qui juge en toute dignité et qui dispose de son libre arbitre, et le médecin qui doit porter un jugement sur le caractère sans issue de la douleur. L'intervenant estime que l'amendement n° 150 nie complètement l'autonomie du patient.

Plusieurs membres demandent que soit communiquée aux commissaires la note conceptuelle de la ministre de la Santé publique sur les droits du patient, par rapport à laquelle il serait intéressant de discuter l'amendement. La même remarque vaut aussi pour les dispositions relatives à la déclaration anticipée, puisqu'il semble que la note en question contienne des dispositions sur la volonté anticipée du patient par rapport au traitement.

Amendement n° 155B

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 14, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 155B) qui vise à préciser dans le texte que les conditions et procédures doivent être respectées cumulativement. Le non-respect de l'une des conditions constitue une infraction à la loi, avec toutes les conséquences que cela entraîne. Il est important de le prévoir explicitement.

Dans les travaux préparatoires du projet de loi qui a été adopté aux Pays-Bas, l'on peut en effet lire que le ministre de la Justice a déclaré que, si une des conditions n'est pas respectée, la commission d'évaluation doit examiner si ce non-respect est suffisamment grave pour que l'on puisse parler d'une infraction pénale. Le non-respect de l'une des conditions prévues ne constitue donc pas automatiquement une infraction à la loi.

Dit illustreert op treffende wijze het dubbelzinnige van de Nederlandse tekst. Een dergelijke lezing moet ten allen prijze worden verhinderd in de voorliggende tekst. Het amendement stipuleert dan ook dat alle voorwaarden cumulatief moeten worden vervuld; zoniet is er sprake van een strafrechtelijk misdrijf.

Mocht dit amendement niet worden aanvaard, dan wordt duidelijk dat sommige voorwaarden sterker wegen dan andere. In dat geval is er wel degelijk sprake van een zeer verre gaande depenalisering van de euthanasie.

Een lid vraagt de indieners van het voorstel en van amendement nr. 14 wat er gebeurt als slechts een van de vastgestelde voorwaarden, bijvoorbeeld een formele voorwaarde, niet nageleefd wordt.

Daarop lijkt geen sanctie te volgen, aangezien de evaluatiecommissie bij haar beoordeling niet in bijzonderheden gaat.

Een van de indieners bevestigt dat alle voorwaarden tegelijk moeten vervuld zijn. Indien dit niet het geval blijkt te zijn, moet de commissie het overzenden naar het parket.

Spreekster leidt daaruit af dat de opgesomde voorwaarden cumulatief zijn.

Een lid merkt op dat dit blijkt uit het feit dat de laatste zinsnede van § 1 aanvangt met het woord «en».

Een ander lid is eveneens van oordeel dat aan alle voorwaarden cumulatief moet voldaan zijn. Hij wijst er evenwel op dat aan het niet-ervullen van een bepaalde voorwaarde een zwaardere sanctie kan verbonden zijn dan aan het niet-ervullen van een andere voorwaarde. Aan het niet-melden van de euthanasie moet bijvoorbeeld een lichtere sanctie verbonden zijn dan aan het plegen van een moord. Niet elke fout weegt met andere woorden even zwaar.

Een lid stelt vast dat hier een grote dubbelzinnigheid wordt gecreëerd. De ene voorwaarde is immers belangrijker dan de andere. Er wordt bovendien niet aangegeven welke de belangrijke en de minder belangrijke voorwaarden zijn. Bovendien wordt ook duidelijk dat het antwoord dat wordt gegeven op de verschillende vragen die door de politieke minderheid worden gesteld, met name dat in voorliggend wetsvoorstel betere zorgvuldigheidsvoorwaarden werden ingeschreven dan in de Nederlandse tekst, een lege doos is vermits sommige voorwaarden wel en andere niet belangrijk zijn.

Welke zijn de belangrijke en de niet-belangrijke voorwaarden? Welke sanctie bestaat er tegen het overtreden van de niet-belangrijke voorwaarden?

Een van de indieners van het wetsvoorstel en van amendement nr. 14 herhaalt dat aan alle voorwaarden moet worden voldaan. Wanneer de commissie

Cela illustre de manière frappante le caractère ambigu du texte adopté aux Pays-Bas. Il faut absolument empêcher que l'on fasse pareille lecture du texte à l'examen. L'amendement prévoit dès lors que les conditions doivent être remplies cumulativement; sinon, l'on peut parler d'infraction pénale.

Si cet amendement était rejeté, il serait clair que certaines conditions pèsent plus lourd que d'autres. Dans ce cas, l'on irait vers une dépenalisation très poussée de l'euthanasie.

Un membre demande aux auteurs de la proposition et de l'amendement n° 14 ce qui se passe si une seule des conditions fixées, par exemple une condition formelle, n'est pas respectée.

Il semble qu'il n'y ait pas de sanction, et qu'il s'agisse simplement d'une appréciation globale par la commission d'évaluation.

L'un des auteurs confirme que les conditions doivent toutes être remplies simultanément. Sinon, la commission doit transmettre le dossier au parquet.

La précédente intervenante en conclut que toutes les conditions énoncées sont cumulatives.

Un membre observe que cela se trouve confirmé par le mot «et» («en»), par lequel commence la dernière phrase du § 1^{er}.

Un autre membre estime également que toutes les conditions doivent être remplies cumulativement. Toutefois, il attire l'attention sur le fait que le non-respect d'une condition peut être sanctionné plus lourdement que le non-respect d'une autre. Le fait de ne pas déclarer l'euthanasie, par exemple, sera sanctionné plus légèrement que le fait de commettre un meurtre. En d'autres termes, les fautes n'ont pas toutes le même poids.

Un membre constate que l'on crée ainsi une grande ambiguïté. En effet, certaines conditions sont plus importantes que d'autres. En outre, on n'indique pas quelles sont les conditions importantes et les conditions moins importantes. De plus, il est clair que la réponse que l'on donne aux diverses questions posées par la minorité politique, à savoir que l'on a inscrit, dans la proposition de loi à l'examen, des conditions de prudence plus poussées que dans le texte adopté aux Pays-Bas, est dépourvue de sens, puisque certaines conditions sont importantes et d'autres non.

Quelles sont les conditions importantes et quelles sont les conditions qui ne le sont pas? Quelle sera la sanction en cas de non-respect des conditions qui ne sont pas importantes?

L'un des auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 14 répète que toutes les conditions doivent être remplies. Si la commission constate que

vaststelt dat één van de voorwaarden niet vervuld is, dan komt het dossier bij de rechter. Deze laatste moet straffen uitspreken al naargelang zijn oordeel van de zaak. De wetgevende macht moet immers niet optreden in de plaats van de rechterlijke macht.

De vorige spreker merkt op dat deze commissie oordeelt met een twee derden-meerderheid. Uit voorliggende tekst blijkt bovendien allermindst dat, indien één voorwaarde niet vervuld zou zijn, het dossier aan de rechterlijke macht moet worden overgemaakt. Indien het dossier toch bij de rechter belandt, op basis van welke criteria moet deze dan oordelen of het terzake gaat om de overtreding van een belangrijk of van een niet-belangrijk criterium?

Amendement nr. 160

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 160), dat ertoe strekt om in de laatste volzin de voorgestelde § 1, na de woorden «voorwaarden en procedures heeft nageleefd», de woorden «alsook de vereiste aangifte heeft gedaan» toe te voegen.

Het moet duidelijk zijn dat de arts alle procedurevoorwaarden (waaronder ook de aangifte) moet hebben nageleefd om de machtiging van de wet te kunnen genieten.

De huidige tekst is op dit vlak te vaag.

Bovendien betekent de goedkeuring van zo'n wet niet dat het gerecht niet meer kan optreden, aangezien de familieleden van de patiënt of derden die een belang kunnen aantonen, altijd een klacht kunnen indienen waardoor de arts zich zal moeten verantwoorden.

Een lid benadrukt dat het artikel met betrekking tot de evaluatiecommissie tweemaal het woord «kan» bevat. Er worden deze commissie dus geen verplichtingen opgelegd.

Een ander lid is van mening dat een oplossing kan worden gevonden in het herformuleren van de bewuste bepaling in artikel 3, in die zin dat alle voorwaarden moeten vervuld zijn. Het toevoegen van het woord «alle» kan alle interpretatiemoeilijkheden oplossen. Het lid is niet gekant tegen een dergelijke herformulering.

Een lid benadrukt dat de meeste situaties nog onder het concept «noodtoestand» zullen vallen, zelfs als deze wet wordt goedgekeurd. Dat moet duidelijk zijn, zo niet loopt men het risico dat het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze behandelingen nog zal toeneemen.

Moet niet worden verduidelijkt dat de meeste situaties van hulp bij het levenseinde in de intensieve zorg niet binnen de werkingssfeer van de wet zou vallen?

l'une des conditions n'a pas été remplie, le dossier est transmis au juge. Celui-ci doit prononcer des peines selon le jugement qu'il porte sur l'affaire. En effet, le pouvoir législatif ne saurait se substituer au pouvoir judiciaire.

L'intervenant précédent fait observer que la commission se prononce à la majorité des deux tiers. En outre, le texte à l'examen ne fait absolument pas apparaître que, si une des conditions n'est pas respectée, le dossier sera transmis au pouvoir judiciaire. Si le dossier est bel et bien transmis au juge, sur la base de quels critères celui-ci doit-il juger s'il est question du non-respect d'un critère important ou de non-respect d'un critère non important?

Amendement n° 160

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10 amendement n° 160), tendant à insérer, à la dernière phrase du § 1^{er} proposé, après les mots «conditions et procédures», les mots «ainsi que la déclaration».

Il doit être clair que le médecin doit avoir respecté toutes les conditions de procédure (et que parmi celles-ci figure la déclaration), à défaut de quoi il ne peut bénéficier de l'autorisation prévue par la loi.

Le texte actuellement proposé est trop flou sur ce point.

En outre, ce n'est pas parce qu'une telle loi serait votée que la justice ne pourrait plus intervenir, car la famille d'un patient, ou un tiers quelconque justifiant d'un intérêt, pourra toujours déposer plainte et le médecin pourra alors être amené à se justifier.

Un membre souligne que le texte de l'article qui traite de la commission d'évaluation comporte deux fois le terme «peut». Il ne s'agit donc pas d'obligations dans le chef de cette commission.

Un autre membre estime que l'on peut résoudre le problème en reformulant la disposition de l'article 3 en question de façon à prévoir que toutes les conditions doivent être remplies. L'ajout du mot «toutes» pourrait résoudre tous les problèmes d'interprétation. L'intervenant ne s'oppose pas à une reformulation de ce genre.

Un membre souligne que la plupart des situations continueront à relever de l'état de nécessité, même après le vote de la loi en préparation. Il faut être clair à cet égard, à défaut de quoi on risque de relancer, sans le vouloir, des pratiques d'acharnement thérapeutique.

Ainsi, ne faudrait-il pas préciser que la majorité des situations d'aide à la fin de vie en soins intensifs ne relèveront pas du texte de la loi?

Daarom wil spreker de uitdrukking «er is geen misdrijf wanneer» ... liever niet behouden.

De wet die hier wordt voorbereid, betreft een beperkt aantal gevallen, maar de bedoeling is vooral een serene dialoog tussen arts en patiënt mogelijk te maken.

Een volgende spreker merkt op dat, wanneer het amendement nr. 160 zou worden aanvaard, er een onderscheid zou worden gemaakt tussen misdrijven ten opzichte van de voorwaarden, de procedures en de aangifte. Dit zou een verschil meebrengen in strafbaarheid. Dit is een interessante piste.

De indiener van het amendement vraagt of dit volgens de vorige spreker betekent dat een arts die geen aangifte heeft ingevuld toch onder § 3 zal vallen.

De vorige spreker antwoordt ontkennend. Alle voorwaarden moeten worden voldaan. Wanneer men echter de aangifte apart zou vermelden, zou men tot verschillende niveaus van strafbaarstelling komen.

De indiener van het amendement is het daar niet mee eens: § 1 somt immers de voorwaarden op waaronder een machtiging van de wet wordt verleend.

Als de aangifte niet in § 1 wordt vermeld, zal de tekst helemaal niet hetzelfde effect hebben.

De vorige spreker herhaalt dat, zijns inziens, aan alle voorwaarden moet voldaan zijn om de strafbaarheid van de euthanaserende handeling te vermijden. Wanneer een onderscheid zou worden gemaakt tussen de aangifte enerzijds en de voorwaarden anderzijds, zou men aan de niet-naleving van de aangifteplicht andere sancties kunnen verbinden dan aan de niet-naleving van de voorwaarden.

Een lid wijst erop dat het de rechter is die finaal zal oordelen, en niet de commissie. De commissie stelt enkel vast of de voorwaarden vervuld zijn of niet.

Een ander lid meent dat de tekst voorwaarden van uiteenlopende aard opsomt. Sommige voorwaarden hebben te maken met de procedure, waaronder de aangifte, en andere met de toestand van de zieke, maar indien aan alle voorwaarden samen is voldaan, is er geen misdrijf.

Een lid stelt vast dat, overeenkomstig de voorliggende tekst van het amendement nr. 14, het dossier helemaal niet naar de rechterlijke macht wordt verzonden. Het dossier wordt naar een evaluatiecommissie gestuurd, die het eventueel kan doorsturen naar de rechtbank. Er zijn evenwel niet de minste sancties voorzien.

Spreker wijst op het gebrek aan samenhang in de ganse redenering van de indieners van het voorstel nr. 2-244/1. Enerzijds zegt men dat de materiële voor-

C'est d'ailleurs pour cela que l'intervenant estimait préférable de ne pas maintenir l'expression «il n'y a pas infraction lorsque ... ».

La loi en préparation encadre donc un nombre limité de fins de vie, mais son but est de permettre un climat de dialogue plus serein entre patient et médecin.

Un autre sénateur fait remarquer que, si l'on adoptait l'amendement n° 160, on ferait une distinction entre les infractions commises à l'encontre des conditions, des procédures et de la déclaration, ce qui différencierait la culpabilité. C'est là une piste intéressante.

L'auteur de l'amendement demande si cela signifie que, selon le précédent intervenant, un médecin qui n'aurait pas rempli de déclaration se trouverait dans les conditions du § 3.

Le préopinant répond par la négative. Il y a lieu de remplir toutes les conditions. Mais en mentionnant la déclaration séparément, on obtiendrait des niveaux d'incrimination différents.

L'auteur de l'amendement ne partage pas ce point de vue car le § 1^{er} explicite les conditions dans lesquelles il y a une autorisation de la loi.

Si l'on ne mentionne pas la déclaration au § 1^{er}, le texte n'aura pas du tout le même impact.

Le préopinant répète que selon lui, toutes les conditions doivent être remplies pour éviter que l'acte entraînant l'euthanasie soit punissable. Si l'on fait la distinction entre, d'une part, la déclaration et, d'autre part, les conditions, on pourrait assortir de sanctions différentes l'inobservation du devoir de déclaration et celles des conditions.

Un membre souligne que c'est le juge, et non la commission, qui se prononcera en dernière instance. La commission ne fait que constater si les conditions ont été remplies ou non.

Un autre membre pense que le texte énonce des conditions de différentes natures. Certaines conditions sont de procédure, y compris celle de déclaration, et d'autres sont liées à l'état du malade, mais l'absence d'infraction est liée au fait que l'on remplit l'ensemble des conditions de manière cumulative.

Un membre constate que, selon le texte proposé de l'amendement n° 14, le dossier n'est nullement transmis au pouvoir judiciaire. Il est envoyé à une commission d'évaluation, qui peut éventuellement le transmettre au tribunal. On ne prévoit toutefois pas la moindre sanction.

L'intervenant souligne le manque de cohérence de tout le raisonnement suivi par les auteurs de la proposition n° 2-244/1. D'une part, on dit que les condi-

waarden worden uitgebreid, en verantwoordt men dit door te verwijzen naar de strenge procedurale voorwaarden. Anderzijds wordt geopperd dat het niet-naleven van de procedures niet in alle omstandigheden aanleiding geeft tot een strafrechtelijk feit. Bovendien wordt erop gewezen dat ten allen tijde de noodtoestand kan worden ingeroepen. Dit is een totale verschuiving van het debat. Heeft de wet de euthanasie, dan wel de strijd tegen de therapeutische hardnekkigheid tot doel? Was het niet de bedoeling van de besluitvorming omtrent het levenseinde te verantwoorden? Hier worden allerhande theorieën en procedures op mekaar gestapeld, zodat de wet op het terrein slechts één gevolg zal hebben: het verleggen van de grens inzake de bescherming van het menselijk leven.

De vorige spreker stelt vast dat het probleem omtrent de aard van de evaluatiecommissie waarin de tekst voorziet, later in de bespreking aan bod zal komen.

Het is duidelijk dat de commissie geen rechtscollege is.

De tekst bepaalt dat indien aan de voorwaarden is voldaan, geen misdrijf is gepleegd. Er zal dus een controle moeten plaatshebben die gekoppeld is aan de aangifte aan de commissie, waarbij zal worden vastgesteld of de voorwaarden al dan niet vervuld zijn.

Voor de rest belet niets dat door eenieder die een belang meent te hebben een klacht kan worden ingediend, zelfs in de gevallen waarin aan alle voorwaarden is voldaan.

Wanneer de zaak naar het parket wordt doorgestuurd, zal worden overgegaan tot de klassieke strafrechtspiegeling.

Dit is geen hinderpaal voor de procedure voor de evaluatiecommissie, ook niet in de gevallen waarin geen misdrijf werd gepleegd, aangezien bij die commissie toch aangifte moet worden gedaan wanneer aan alle voorwaarden is voldaan. Dit is een garantie voor de doorzichtigheid en de bescherming van de zieke.

Het voorstel zal het mogelijk maken vergissingen te voorkomen wanneer geen gevolg wordt gegeven aan het euthanasieverzoek ondanks het feit dat alle voorwaarden waren vervuld, door meer te spreken dan thans het geval is.

De bescherming die de patiënt geniet wanneer wel wordt ingegaan op een euthanasieverzoek, ligt in het feit dat er op een gegeven ogenblik, zelfs voor situaties waarin men ervan uitgaat dat er geen misdrijf is, een handeling verricht moet worden die controle mogelijk maakt buiten de strikt gerechtelijke fase.

Daarom voorzien de wetsvoorstellen van de zes indieners in twee delen, die voor een evenwicht

tions matérielles sont renforcées et on s'en justifie en renvoyant à la sévérité des conditions procédurales. D'autre part, on déclare que le non-respect des procédures n'induirait pas en toutes circonstances un fait relevant du droit pénal. Et en plus, on souligne que l'on pourra invoquer à tout moment l'état de nécessité. On déplace totalement le débat. La loi vise-t-elle à régler l'euthanasie ou bien à lutter contre l'acharnement thérapeutique? L'objectif n'était-il pas de justifier la prise de décision relative à la fin de vie? La proposition empile les théories et les procédures de toutes sortes, de sorte que, sur le terrain, la loi n'aura comme seule conséquence, que de déplacer la limite de la protection de la vie humaine.

Le précédent orateur constate que le problème de la nature de la commission d'évaluation, telle qu'elle a été prévue, sera soulevé dans la suite de la discussion.

Il est clair que la commission n'a pas de caractère juridictionnel.

Le texte prévoit qu'il n'y a pas d'infraction si les conditions sont remplies. Il devra donc y avoir une vérification liée à la déclaration à la commission, qui établira si les conditions sont remplies.

Pour le surplus, rien n'empêche qu'une plainte soit déposée par toute personne qui estimera avoir un intérêt, même dans les cas où toutes les conditions sont réunies.

La procédure pénale classique sera alors suivie, le parquet étant saisi.

Cela n'empêche pas la procédure prévue devant la commission d'évaluation, y compris dans les cas où il n'y a pas d'infraction, puisque la déclaration à cette commission aura lieu même quand toutes les conditions sont remplies, ce qui est une garantie de transparence et de protection du malade.

La proposition permettra d'éviter les erreurs par défaut — c'est-à-dire celles où il n'est pas donné suite à la demande, alors que toutes les conditions sont réunies — en rendant à la parole un champ beaucoup plus large qu'à l'heure actuelle.

La protection donnée au patient par rapport aux euthanasies «par excès» est qu'il doit y avoir à un moment donné, même pour les situations où l'on considère qu'il n'y a pas d'infraction, un geste qui permette une vérification en dehors d'un processus strictement judiciaire.

C'est pourquoi les propositions de loi des six auteurs comportent deux volets, qui en assurent

zorgen. Het is enerzijds zaak in dramatische omstandigheden euthanasie toe te staan op voorwaarde dat een aantal cumulatieve voorwaarden zijn vervuld en anderzijds te voorzien in een vorm van controle door de evaluatiecommissie.

Een senator wijst erop dat in voorliggend wetsvoorstel wordt ingeschreven dat ook het verplegend team moet worden geraadpleegd bij het plegen van euthanasie. Het feit dat meerdere mensen op de hoogte dienen worden gebracht, verhoogt de kans dat daadwerkelijk klacht wordt neergelegd bij het parket.

Anderzijds is de senator van mening dat de evaluatiecommissie niet enkel een notariële functie mag hebben. Zij moet méér doen dan enkel akte nemen van het feit dat euthanasie werd gepleegd en notuleren dat alle vereiste voorwaarden werden opgesomd. De evaluatiecommissie moet volgens spreker ook een evaluatie maken van de euthanasie en hieraan een interpretatie geven. Het is immers perfect mogelijk dat één of meerdere voorwaarden, die in het wetsvoorstel worden voorgeschreven, niet kunnen vervuld worden, maar dat de evaluatiecommissie toch van oordeel is dat het plegen van euthanasie in deze bepaalde situatie volkomen gerechtvaardigd is geweest. Ook het omgekeerde is mogelijk. De evaluatiecommissie kan tot de vaststelling komen dat, vanuit formeel oogpunt bekeken, alle voorwaarden werden nageleefd, maar dat de euthanasie niet gerechtvaardigd was. De voorwaarden zijn een uiterst belangrijke leidraad, maar finaal moet de evaluatiecommissie nagaan of de euthanasie al dan niet correct werd toegepast.

Een lid stelt vast dat een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds het vervullen van de materiële voorwaarden inzake euthanasie, en anderzijds het naleven van de procedurele voorwaarden. In beginsel moet de evaluatiecommissie bij een meerderheid van twee derden beslissen om het dossier al dan niet door te sturen naar het parket. Wanneer echter hier reeds wordt aangegeven dat het niet-naleven van een procedurele voorwaarde onvoldoende is om het dossier door te sturen, wordt impliciet gesteld dat het niet-naleven van de procedures geen aanleiding geeft tot een strafbaar feit. De nagestreefde transparantie wordt aldus geenszins bereikt, wel integendeel. De stelling, dat de rechter uiteindelijk oordeelt of er sprake is van een misdrijf, wordt ontkracht door het feit dat de dossiers, waarin de procedures niet werden nageleefd, niet worden overgezonden naar het parket.

Een ander lid vult aan dat de rechter, die door de zaak wordt gevat, zal moeten werken met gemeenschappelijke kwalificaties zoals doodslag, vrijwillige slagen en verwondingen met de dood tot gevolg, en dergelijke meer. Wanneer één van de procedurevoorwaarden niet wordt nageleefd, en het dossier door de commissie al zou worden overgemaakt, heeft de rechter geen andere rechtsbasis dan deze kwalificaties. In de strafwet wordt immers geen onderscheid gemaakt

l'équilibre. Il s'agit, d'une part, de permettre, dans les situations dramatiques, de pratiquer l'euthanasie, moyennant le respect de conditions multiples et cumulatives, et d'autre part, de prévoir une forme de contrôle assuré par la commission d'évaluation.

Un sénateur souligne que la proposition à l'examen prévoit que l'équipe soignante doit être également consultée en cas d'euthanasie. L'obligation d'informer plusieurs personnes augmente l'éventualité qu'une plainte soit effectivement déposée au parquet.

Le sénateur estime par ailleurs que la commission d'évaluation ne peut se limiter à une fonction notariale. Elle doit faire plus que prendre acte du fait qu'une euthanasie a été pratiquée et acter que toutes les conditions requises ont été énumérées. Elle doit également, selon l'intervenant, faire une évaluation de l'euthanasie et en donner une interprétation. Il est en effet tout à fait possible qu'une ou plusieurs conditions prescrites par la proposition de loi ne puissent être remplies mais que la commission d'évaluation estime malgré tout que dans telle situation précise, l'euthanasie a été entièrement justifiée. Le contraire est possible également. La commission d'évaluation peut être amenée à constater que, toutes les conditions ont été formellement remplies, mais que l'euthanasie ne se justifiait pas. Les conditions sont un fil conducteur extrêmement important mais, en fin de compte, la commission d'évaluation devra vérifier si l'euthanasie a été correctement appliquée ou non.

Un membre constate qu'on fait une distinction entre, d'une part, l'accomplissement de conditions matérielles en matière d'euthanasie et, d'autre part, l'observation des conditions procédurales. En principes, la commission d'évaluation doit décider à la majorité des deux tiers si elle transmet ou non le dossier au parquet. Cependant, si l'on indique dès à présent que le non-respect d'une condition de procédure ne suffit pas pour transmettre le dossier, on pose implicitement que le non-respect des procédures n'induit pas un fait punissable. La transparence recherchée ne sera alors nullement atteinte, tout au contraire. La thèse selon laquelle c'est le juge qui, en fin de compte, appréciera s'il y a infraction ou non se trouve invalidée du fait que les dossiers dans lesquels les procédures n'auront pas été respectées ne seront pas transmis au parquet.

Un autre membre ajoute à cela que le juge saisi de l'affaire devra travailler avec des qualifications de droit commun telles que l'homicide, les coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort, etc. Si une des conditions procédurales n'a pas été respectée et pour peu que le dossier soit transmis par la commission, le juge n'aura d'autre base juridique à sa disposition que les qualifications précitées. Le droit pénal ne fait en effet aucune distinction entre les conditions

tussen de materiële en de procedurele voorwaarden van een misdrijf. Spreker verwijst overigens naar het Nederlandse voorstel, dat in een afzonderlijke bestraffing voorziet.

Een van indieners van het wetsvoorstel en van amendement nr. 14 antwoordt dat de wet die hier wordt voorbereid, de cumulatieve voorwaarden bepaalt waaraan moet zijn voldaan opdat euthanasie geen misdrijf is.

Er wordt niet voorzien in een sanctie omdat men zich, indien aan de voorwaarden niet is voldaan, in dezelfde toestand bevindt als nu het geval is, waarbij het parket kennis moet nemen van de zaak en waarbij euthanasie gekwalificeerd wordt als moord.

In dit geval is het niet uigesloten dat de strafrechter eventueel een beroep doet op het begrip noodtoestand als verschoningsgrond.

Wanneer echter aan alle voorwaarden is voldaan, is er geen misdrijf. Die voorwaarden zijn gekoppeld aan de toestand van de zieke en aan de procedure die moet worden nageleefd.

Een lid stelt vast dat twee juridische problemen moeten worden opgelost. In eerste instantie is er de definitie van het misdrijf.

Spreekster meent immers dat men het principe « *nulla poena sine lege* » (het legaliteitsbeginsel in het strafrecht), niet volledig in acht neemt.

De vorige spreker antwoordt dat aangezien het voorstel alleen de gevallen definieert waarin er geen misdrijf is, en niet het misdrijf zelf, een andere logica wordt gehanteerd.

De vorige spreekster vraagt wat er gebeurt indien aan een voorwaarde niet is voldaan, bijvoorbeeld de raadpleging van een tweede arts.

Stel dat er een klacht wordt ingediend, los van de evaluatiecommissie.

Spreekster is er niet zeker van dat een rechter het geval alleen zal toetsen aan de wet die wordt voorbereid. Zij meent dat hij ook de regels van gemeenrecht, onder meer die betreffende de noodtoestand, daarbij zal betrekken.

Een van de indieners van het wetsvoorstel en van amendement nr. 14 bevestigt deze zienswijze.

Een senator is er voorstander van om uitdrukkelijk te stellen om welk misdrijf het hier gaat. In tegenstelling tot het oorspronkelijke voorstel nr. 2-244, zegt het geamendeerde voorstel overeenkomstig amendement nr. 14 niet in om welk misdrijf het gaat. Spreker stelt voor om in de wet ook een aparte strafmaat te bepalen voor het overtreden van de materiële en de procedurele voorwaarden die gekoppeld zijn aan dit misdrijf.

matérielles et les conditions procédurales d'une infraction. L'intervenant renvoie d'ailleurs à la proposition néerlandaise, qui prévoit une sanction distincte.

L'un des auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 14 répond que la loi en préparation définit les conditions cumulatives dans lesquelles il n'y a pas d'infraction.

Il n'y a pas de sanction prévue parce que, si les conditions ne sont pas respectées, on se trouve dans une situation identique à la situation actuelle, où le parquet aura à connaître de l'affaire, et où l'euthanasie est qualifiée de meurtre.

Dans ce cas, il n'est pas exclu que le juge pénal fasse éventuellement application de la notion d'état de nécessité en tant que motif d'excuse.

Au contraire, lorsque toutes les conditions sont remplies, c'est d'une absence d'infraction qu'il s'agit. Ces conditions, il faut le répéter, sont liées à la situation du malade et à la procédure qui doit être respectée.

Un membre constate que deux questions juridiques doivent être résolues. Celle de la définition de l'infraction, tout d'abord.

L'intervenante pense en effet que l'on ne respecte pas adéquatement le principe « *nulla poena sine lege* » (le principe de légalité en droit pénal).

Le précédent orateur réplique que, puisque la proposition ne définit pas une infraction, mais bien les cas dans lesquels il n'y a pas d'infraction, la logique est différente.

La précédente intervenante poursuit en demandant ce qu'il advient si une condition n'est pas remplie, par exemple celle relative à la consultation d'un deuxième médecin.

Supposons qu'une plainte soit déposée, indépendamment de la commission d'évaluation.

L'intervenante n'est pas sûre qu'un juge n'appréciera pas le cas, non seulement au départ de la loi en préparation, mais aussi au regard des règles de droit commun, et notamment de celle de l'état de nécessité.

L'un des auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 14 confirme ce point de vue.

Un sénateur souhaiterait que l'on définisse explicitement de quelle infraction il s'agit ici. Contrairement à la proposition de loi n° 2-244 initiale, la proposition telle qu'amendée par l'amendement n° 14 ne précise pas de quelle infraction il retourne. L'intervenant propose de prévoir également dans la loi un taux de peine distinct pour la transgression des conditions matérielles et des conditions procédurales associées à cette infraction.

De senator merkt evenwel op dat, mocht zulks toch gebeuren, er volgens sommigen dan nog een probleem zou kunnen ontstaan. Vraagt men dat er voor elke voorwaarde apart een specifieke strafmaat wordt ingeschreven? Dit is niet de gewoonte in de strafwetgeving. Integendeel moet de rechter, die door de zaak wordt gevat, oordelen welke straffen hij uitspreekt op basis van de ernst van het misdrijf.

Een lid repliceert dat dienaangaande heel wat juridische nonsens wordt verteld. De strafwet en de strafprocedure zijn immers onderhevig aan bepaalde belangrijke basisbeginselen met betrekking tot de kwalificatie, legaliteit, enzovoort.

Volgens het lid kan men slechts worden gestraft wanneer aan de bestanddelen van het misdrijf wordt voldaan. In de inleidende zin van artikel 3 wordt evenwel nergens gesteld over welk misdrijf het zou gaan. Wanneer men bovendien naar de bestanddelen van een misdrijf van gemeen recht verwijst, wordt daarin nergens iets gezegd over de procedure. Hierdoor creëert men een juridisch hiaat. Er bestaat immers geen procedureel bestanddeel van het misdrijf doodslag, moord, vrijwillige slagen en verwondingen, en dergelijke meer.

Wanneer een rechter wordt gevat, moet deze enkel onderzoeken of aan de materiële en intentionele bestanddelen van het misdrijf is voldaan. Het gemeen strafrecht zegt niets over een procedure. Volgens het legaliteitsbeginsel, dat strikt te interpreteren is, is er slechts sprake van een misdrijf indien de wet dit uitdrukkelijk voorziet. Op het niet-nakomen van de procedure waarin de wet voorziet werden echter geen sancties voorzien, waardoor de procedurele omkering niet de minste waarborg biedt.

Een van de indieners van het wetsvoorstel en van amendement nr. 14 herhaalt dat het voorliggend wetsvoorstel geen bepaling van een strafbaar feit bevat maar wel de voorwaarden opsomt waaronder er geen misdrijf is.

Indien blijkt dat die voorwaarden niet zijn vervuld, bevindt men zich in de huidige toestand waarbij het Strafwetboek voorziet in de kwalificaties moord en doodslag.

Waarom zou men dan moeten voorzien in een sanctie voor iets dat door het voorstel niet wordt gewijzigd?

Een senator verwijst naar het artikel 8 van het oorspronkelijke voorstel, dat wel degelijk expliciteerde om welk misdrijf het gaat. De senator herhaalt zijn vraag of het probleem juridisch opgelost kan worden, indien men in de wet alsnog zou inschrijven om welk misdrijf het gaat, al dan niet verwijzend naar het Strafwetboek, of indien men een nieuw misdrijf zou omschrijven.

Een vorige spreker antwoordt dat hij zijn juridisch standpunt reeds meermaals heeft uiteengezet. Het is

L'intervenant fait toutefois remarquer que, même dans ce cas, un problème pourrait encore se poser selon d'aucuns. Demande-t-on qu'un taux de peine spécifique soit prévu pour chaque condition prise séparément? Tel n'est pas l'usage en législation pénale. Le juge saisi de l'affaire doit, au contraire, apprécier les peines qu'il prononce en se fondant sur la gravité de l'infraction.

Un membre réplique que l'on débite pas mal d'inepties juridiques à ce sujet. La loi et la procédure pénales sont, en effet, soumises à certains principes de base importants relatifs à la qualification, à la légalité, etc.

Selon l'intervenant, on ne peut être puni que si les éléments constitutifs de l'infraction sont réunis. Or, il n'est précisé nulle part dans la phrase liminaire de l'article 3 de quelle infraction il s'agirait. De plus, lorsqu'on fait référence aux éléments d'une infraction de droit commun, il n'est nulle part fait allusion à la procédure. On crée ainsi un hiatus juridique. Des infractions telle que l'homicide, l'assassinat, les coups et blessures volontaires, etc., ne comportent en effet aucun élément procédural.

Lorsqu'un juge est saisi, il doit uniquement examiner si les éléments matériels et intentionnels de l'infraction sont réunies. Il n'est pas question de procédure en droit pénal commun. Selon le principe de légalité, qui est de stricte interprétation, il n'est question d'infraction que si la loi le prévoit explicitement. L'inobservation de la procédure prévue par la loi n'est toutefois pas assortie de sanctions, de sorte que l'encadrement procédural n'offre pas la moindre garantie.

L'un des auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 14 répète que la proposition à l'examen ne définit pas un délit, mais les conditions dans lesquelles il n'y a pas de délit.

Pour le reste, s'il apparaît que ces conditions ne sont pas réunies, on se retrouve dans la situation actuelle, où le Code pénal prévoit les qualifications de meurtre et d'assassinat.

Pourquoi, dès lors, prévoir une sanction pour une chose que la proposition ne modifie pas?

Un sénateur renvoie à l'article 8 de la proposition initiale, qui précisait bel et bien de quelle infraction il s'agissait. Il réitère sa question de savoir si le problème peut être réglé juridiquement, soit en indiquant dans la loi de quelle infraction il s'agit — avec renvoi ou non au Code pénal — soit en définissant une nouvelle infraction.

Un préopinant répond qu'il a déjà exposé sa position juridique à plusieurs reprises. Il appartient aux

aan de indieners van het wetsvoorstel om hiermee al dan niet rekening te houden.

Amendementen nrs. 165 en 172

Mevrouw Nyssens merkt op dat zij op amendement nr. 14 een subamendement nr. 172 heeft ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/12), dat haar subamendement nr. 165 (Stuk Senaat, nr. 2-244/11) vervangt.

Het ligt in de lijn van de laatste debatten over het gevaar voor ontsporingen.

Het amendement stelt de invoeging voor in artikel 3, van een § 1bis (nieuw) luidende:

« § 1bis. *De arts vergewist zich ervan dat de voorwaarden bedoeld in § 1 zijn vervuld, door in alle geval en met name met behulp van de adviezen van de personen bedoeld in de §§ 3 en 4, over te gaan tot een algehele evaluatie van de lichamelijke en geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt, met inachtneming van de sociaal-economische aspecten van zijn toestand.* »

De indiener van het amendement verklaart dat zoveel sprekers gewezen hebben op de mogelijke sociaal-economische ontsporingen dat het hem essentieel leek dit aspect ook uitdrukkelijk in de voorgestelde tekst te vermelden. Men moet voorkomen dat de wet gebruikt wordt als een middel om aan sociale regulering te doen. Het gevaar voor ontsporing is in de kiem aanwezig in dit voorstel, dat het aspect begeleiding van de zieke volledig op de achtergrond schuift (zie de opmerkingen van de werkgroep euthanasie, *Artsenkrant*, november-december 2000).

Het wetsvoorstel biedt, zelfs in de geamendeerde vorm ervan, geen enkele bescherming aan kwetsbare patiënten.

Door de goedkeuring van een wetgeving over euthanasie of over begeleide zelfdoding dreigt in de samenleving een stroming te ontstaan die sommige mensen ertoe aanzet euthanasie te vragen, te opteren voor zelfmoord of een beroep te doen op een derde arts met het oog op hulp bij zelfdoding.

Zelfs de pretorianen van de «rationele zelfmoord» zijn zich terdege bewust van de gevaren van wat zij de «gemanipuleerde zelfmoord» noemen.

Mevrouw Margaret Pabst-Battin, die gespecialiseerd is in zelfmoord en Assistant professor of Philosophy aan de Universiteit van Utah is, is de auteur van vele artikelen en van een boek onder de titel «Suicide». Zij verdedigt de idee van de rationele zelfmoord. Ze geeft evenwel toe dat de rationele zelfmoord aanleiding geeft tot een mogelijke manipulatie van de zelfmoord op grote schaal en dat men personen, die normaal niet voor zelfmoord zouden kiezen, zo kan beïnvloeden dat zij dat wel doen.

auteurs de la proposition de loi d'en tenir compte ou non.

Amendements n^{os} 165 et 172

Mme Nyssens signale qu'elle a déposé à l'amendement n^o 14 un sous-amendement n^o 172 (doc. Sénat, n^o 2-244/12), qui remplace son sous-amendement n^o 165 (doc. Sénat, n^o 2-244/11).

Il se situe dans le droit fil des dernières discussions qui ont eu lieu au sujet du danger de dérives.

L'amendement propose l'insertion à l'article 3 d'un § 1^{er}bis nouveau, libellé comme suit:

« § 1^{er}bis. *Le médecin s'assure des conditions visées au § 1^{er} en procédant, en tout état de cause, à l'aide notamment des avis des personnes visées au § 3 et au § 4, à une évaluation globale de la santé physique et psychique du patient qui prenne en compte les aspects socio-économiques de sa situation.* »

L'auteur de l'amendement déclare que les dérives socio-économiques potentielles de la proposition ont été mises en avant par tant d'interlocuteurs qu'il lui a paru essentiel de les mentionner expressément dans le texte proposé. Il faut éviter que la loi ne devienne un instrument de régulation sociale. Les risques de dérive existent en germe dans cette proposition où l'aspect accompagnement du malade est relégué à l'arrière-plan (voir les réflexions du groupe de travail euthanasie, *Journal du Médecin*, novembre-décembre 2000).

La proposition de loi même amendée ne présente, en effet, aucune balise de protection à l'égard des patients vulnérables.

En adoptant une législation relative à l'euthanasie ou au suicide assisté, le risque existe de créer un courant dans la société qui pousse certaines personnes soit à demander l'euthanasie, soit à se suicider elles-mêmes, soit à recourir à un tiers-médecin pour qu'on les aide à se suicider.

Même les défenseurs avérés du «suicide rationnel» admettent clairement les dangers de ce qu'ils appellent les «suicides manipulés».

Mme Margaret Pabst-Battin, spécialisée en matière de suicide, *Assistant Professor of Philosophy* à l'Université de Utah, est l'auteur de nombreux articles et d'un livre intitulé «Suicide». Elle défend l'idée du suicide rationnel. Cependant, elle admet que le suicide rationnel donne lieu à la possibilité d'une manipulation du suicide à grande échelle et à la manipulation des gens vers le choix du suicide, alors qu'ils ne l'auraient pas fait normalement.

Verenigingen die in ons land oproepen beantwoorden van personen met zelfmoordneigingen, benadrukken ook dat men omzichtig moet omspringen met dergelijke personen.

Mevrouw Pabst-Battin wijst erop dat een vorm van manipulatie erin kan bestaan dat degene die manipuleert, de toestand waarin het slachtoffer verkeert zo voorstelt dat het slachtoffer zelf er de voorkeur aan geeft te sterven in plaats van te blijven leven. Die druk wordt vaak op subtiele wijze uitgeoefend in de familiale omgeving. Degene die manipuleert stelt de zaken zo voor dat zelfmoord, vergeleken bij de andere alternatieven, in de ogen van zijn slachtoffer de redelijkste keuze wordt. Manipulatie is doeltreffend, ook al is degene die manipuleert zich daarvan niet bewust.

Dokter Pabst-Battin erkent dat zelfs een hele samenleving gemanipuleerd kan worden en ertoe aangezet kan worden om haar waarden met betrekking tot leven en dood van iemand te wijzigen zodra die samenleving de «rationale zelfmoord» heeft aanvaard. Zo zou de samenleving uiteindelijk suggereren wie er, voor zichzelf maar ook voor iedereen, goed aan doet uit het leven te stappen. De omvangrijkste risicogroep zijn de bejaarden alsook mensen die kwetsbaar zijn wegens hun gezondheidstoestand (handicap) of hun sociaal-economische positie (de armen of de minderheden) en voorts ook depressieve personen.

De sociologe Anita Hocquart heeft eveneens aangetoond hoe de technische en financiële rationaliteit die, in tegenstelling tot de gangbare opvattingen, wel degelijk leidt tot een sociale boekhouding van de kosten en de baten die niet gunstig is voor de fysieke of mentaal gehandicapte burger, kennelijk samenvalt met de dodelijke rationaliteit waarvan de voorstanders van het recht op sterven blijk geven. Hun vraag sluit verrassend goed aan bij de gewenste besparingen in de gezondheidszorg.

Dit alles werd in een opiniestuk van *Le Soir* enkele dagen vóór Kerstmis herhaald.

In haar tweede advies heeft de Belgische Vereniging voor gerontologie en geriatrie op duidelijke wijze hierover haar standpunt bepaald: «Er bestaat een reëel gevaar dat ouderwordenden elk houvast verliezen in een samenleving die de inkorting van het leven op vrijwillige basis toestaat, in een samenleving waarin wat beschouwd wordt als ernstig en ongeneeslijk, vaak ondraaglijker is voor de andere dan voor de betrokkene zelf. Vele bejaarden zouden zich overbodig kunnen voelen en ten laste van hun verwanten en de samenleving. De geriatrie en de verzorgingsinstellingen hebben nood aan meer middelen en aan vele degelijk opgeleide vakmensen om de verzorging en de verpleging van ouderen te verbeteren en om die ouderen op het einde van hun leven te begeleiden opdat zij zowel thuis als in het ziekenhuis of in het verzorgingstehuis een waardig levenseinde kennen.»

Des associations qui, dans notre pays, répondent aux appels des personnes qui envisagent le suicide, insistent également sur les précautions qu'il faut prendre à l'égard de ces personnes.

Mme Pabst-Battin souligne qu'une forme de manipulation peut exister lorsque le manipulateur change à ce point la situation de la victime que la victime elle-même choisit la mort de préférence à continuer à vivre. Cette pression s'exerce souvent de manière subtile dans l'environnement familial. Le manipulateur arrange les choses de manière à ce que le suicide devienne, au vu des autres alternatives, le choix le plus raisonnable pour sa victime. La manipulation est efficace, même si le manipulateur n'a pas conscience qu'il se livre à une manipulation.

Le docteur Pabst-Battin reconnaît qu'une société tout entière peut être manipulée pour changer ses valeurs en ce qui concerne qui doit vivre et qui doit mourir, une fois que cette société a admis le «suicide rationnel». La société en arriverait ainsi à suggérer qui devrait se suicider tant pour son propre bien que pour le bien de chacun. Le groupe le plus à risques est celui des personnes âgées, les personnes vulnérables en raison de leur état de physique (handicap) ou de leur statut socio-économique (les pauvres ou les minorités) et les personnes dépressives.

La sociologe Anita Hocquart a montré également l'extraordinaire convergence observable entre la rationalité technique et financière, qui fait qu'il existe, contrairement au discours ambiant, une comptabilité sociale des coûts et des bénéfices qui n'est pas favorable à la population physiquement ou mentalement diminuée, et la raisonnable létalité dont font preuve les demandeurs du droit de mourir. Leur souhait correspond de manière surprenante aux souhaits d'économie des systèmes de santé.

Tout cela a été rappelé dans une «carte blanche» parue dans *Le Soir*, quelques jours avant Noël.

Dans son deuxième avis, la Société belge de gérontologie et de gériatrie a pris position de manière claire à ce sujet: «Le risque existe réellement que la personne vieillissante perde ses repères dans une société qui autorise l'abréviation volontaire de la vie, dans une société où ce qui est considéré comme «grave et incurable» est souvent plus insupportable pour les autres que pour la personne elle-même. Beaucoup de personnes âgées pourraient se sentir inutiles et à charge de leurs proches et de la société. Les institutions gériatriques et les structures de soins ont besoin de moyens accrus et de nombreux professionnels valablement formés pour améliorer la condition sanitaire des aînés et les accompagner à la fin de leur vie, afin que celle-ci soit digne tant à domicile qu'à l'hôpital qu'en maison de repos.»

De Belgische Vereniging voor gerontologie en geriatrie benadrukt nog dat het wetsvoorstel geen middel is om een kwalitatief hoogstaande bejaardenzorg te bevorderen.

Over mishandeling van bejaarden is nog maar weinig onderzoek verricht en de onderzoeksresultaten gaan nog niet ver genoeg terug in de tijd om te kunnen bepalen of het verschijnsel toeneemt. Toch wordt naar schatting 20% van de bejaarden mishandeld. Deze mishandelingen omvatten zowel financieel misbruik als psychologisch en fysiek geweld.

De «Groupe belge d'étude et de prévention du suicide» stelt dat zelfmoord bij bejaarden een andere werkelijkheid maskeert. De studies van deze groep tonen aan dat het risico op zelfmoord toeneemt met de leeftijd. Diverse wetenschappelijke studies tonen eveneens aan dat het aantal zelfmoorden bij jongeren (15-24 jaar) toeneemt. Deze stijging is nog relatief klein vergeleken met de groep 25- tot 44-jarigen, voor wie zelfmoord in 1987 bij mannen en vrouwen de belangrijkste doodsoorzaak was (tabel, «Cahiers du GERMS, nr. 22, 1994, blz. 13).

De ATD-*Vierde-Wereldbeweging* verwoordde het onlangs zo: «De liberalisering van euthanasie mag de deur niet openzetten voor een zachte uitroeiing van de armste bevolkingsgroepen.»

«In de recente Europese geschiedenis zijn er voorbeelden te over van regelrechte «misdaden tegen de menselijkheid», waarvan de armste bevolkingsgroepen het slachtoffer werden: grootschalige verplichte sterilisaties in Zweden, Noorwegen en Denemarken, «culturele genocide» van nomaden in Zwitserland, twee eeuwen van deportatie van arme kinderen en wezen in Groot-Brittannië, «zachte uitroeiing» van zieken in psychiatrische instellingen in Frankrijk tijdens de oorlog, ...» (X. Godinot, schrijven van 29 november 2000).

Een amendement om sociaal-economische ontsporingen te vermijden, onder welke vorm ook, zou een belangrijk ethisch signaal aan onze samenleving geven.

De arts zou alle gezondheidsaspecten van de patiënt moeten evalueren, en tegelijk rekening houden met de fysieke en psychische aspecten, en met de hele persoonlijkheid van zijn patiënt.

Een van de indieners van het wetsvoorstel en van amendement nr. 14 verklaart dat de wil om sociaal-economische ontsporingen te voorkomen, in de ene of de andere zin, belangrijk is, en dat men zal moeten nagaan waar een bepaling hierover ingelast kan worden. Spreker wijst er echter op dat dergelijke ontsporingen waarschijnlijk meer in de huidige context te vrezzen zijn dan onder een wetgeving die het terrein afbakent.

Een lid meent dat dit een essentieel punt is in het debat.

La proposition de loi ne constitue pas un moyen de promouvoir des soins de qualité en gériatrie, insiste encore la Société belge de gérontologie et de gériatrie.

Il faut rappeler également que, même si les études sont encore rares en cette matière et si on manque de recul pour juger si le phénomène est en augmentation, on estime que 20% des aînés sont victimes de maltraitance, qui va des abus financiers aux mauvais traitements psychologiques et aux atteintes à l'intégrité physique.

Le groupe belge d'étude et de prévention du suicide rappelle la réalité cachée que constitue le suicide des personnes âgées. Les études de ce groupe ont mis en évidence que plus on est âgé, plus le risque suicidaire augmente. Plusieurs études scientifiques ont également mis en avant l'augmentation nette du suicide des jeunes (15-24 ans). Cette augmentation est encore relativement faible par rapport à la tranche 25-44 ans, où il constituait la première cause de mortalité pour les hommes et les femmes en 1987 (tableau, *Cahiers du GERMS*, n° 22, 1994, p. 13).

Enfin, le mouvement ATD Quart Monde a récemment souligné: «Il ne faudrait pas qu'une libéralisation de l'euthanasie ouvre la voie à des formes d'extermination douce des populations les plus pauvres.»

«L'histoire européenne récente abonde en véritables «crimes contre l'humanité» perpétrés à l'encontre des populations les plus pauvres: stérilisations forcées massives en Suède, Norvège, Danemark, «génocide culturel» des nomades en Suisse, déportation des enfants pauvres et orphelins pendant plus de deux siècles en Grande-Bretagne, «extermination douce» des malades dans les hôpitaux psychiatriques en France pendant la guerre, etc.» (X. Godinot, courrier du 29 novembre 2000).

Quelle que soit la forme qu'il pourrait prendre, un amendement destiné à éviter les dérives socio-économiques constituerait un signal éthique important pour notre société.

Il faudrait que le médecin évalue de façon globale la santé du patient, et prenne à la fois en compte les aspects physique et psychique, et la personnalité tout entière de son patient.

L'un des auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 14 déclare que le souci de prévenir les dérives socio-économiques, dans un sens comme dans l'autre, est important, et qu'il faudra examiner à quel endroit une disposition à ce sujet peut être insérée. L'intervenant fait cependant observer que de telles dérives sont sans doute davantage à craindre dans le contexte actuel que sous l'empire d'une législation qui mettrait des balises.

Une membre estime qu'il s'agit là d'un point fondamental du débat.

Zij vermeldt de toestand van personen die weliswaar handelingsbekwaam, maar kwetsbaarder zijn. Spreekster denkt bijvoorbeeld aan licht mentaal gehandicapten.

Het is namelijk zo dat niet alle mentaal gehandicapten het statuut van verlengd minderjarige hebben.

Oude patiënten zijn ook zwakker en kunnen niet noodzakelijk het hoofd bieden aan allerlei vormen van druk die op hen wordt uitgeoefend.

Ten slotte zijn de betrekkingen van sommige patiënten met hun arts van die aard dat zij niet op gelijke voet kunnen spreken.

Daarom zijn de rechten van de patiënt trouwens zo belangrijk.

Amendement nr. 74

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een subamendement in op amendement nr. 14, dat ertoe strekt § 2 van het voorgestelde artikel 3 te doen vervallen (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 74).

Een van de indieners verduidelijkt dat deze voorwaarde op het eerste gezicht de patiënt lijkt te beschermen, maar uiteindelijk biedt deze bepaling alleen de arts zekerheid in de gewone zin van het woord (dus niet de nagestreefde rechtszekerheid).

De verplichting om het verzoek van de patiënt in een geschrift «vast te leggen» kan verschillende risico's inhouden:

— Vanwege zijn lichamelijke of geestelijke toestand kan het voor de patiënt moeilijk of zelfs onmogelijk zijn om terug te komen op hetgeen hij heeft geschreven. Dat wordt als een soort verbintenis aanzien. Het gevoel van onbehagen van de patiënt blijft niet eeuwig duren.

— De tekst bepaalt ook dat de schriftelijke verklaring in voorkomend geval vermeldt dat de patiënt niet in staat is te tekenen en waarom. Als de patiënt niet in staat is te tekenen, betekent dat ook dat hij het document niet zelf kan opstellen. Als de geamendeerde tekst blijft zoals hij is, betekent dat dat het document door iemand anders kan worden opgesteld. Het vereiste van een schriftelijke verklaring dat de patiënt op het eerste gezicht lijkt te beschermen, kan zich uiteindelijk tegen hem keren.

— Het risico bestaat dat de geschreven verklaring uiteindelijk wordt beschouwd als het «bewijs» dat de voorwaarden met betrekking tot het verzoek (uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen en herhaald) vervuld zijn en dat de verplichting om ook aan de andere wettelijke voorwaarden te voldoen, een zuivere formaliteit wordt.

Elle évoque la situation des personnes qui disposent de la capacité juridique, mais sont plus fragiles. L'intervenante pense notamment aux handicapés mentaux légers.

En effet, tous les handicapés mentaux ne se trouvent pas sous le statut de la minorité prolongée.

Les patients âgés sont, eux aussi, plus fragiles, et ne sont pas nécessairement en mesure de résister aux pressions de toutes sortes susceptibles de s'exercer sur eux.

Enfin, certains patients ont un rapport au médecin qui ne leur permet pas d'avoir avec lui une discussion sur pied d'égalité.

C'est d'ailleurs pourquoi les droits du patient sont tellement importants.

Amendement n° 74

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14, en vue de supprimer le § 2 de l'article 3 proposé (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 74).

L'un des auteurs précise que ce qui apparaît, à première vue, comme une condition protectrice du patient, s'avère, en définitive, une disposition visant à assurer uniquement la sécurité du médecin, au sens commun du terme (et non la sécurité juridique recherchée).

L'obligation de «figer» la demande du patient dans une requête écrite peut présenter des risques de dérives de plusieurs types:

— La difficulté, voire l'impossibilité, pour le patient, vu son état moral ou physique, de revenir sur ce qu'il a écrit, qui sera ressentie comme une sorte d'engagement. Le mal-être du patient peut connaître des évolutions.

— Par ailleurs, le texte précise que le document écrit constate éventuellement que le patient n'est pas en état de signer et en énonce les raisons. Si le patient n'est pas en état de signer, cela signifie également qu'il ne peut pas rédiger lui-même le document. Le texte amendé, s'il n'est pas autrement précisé, implique donc que le document peut être rédigé par quelqu'un d'autre. L'exigence de l'écrit qui au départ semble être une protection du patient, risque en définitive de se retourner contre lui.

— Le risque existe que ce document écrit constitue, à terme, «la preuve» que les conditions relatives à la demande (caractère exprès, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchi et persistant de la demande) étaient réunies, et rende ainsi purement formelle l'obligation de remplir les autres conditions prescrites par la loi.

— Hoe moeten beide, schijnbaar tegenstrijdige, vereisten worden verzoend, namelijk het «herhaald en duurzaam verzoek» (artikel 3, § 1) en het «schriftelijk verzoek»? Op welk moment moet het verzoek op schrift worden gesteld? Gaat men ervan uit dat het verzoek duurzaam is omdat het schriftelijk is opgesteld of moet de arts altijd, ook na het opstellen van het schriftelijke verzoek, nagaan of de patiënt in het verzoek volhardt?

— Het verband tussen § 1 en § 2 is niet duidelijk: is de patiënt verplicht zijn verzoek op schrift te stellen? Of is dit facultatief?

Het vereiste van een schriftelijk verzoek lijkt niet noodzakelijk méér bescherming te bieden voor de rechten van de patiënt. Hier moet opnieuw worden verwezen naar de hoorzittingen waaruit duidelijk is gebleken dat de beste bescherming tegen clandestiene euthanasie bestaat in:

1° een procedure van voorafgaand, multidisciplinair collegiaal overleg,

2° een wetgeving betreffende de rechten van de patiënt, en

3° het bijhouden van een gedetailleerd medisch dossier.

De indieners van het amendement menen dat alle verzoeken van de patiënt moeten worden gehoord, ongeacht welke vorm zij aannemen.

Dit standpunt lijkt meer eerbied te betonen voor de specifieke situatie van de patiënt in zijn laatste levensfase.

Een van de indieners van amendement nr. 14 antwoordt dat het vereiste van een schriftelijk verzoek een bijkomende waarborg moet bieden, niet alleen voor de arts, maar ook voor de patiënt.

De voorgestelde tekst voorziet bovendien in een regeling voor de in de praktijk voorkomende gevallen, waarin de patiënt niet bij machte is te tekenen.

Spreker heeft er trouwens niets op tegen dat men in de hele Franse tekst het woord «*demande*» in plaats van «*requête*» gebruikt.

Een lid maakt de algemene opmerking dat er in § 1 sprake is van een herhaald verzoek, terwijl § 2 bepaalt dat het verzoek van de patiënt schriftelijk geformuleerd moet zijn.

Hoe moeten deze twee bepalingen gecombineerd worden?

Moeten er dan verschillende documenten opgesteld worden?

Bovendien zegt de tekst niets over de mogelijkheid van de patiënt om zijn verzoek in te trekken.

Evenmin is uitgesloten dat de arts optreedt als de meerderjarige getuige waarvan sprake in § 2.

— Comment concilier les deux exigences, qui peuvent sembler contradictoires, de «demande répétée et persistante» (article 3, § 1^{er}) et de «requête écrite»? À quel moment la demande doit-elle être écrite? Considère-t-on qu'elle est persistante à partir du moment où elle est constatée par écrit ou le médecin a-t-il l'obligation de vérifier jusqu'au bout, même après la rédaction de la requête, la persistance de cette demande?

— L'articulation entre le § 1^{er} et le § 2 n'est pas claire: le patient a-t-il l'obligation de mettre sa demande par écrit? Ou s'agit-il d'une faculté?

L'exigence d'une requête écrite ne paraît pas nécessairement protéger davantage les droits du patient. Il faut, une nouvelle fois, renvoyer aux auditions où il a été clairement précisé que la meilleure protection contre les euthanasies clandestines était:

1° l'organisation d'une procédure de consultation collégiale pluridisciplinaire préalable,

2° une législation des droits du patient, et

3° la tenue d'un dossier médical détaillé.

Il semble aux auteurs de l'amendement qu'il faut entendre toutes les demandes du patient, quelle que soit la forme que peuvent prendre ces demandes.

Cette position paraît la plus respectueuse de la situation particulière du patient en fin de vie.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 répond que l'exigence d'un texte écrit se justifie par le souci d'avoir une assurance supplémentaire, non seulement pour le médecin, mais aussi pour le patient.

Le texte proposé prévoit en outre les cas, que l'on rencontre dans la pratique, où le patient n'est pas en état de signer.

L'intervenant n'a, par ailleurs, pas d'objection à utiliser le terme «demande» dans l'ensemble du texte, au lieu du terme «requête».

Un membre observe, à titre de remarque générale, qu'au § 1^{er}, il est question d'une demande répétée, alors qu'au § 2, il est prévu que la requête du patient doit être actée par écrit.

Comment combiner ces deux dispositions?

Faut-il comprendre que plusieurs documents doivent être rédigés?

En outre, le texte ne dit rien de la possibilité pour le patient de révoquer sa demande.

Il n'exclut pas non plus que le médecin soit le témoin majeur dont il est question au § 2.

Zijn er voldoende waarborgen tegen de mogelijke druk van een derde die de patiënt ertoe wil aanzetten een verklaring te tekenen?

Wat is de juridische draagwijdte van § 2? Is hij facultatief of verplicht? Welke sancties gelden voor niet-naleving?

De vorige spreker verwijst naar het antwoord dat eerder is gegeven op de vraag over het ontbreken van sancties.

De in de tekst vastgestelde voorwaarden zijn cumulatief. Het verzoek moet uitdrukkelijk en herhaald zijn en bovendien is een schriftelijk document nodig.

Spreker hecht overigens veel belang aan het vereiste dat geen uitwendige druk wordt uitgeoefend op de zieke; er moet worden nagedacht over een manier om dit vereiste in de tekst op te nemen.

Het vereiste van een duurzaam verzoek biedt de zieke de mogelijkheid om van idee te veranderen.

Een lid vindt dat het vereiste van een schriftelijk verzoek een interessant gegeven vormt, dat niettemin een aantal vragen doet rijzen.

Het verplicht in zekere zin tot het formaliseren van het verzoek omdat het dwingt tot nadenken, vooral voor diegene die het verzoek doet.

Een groot aantal gehoorde personen hebben immers benadrukt dat dit verzoek ambivalent kan zijn.

De vraag is echter op welk ogenblik het schriftelijk verzoek moet worden opgesteld. Brengt dit verzoek het hele proces op gang?

Men kan zich ook vragen stellen bij de intrinsieke waarde van dit verzoek. Persoonlijk vindt spreekster dat het verzoek niet kan gelden als toestemming.

Een ander punt is het vereiste van de aanwezigheid van een meerderjarige getuige. Die aanwezigheid mag geen puur formele zaak worden, zoals vaak het geval is wanneer andere wetsbepalingen de aanwezigheid van een getuige opleggen.

Het concept «niet in staat zijn te ondertekenen» moet ook verduidelijkt worden. Voor spreekster heeft dit betrekking op het fysieke en materiële onvermogen om te tekenen en niet op een intellectueel onvermogen dat bijvoorbeeld te wijten is aan de schemer-toestand waarin de betrokkene zich bevindt.

De vorige spreker antwoordt dat het document in het dossier aanwezig moet zijn.

Dat de zieke niet in staat is om te tekenen kan door een aantal redenen veroorzaakt zijn, maar niet door het feit dat hij buiten bewustzijn is aangezien het voorstel uitdrukkelijk vereist dat hij «bewust» is.

Het gaat om fysieke elementen die uiteraard kunnen worden beoordeeld: het kan bijvoorbeeld gaan

Y a-t-il suffisamment de garanties contre les pressions possibles d'un tiers en vue d'inciter le patient à signer une telle déclaration?

Quel est le statut juridique du § 2? Est-il facultatif ou obligatoire, et quelles sont les sanctions s'il n'est pas respecté?

Le précédent intervenant renvoie à la réponse donnée précédemment à la question relative à l'absence de sanctions.

Quant aux conditions fixées par le texte, elles sont cumulatives. La demande doit donc être expresse et réitérée, et il faut, en outre, un document écrit.

L'intervenant se dit par ailleurs très sensible à l'exigence qu'il n'y ait aucune pression extérieure exercée sur le malade; il faut réfléchir à la manière dont cette exigence peut être traduite dans le texte.

Enfin, exiger que la demande soit persistante suppose pour le malade la possibilité de changer d'avis.

Une membre estime que l'exigence, qui a été introduite, d'une requête écrite constitue un élément intéressant, mais suscite un certain nombre de questions.

Elle oblige à une certaine formalisation de la demande, ce qui est un élément positif parce qu'il contraint chacun à réfléchir, et au premier chef celui qui formule la demande.

En effet, bon nombre de personnes entendues ont insisté sur l'ambivalence de cette demande.

Cependant, la question se pose de savoir à quel moment la requête écrite doit être rédigée. Est-ce elle qui enclenche le processus?

On peut aussi s'interroger sur la valeur intrinsèque de cette demande. L'intervenante pense personnellement qu'elle ne peut valoir consentement.

Un autre point concerne l'exigence de la présence d'un témoin majeur. Il ne faudrait pas que cette présence soit purement formelle, comme cela se passe dans d'autres contextes où la présence d'un témoin est requise par la loi.

La notion «ne pas être en état de signer» doit aussi être clarifiée. Pour l'intervenante, elle vise une impossibilité physique et matérielle de signer, et non une incapacité intellectuelle liée, par exemple, au fait que l'intéressé se trouve dans un état second.

Le précédent intervenant répond que le document devra exister dans le dossier.

Quant au fait pour le malade de ne pas être en état de signer, il peut résulter d'une série de raisons, qui ne sont pas liées à l'inconscience du patient, puisque la proposition requiert expressément que celui-ci soit conscient.

Il s'agit d'éléments physiques, qui peuvent naturellement faire l'objet d'une appréciation: il peut s'agir

om een verlamming van de bovenste ledematen of om een onduidelijk geschrift dat het gevolg is van bepaalde ziekten.

De tekst lijkt duidelijk genoeg met betrekking tot de getuige. Voor een verzoek van deze aard kan vanzelfsprekend geen beroep worden gedaan op de eerste de beste onbekende.

Er is op gewezen dat de tekst alleen eist dat de getuige niet met de patiënt verwant is. Een lid van het ziekenhuispersoneel kan dus wel als getuige optreden.

De vorige spreker antwoordt dat dit wetsvoorstel tot doel heeft de vrijheid van de zieke te waarborgen. De getuige moet dus iemand zijn in wie de zieke vertrouwen stelt.

Een lid benadrukt dat een probleem van interculturele bemiddeling kan ontstaan.

Sommige zieken zullen het moeilijk hebben om een tekst op te stellen en te begrijpen.

Welke waarborgen biedt de wet voor zo'n situaties?

Er bestaan ook analfabeten; er dient te worden verduidelijkt dat de laatste volzin van § 2 ook op hen betrekking heeft.

Een van de indieners van amendement nr. 14 bevestigt dat het schriftelijk verzoek is toegevoegd als bijkomende veiligheidswaarborg naar aanleiding van de hoorzittingen en de talrijke brieven die over deze materie zijn ontvangen.

Het schriftelijk verzoek is het eindpunt van een reeks herhaalde verzoeken van de patiënt.

Het spreekt vanzelf dat de patiënt het schriftelijk verzoek te allen tijde mag intrekken zoals hij ook steeds kan besluiten aan zijn euthanasieverzoek te verzaken.

Iedereen weet overigens dat sommige zieken die euthanasie vragen, niet meer in staat zijn dit verzoek op schrift te stellen, vandaar de mogelijkheid waarin de laatste volzin van § 2 voorziet.

Een lid begrijpt dat § 2 de vrees wil opvangen die tijdens de hoorzittingen vaak is geuit, namelijk dat de arts in zijn relatie tot de zieke alleen de verantwoordelijkheid draagt om diens verzoek te begrijpen en te interpreteren.

Toch verbaast spreker zich over de zeer bureaucratistische dimensie van de voorgestelde tekst.

In de gezondheidszorg is het niet gebruikelijk de patiënt te vragen zijn verzoek schriftelijk te doen, zelfs voor ingrepen waarbij het van belang is zich ervan te vergewissen dat de arts en de patiënt elkaar goed begrepen hebben.

non seulement d'une paralysie des membres supérieurs, mais aussi d'une imprécision quant à l'écriture, liée à certaines pathologies.

Quant au témoin, le texte paraît assez clair. Il est exclu d'imaginer que l'on puisse, pour une demande de cette nature, faire appel au premier inconnu qui passe.

Il est fait observer que le texte requiert seulement que le témoin n'ait pas de lien de parenté avec le patient. Il pourrait donc s'agir d'un membre du personnel de l'hôpital.

Le précédent intervenant répond que la philosophie de la proposition de loi est de garantir la liberté du malade. Le témoin doit donc être quelqu'un qui ait la confiance du malade.

Un membre souligne qu'un problème de médiation interculturelle pourrait se poser.

Une difficulté de rédaction et de compréhension pourrait ainsi se présenter pour certains malades.

Quelles garanties le texte offre-t-il par rapport à ce type de situations?

Il existe aussi des personnes analphabètes; il devrait être précisé que leur cas rentre dans l'hypothèse visée au § 2 *in fine*.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 confirme que l'exigence d'une requête écrite a été ajoutée comme condition supplémentaire de sécurité, suite aux auditions et à l'abondant courrier reçu en la matière.

La déclaration écrite est le résultat du processus de demandes répétées de la part du patient.

Il est évident que cette déclaration écrite peut être révoquée par le patient, tout comme celui-ci peut décider, à tout moment du processus, de renoncer à sa demande d'euthanasie.

Chacun sait par ailleurs qu'il est des malades qui demandent l'euthanasie mais ne sont plus en état de mettre eux-mêmes cette demande par écrit, d'où la possibilité prévue *in fine* du § 2.

Un membre comprend que le § 2 soit le résultat des préoccupations — que tous partagent — exprimées lors des auditions, et notamment du souci de ne pas laisser au seul médecin, dans sa relation avec le malade, la responsabilité de comprendre et d'interpréter la demande de celui-ci.

L'intervenant se dit cependant surpris du caractère bureaucratique du texte proposé.

Il n'est pas d'usage, dans le domaine de la santé, de demander à un patient de notifier par écrit sa demande, même pour des interventions où il faut s'assurer que patient et médecin se sont bien compris.

De voorgestelde tekst legt deze bureaucratische last op de schouders van de patiënt, die zijn verzoek in woorden moet omzetten.

In onze samenleving bestaat nog steeds een aanzienlijk aantal personen die niet kunnen schrijven.

Wat gebeurt er met die personen? Moeten zij systematisch voor hun verzoek een beroep doen op anderen, die dan een beslissing nemen in hun plaats?

Hoe kan men zeker zijn dat de patiënt niet in staat was zelf zijn verzoek op te stellen en wie moet dat beoordelen?

De derde krijgt hier toch een aanzienlijke manoeuvreerruimte.

Spreekster geeft er de voorkeur aan dat men het bij de gewone uitoefening van de geneeskunde houdt, waarbij een gedetailleerd medisch dossier wordt bewaard met alle elementen over het herhaalde verzoek van de patiënt, eventueel mede-ondertekend door een of meerdere derden (zie *infra*, amendement nr. 127).

Een van de indieners van amendement nr. 14 herinnert eraan dat het nog steeds om het verzoek van de patiënt gaat. Als de zes indieners het vereiste van het schriftelijk verzoek niet hadden toegevoegd, had men hen ongetwijfeld gevraagd dat te doen.

Een lid vraagt of het zover kan komen dat de ziekenhuizen een soort formulieren opstellen waarop de patiënt, zodra hij wordt opgenomen, zijn wensen te kennen moet geven.

In vele Amerikaanse ziekenhuizen legt men de patiënten zo'n documenten voor opgesteld in zeer precieze medische termen.

Gaat het schriftelijk verzoek altijd uit van het persoonlijk initiatief van de patiënt, zonder dat hij daartoe wordt aangespoord?

De vorige spreker antwoordt dat men de wilsverklaring niet mag verwarren met het schriftelijk verzoek om euthanasie. Als een patiënt, die in het ziekenhuis wordt opgenomen voor een bepaalde ziekte, met het oog op de toekomst het document tekent waarover de vorige spreker het had, gaat het uiteraard niet om een schriftelijk verzoek als bedoeld in § 2 van artikel 3.

Een lid herinnert aan de problemen waarop hij heeft gewezen en waarop hij geen antwoord heeft gekregen:

— de arts kan optreden als de getuige bedoeld in § 2;

— de getuige kan een persoon zijn die een materieel belang heeft bij het verdwijnen van de patiënt; het concept «meerderjarige getuige» is te ruim en er moet worden verduidelijkt dat de persoon in kwestie geen direct of indirect belang mag hebben bij de dood van de patiënt;

Le texte fait peser cette charge bureaucratique sur le patient, auquel on demande de traduire sa requête en mots.

De plus, il existe dans notre société un pourcentage assez important de personnes qui ne savent pas écrire.

Quel est le statut de telles personnes? Devront-elles systématiquement, pour leur requête, s'en remettre à une autre personne qui décidera?

Comment être certain que le patient n'était pas en mesure d'écrire lui-même sa requête, et qui en jugera?

Une latitude très importante est laissée au tiers qui interviendra.

L'intervenant aurait préféré que l'on s'inscrive dans la manière habituelle de pratiquer l'art de guérir, c'est-à-dire qu'il y ait un dossier médical détaillé où soient colligés tous les éléments relatifs à la demande répétée du patient, le cas échéant contresignés par un ou plusieurs tiers (voir *infra*, l'amendement n° 127).

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 rappelle que la demande est toujours celle du malade. Par ailleurs, il pense que si l'exigence d'une requête écrite n'avait pas été ajoutée par les six auteurs, on leur aurait demandé de le faire.

Une membre demande s'il serait concevable que les institutions hospitalières en arrivent à établir des sortes de formulaires, où le patient serait invité, dès l'entrée à l'hôpital, à indiquer ses volontés.

Dans beaucoup d'hôpitaux américains, on soumet de tels documents, formulés dans des termes médicaux très précis, aux patients.

Au contraire, la requête écrite émane-t-elle toujours de l'initiative personnelle du patient, à l'exclusion de toute sollicitation extérieure?

Le précédent intervenant répond qu'il ne faut pas confondre déclaration anticipée et requête écrite en vue d'une euthanasie. Lorsqu'un patient qui entre à l'hôpital pour une pathologie générale signe pour l'avenir le document décrit par la précédente intervenante, il ne s'agit évidemment pas d'une requête écrite au sens du § 2 de l'article 3.

Un membre rappelle les points qu'il a soulevés et auxquels il n'a pas été répondu:

— le médecin peut être le témoin visé au § 2;

— le témoin peut être une personne qui a un intérêt matériel à la disparition du patient; la notion de «témoin majeur» est trop large, et devrait être précisée pour indiquer que la personne en question ne peut jamais avoir un intérêt direct ou indirect à la mort du patient;

— hoe moeten de §§ 1 en 2 worden gecombineerd? Op welk ogenblik moet het schriftelijk verzoek worden opgesteld? Waaruit blijkt dat het verzoek herhaald is?

Een ander lid benadrukt dat het vereiste van een schriftelijk verzoek niet mag worden gezien in de context van de toestemming, die bijvoorbeeld vereist is wanneer de arts een operatie voorstelt.

Voor deze situatie kan dus nooit een voorgedrukt formulier worden aangeboden.

Als euthanasie door een derde wordt voorgesteld, treedt men buiten de werkingssfeer van dit voorstel.

Het geschrift is het bewijs van de uitgedrukte wil van de patiënt; die wil wordt niet herleid tot het geschrift, waar de patiënt steeds op kan terugkomen.

In de parlementaire voorbereiding moet in ieder geval worden verduidelijkt of het gaat om een vormvereiste dan wel om een inhoudelijke vereiste.

Ten slotte dient benadrukt dat het geschrift de arts nooit van zijn verantwoordelijkheid ontheft. Dat blijkt uit de geest van het wetsvoorstel, dat als uitgangspunt niet het medisch korps maar de patiënt neemt.

Deze laatste neemt het initiatief. Paragraaf 2 van artikel 3 streeft er naar de patiënt een correct middel te bieden om zijn verzoek te uiten.

Amendement nr. 173

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 14 een subamendement in, dat tegelijk een subsidiair amendement is op amendement nr. 74 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 173), en dat ertoe strekt de voorgestelde § 2 te vervangen als volgt:

« § 2. *Het verzoek om euthanasie kan schriftelijk worden geformuleerd. In dat geval wordt het door de patiënt zelf opgesteld, gedateerd en ondertekend. Het verzoek kan worden opgesteld in tegenwoordigheid van een onafhankelijke meerderjarige getuige, gekozen door de patiënt, en die op geen enkele wijze met hem verwant mag zijn. De getuige ondertekent en dateert het document.* »

De indiener van het amendement benadrukt dat het opstellen van een euthanasieverzoek steeds een keuzemogelijkheid moet blijven voor de patiënt. De verplichting voor de patiënt om zijn verzoek op schrift te stellen, kan tot ontsparingen leiden (zie verantwoording bij amendement nr. 74). Door allerlei factoren kan de toestand van de patiënt sterk variëren, niet alleen van dag tot dag maar zelfs binnen eenzelfde dag. De patiënt zal het heel moeilijk vinden om terug

— comment combiner les §§ 1^{er} et 2? À quel moment la requête écrite doit-elle être rédigée? De quoi résulte le caractère répété de la demande?

Un autre membre souligne que l'exigence d'une requête écrite ne s'inscrit pas dans le cas de figure d'un consentement, comme lorsqu'un médecin propose une opération, par exemple.

En l'espèce, il ne pourra donc jamais y avoir de formulaire préimprimé.

Si l'euthanasie est proposée par un tiers, on sort du contexte décrit par la proposition à l'examen.

L'écrit est la preuve de la manifestation de la volonté du patient; cette volonté ne se réduit pas à l'écrit, sur lequel le patient peut d'ailleurs revenir à tout moment.

Il faudrait en tout cas préciser dans le cadre des travaux préparatoires s'il s'agit d'une condition de forme ou de fond.

Enfin, il faut souligner que l'écrit ne libère jamais le médecin de sa responsabilité. Telle est la logique du texte, qui prend comme point de départ, non pas le corps médical, mais le patient.

C'est ce dernier qui est l'initiateur. Le § 2 de l'article 3 ne recherche pas une sécurité pour le médecin, mais un mode d'expression correct de sa demande par le patient.

Amendement n° 173

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement, qui est également un amendement subsidiaire à l'amendement n° 74 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 173), visant à remplacer le § 2 proposé par ce qui suit:

« § 2. *La demande d'euthanasie peut être formulée par écrit. Dans ce cas, elle est rédigée, datée et signée par le patient lui-même. La demande peut être rédigée en présence d'un témoin majeur indépendant choisi par le patient, qui ne pourra avoir aucun lien de parenté avec celui-ci. Le témoin contresigne et date le document.* »

L'auteur de l'amendement précise que la rédaction d'une demande d'euthanasie doit rester une faculté pour le patient. L'obligation de figer la demande du patient dans une requête écrite peut présenter des risques de dérives (*cf.* justification de l'amendement n° 74). L'état du patient connaît des évolutions fort variables, non seulement d'un jour à l'autre mais aussi d'un moment à l'autre d'une même journée, en fonction de facteurs très divers. Le patient aura d'extrêmes

te komen op wat hij als een soort verbintenis kan aanvoelen.

Het moet aan het oordeel van de patiënt worden overgelaten of hij al dan niet een getuige wil hebben wanneer hij dit geschrift opstelt. Hij kan er voor kiezen zijn intimiteit te vrijwaren. De getuige moet absoluut door de patiënt worden gekozen en volledig onafhankelijk zijn.

Daarnaast is het onontbeerlijk dat het document door de patiënt zelf wordt opgesteld. Volgens de huidige § 2 kan het geschrift ook door een derde worden opgesteld. Bovendien moet het document ook door de patiënt zelf worden ondertekend.

Amendement nr. 127

De heer Dallemagne dient een subamendement in op het amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. (Stuk Senaat, nr. 3-244/9, amendement nr. 127), dat ertoe strekt § 2 van artikel 3 te vervangen als volgt:

« § 2. Alle door de patiënt geformuleerde vragen en wensen, met inbegrip van de verzoeken om het overlijden te bespoedigen, moeten in zijn medisch dossier worden opgetekend.

De behandelende arts en een ander lid van het verplegend team of het palliatief team dat de patiënt begeleidt, moeten deze notities ondertekenen. »

De indiener van het amendement verwijst naar zijn vroegere commentaar. Hij voegt eraan toe dat het wel degelijk de bedoeling is om aan te sluiten bij de gewone relatie tussen de arts en de patiënt, en bij de vertrouwensrelatie die tussen een patiënt en een medisch team tot stand kan komen.

Tegenwoordig houdt de goede medische praktijk immers in dat de arts meer doet dan op eigen houtje handelen, vooral wanneer belangrijke beslissingen genomen moeten worden; het medisch team wordt dikwijls geraadpleegd en geeft opmerkingen en advies.

Spreker meent dat het schriftelijk verzoek op zich geen daad van vertrouwen is, maar eerder een daad van wantrouwen in de verhouding tussen de arts en het verplegend team.

Het amendement bepaalt bovendien dat alle verzoeken en wensen van de patiënt in het medisch dossier vermeld moeten zijn. Dit is belangrijk in het licht van een eventuele latere controle of een conflict, in welk geval het van belang is de gehele voorgeschiedenis van de betrekkingen tussen de patiënt en het medisch team te kennen.

Het voordeel van deze procedure is dat zij relatief flexibel en eenvoudig is.

Het is ook bijna ondenkbaar dat valse documenten in het dossier gevoegd worden, vooral indien verschil-

difficultés à revenir sur ce qui peut être ressenti comme un engagement.

La présence d'un témoin lors de la rédaction de cet écrit doit être laissée à la discrétion du patient. Celui-ci peut vouloir préserver son intimité. Il est indispensable que ce témoin soit choisi par le patient et indépendant.

Par ailleurs, il est indispensable que le document soit rédigé par le patient lui-même. La rédaction actuelle du § 2 implique que l'écrit peut être rédigé par un tiers. En outre, il importe qu'il soit signé par lui.

Amendement n° 127

M. Dallemagne dépose à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 127) tendant à remplacer le § 2 de l'article 3 proposé par ce qui suit:

« § 2. L'ensemble des demandes et des souhaits formulés par le patient, en ce compris les demandes de hâter son décès, doit être consigné au dossier médical du patient.

Les mentions sont signées par le médecin en charge du patient et un autre membre de l'équipe soignante ou de l'équipe palliative qui entoure le patient. »

L'auteur de l'amendement renvoie aux observations qu'il a formulées précédemment. Il ajoute qu'il s'agit bien de rentrer dans le cadre habituel d'une relation entre le patient et son médecin, et de la confiance qui peut s'établir entre un patient et une équipe médicale.

Aujourd'hui, en effet, la bonne pratique en matière médicale dépasse souvent le simple colloque singulier, surtout lorsqu'il s'agit de décisions graves; l'équipe médicale est souvent interrogée et formule ses observations et avis.

L'intervenant estime que la requête écrite est, en soi, non un geste de confiance, mais plutôt un geste de méfiance dans une relation entre le patient et l'équipe soignante.

L'amendement prévoit par ailleurs que l'ensemble des demandes et souhaits du patient doivent être consignés au dossier médical. Ceci paraît important, y compris dans la perspective d'un contrôle ou d'un conflit ultérieur éventuel, hypothèse dans laquelle il importe de connaître l'ensemble de l'histoire de la relation entre un patient et une équipe médicale.

Cette procédure a l'avantage d'être relativement souple et légère.

On imagine mal, par ailleurs, que des faux puissent être colligés au dossier médical, surtout si plusieurs

lende mensen hun opmerkingen op hetzelfde ogenblik noteren en gewag maken van het verzoek van de patiënt.

Een van de indieners van amendement nr. 14 vestigt de aandacht op § 5 van het voorgestelde artikel 3 op dit amendement, dat bepaalt dat alle handelingen van de arts en de resultaten ervan vermeld worden in het medisch dossier.

De vorige spreker antwoordt dat deze § 5 niet beantwoordt aan wat hij beoogde met zijn amendement, dat veel ruimer is: het betreft de hele voorgeschiedenis van de patiënt, al zijn verzoeken, en de bemerkingen van de arts maar ook van leden van het verplegend of palliatief team.

Een lid meent dat dit amendement interessante elementen bevat, die volgens haar toegevoegd moeten worden aan, en niet in de plaats komen van, het schriftelijk verzoek en de andere elementen vermeld in § 5 van artikel 3, omdat dit verzoek een belangrijke waarborg vormt.

Interessant is ook de idee dat een derde en niet de arts alleen het medisch dossier kan aanvullen en aangeven of de patiënt verzoeken tot hem gericht heeft.

Wanneer men hierover navraag doet, is het opvallend dat het begrip «medisch dossier» naargelang de arts een heel verschillende invulling kan krijgen.

Sommigen, onder wie de huisartsen (zie hoorzitting van dokter Leroy), beschouwen het als een dossier waarin iedereen aan bod kan komen, ook de familieleden.

Spreekster besluit dat het onderhavige amendement opnieuw ingediend zou moeten worden in § 5 van artikel 3.

Een lid verklaart dat men kan discussiëren over de plaats waar het amendement ingelast moet worden, maar dat er alleszins belangrijke elementen in staan.

Sommige elementen kunnen weliswaar pleiten voor een schriftelijk verzoek. Het gevaar hiervan is dat het verzoek uit zijn context gehaald wordt en beschouwd wordt als een verbintenis van de patiënt, als zijn enige wilsbeschikking, terwijl een stervende vele andere verzoeken kan doen (nog eenmaal zijn kinderen terugzien, volledig bevrijd worden van de pijn, ...), die ook in het medisch dossier vermeld moeten worden.

Hierop wordt geantwoord dat uit § 5 blijkt dat alle gegevens in het dossier terecht komen.

Vorige spreekster antwoordt dat de tekst van § 5 van het voorgestelde artikel in amendement nr. 4 niet alle verzoeken van de patiënt beoogt, wat het onderhavige amendement wel doet.

Er wordt opgemerkt dat aan de artsen gevraagd moet worden of het hen realiseerbaar lijkt.

personnes viennent y rédiger leurs observations au même moment et font état de la demande d'un patient.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 attire l'attention sur le § 5 de l'article 3 proposé, selon lequel l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat sont consignés dans le dossier médical.

Le précédent orateur répond que ce § 5 ne rencontre pas le souci qui inspire son amendement, lequel a une portée beaucoup plus large: il s'agit de l'ensemble de l'histoire du patient, de l'ensemble de ses demandes, et des observations, non seulement du médecin, mais aussi de membres de l'équipe soignante ou palliative.

Une membre estime intéressants les éléments apportés par l'amendement en discussion, qui devraient, selon elle, s'ajouter, et non se substituer à la requête écrite et aux autres éléments prévus au § 5 de l'article 3, car cette requête constitue une garantie importante.

L'idée qu'un tiers et non le médecin seul intervienne dans le dossier médical et puisse indiquer les sollicitations dont il a été l'objet de la part du patient, est aussi intéressante.

Il est frappant de constater que lorsqu'on interroge les gens de terrain, la notion de «dossier médical» varie fortement selon le médecin.

Certains, notamment des médecins généralistes, (cf. l'audition du docteur Leroy) estiment qu'il s'agit du dossier dans lequel tout le monde s'exprime, y compris des membres de la famille.

L'intervenante conclut que l'amendement en discussion devrait être redéposé au § 5 de l'article 3.

Un membre déclare que l'endroit du texte où devrait s'insérer l'amendement peut se discuter, mais que celui-ci contient des éléments importants.

Certains éléments peuvent, il est vrai, plaider en faveur d'une requête écrite. Le danger est qu'elle soit isolée du contexte, et interprétée comme un engagement du patient, comme l'expression unique de sa volonté, alors que dans le processus suivi par un mourant, celui-ci peut formuler beaucoup d'autres demandes (revoir une fois ses enfants, être entièrement soulagé de la douleur dont il souffre, ...), qui doivent aussi être consignées au dossier médical.

Il est répondu qu'il résulte du § 5 que toutes les données aboutissent dans ce dossier.

La précédente oratrice réplique que le texte du § 5 de l'article proposé à l'amendement n° 14 ne vise pas toutes les demandes du patient, comme le fait l'amendement en discussion.

Il est fait observer qu'il faut demander aux médecins si cela leur paraît praticable.

Vorige spreekster herinnert eraan dat het hier nauwkeurigheidscriteria betreft.

De indiener van amendement nr. 127 verkiest het invoegen van zijn amendement in § 2 eerder dan in § 5, omdat het voor hem werkelijk gaat om voorwaarden en procedures voor het inwilligen van het verzoek van de patiënt.

Bovendien kan men de mogelijkheid van een schriftelijk verzoek inbouwen, zoals een ander amendement het doet.

In de ogen van de spreker mag dit verzoek echter niet beschouwd worden als een instemming of als een absolute vereiste omdat men de juridische zekerheid van patiënt en arts wil waarborgen.

Spreker herhaalt dat het naar zijn mening beter is zo weinig mogelijk af te wijken van de gangbare geneeskundige praktijk, zo niet loopt men het risico verplichtingen in te voeren die de artsen niet naleven omdat ze te ver afstaan van hun huidige praktijk.

Men kan zich beter beroepen op de samenspraak die via het medisch dossier tot stand komt tussen de patiënt, zijn verwanten en het verplegend team.

Volgens een lid is het onmogelijk alle verzoeken en wensen van de patiënt op te nemen in het medisch dossier.

Hij wijst erop dat het palliatief team ook een verplegend team is, en dat de formulering van het amendement op dit punt te wensen overlaat.

Een ander lid sluit zich aan bij de opmerking van de voorgaande spreker en bevestigt dat de artsen afwijzend staan tegenover het formalisme, dat indruist tegen het zoeken naar een eenvoudige en uitvoerbare wet.

Amendement nr. 168

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 244/12, amendement nr. 168), dat ertoe strekt § 2 te vervangen als volgt:

« § 2. De patiënt die een arts verzoekt een einde te maken aan zijn leven, moet dit schriftelijk bevestigen. Dit schriftelijk verzoek geeft slechts een aanwijzing over de wil van de patiënt en kan te allen tijde ingetrokken worden. De arts moet er zich van vergewissen dat de patiënt het verzoek in vrijheid en volledig handelingsbekwaam geschreven heeft. »

De indiener van het amendement benadrukt dat het schriftelijk verzoek van de patiënt geen vrijbrief voor de arts is. Alhoewel het zowel voor de patiënt als voor de arts nuttig kan zijn dat de patiënt zijn wil schriftelijk optekent, mag dit document niet gelijkstaan met de instemming van de patiënt.

La précédente intervenante rappelle qu'il s'agit ici de critères de minutie.

L'auteur de l'amendement n° 127 préfère que son amendement s'intègre au § 2, plutôt qu'au § 5, car il s'agit véritablement pour lui de conditions et procédures pour la prise en compte de la requête du patient.

En outre, comme le fait un autre amendement, on peut prévoir la possibilité d'une requête écrite.

Mais, aux yeux de l'intervenant, celle-ci ne peut être considérée ni comme un consentement ni comme étant absolument obligatoire parce qu'il s'agirait d'assurer la sécurité juridique du patient et du médecin.

L'intervenant répète qu'à son avis, il vaut mieux s'écarter le moins possible des pratiques médicales habituelles, à défaut de quoi on risque de fixer des obligations que les médecins auront tendance à ne pas observer, si elles sont trop éloignées de leur pratique actuelle.

Il est préférable de faire confiance au colloque qui s'installe entre le patient, ses proches et l'équipe soignante, à travers le dossier médical.

Un membre estime impossible de mentionner au dossier médical l'ensemble des demandes et des souhaits du patient.

Il fait remarquer que l'équipe palliative est aussi une équipe soignante et que, de ce point de vue, la formulation de l'amendement n'est pas adéquate.

Un autre membre se rallie à l'appréciation formulée par le précédent intervenant, et souligne que les médecins craignent le juridisme, qui va à l'encontre de la recherche d'une loi simple et praticable.

Amendement n° 168

Mme de T'Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 244/12, amendement n° 168), tendant à remplacer le § 2 proposé par ce qui suit:

« § 2. Le patient qui formule la demande qu'un médecin mette fin à sa vie confirmera celle-ci par écrit. Cette demande écrite est indicative de la volonté du patient et peut être retirée à tout moment. Le médecin s'assurera que celle-ci a été rédigée librement et en pleine capacité. »

L'auteur de l'amendement précise que la demande écrite du patient ne peut constituer un blanc seing pour le médecin. S'il peut être utile et pour le patient et pour le médecin que le patient consigne sa volonté par écrit, ce document ne peut avoir valeur de consentement de la part du patient.

De patiënt moet dit document trouwens te allen tijde kunnen intrekken. Dit dient dus expliciet voorzien te worden.

De arts moet zich bovendien vergewissen van de handelingsbekwaamheid van de patiënt op het ogenblik dat deze zijn verzoek schriftelijk optekent.

Spreekster meent dat § 2, zoals geformuleerd in amendement nr. 14, het schriftelijk verzoek op een veel te bureaucratische wijze voorstelt, door de aanwezigheid van een externe getuige te eisen, terwijl het document niet de waarde van een instemming kan verkrijgen.

Ten slotte is spreekster de mening toegedaan dat het schriftelijk verzoek aan het begin van het proces moet komen. Dit punt zou bevestigd moeten worden.

Volgens een lid betekent de term «vrijwillig», die in amendement nr. 14 gebruikt wordt, hetzelfde als «in vrijheid en volledig handelingsbekwaam».

Het woord «herhaald» wordt er ook in gebruikt, en men dient zich tot deze term te beperken indien men niet wil vervallen in overdreven formalisme.

Ten slotte blijkt reeds uit de huidige tekst dat het document niet doorslaggevend is. Het is de arts die beslist.

Een spreekster en de leden van haar fractie sluiten zich aan bij het amendement, omdat zij instemmen met de ideeën die eraan ten grondslag liggen en die hierboven door de indiener uiteengezet werden.

De vorige spreker benadrukt dat de beslissing van een arts om euthanasie toe te passen nooit gemakkelijk zal zijn of lichtzinnig genomen zal worden. Het gaat immers tegelijkertijd om een moreel, medisch en juridisch probleem. Dit laatste aspect moet daarom niet overdreven worden.

De indiener van amendement nr. 168 verklaart dat vele artsen aan wie zij de kwestie van het schriftelijk verzoek voorgelegd heeft, en die voornamelijk huisartsen waren, meenden dat zij op een dergelijk verzoek pas konden ingaan wanneer er voldoende overeenstemming is op medisch vlak, binnen het eventuele verplegend team, en binnen de familie.

Zij vrezen namelijk dat, indien euthanasie toegepast wordt terwijl de familie niet werd geraadpleegd of zich ertegen verzet, er tegen hen klacht ingediend zou worden door deze familieleden.

Sommige artsen die een dergelijke daad reeds verricht hebben, verklaarden zelfs dat ze aan de familie een schriftelijke toestemming gevraagd hadden.

De vorige spreker herhaalt dat het verzoek moet uitgaan van de patiënt en niet van de familie, waar trouwens dikwijls — met de beste bedoelingen — tegengestelde meningen worden geuit.

Par ailleurs, le patient doit toujours avoir la possibilité de revenir sur ce document. Il faut donc le prévoir explicitement.

Enfin, le médecin doit s'assurer de la pleine capacité du patient au moment où celui-ci formalise sa demande par écrit.

L'intervenante estime que le § 2 contenu à l'amendement n° 14 conçoit la requête écrite de façon trop bureaucratique, en requérant la présence d'un témoin extérieur, pour un document qui ne peut valoir consentement.

Enfin, l'intervenante est d'avis que la requête écrite doit se situer au début du processus. Ce point devrait être confirmé.

Un membre estime que le terme «volontaire», figurant actuellement à l'amendement n° 14, équivaut à «librement, en pleine capacité».

Le mot «répété» y figure également, et il faut se limiter à ce terme, si l'on veut éviter d'ouvrir la porte à un juridisme excessif.

Enfin, le texte actuel prévoit déjà que le document n'est pas décisif. C'est le médecin qui décide.

Une intervenante et les membres de son groupe se rallient à l'amendement parce qu'ils partagent les préoccupations qui l'ont inspiré et qui ont été explicitées ci-avant par son auteur.

Le précédent orateur insiste sur le fait que la décision du médecin de pratiquer une euthanasie ne sera jamais facile ni prise à la légère. Il s'agit en effet à la fois d'un problème moral, médical et juridique. Il ne faut pas pour autant grossir ce dernier aspect.

L'auteur de l'amendement n° 168 déclare que bon nombre des médecins qu'elle a interrogés sur la question de la requête écrite, et qui étaient surtout des médecins généralistes, estimaient ne pouvoir répondre à une telle demande, que s'il existait un consensus suffisant, à la fois sur le plan médical, au sein de l'éventuelle équipe soignante, et au sein de la famille.

En effet, ils craignent notamment que, si une euthanasie était pratiquée alors que la famille n'a pas été consultée ou y est opposée, des plaintes ne soient déposées contre eux par des membres de cette famille.

Certains médecins qui avaient déjà pratiqué un tel acte disaient même avoir demandé à la famille un accord écrit.

Le précédent orateur rappelle que c'est le patient qui doit formuler la demande et non la famille, au sein de laquelle il arrive d'ailleurs fréquemment que des points de vue opposés s'expriment, avec les meilleures intentions.

Een van de indieners van amendement nr. 14 herinnert eraan dat de arts het verzoek kan inwilligen, dit weigeren, of nog een aantal voorwaarden stellen die hij nodig acht.

Amendementen nrs. 34 en 157

De heer Galand trekt amendement nr. 34 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5), dat hij op amendement nr. 14 ingediend had, ten voordele van subamendement nr. 157, dat medeondertekend is door de heer Dubié (Stuk Senaat, nr. 2-244/10).

Amendement nr. 157 strekt ertoe § 2 van het amendement nr. 14 voorgestelde artikel 3 te subamenderen door de woorden «die niet met de patiënt verwant is» te vervangen door de woorden «die geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt».

Een van de indieners verheugt zich over het feit dat er een consensus tot stand lijkt te komen om op de een of de andere manier te bepalen dat de getuige geen materieel belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt.

Uit de bezoeken die hij in een aantal ziekenhuizen en rusthuizen afgelegd heeft, leidt spreker af dat dit risico niet denkbeeldig is.

Er zijn mensen die de rusthuizen waarvoor betaald moet worden, beschouwen als een bron van inkomsten. Voorzichtigheid is dus geboden.

Het gevaar bestaat dat sommige patiënten wier geval steeds ernstiger wordt, beïnvloed worden en dat zij ertoe aangezet worden bepaalde beslissingen te nemen.

Het amendement strekt ertoe dit soort ontsporingen te verhinderen.

Een lid deelt de zorg van de indieners van het amendement. Zij vraagt zich evenwel af waarom het de tekst niet aanvult in plaats van hem te wijzigen. De wijziging leidt er immers toe dat de voorwaarde verdwijnt volgens welke de getuige geen verwant mag zijn van de patiënt.

Men zou natuurlijk kunnen zeggen dat elke verwant een potentieel materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt.

Familieleden kunnen evenwel ook andere beweegredenen hebben die bijvoorbeeld te maken hebben met uitputting tengevolge van een aanslepende ziekte of tijdsgebrek.

Een van de indieners van amendement nr. 14 verdedigt het standpunt volgens hetwelk de getuige geen materieel voordeel mag hebben bij het overlijden van de zieke.

Spreker ziet niet in waarom men de familieleden die een dergelijk belang niet hebben, zou uitsluiten.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 rappelle pour sa part que le médecin peut répondre à la demande, la refuser, ou encore poser toutes les conditions particulières qu'il estime nécessaires.

Amendements nos 34 et 157

M. Galand retire le sous-amendement n° 34 (doc. Sénat, n° 2-244/5) qu'il avait déposé à l'amendement n° 14, au bénéfice du sous-amendement n° 157, qu'il a cosigné avec M. Dubié (doc. Sénat, n° 2-244/10).

L'amendement n° 157 vise à sous-amender le § 2 de l'article 3 proposé à l'amendement n° 14, en remplaçant les mots «qui ne pourra avoir aucun lien de parenté avec le patient» par les mots «qui ne pourra avoir aucun intérêt matériel au décès du patient».

L'un des auteurs se réjouit qu'un consensus semble se dégager pour introduire, sous une forme ou une autre, une disposition prévoyant que le témoin ne peut avoir aucun intérêt matériel à la disparition du malade.

L'intervenant a retenu des visites qu'il a faites dans un certain nombre d'hôpitaux et de maisons de repos qu'il ne s'agissait pas là d'un risque illusoire.

Il existe des gens qui considèrent des maisons de repos payantes comme une source de revenus. La prudence s'impose donc.

Le danger existe que certains patients dont les cas deviennent de plus en plus lourds, fassent l'objet de tentatives d'influence, et qu'on les pousse à prendre certaines décisions.

L'amendement vise à empêcher ce type de dérives.

Une membre partage la préoccupation des auteurs de l'amendement. Elle se demande cependant pourquoi celui-ci ne complète pas le texte, au lieu de le modifier, ce qui a pour conséquence de faire disparaître la condition selon laquelle le témoin ne peut avoir aucun lien de parenté avec le patient.

On pourrait évidemment dire que tout parent a un intérêt matériel potentiel au décès du patient.

Cependant, il peut aussi y avoir d'autres mobiles dans le chef des membres de la famille, liés par exemple à l'épuisement consécutif à la longueur de la maladie, ou au manque de temps.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 partage le point de vue selon lequel le témoin ne peut avoir d'intérêt matériel au décès du malade.

L'intervenant ne voit pas pourquoi l'on exclurait les membres de la famille qui n'ont pas un tel intérêt.

Het is niet altijd vanzelfsprekend in de omgeving van de patiënt iemand te vinden die geen direct materieel belang heeft en die geen verwant is.

Het amendement heeft de verdienste dat de twee problemen tegelijkertijd worden geregeld.

Voor de rest onderstreept spreker nog eens dat het verzoek van de patiënt zelf moet komen.

Een van de indieners van amendement nr. 157 voegt eraan toe dat het zelfs enigszins onmenselijk zou kunnen zijn *a priori* de verwanten van de zieke uit te sluiten, vooral wanneer het gaat om een bejaarde patiënt wiens omgeving relatief beperkt kan zijn.

De getuige moet immers een vertrouwenspersoon zijn. Waarom zou die persoon geen verwant kunnen zijn die de zieke tijdens zijn ziekte heeft begeleid en die de aangewezen persoon is om te zeggen wat de patiënt precies wil?

Een lid merkt op dat het eventuele probleem van het vinden van een getuige verwijst naar de bezwaren die hijzelf en andere leden hebben geopperd tegen het getuigensysteem, waarin de tekst voorziet. Niet zozeer ethische of ideologische maar vooral bureaucratische hinderpalen moeten voorkomen worden.

Hij meent, net als een vorige spreekster, dat er andere dan materiële belangen kunnen zijn: affectieve belangen, belangen die te maken hebben met het opnieuw vormen van een gezin, enz. Daarom stelt hij voor de draagwijdte van de tekst uit te breiden door het veeleer te hebben over een «onafhankelijke» getuige indien men de eis dat er een getuige is wil behouden (zie *infra*, amendement nr. 125).

In verband met de opmerking van een ander lid, dat via zijn amendement de uitoefening van eventuele sociale en economische druk wil voorkomen, onderstreept spreker dat zulks veel verder gaat dan de problematiek van de getuige en ook betrekking heeft op het verzoek.

Ook met dit aspect van de zaken zou men rekening moeten houden.

Een ander lid vraagt zich af op welke manier men kan bepalen welke personen een materieel belang hebben bij het overlijden van de patiënt. Zolang er geen nalatenschap is opengevallen, is het niet altijd mogelijk te bepalen wie de erfgenamen zijn.

Dit dreigt ertoe te leiden, vooral wanneer de omgeving van de patiënt zeer beperkt is, dat het nagenoeg onmogelijk wordt een getuige te vinden die beantwoordt aan het criterium dat in de tekst is vastgelegd.

Indien later zou blijken dat de getuige wel degelijk een materieel belang had bij het overlijden van de zieke, moet hij dan afzien van de nalatenschap?

Il n'est pas évident que l'on puisse toujours trouver dans l'entourage du patient une personne qui n'aurait pas d'intérêt matériel direct et qui ne serait pas un parent.

L'amendement a le mérite de régler les deux problèmes à la fois.

Pour le surplus, l'intervenant souligne une fois encore que c'est du patient que doit venir la demande.

L'un des auteurs de l'amendement n° 157 ajoute qu'il pourrait même y avoir une certaine cruauté à exclure *a priori* les parents du malade, notamment lorsqu'il s'agit d'un patient âgé, dont l'entourage peut être relativement limité.

Il faut que le témoin puisse être une personne de confiance. Pourquoi ne pourrait-il s'agir d'un parent, qui a cheminé avec le malade tout au long de sa maladie, et qui est le mieux placé pour dire quelle est la volonté du patient?

Un membre observe que la difficulté éventuelle à trouver un témoin renvoie aux objections que lui-même et d'autres membres ont formulées à l'encontre du système du témoin prévu par le texte. Il faut éviter de créer des obstacles, non pas éthiques ou idéologiques, mais bureaucratiques.

Il pense en outre, comme une précédente oratrice, qu'il peut y avoir d'autres intérêts que des intérêts matériels: intérêts affectifs, intérêts liés à la recomposition d'une famille, etc. C'est pourquoi il propose d'élargir la portée du texte en parlant plutôt d'un témoin «indépendant», si tant est que l'on veuille maintenir cette exigence d'un témoin (voir *infra*, amendement n° 125).

Quant au souci exprimé par un autre membre, dans le cadre de son amendement, tendant à éviter d'éventuelles pressions socio-économiques, l'intervenant souligne qu'il dépassait largement la problématique du témoin, et concernait aussi la requête.

Cet aspect des choses devrait également être rencontré.

Un autre membre s'interroge sur la manière dont on pourra déterminer quelles sont les personnes qui ont un intérêt matériel au décès du patient. En effet, avant que ne s'ouvre une succession, il n'est pas toujours possible de déterminer qui seront les héritiers.

Cela risque d'avoir pour conséquence, surtout lorsque l'entourage du patient est très limité, qu'il deviendra quasiment impossible de trouver un témoin répondant au critère fixé par le texte.

En outre, s'il s'avérait ultérieurement que le témoin avait bel et bien un intérêt matériel au décès du malade, devra-t-il renoncer à la succession?

Een lid is niet van mening dat een erfgenaam die als getuige is opgetreden *ipso facto* onterfd moet worden. Maar het is juist dat het materiële belang niet noodzakelijk bekend is op het ogenblik waarop het schriftelijk verzoek wordt geformuleerd.

De zieke zou bijvoorbeeld een testament kunnen hebben opgesteld ten gunste van een verwant die daarvan niet op de hoogte is.

Een ander lid antwoordt dat pas moet worden nagegaan of de getuige weet dat hij een materieel belang heeft, op het ogenblik waarop diens optreden gevraagd wordt.

Een ander lid oppert nog dat hij altijd kan beweren dat hij daarvan niet op de hoogte is.

Een vorige spreekster voegt eraan toe dat zij, net als andere commissieleden, vragen heeft over de gevolgen van het feit dat de getuige een materieel belang had. Leidt dit tot de nietigheid van de schriftelijke verklaring, het verval van de procedure? Aangezien de patiënt toch zal zijn overleden, zal het hoe dan ook te laat zijn.

De door het amendement voorgestelde bepaling, waarvan het doel lovenswaardig is, is alleen maar richtinggevend want er zal geen sanctie zijn.

Amendement nr. 149

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 149), dat ertoe strekt in de voorgestelde § 2 de woorden «in voorkomend geval vermeldt deze schriftelijke verklaring dat de patiënt niet in staat is te tekenen en waarom» te doen vervallen.

De indiener is immers van mening dat deze formulering te veel risico's bevat. Wanneer in het gemeen recht iemand niet in staat is te tekenen, laat men een notaris komen die bij authentieke akte het onvermogen om te tekenen bevestigt. Hoewel het hier niet om eenvoudige vermogenskwesaties gaat maar om de dood van een individu, werd niet voorzien in een dergelijke waarborg.

Het gaat hier niet om juridisering, zoals sommigen beweren.

Het recht vertolkt waarden en steunt op een bepaalde ervaring die in de loop der eeuwen werd opgedaan met misbruiken en tekortkomingen in het menselijk gedrag.

Zo heeft men er zich rekenschap kunnen van geven dat de bewering, volgens welke iemand niet kan tekenen, moet steunen op zeer strikte waarborgen. In het gemeen recht werd dit zo bepaald, in deze tekst niet.

Un membre ne croit pas qu'un héritier qui serait intervenu comme témoin doive être *ipso facto* déshérité. Mais il est vrai que l'intérêt matériel n'est pas nécessairement connu au moment de la requête écrite.

Le malade pourrait, par exemple, avoir rédigé un testament en faveur d'un parent qui ne le sait pas.

Un autre membre répond que la question de savoir si le témoin sait qu'il a un intérêt matériel doit s'apprécier au moment où son intervention est sollicitée.

Un autre membre encore objecte qu'il pourra toujours prétendre ne rien savoir.

Une précédente intervenante ajoute qu'elle s'interroge, comme d'autres commissaires, sur les conséquences qui découleraient du fait que le témoin avait un intérêt matériel. Cela entraînerait-il la nullité du document, la caducité de la procédure? En tout état de cause, il sera trop tard, puisque le patient sera mort.

La disposition proposée par l'amendement, qui procède d'une intention louable, n'est cependant qu'indicative, car il n'y aura pas de sanction.

Amendement n° 149

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 149), tendant à supprimer, au § 2 proposé, les mots «le document écrit constate éventuellement que le patient n'est pas en état de signer et en énonce les raisons».

L'auteur estime en effet que cette formule comporte trop de risques. En droit commun, lorsqu'une personne n'est pas en état de signer, on fait venir un notaire, qui confirme par un acte authentique l'incapacité de signer. Ici, alors qu'il s'agit non de simples questions patrimoniales, mais de la mort d'un individu, il n'y aurait pas une telle garantie.

Il ne s'agit pas ici de juridisme, comme d'aucuns le prétendent.

Le droit exprime des valeurs et s'appuie sur une certaine expérience, accumulée au fil des siècles, à l'égard des abus et manquements dans les comportements humains.

Ainsi, on a pu se rendre compte que l'affirmation selon laquelle une personne ne pouvait pas signer devait être entourée de garanties très strictes. C'est ce que l'on a prévu en droit commun, et que l'on ne prévoit pas ici.

Amendement nr. 126

De heer Dallemagne dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 126), dat eveneens een subsidiair amendement is op amendement nr. 74 en dat tot doel heeft de laatste zin van de voorgestelde § 2 te doen vervallen.

Het amendement heeft dus dezelfde strekking als het bovenvermelde amendement nr. 149.

De indiener merkt op dat, indien de patiënt niet in staat is te tekenen, hij ook niet in staat is de schriftelijke verklaring zelf op te stellen; dit impliceert dus dat de schriftelijke verklaring kan worden opgesteld door iemand anders.

Dit lijkt onaanvaardbaar, precies in het licht van de bijzondere kwetsbaarheid van de patiënt die uitermate gevoelig is voor zowel familiale als economische of sociale druk.

Wie beslist dat de patiënt niet in staat is te tekenen? Op basis van welke criteria? Hoe kan men dit punt later nagaan? Hoe gaat men na dat de patiënt wist dat een verzoek namens hem werd opgesteld?

In het voorgestelde systeem is het goed mogelijk dat euthanasie wordt gepleegd buiten het medeweten van de patiënt die er, per definitie, niet meer zal zijn om het schriftelijk verzoek te bevestigen of te ontkennen.

Een lid vraagt hoe de indiener van het amendement het probleem oplost dat rijst bij gevallen van het soort Jean-Marie Lorand, dat hier reeds werd aangehaald.

De indiener van het amendement antwoordt dat men de voorgestelde procedure volledig moet wijzigen of via een notaris moet tewerkgaan.

Een lid voegt eraan toe dat het aangehaalde geval een uitzonderlijk geval is.

De vraag is of moet worden voorzien in een tekst die weliswaar enkele bijzondere gevallen regelt maar de deur openzet voor misbruiken.

Het geval van de heer Lorand werd geregeld zonder euthanasiewet en niemand werd vervolgd.

Een ander lid wijst erop dat men moet pogen rekening te houden met verplichtingen die tegenstrijdig kunnen lijken. Men moet het hoofd bieden aan toestanden rond het levenseinde, die veel talrijker zijn dan men zou vermoeden, en waarin mensen niet meer in staat zijn een verzoek schriftelijk op te stellen, het te ondertekenen en het te dateren.

Voorzichtigheidshalve moet de persoon ook de mogelijkheid krijgen niet te tekenen. Men moet voorkomen dat de patiënt onder druk wordt gezet om te tekenen hoewel hij dat problematisch vindt.

Amendement n° 126

M. Dallemagne dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 126), qui est également un amendement subsidiaire à l'amendement n° 74 et a pour but de supprimer la dernière phrase du § 2 proposé.

Il a donc la même portée que l'amendement n° 149 précité.

L'auteur indique que, si le patient n'est pas en état de signer, cela signifie qu'il n'est pas à même de rédiger le document lui-même; cette exigence implique donc que le document puisse être rédigé par quelqu'un d'autre.

Cela paraît inadmissible précisément au regard de la particulière vulnérabilité du patient et de sa sensibilité aux pressions tant familiales qu'économiques ou sociales.

Qui décide que le patient n'est pas en mesure de signer, sur base de quels critères, comment vérifiera-t-on ce point ultérieurement, comment vérifier que le patient savait qu'une requête avait été rédigée en son nom?

On peut très bien imaginer que, dans le système proposé, des euthanasies soient pratiquées à l'insu du patient qui, par définition, ne sera plus là pour confirmer ou infirmer la requête écrite.

Un membre demande comment l'auteur de l'amendement résout le problème posé par les cas du type de celui de M. Jean-Marie Lorand, dont il a déjà été question.

L'auteur de l'amendement répond qu'il faut soit modifier complètement la procédure proposée, soit procéder par intervention d'un notaire.

Un membre ajoute que le cas cité présente un caractère exceptionnel.

La question est de savoir s'il faut prévoir un texte qui pourrait ouvrir la porte à un grand nombre d'abus, pour régler quelques cas particuliers.

Le cas de M. Lorand s'est réglé en l'absence de législation, et personne n'a été poursuivi.

Un autre membre souligne qu'il faut s'efforcer de tenir compte de contraintes qui peuvent sembler opposées. Il faut rencontrer les situations de fin de vie, plus nombreuses qu'on ne le dit, où les personnes ne sont plus en état d'écrire un document, de le signer ni de le dater.

Cette possibilité doit aussi être laissée par prudence, pour permettre à la personne de ne pas signer, et pour éviter des pressions en vue de signer alors même qu'elle aurait des difficultés à le faire.

Indien men anderzijds het probleem slechts van één kant bekijkt, dreigt men geconfronteerd te worden met ongewilde gevolgen en de artsen in moeilijkheden te brengen omdat de rechter systematisch zal verwijzen naar wat de wettekst bepaalt, zelfs voor de gevallen die als een noodtoestand kunnen worden beschouwd.

Indien de wettekst niet definieert in welke gevallen patiënten niet kunnen tekenen, maakt men bepaalde patiënten alsook de artsen kwetsbaarder en dreigt men in sommige gevallen het voortzetten van uitzichtloze behandelingen te bevorderen en meer negatieve dan positieve gevolgen te bewerkstelligen.

Een lid vraagt zich af of men uit dit alles moet afleiden dat er een schriftelijke verklaring kan worden opgesteld door een derde, hoewel de zieke weigert te tekenen.

Men antwoordt hem dat een schriftelijk verzoek één van de door de tekst vastgelegde voorwaarden is. Men kan het herhaalde verzoek niet reduceren tot het feit dat op een gegeven ogenblik een schriftelijke verklaring werd opgesteld.

Voorts mag men op geen enkel moment voorbijgaan aan het feit dat de zieke geen schriftelijk verzoek heeft opgesteld hoewel hij de mogelijkheid had dat te doen, want in dit geval is er gewoonweg geen verzoek van de zieke.

De vorige spreker antwoordt dat hij liever niet heeft dat men een verklaring, die niet werd opgesteld door de patiënt noch door hem ondertekend werd, beschouwt als een verzoek.

Het lid vestigt de aandacht op het feit dat de tekst het voordeel biedt dat de redenen waarom de patiënt niet in staat is te tekenen, schriftelijk moeten worden verduidelijkt. Thans zijn er heel wat dossiers over stervensfasen die minimaal zijn opgevat.

Een ander lid vraagt zich af of de bepaling over het schriftelijk verzoek niet moet worden ingevoegd in § 3, als proceduregegeven waarvan de arts zich moet vergewissen maar dat hem in ieder geval niet ontslaat van zijn verantwoordelijkheid.

Spreekster meent dat de woorden «de patiënt die niet in staat is te tekenen» niet van toepassing zijn op het geval van de analfabeten.

Een analfabeet kan schrijven met fouten of zijn wil dicteren aan een derde die in zijn plaats schrijft.

De bovenvermelde woorden verwijzen voor spreekster eerder naar een fysiek onvermogen.

Amendementen nrs. 162 en 194

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10,

D'autre part, si l'on ne considère qu'un côté de la question, on risque de provoquer des effets pervers et de mettre les médecins en difficulté, parce que le juge fera systématiquement référence à ce qui a été précisé dans le texte de loi, même pour les cas qui relèveraient de l'état de nécessité.

Dès lors, si le texte de la loi n'évoque pas le cas des patients qui ne peuvent signer, on fragilise certains patients, ainsi que les médecins, et l'on risque même, dans certains cas, de relancer l'acharnement thérapeutique, et de provoquer plus d'effets négatifs que positifs.

Un membre se demande s'il faut comprendre de ce qui vient d'être dit qu'il pourrait y avoir un document écrit par un tiers, alors que le malade refuse de signer.

Il lui est répondu que, d'une part, l'exigence d'une requête écrite est un élément parmi d'autres dans l'ensemble des conditions fixées par le texte. On ne peut réduire la demande répétée au fait qu'à un moment donné, un document a été rédigé.

D'autre part, à aucun moment il ne peut être passé outre au fait pour le malade de ne pas rédiger de requête écrite, alors qu'il a la possibilité de le faire car, dans ce cas, il n'y a tout simplement pas de demande du malade.

Le précédent intervenant réplique qu'il préférerait que l'on ne suppose pas qu'un document qui n'a pas été rédigé ni signé par le patient est une requête.

Un membre attire l'attention sur le fait que l'avantage du texte est d'obliger à expliciter par écrit les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de signer, alors que l'on sait combien de dossiers de fin de vie, à l'heure actuelle, sont réduits à leur plus simple expression.

Une autre membre se demande s'il ne faudrait pas insérer la disposition relative à la requête écrite plutôt au § 3, en tant qu'élément de procédure, dont le médecin doit s'assurer mais qui, en tout état de cause, ne l'exonère pas de sa responsabilité.

En ce qui concerne le cas des analphabètes, l'intervenante estime qu'il n'est pas visé par les termes «le patient n'est pas en état de signer».

Un analphabète peut écrire avec des fautes, ou dicter sa volonté à un tiers qui écrit à sa place.

Les termes précités évoquent plutôt, dans l'esprit de l'intervenante, une incapacité d'ordre physique.

Amendements n^{os} 162 et 194

Mme de T'Serclaes dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amen-

amendement nr. 162), dat ertoe strekt de paragrafen van het voorgestelde artikel 3 te vernummeren.

De indiener stelt dat het belangrijk is te weten op welk moment het schriftelijk verzoek moet worden opgesteld.

Als het de bedoeling is dat het schriftelijk verzoek de procedure op gang brengt, moet het inderdaad worden opgenomen in § 2.

Als het verzoek echter het eindpunt van de procedure is, moet de volgorde van de paragrafen worden gewijzigd als voorgesteld in het amendement.

Deze vraag is ook belangrijk voor het berekenen van de termijn van een maand voor niet-terminale patiënten.

Een van de indieners van amendement nr. 14 antwoordt dat het schriftelijk verzoek wordt opgesteld tijdens de procedure, conform de logica van de dialoog die de basis vormt voor de voorgestelde tekst.

Vanzelfsprekend kan de patiënt te allen tijde zijn schriftelijke verklaring intrekken.

De indiener van amendement nr. 162 antwoordt dat het schriftelijk verzoek dan beter niet in § 2 van het artikel kan worden vermeld, aangezien op dit manier het verzoek wordt benadrukt.

Rekening houdend met het antwoord van vorige spreekster trekt zij haar amendement op § 2 in en zal zij de kwestie opnieuw aankaarten bij de discussie over de andere bepalingen van het artikel.

Mevrouw Nyssens stelt voor om in de Franse tekst systematisch de term «*demande*» te gebruiken in plaats van «*requête*».

Zij dient hiertoe een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 194).

De commissie sluit zich aan bij dit voorstel.

Amendement nr. 193

De heer Vandenberghe c.s. dienen een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 193), dat ertoe strekt om in de Franse tekst van de voorgestelde § 2 het woord «*requête*» te vervangen door het woord «*demande*».

Amendement nr. 178

Mevrouw Nyssens dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 178), dat ertoe strekt in de voorgestelde § 2 de woorden «*Het verzoek van de patiënt*» te vervangen door de woorden «*Het herhaalde en duurzame verzoek van de patiënt*».

De indiener van het amendement zegt dat in de Franse tekst van het voorgestelde artikel 3 nu eens

dement n° 162), visant à renuméroter les paragraphes de l'article 3 proposé.

L'auteur rappelle que la question s'est en effet posée de savoir à quel moment la requête écrite doit intervenir.

Si la réponse est qu'elle enclenche la procédure, elle doit effectivement figurer au § 2 de l'article.

Si elle constitue au contraire l'aboutissement du processus, il est préférable de modifier l'ordre des paragraphes, comme indiqué dans l'amendement.

Cette question a aussi une importance pour le calcul du délai d'un mois prévu dans le cas des patients non terminaux.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 répond que le document écrit doit intervenir dans le processus, conformément à la logique de dialogue qui sous-tend le texte proposé.

Par ailleurs, il est évident que le patient peut revenir à tout moment sur sa déclaration écrite.

L'auteur de l'amendement n° 162 réplique qu'elle aurait alors préféré que la requête écrite ne soit pas mentionnée au § 2 de l'article car, de la sorte, on insiste sur cette requête.

Compte tenu de la réponse du précédent intervenant, elle retire son amendement au § 2, et reviendra sur la question dans la discussion de la suite de l'article.

Mme Nyssens propose d'utiliser systématiquement le terme «*demande*» au lieu du mot «*requête*».

Elle dépose un sous-amendement à cet effet (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 194).

La commission se rallie à cette suggestion.

Amendement n° 193

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 193), en vue de remplacer, dans le texte français du § 2 proposé, le mot «*requête*» par le mot «*demande*».

Amendement n° 178

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 178), tendant à remplacer, au § 2 proposé, les mots «*la requête du patient*» par les mots «*la demande répétée et persistante du patient*».

L'auteur de l'amendement déclare que, dans le texte français de l'article 3, il est question tantôt de

sprake is van «*demande*» (in § 1) en dan weer van «*requête*». Dit laatste woord wordt gebruikt in § 2, waarin het verband met § 1 en «*la demande*» niet wordt verduidelijkt, alsook in § 3, 6^o, waarin staat dat de arts zich ervan moet «verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten» en in § 5 (waarin staat dat het schriftelijk verzoek wordt opgetekend in het medisch dossier). Wil men de voorwaarden met betrekking tot het herhaald en duurzaam karakter van het verzoek niet uithollen, dan is het belangrijk elke dubbelzinnigheid weg te nemen en in het voorstel telkens hetzelfde woord te gebruiken. Het verzoek van de patiënt is essentieel en niet de schriftelijke vorm daarvan. Het kan niet de bedoeling zijn dat de hele situatie wordt omgevormd tot een formele administratieve procedure waarin het schriftelijk verzoek dat is opgetekend in het medisch dossier, het bewijs vormt dat alle voorwaarden betreffende het verzoek van de patiënt zijn nageleefd. Het woord «*requête*» lijkt overigens een administratief begrip dat in dit wetsvoorstel niet op zijn plaats is. De risico's waarnaar wordt verwezen lijken reëel, vooral wanneer § 3 van artikel 4 wordt samengelezen met § 4. Wanneer voor patiënten die niet in een stervensfase verkeren, die om euthanasie vragen en voor wie de indieners beweren strengere voorwaarden te stellen dan voor de patiënten in een stervensfase, de vereiste minimumtermijn tussen het verzoek en de euthanasie een maand is, kan men hieruit logisch concluderen dat die termijn voor de in § 3 bedoelde patiënten die in een stervensfase verkeren, korter zou kunnen zijn (of zelfs onbestaande)? Het gevaar bestaat derhalve dat, zodra er een schriftelijk verzoek is, nagenoeg onmiddellijk tot euthanasie kan worden overgegaan en dat de voorwaarden met betrekking tot het herhaald en duurzaam karakter van het verzoek, alsook de voorwaarden betreffende de raadpleging van derden snel verworden tot louter administratieve voorwaarden.

Spreekster verwijst eveneens naar haar amendement nr. 194 (*cf. supra*).

Een van de indieners van amendement nr. 14 gaat — zoals gezegd — akkoord met de vervanging van het woord «*requête*» door «*demande*». Voor het overige verwijst hij opnieuw naar § 5, waarin wordt bepaald dat de procedure moet worden opgetekend in het dossier van de zieke.

Amendement nr. 124

De heer Dallemagne dient een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 124), dat ook een subsidiair amendement is op amendement nr. 74 en dat ertoe strekt in de eerste volzin van de voorgestelde § 2 de woorden «een meerderjarige getuige» te vervangen door de woorden «een door de patiënt aangewezen meerderjarige getuige».

demande (au § 1^{er}), tantôt de *requête*. Ce dernier terme est utilisé au § 2, où le lien avec le § 1^{er} et la *demande* qui y est mentionnée n'est pas explicité, au § 3, 6^o, qui précise que le médecin doit «s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa *requête* avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer», et au § 5 (qui précise que la *requête* écrite est consignée dans le dossier médical). Sous peine de vider de sa substance la condition relative au caractère répété et persistant de la *demande*, il importe de lever l'ambiguïté et d'utiliser le même terme dans la proposition. C'est la *demande* du patient qui est essentielle et non la *requête* écrite, sous peine de transformer toute la situation en une procédure administrative formelle où la *requête* écrite consignée au dossier médical constituerait la preuve que l'ensemble des conditions relatives à la *demande* du patient ont été respectés. Le terme «*requête*» semble d'ailleurs un terme administratif tout à fait incongru dans cette proposition de loi. Les risques évoqués semblent réels, particulièrement si le § 3 de l'article 4 est lu conjointement avec le § 4. Si, pour les patients, qui ne sont pas en fin de vie, qui demandent l'euthanasie et pour lesquels les auteurs disent avoir posé des conditions plus restrictives que celles prévues pour les patients en fin de vie, le délai minimum requis est d'un mois entre la *requête* et l'acte d'euthanasie, on peut logiquement en déduire que ce délai pourrait être inférieur dans le cas des patients en fin de vie visés au § 3 (voire inexistant?). Le risque existe donc réellement que dès qu'il y a *requête* écrite, l'euthanasie soit pratiquée de manière quasi immédiate et que les exigences relatives au caractère répété et persistant de la *demande*, de même que celles relatives à la consultation de tiers, deviennent rapidement de simples conditions administratives.

L'intervenante renvoie également à son amendement n^o 194 (*voir supra*).

L'un des auteurs de l'amendement n^o 14 s'accorde, comme déjà indiqué, avec le remplacement du mot «*requête*» par le mot «*demande*». Pour le surplus, il renvoie à nouveau au § 5, qui précise que la procédure doit être consignée dans le dossier du malade.

Amendement n^o 124

M. Dallemagne dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/9, amendement n^o 124), qui est également un amendement subsidiaire à l'amendement n^o 74, et qui a pour but d'ajouter, au § 2 proposé, après les mots «témoin majeur», les mots «désigné par le patient».

Dit amendement wil voorkomen dat de vereiste aanwezigheid van een getuige verwordt tot een formele voorwaarde die alleen maar moet dienen om de arts «vrij te spreken».

Een lid meent dat dit amendement een belangrijke toevoeging inhoudt. Zij benadrukt echter het feit dat de voorwaarde van aanwijzing door de patiënt gecombineerd moet worden met andere voorwaarden. Het feit dat de patiënt een getuige aanwijst, mag immers niet betekenen dat de patiënt meent dat deze getuige geen enkel materieel belang heeft bij zijn overlijden of niet verwant is met hem volgens de geformuleerde criteria.

Het gevaar bestaat trouwens dat er «gelegenheidsgetuigen» gaan opduiken, bijvoorbeeld leden van het verplegend personeel.

Een overmatig formalisme moet worden vermeden.

Een van de indieners van amendement nr. 14 antwoordt dat dat net de kern van het probleem is: waarborgen bieden, zonder overmatig formalisme, maar zodat iedereen kan genieten van euthanasie.

Hij is voorstander van de idee om de getuige te laten aanwijzen door de patiënt.

Een lid meent dat rechtbanken dit soort document hoe dan ook niet als een instemming beschouwen.

Deze verklaring moet worden beschouwd als een bijkomende aanwijzing dat de patiënt een volgende stap heeft gezet.

Wat de getuige betreft, meent spreekster dat het formalisme veel te ver gaat.

Vorige spreker antwoordt dat het gaat om een voorwaarde die eventueel noodzakelijk kan zijn, maar niet voldoende is om de goede gang van zaken te waarborgen.

Bovendien verwijst spreker opnieuw naar § 5 van artikel 3, waarin duidelijk wordt aangegeven dat, los van het geschreven verzoek, een procedure gevolgd moet worden die wordt opgetekend in het verslag.

Amendement nr. 125

De heer Dallemagne dient een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 125), dat ertoe strekt in de voorgestelde § 2 de woorden «meerderjarige getuige» te vervangen door de woorden «meerderjarige onafhankelijke getuige».

De indiener van het amendement meent dat niet alleen vermenging van materiële belangen mogelijk is, maar ook andere problemen kunnen optreden, bijvoorbeeld een affectieve afhankelijkheid.

Cet amendement vise à éviter que l'exigence de présence d'un témoin ne se transforme en condition formelle tendant à assurer la «décharge du médecin».

Une membre estime que cet amendement contient un ajout important. Elle insiste cependant sur le fait que la condition de désignation par le patient doit être cumulée avec les autres. La simple désignation par le patient ne peut pas signifier que celui-ci est d'avis que le témoin n'a pas d'intérêt matériel à son décès, ou, le cas échéant, de lien de parenté avec lui, selon les critères qui seront retenus.

Le danger existe par ailleurs qu'il y ait des témoins «de service», par exemple un membre du personnel soignant.

Il faut éviter de tomber dans un formalisme excessif.

L'un des auteurs de l'amendement n° 14 répond que toute la difficulté est précisément de donner des garanties, sans formalisme excessif, et qui permettent à toute personne de bénéficier de l'euthanasie.

Il est favorable à l'idée de prévoir que le témoin est désigné par le patient.

Un membre croit savoir qu'en tout état de cause, les tribunaux ne considèrent pas ce type de document comme valant consentement.

Cette déclaration doit être considérée comme un document écrit indicatif, qui montre qu'un pas supplémentaire a été franchi par le malade.

Mais en ce qui concerne le témoin, l'intervenante estime que l'on va trop loin dans le formalisme.

Le précédent intervenant répond qu'il s'agit d'une condition éventuellement nécessaire, mais non suffisante, pour s'assurer du bon déroulement du processus.

En outre, l'intervenant renvoie à nouveau au § 5 de l'article 3, qui montre bien qu'indépendamment de l'écrit, une procédure doit être respectée, qui sera consignée dans le rapport.

Amendement n° 125

M. Dallemagne dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 125), tendant à ajouter, au § 2 proposé, après les mots «avec le patient», les mots «et sera indépendant».

L'auteur de l'amendement considère qu'outre la possibilité d'une confusion d'intérêts matériels, d'autres hypothèses sont possibles, et notamment celle d'une dépendance d'ordre affectif.

Het begrip «onafhankelijkheid» wordt voor de arts trouwens al opgenomen in het tweede lid van § 3.

Amendement nr. 169

De heer Galand en mevrouw de T' Serclaes dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 169), dat ertoe strekt artikel 2 aan te vullen als volgt: «De patiënt kan zijn verzoek te allen tijde intrekken.»

De voorzitter verwijst naar de bespreking die met betrekking tot dit onderwerp al is gevoerd en waaruit een consensus bleek over de inhoud van dit amendement.

Amendement nr. 179

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 179), dat ertoe strekt de voorgestelde § 2 aan te vullen met een laatste lid, luidende:

«De arts die euthanasie toepast als gevolg van een schriftelijk verzoek van een patiënt, moet er zich van vergewissen dat dit verzoek geschiedt als gevolg van een verzoek geformuleerd onder de voorwaarden opgesomd in § 1.»

De indiener meent dat het, zoals artikel 3 nu is opgesteld, niet mogelijk is te voldoen aan de twee voorwaarden die *a priori* tegenstrijdig lijken, namelijk het «herhaald en duurzaam verzoek» en een eenmalig «schriftelijk verzoek». Meent men dat het verzoek duurzaam is zodra het op schrift wordt gesteld? Of kan de patiënt nog op zijn beslissing terugkomen?

Volgens spreekster heeft de arts, alvorens over te gaan tot euthanasie, de plicht om, zelfs na het opstellen van het verzoek, na te gaan of de vraag van de patiënt om te sterven wel degelijk reëel is.

Zij stelt bovendien vast dat bepaalde vragen al tijdens de bespreking van andere amendementen behandeld zijn.

Amendementen nrs. 180 en 181

Mevrouw Nyssens dient een subamendement op amendement nr. 14 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 180), dat ertoe strekt de voorgestelde § 2 aan te vullen door te verduidelijken dat de patiënt zijn schriftelijk verzoek op alle mogelijke manieren en te allen tijde kan intrekken.

Dit amendement is vergelijkbaar met amendement nr. 169 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand.

La notion d'«indépendance» est d'ailleurs reprise, par rapport au médecin, à l'alinéa 2 du § 3.

Amendement n° 169

M. Galand et Mme de T' Serclaes déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 169), qui tend à compléter le § 2 proposé par les mots «Cette requête peut être retirée à tout moment par le patient.»

Le président renvoie à ce qui a été dit précédemment à ce sujet, et dont il semblait résulter qu'un consensus existait sur le contenu de l'amendement.

Amendement n° 179

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 179), tendant à compléter le § 2 proposé par un dernier alinéa, rédigé comme suit:

«Le médecin qui pratique une euthanasie suite à une requête écrite d'un patient a l'obligation de s'assurer que cette requête fait suite à une demande formulée dans les conditions énumérées au § 1^{er}.»

L'auteur estime que la rédaction actuelle de l'article 3 ne permet pas de concilier ces deux exigences qui *a priori* semblent tout à fait contradictoires de «demande répétée et persistante» et de «requête écrite» unique. Considère-t-on que la demande est persistante à partir du moment où elle est constatée par écrit? Ou le patient a-t-il encore la possibilité de revenir sur sa décision?

Selon l'intervenante, le médecin a l'obligation de vérifier jusqu'au bout, même après la rédaction de la requête, avant de pratiquer une euthanasie, que la demande de mourir du patient est réelle.

Elle constate par ailleurs que certaines des questions soulevées ont, dans l'intervalle, été rencontrées au cours de la discussion d'autres amendements.

Amendements n°s 180 et 181

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 180), qui tend à compléter le § 2 proposé, en précisant que la requête écrite peut être révoquée par le patient par tout moyen et à tout moment.

Cet amendement est comparable à l'amendement n° 169 précité de M. Galand et Mme de T' Serclaes.

Mevrouw Nyssens dient in dezelfde geest een tweede subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 181), dat ertoe strekt de voorgestelde § 2 aan te vullen met een laatste lid, luidende :

« Wanneer de arts euthanasie toepast als gevolg van een schriftelijk verzoek van de patiënt, moet hij zich vergewissen van het feit dat dit verzoek niet door de patiënt is ingetrokken. »

De indiener van het amendement meent dat de patiënt zijn verzoek te allen tijde op gelijk welke manier moet kunnen intrekken. Aangezien de patiënt in deze situatie uiterst kwetsbaar is, moet de arts zich ervan vergewissen dat de patiënt zijn verzoek niet heeft ingetrokken. Deze specifieke vereiste benadrukt nogmaals de plicht van de arts om een dialoog aan te gaan met zowel het verplegend of het palliatief team, als met de omgeving van de patiënt.

Een lid vindt dit een zeer belangrijk amendement vanaf het ogenblik een regeling met een schriftelijk verzoek wordt ingevoerd.

Die is op elk ogenblik herroepbaar, maar men drijft het formalisme niet zover dat men ook nog voorschrijft in welke vorm dat moet gebeuren.

Daarom moet de arts zich er tot het laatste moment van vergewissen dat de zieke in zijn wens volhardt en dat hij zijn verzoek niet heeft ingetrokken.

Een ander lid vindt dat dit probleem opgelost kan worden door de goedkeuring van het eerder ingediend amendement, dat ertoe strekt in de aanhef van § 1 de woorden « wanneer hij vaststelt dat » te vervangen door de woorden « wanneer hij er zich van verzekerd heeft ».

Amendement nr. 166A

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/11, amendement nr. 166), waarvan punt A ertoe strekt het eerste lid van § 3 te vervangen als volgt :

« De arts mag slechts ingaan op het verzoek van de patiënt die in de in § 1 opgesomde omstandigheden verkeert wanneer hij vooraf en in alle gevallen :

1° de patiënt volledig heeft ingelicht over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting alsook over de verschillende bestaande therapeutische mogelijkheden en mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en over de gevolgen daarvan;

2° zich heeft vergewist van de aanhoudende pijn of nood van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt

Mme Nyssens dépose, dans le même ordre d'idées, un second sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 181), qui tend à compléter le § 2 proposé, par un dernier alinéa rédigé comme suit :

« Lorsque le médecin pratique une euthanasie suite à une requête écrite du patient, le médecin a l'obligation de s'assurer que cette requête n'a pas fait l'objet d'une révocation par le patient. »

L'auteur de l'amendement estime en effet que le patient doit avoir la possibilité de renoncer à sa décision par tout moyen et à tout moment. Vu la situation particulière de vulnérabilité dans laquelle il se trouve, il importe que la responsabilité repose sur le médecin de s'assurer que cette requête n'a pas fait l'objet d'une révocation de sa part. Cette exigence particulière renforce également l'obligation pour le médecin de dialoguer tant avec l'équipe soignante ou palliative, qu'avec l'entourage du patient.

Un membre estime qu'il s'agit là d'un amendement très important, à partir du moment où l'on institue un système de requête écrite.

Celle-ci est révocable à tout moment, mais on ne pousse pas le formalisme jusqu'à préciser sous quelle forme.

Il est dès lors essentiel que le médecin s'assure jusqu'au dernier moment de la persistance de la volonté du malade, et qu'il vérifie qu'aucune révocation n'est intervenue.

Un autre membre estime que l'on satisferait à cette exigence si l'on adoptait l'amendement, déposé précédemment qui vise à remplacer, dans la phrase liminaire du § 1^{er}, les mots « s'il constate que » par les mots « s'il s'assure que ».

Amendement n° 166A

Mme de T'Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/11, amendement n° 166), dont le point A tend à remplacer l'alinéa premier du § 3 par ce qui suit :

« Le médecin ne peut répondre à la demande du patient qui se trouve dans les conditions énoncées au § 1^{er} que si, au préalable et dans tous les cas :

1° il a informé complètement le patient de tous les aspects de son état de santé et de son espérance de vie, ainsi que des différentes possibilités thérapeutiques et de prise en charge palliative existantes et de leurs conséquences;

2° il s'est assuré de la persistance de la souffrance ou de la détresse du patient et de sa volonté réitérée. À cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens,

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

3° een andere arts heeft geraadpleegd over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte heeft gebracht van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.»

De indiener verduidelijkt dat het amendement veel eerder de vorm dan de inhoud van de tekst verbetert. Zij is het er helemaal mee eens dat de arts aanvullende voorwaarden mag verbinden aan zijn optreden, maar meent dat de formulering van amendement nr. 14 de patiënt niet voldoende waarborgen biedt.

Daarom stelt zij voor de betrokken bepaling aan het einde van § 3 in te voegen en erbij te vermelden dat de arts de patiënt op de hoogte moet brengen van de aanvullende voorwaarden die hij stelt. Daartoe strekt punt B van het amendement.

Als voorbeeld van de aanvullende voorwaarden die de arts kan stellen, noemt spreekster het voorbeeld dat hij nog een poging wil ondernemen om het lijden beter te verlichten, dat hij los van de gevallen bedoeld in § 4, een psychiater wil raadplegen of het palliatief team. Hij kan zijn optreden ook afhankelijk maken van de toestemming van de familie.

De arts beslist autonoom welke voorwaarden hij stelt en de patiënt kan er zich niet tegen verzetten. Hij moet wel op de hoogte worden gebracht.

Een van de indieners van wetsvoorstel 2-244/1 en van amendement nr. 14 verduidelijkt dat de oorspronkelijk tekst van het voorstel de arts niet uitdrukkelijk de mogelijkheid biedt om aanvullende voorwaarden te stellen, omdat dat vanzelf spreekt. De tekst is aangevuld naar aanleiding van vragen die daarover zijn gesteld.

De tekst gaat uit van een tweeledige vrijheid, die van de zieke die het verzoek formuleert, en die van de arts die het kan aanvaarden of weigeren, bijvoorbeeld om levensbeschouwelijke redenen, of die zijn optreden kan verbinden aan bepaalde, aanvullende voorwaarden.

De enige beperking is dat de arts, wat zijn beslissing ook is, de zieke op de hoogte moet brengen van de inhoud en de beweegredenen daarvan.

Spreker vindt de bestaande tekst op dat vlak voldoende duidelijk, met name het artikel 6.

De indiener van het amendement nr. 166 werpt op dat artikel 6 een andere situatie betreft, namelijk die van het gewetensbezwaar.

espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° il a consulté un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance ou de la détresse. Il rédige un rapport concernant ses constatations.»

L'auteur de l'amendement précise que celui-ci porte davantage sur la forme que sur le fond du texte. Si elle partage entièrement l'idée selon laquelle le médecin doit pouvoir mettre des conditions complémentaires à son intervention, elle estime que la formulation proposée par l'amendement n° 14 n'offre pas toutes les garanties au patient.

C'est pourquoi elle propose d'insérer plutôt la disposition en question à la fin du § 3, en précisant que le médecin doit informer le patient des conditions complémentaires qu'il pose. Tel est l'objet du point B de son amendement.

Parmi les conditions complémentaires qu'un médecin pourrait poser, l'intervenante cite le fait de tenter de soulager mieux encore la douleur, le fait de demander la consultation d'un psychiatre, en dehors des hypothèses visées au § 4, ou encore celle de l'équipe palliative. Le médecin peut aussi décider de n'agir que moyennant l'accord de la famille.

Même si le médecin reste maître des conditions qu'il pose, et que le patient ne peut s'y opposer, celui-ci doit au moins en être averti.

L'un des auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 et de l'amendement n° 14 précise que le texte initial de la proposition ne prévoyait pas la possibilité pour le médecin de poser des conditions complémentaires, car elle paraissait aller de soi. Le texte a été précisé, suite aux interrogations qui ont été formulées sur ce point.

La philosophie du texte est celle d'une double liberté, celle du malade de qui doit venir la demande, et celle du médecin d'accepter, de refuser, par exemple pour des raisons philosophiques, ou de lier son intervention au respect de certaines conditions supplémentaires.

La seule restriction est que le médecin, quelle que soit sa décision, doit informer le malade du contenu et des motifs de celle-ci.

L'intervenant estime le texte suffisamment clair à cet égard, notamment en son article 6.

L'auteur de l'amendement n° 166 répond que l'article 6 vise une autre hypothèse, qui est celle de l'objection de conscience.

Een lid vindt amendement nr. 166 een belangrijke verduidelijking van de tekst.

Amendement nr. 133

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat nr. 2-244/9, amendement nr. 133), dat ertoe strekt het 1^o van § 3 van het voorgestelde artikel 3 te vervangen als volgt:

« 1^o De patiënt zo volledig mogelijk inlichten over zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke ontwikkeling ervan, en samen met hem de verschillende mogelijkheden van therapeutische behandeling of palliatieve verzorging bespreken, alsmede de psychologische, materiële en sociale bijstand die hem gegeven kan worden. »

Een van de indieners van het amendement benadrukt dat het niet volstaat de patiënt formeel te informeren over zijn gezondheidstoestand en de vooruitzichten aangaande zijn gezondheidstoestand en de mogelijke behandelingen. Er moet een echte dialoog worden gevoerd over zijn verzoek en de verschillende curatieve en palliatieve mogelijkheden alsook de psychologische, materiële en sociale bijstand die hem kan worden gegeven, moeten met hem worden besproken.

Daarom gebruikt het amendement de uitdrukking «samen met hem ... bespreken» en voegt het aan de tekst van amendement nr. 14 de woorden «alsmede de psychologische, materiële en sociale bijstand die hem gegeven kan worden» toe, dat alles om te voorkomen dat euthanasie wordt uitgevoerd onder sociaal-economische druk.

Het woord «volledig» is vervangen door de woorden «zo volledig mogelijk» om beter aan te sluiten bij de realiteit. Anders kan men de arts altijd wel verwijten dat hij niet genoeg informatie heeft gegeven. De woorden «zo volledig mogelijk» hebben ook betrekking op de vorm van de mededeling.

In dit verband zij verwezen naar de recente werkzaamheden van de Orde van geneesheren met betrekking tot de informatieplicht.

Het amendement vervangt ook de woorden «de verschillende mogelijkheden» door de woorden «de verschillende mogelijkheden van therapeutische behandeling of palliatieve verzorging».

Het is immers niet de bedoeling de patiënt in algemene bewoordingen te wijzen op het bestaan van bepaalde diensten, maar hem duidelijk mee te delen wat de mogelijkheden zijn voor zijn specifieke situatie.

In grote lijnen kan een lid het eens zijn met het amendement, maar zij vraagt zich af of de uitdrukking «zo volledig mogelijk» wel goed gekozen is.

Un membre estime que l'amendement n° 166 constitue une clarification importante du texte.

Amendement n° 133

Mme de T'Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 133), tendant à remplacer le 1^o du § 3 de l'article 3 proposé par ce qui suit:

« 1^o Informer le patient le plus complètement possible sur son état de santé et son évolution probable, et envisager avec lui les différentes prises en charge thérapeutiques ou palliatives possibles ainsi que l'aide psychologique, matérielle et sociale dont il pourrait bénéficier. »

L'un des auteurs de l'amendement souligne qu'il ne suffit pas d'informer le patient formellement sur son état de santé et les perspectives qui s'offrent à lui, que ce soit sur son état de santé ou les possibilités de soins; il est indispensable de mener avec ce dernier un véritable dialogue à partir de sa demande et d'examiner avec lui les différentes prises en charge possibles tant sur le plan curatif que palliatif ainsi que l'aide sociale, matérielle et psychologique qui peut lui être apportée dans sa situation.

C'est pourquoi l'amendement utilise l'expression «envisager avec lui», et ajoute au texte de l'amendement n° 14 les mots «ainsi que l'aide psychologique, matérielle et sociale dont il pourrait bénéficier», toujours dans le souci d'éviter que des euthanasies soient pratiquées pour des raisons de pressions socio-économiques.

Le mot «complètement» a aussi été remplacé par les mots «le plus complètement possible», afin de mieux rendre compte de la réalité des choses. Sinon, on pourra toujours reprocher au médecin de n'avoir pas donné assez d'informations. Les mots «le plus complètement possible» visent aussi la forme de la communication.

Il est renvoyé à ce sujet aux récents travaux de l'Ordre des médecins, relatifs au devoir d'information du patient.

L'amendement remplace aussi les mots «des différentes possibilités» par les mots «les différentes prises en charge thérapeutiques ou palliatives possibles».

En effet, il ne s'agit d'informer le patient sur les services existants en général, mais bien sur ce qui est possible au vu de sa situation particulière.

Une membre déclare pouvoir se rallier à la philosophie générale de l'amendement. Elle se demande toutefois si l'expression «le plus complètement possible» est judicieuse.

Moet de informatie niet veeleer aangepast zijn aan de leefwereld en de gezondheidstoestand van de patiënt (zie de hoorzittingen over de patiëntenrechten, die hebben plaatsgevonden in de Kamercommissie voor Justitie op 9 januari 2001)?

In deze optiek kan het gebeuren dat de informatie juist niet «zo volledig mogelijk» is. Spreekster verwijst naar het amendement dat zij hierover heeft ingediend.

De indieners van het amendement zijn het eens met deze opmerking.

Een lid stelt vast dat Vlaanderen geconfronteerd wordt met een soort crisissituatie rond de behandeling van kankerpatiënten. Velen menen dat het oordeel van één arts niet altijd volledig is en niet noodzakelijk tot de meest efficiënte behandeling leidt.

Op dit vlak biedt de interdisciplinariteit onmiskenbaar een meerwaarde.

De vraag is of de informatie die aan de patiënt wordt meegedeeld, moet berusten op het individuele oordeel van één arts, of daarentegen ook op het advies van de collega's en de deskundigen inzake palliatieve zorg.

Een van de indieners van amendement nr. 14 antwoordt dat nergens in de tekst staat dat de tweede geraadpleegde arts zich kan mengen in de therapeutische relatie tussen de zieke die een verzoek uit en de arts die daarop antwoordt. In de tekst gaat het altijd om een dialoog tussen patiënt en arts.

Als hij dat nuttig vindt, kan de arts altijd beslissen om anderen te raadplegen.

Spreekster vindt echter dat dit niet door de wetgever moet worden geregeld.

Amendement nr. 41

De heer Remans dient een subamendement in op amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 41) dat ertoe strekt om in § 3, 1^o, van het voorgestelde artikel 3, de woorden «de patiënt volledig inlichten over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand» te vervangen door de woorden «de patiënt inlichten over de aspecten van zijn gezondheidstoestand».

Amendement nr. 75

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 75) dat eveneens betrekking heeft op de noodzaak om een patiënt steeds, dus vanaf het begin, correct en passend te

Ne doit-il pas s'agir d'une information adéquate, c'est-à-dire une information proportionnée, qui tient compte du vécu et de l'état de santé du patient (*cf.* les auditions sur les droits du patient, qui ont eu lieu en commission de la Justice de la Chambre, ce 9 janvier 2001)?

Dans cette perspective, il est des cas où l'information ne sera justement pas «la plus complète possible». L'intervenante renvoie à l'amendement qu'elle a déposé à ce sujet.

Les auteurs de l'amendement se rallient à cette observation.

Un membre constate que la Flandre est confrontée à ce qui constitue presque une situation de crise en ce qui concerne le traitement des patients cancéreux. Beaucoup soutiennent que l'avis d'un médecin individuel n'est pas toujours complet, et ne conduit pas nécessairement à la thérapie la plus adéquate.

L'interdisciplinarité apporte incontestablement une plus-value en ce domaine.

La question est de savoir si l'information qui doit être fournie au patient repose sur le jugement individuel d'un médecin, ou si elle peut intégrer l'avis des collègues et de l'expert en soins palliatifs.

L'un des auteurs de l'amendement n^o 14 répond qu'il n'est pas dit dans le texte que le deuxième médecin consulté doit interférer dans la relation thérapeutique entre le malade qui demande et le médecin qui répond. Il s'agit toujours, dans le texte, d'un dialogue singulier.

Mais un médecin peut toujours, dans l'exercice de son art, avoir recours à toutes les consultations qu'il juge utiles.

L'intervenant considère que ceci ne rentre pas dans le champ de ce que le législateur doit régler.

Amendement n^o 41

M. Remans dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/5, amendement n^o 41), en vue de remplacer, au § 3, 1^o, proposé, les mots «informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé» par les mots «informer le patient des aspects de son état de santé».

Amendement n^o 75

Mmes Nyssens et M. Thissen déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 14 (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 75) ayant également trait à la nécessité d'informer toujours le patient, donc dès le départ, de manière correcte et adéquate sur son état de

informer over zijn gezondheidstoestand. Het is daarbij de bedoeling dat de patiënt een maximale ondersteuning krijgt, aangepast aan zijn individuele toestand, zodat een vraag naar euthanasie in de juiste context kan geplaatst worden en eventueel kan onderkend worden als een vraag naar meer en andere hulp.

Een van de indieners verwijst vervolgens naar haar schriftelijke verantwoording van het amendement.

Volgens een lid is de tekst van amendement nr. 14 reeds voldoende duidelijk. Spreker merkt op dat het tot de verantwoordelijkheid van de betrokken arts behoort om de patiënt zelf in de loop van zijn ziekte correct en nauwkeurig te informeren. Het is daarbij niet de bedoeling dat de arts er zich enkel van vergewist dat de patiënt voldoende is geïnformeerd, zoals amendement nr. 75 bepaalt.

Verder is het belangrijk dat artsen de nodige eerbied en bescheidenheid aan de dag leggen wanneer ze patiënten informeren over hun levensverwachting en dat ze daarvoor alle informatie integreren tot een gepersonaliseerd geheel.

De vorige spreker repliceert dat ze bewust heeft gekozen voor de zinsnede «dat de arts er zich moet van vergewissen dat de patiënt op een correcte en passende manier geïnformeerd is». Immers, wanneer de patiënt een vraag naar euthanasie formuleert, moet de op dat moment behandelende arts nagaan of de patiënt reeds in een veel vroeger stadium op de hoogte werd gebracht van alle mogelijkheden en of hij wel correct werd begeleid.

In verband met de term «passende informatie» herinnert het lid eraan dat bepaalde getuigenissen hebben aangetoond dat het soms niet opportuun is dat de patiënt de volledige waarheid kent.

Een lid vindt de door het amendement nr. 75 voorgestelde tekst logisch. De bepaling van § 3, 1^o, van het voorgestelde amendement nr. 14, die stelt dat de arts de patiënt moet informeren over de verschillende therapeutische mogelijkheden, acht zij contradictoer met één van de basisvoorwaarden voor de toepassing van euthanasie, namelijk de bepaling dat de patiënt zich moet bevinden in een medisch uitzichtloze toestand.

Een ander lid is van mening dat de dokter persoonlijk verantwoordelijk is over de informatieverschaffing. Bovendien merkt hij op dat een *post factum* beoordeling van termen als «passend», «correct» en «moraal» zeer moeilijk is.

Een vorige spreker stelt dat palliatieve patiënten geen curatieve mogelijkheden meer hebben maar dat er nog wel therapeutische mogelijkheden zijn. Het is belangrijk dat beide definities duidelijk onderscheiden worden.

santé. L'objectif est d'apporter au patient un maximum de soutien, adapté à sa situation individuelle, afin de pouvoir situer la demande d'euthanasie dans le bon contexte et éventuellement de pouvoir y déceler une demande d'une aide supplémentaire et différente.

Un des auteurs se réfère à la justification écrite de l'amendement.

Un membre estime que le texte de l'amendement n^o 14 est déjà suffisamment clair. L'orateur signale que le médecin concerné a la responsabilité d'informer le patient correctement et de façon précise de l'évolution de sa maladie. Le but n'est pas que le médecin se contente de s'assurer que le patient est suffisamment informé comme le prévoit l'amendement n^o 75.

En outre, il est important que les médecins fassent preuve du respect et de la discrétion nécessaires lorsqu'ils informent les patients de leur espérance de vie et que, pour ce faire, ils intègrent toutes les informations dans le cadre d'une approche personnalisée.

L'oratrice précédente répond qu'elle a volontairement opté pour la phrase «que le médecin doit s'assurer que le patient a été informé d'une manière correcte et adéquate». Cependant, lorsque le patient formule une demande d'euthanasie, le médecin traitant doit s'assurer que le patient a été mis au courant dans un stade bien antérieur de toutes les possibilités et qu'il a bien été correctement accompagné.

En rapport avec les termes «information adéquate», le membre rappelle que certains témoins ont démontré qu'il n'est pas toujours opportuun que le patient connaisse toute la vérité.

Une intervenante juge logique le texte proposé par l'amendement n^o 75. Elle estime que la disposition du § 3, 1^o, de l'amendement n^o 14 proposé stipulant que le médecin doit informer le patient des différentes possibilités thérapeutiques est en contradiction avec une des conditions de base de la pratique de l'euthanasie, à savoir que le patient doit être dans un état médical sans issue.

Un autre membre estime que le médecin est personnellement responsable de la diffusion des informations. En outre, il fait remarquer qu'une appréciation *post factum* de termes comme «adéquate», «correcte» et «morale» est très difficile.

Un orateur précédent indique que les patients palliatifs n'ont plus de possibilités curatives mais qu'il existe encore des possibilités thérapeutiques. Il est important de distinguer clairement les deux définitions.

Amendement nr. 70

De heer Galand dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 70) dat ertoe strekt duidelijk te vermelden dat de patiënt en zijn naasten volledige informatie krijgen over de mogelijkheden van sociale dienstverlening.

Het lid verduidelijkt dat een aangepaste sociale omgeving vragen naar euthanasie kan opvangen, zoals geïllustreerd wordt door een aantal praktijkvoorbeelden en door de resultaten van een Amerikaans onderzoek dat een verband aangeeft tussen het aantal vragen naar euthanasie en de kwaliteit van de sociale omgeving van de patiënt.

Een lid is van mening dat de Verenigde Commissies zich, vooral gezien de strafrechtelijke gevolgen, moeten beperken tot de tekst van amendement nr. 14. Wanneer de patiënt een vraag naar euthanasie formuleert, moet de arts hem duidelijk informeren over zijn toestand, de diverse therapeutische mogelijkheden en de mogelijkheden van palliatieve zorgverlening.

Het inlichten van een patiënt over de mogelijkheden van sociale dienstverlening, zoals amendement nr. 70 voorstelt, behoort daarentegen tot de problematiek van de patiëntenrechten en maakt deel uit van de praktijk van een goede eerstelijnszorg.

Een ander lid gaat akkoord met amendement nr. 70. Spreekster is van mening dat de voorgestelde tekst zich niet mag beperken tot enkel het therapeutische aspect maar dat ook de bekommernis voor de patiënt als geheel, voor de sociale omgeving en voor bepaalde externe druk reeds uit deze tekst moet blijken.

Zij is dus geen voorstander van een minimale weergave van de zorgvuldigheidsvereisten, waarbij de andere aspecten worden overgelaten aan een wettekst over de patiëntenrechten. De tekst over de patiëntenrechten is bovendien nog in de fase van het voorontwerp en is nog niet voorgelegd aan de Raad van State.

Wat de strafrechtelijke sancties betreft, is ze van mening dat de toepassing van deze sancties niet zo evident zal zijn en verwijst de spreekster naar een later debat.

Nog een ander lid is net als een vorige spreker voorstander van een eenvoudige, leesbare tekst en is van mening dat er een onderscheid moet gemaakt worden tussen de minimumvereisten en meer specifieke vereisten.

Een lid vindt dat het debat over de patiëntenrechten het debat over euthanasie had moeten voorafgaan. Toch stelt ze vast dat het voorgestelde amendement betrekking heeft op de zorgvuldigheidsvereisten, die oneigenlijke euthanasieaanvragen moeten voorkomen. Een euthanasieaanvraag omwille van sociale redenen is daarbij duidelijk een oneigenlijke euthana-

Amendement n° 70

M. Galand dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 70) tendant à préciser clairement que le patient et ses proches reçoivent toutes les informations quant aux possibilités d'aide sociale.

Le membre précise qu'un environnement social approprié peut accueillir une demande d'euthanasie comme le montrent certains exemples tirés de la pratique et les résultats d'une enquête américaine qui établit un lien entre le nombre de demandes d'euthanasie et la qualité de l'environnement social du patient.

Un membre estime que les commissions réunies doivent se limiter au texte de l'amendement n° 14, principalement en égard aux conséquences pénales. Lorsque le patient émet une demande d'euthanasie, le médecin doit clairement l'informer de son état, des différentes possibilités thérapeutiques et des possibilités de soins palliatifs.

Par contre, informer un patient sur les possibilités d'aide sociale, comme le propose l'amendement n° 70, relève de la problématique des droits du patient et d'une bonne pratique des soins du premier échelon.

Une autre membre marque son accord sur l'amendement n° 70. L'oratrice estime que le texte proposé ne peut pas se limiter au seul aspect thérapeutique, mais doit également prendre en compte le patient dans son intégralité, l'accompagnement social et certaines pressions externes.

Elle n'est donc pas partisane d'une traduction minimaliste des critères de prudence, ni de confier les autres aspects à un texte de loi sur les droits des patients. En outre, le texte sur les droits des patients en est encore à la phase d'avant-projet et n'a pas encore été soumis au Conseil d'État.

Elle estime que l'application des sanctions pénales ne sera pas si simple et renvoie l'oratrice à un débat ultérieur.

Un autre membre est, comme un orateur précédent, favorable à un texte simple et lisible et estime qu'une distinction doit être faite entre les exigences minimales et des exigences plus spécifiques.

Une membre estime que le débat sur les droits des patients aurait dû précéder le débat sur l'euthanasie. Elle constate cependant que l'amendement proposé concerne les critères de prudence qui doivent empêcher les demandes d'euthanasie abusives. Une demande d'euthanasie formulée pour des raisons sociales est clairement une demande d'euthanasie

sieaanvraag en daarom zou ook deze voorwaarde in de wet moeten opgenomen worden.

Een lid stelt dat bepaalde sociale omstandigheden inderdaad vragen naar euthanasie zullen uitlokken. Daarom wil hij in de tekst weergeven dat de geneesheer verantwoordelijk is voor het verstrekken van de juiste informatie aan de patiënt.

De hoofdindieners van het amendement nr. 14 verduidelijkt dat de bekommernis van de indieners van dit amendement om het sociale aspect van de patiënt duidelijk kan verstaan worden door de zinsneden: «alle aspecten gezondheidstoestand en alle therapeutische mogelijkheden en mogelijkheden van palliatieve zorgverlening en de gevolgen daarvan».

De vorige spreker stelt hierop voor om de tekst te verbeteren in de zin van «et de prise en charge y compris palliative».

Een lid vindt de aanvulling van de indiener van het amendement nr. 70, vooral in het licht van de niet-terminale patiënten waar de sociale druk veel groter kan zijn, bijzonder zinvol. Bovendien merkt het lid op dat de idee van de Franse tekst, die eveneens het «ten laste nemen» uitdrukt, veel minder wordt verwoord in de Nederlandse tekst. Ook in dat licht is de aanvulling van de vorige spreker dus zeer belangrijk.

Voorgesteld wordt om het woord «notamment» in te voegen tussen de woorden «de prise en charge» en «palliative».

Amendement nr. 70 wordt ingetrokken.

Er wordt opgemerkt op dat deze tekstverbetering het nuanceverschil tussen de Franse en de Nederlandse tekst niet oplost.

Een lid stelt daarop voor om de voorgestelde tekst van amendement nr. 70 als volgt te vervangen: «mogelijkheden van zorgverlening, onder andere palliatieve» (in de plaats van «mogelijkheden van palliatieve zorgverlening»).

Een ander lid merkt op dat de door de vorige spreker voorgestelde tekst riskeert om onvoldoende nadruk te leggen op de palliatieve zorg.

Een lid is van mening dat deze voorgestelde tekst de kracht van het palliatieve en van alle mogelijkheden die men nu nog niet kent — bijvoorbeeld genetische manipulatie — vermindert.

De vorige spreekster deelt deze mening en stelt daarop voor om, vooral gezien haar bezorgdheid om de niet-terminale patiënten, terug te gaan naar amendement nr. 70 zoals het werd ingediend.

De vorige interveniënt merkt op dat de bekommernis naar niet-terminale zieken zou moeten weerspiegeld worden in de bepalingen die betrekking hebben op de niet-terminale patiënten.

abusive, c'est pourquoi cette condition devrait également figurer dans la loi.

Un membre estime que certaines situations sociales susciteront effectivement des demandes d'euthanasie. C'est la raison pour laquelle il veut préciser dans le texte que le médecin traitant est responsable de la diffusion d'informations correctes au patient.

L'auteur principal de l'amendement n° 14 précise que la préoccupation des auteurs de cet amendement à l'égard de la situation sociale du patient peut être clairement exprimée par les termes: «tous les aspects de son état de santé et toutes les possibilités thérapeutiques et de prise en charge palliative existantes et leurs conséquences».

L'orateur précédent propose d'amender le texte comme suit: «et de prise en charge y compris palliative».

Un membre trouve l'ajout de l'auteur de l'amendement n° 70 particulièrement pertinent, surtout en ce qui concerne les patients non terminaux pour lesquels la pression sociale peut être beaucoup plus forte. En outre, le membre fait remarquer que l'idée du texte français, qui exprime également «la prise en charge», est beaucoup moins explicite dans le texte néerlandais. De ce point de vue également, l'ajout de l'orateur précédent est donc très important.

Il est proposé d'insérer le terme «notamment» entre les mots «de prise en charge» et «palliative».

L'amendement n° 70 est retiré.

On fait remarquer que cette correction ne résout pas le problème de la nuance entre les versions française et néerlandaise du texte.

Un membre propose à cet effet de modifier le texte de l'amendement n° 70 proposé comme suit: «possibilités de prise en charge, notamment palliative» (au lieu de «possibilités de prise en charge palliative»).

Une autre membre signale que le texte proposé par l'orateur précédent risque de ne pas mettre suffisamment l'accent sur les soins palliatifs.

Un membre estime que ce texte proposé diminue le pouvoir du palliatif et de toutes les possibilités que l'on ne connaît pas encore — par exemple la manipulation génétique.

L'intervenante précédente partage cet avis et propose dès lors de revenir à l'amendement n° 70 tel qu'il a été déposé, principalement en raison de sa préoccupation pour les patients non terminaux.

L'intervenant précédent signale que la préoccupation envers les patients non terminaux devrait se refléter dans les dispositions ayant trait aux patients non terminaux.

Amendement nr. 71

De heer Galand dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 71) dat ertoe strekt het woord «bestaande» te doen vervallen. Hij benadrukt dat het woord «bestaande» zeker niet zou mogen geïnterpreteerd worden als zijnde «organisatorisch mogelijk» en hij stelt voor om dit woord te schrappen.

Een lid legt de nadruk op de tekstverschillen tussen de Nederlandse en de Franse tekst. Ze verduidelijkt dat de interpretatie die men aan de Franse tekst kan geven niet mogelijk is in de Nederlandse, maar dat het inderdaad niet de bedoeling is dat men zich zou beperken tot wat organisatorisch en budgettair mogelijk is.

Een ander lid vult aan dat de betekenis van het woord «bestaande» reeds is vervat in het woord «mogelijkheid».

De indieners van amendement nr. 14 staan positief tegenover subamendement nr. 71.

Amendement nr. 106

De heer Remans c.s. dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 106) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 1^o, de woorden «de patiënt volledig inlichten over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand» te vervangen door de woorden «de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand».

De hoofdindieners van het amendement nr. 106 verwijst naar zijn schriftelijke verantwoording.

Een lid interpreteert de schrapping van het woord «volledig» als een beveiliging voor de arts en vindt dat de patiënt recht heeft op zo volledig mogelijke informatie.

Een ander lid wijst erop dat de rechtspraak de voorlichtingsplicht van de geneesheer naar de patiënt steeds strenger is gaan invullen. In de loop der jaren heeft men een rechtspraak ontwikkeld, waarbij rechtbanken die zaken waarbij de geneesheer de patiënt niet inlicht over belangrijke, doch statistisch niet echt relevante risico's beschouwt als risico- en niet als een foutaansprakelijkheid, wanneer het risico zich voordoet. De rechtbank oordeelt dus dat de geneesheer aansprakelijk is doordat er van in den beginne onvolledige informatie werd gegeven aan de patiënt en er bijgevolg initieel reeds een fout was.

Zoals de spreker de tekst interpreteert, moet de arts de patiënt alle relevante informatie meedelen in het licht van de bestaande levensverwachting en de gevolgen. Hij stelt dat hij niet alleen is met die interpretatie en verwijst daarvoor naar het voorgestelde artikel 6 van de conceptnota rechten van de patiënt van minister Aelvoet.

Amendement n° 71

M. Galand dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 71) tendant à supprimer le mot «existantes». Il souligne que le mot «existantes» ne devrait absolument pas pouvoir être interprété comme étant une «possibilité sur le plan organisationnel». Il propose dès lors de supprimer ce mot.

Une membre met l'accent sur les différences entre les textes néerlandais et français. Elle précise que l'interprétation que l'on peut donner au texte français n'est pas possible dans le texte néerlandais, mais que le but n'est effectivement pas de devoir se limiter à ce qui est possible sur le plan de l'organisation et au point de vue budgétaire.

Un autre membre ajoute que la signification du terme «existantes» est déjà contenue dans le mot «possibilités».

Les auteurs de l'amendement n° 14 sont favorables au sous-amendement n° 71.

Amendement n° 106

M. Remans et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/7, amendement n° 106) visant à remplacer les mots «informer complètement le patient de tous les aspects de son état de santé» par les mots «informer le patient de son état de santé».

L'auteur principal de l'amendement n° 106 se réfère à sa justification écrite.

Un membre interprète la suppression du mot «complètement» comme une sécurité pour le médecin et trouve que le patient a droit à une information aussi complète que possible.

Un autre membre signale que la jurisprudence n'a cessé de renforcer le devoir d'information du médecin à l'égard du patient. Au fil des ans s'est développée une jurisprudence considérant que le médecin qui n'informe pas le patient sur des risques importants, mais statistiquement peu significatifs porte une responsabilité en raison du risque encouru et non du fait personnel au cas où le risque se concrétise. Le tribunal estime donc que le médecin est responsable parce qu'il a donné, dès le départ, des informations incomplètes au patient.

Selon l'interprétation de l'orateur, le médecin doit transmettre au patient toutes les informations importantes à la lumière de l'espérance de vie existante et des conséquences. Il déclare qu'il n'est pas le seul à interpréter les choses de cette manière et se réfère à cet égard à l'article 6 de la note conceptuelle de la ministre Aelvoet relative aux droits du patient.

Het lid besluit ten slotte dat, om reden van de eenvoud en leesbaarheid, de waarborgen voor de andere medische besluitvorming die voor euthanasie niet mogen overtreffen.

De hoofdindieners van het amendement nr. 106 treedt de vorige spreker bij en stelt voor om de patiënt volledig in te lichten over zijn levensverwachting. Daarbij merkt hij wel op dat het onmogelijk is om werkelijk alles volledig mee te delen. Er kan altijd iemand naar voor treden die een hiaat vindt in de gegeven inlichtingen.

Ook een senator pleit voor concordantie tussen het wetsontwerp over de patiëntenrechten en dit voorstel. De senator stelt dan ook voor om de tekst in die zin aan te passen dat «alle relevante aspecten van zijn gezondheidstoestand moeten worden meegedeeld».

Verder merkt spreker op dat controle achteraf, gezien de thematiek, moeilijk zal zijn en dat dit artikel er vooral toe strekt om de arts een bepaald engagement te vragen.

Een lid is van mening dat dit artikel handelt over een cultuur van het «recht op zo volledig mogelijke informatie».

Amendement nr. 115B

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 115B) dat ertoe strekt het overleg tussen patiënt en geneesheer uit te bouwen, zodat ze samen tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen enkele andere redelijke oplossing is dan euthanasie, en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid.

Een lid merkt op dat de voorgestelde bepaling bijna letterlijk werd overgenomen uit de Nederlandse tekst. Het woord «overtuiging» is uiterst belangrijk, aangezien het aangeeft dat er een dialoog tussen de geneesheer en de patiënt heeft plaatsgevonden en er niet uitsluitend formele procedures werden gevolgd.

Bovendien moet de beslissing genomen worden in volledige autonomie en mag ze niet het gevolg zijn van externe druk. Het lid is van mening dat dit amendement tegemoet komt aan haar bekommernis en zal het dan ook ondersteunen.

Een ander lid beaamt dat het voorgestelde amendement werd overgenomen uit het Nederlandse wetsontwerp (artikel 2D). Het is een bevestiging dat euthanasie tot stand komt in een *colloque singulier*, zonder veel inhoudelijke toetsing van de algemene voorwaarden.

Verder merkt het lid op dat er in Nederland onlangs een thesis gepubliceerd werd over de mate

Enfin, le membre conclut que, pour des motifs de simplicité et de lisibilité du texte, les garanties prévues pour les autres processus décisionnels médicaux ne peuvent dépasser celles de l'euthanasie.

L'auteur principal de l'amendement n° 106 se rallie à l'avis de l'orateur précédent et propose d'informer complètement le patient de son espérance de vie. À cet égard, il signale qu'il est impossible d'informer vraiment complètement. Quelqu'un peut toujours trouver qu'il y a eu des lacunes dans la transmission des informations.

Un sénateur plaide pour la mise en concordance de la proposition de loi sur les droits du patient avec la présente proposition. Le sénateur propose également d'adapter le texte de manière à ce que «tous les aspects importants de son état de santé doivent être communiqués».

En outre, l'orateur signale que le contrôle *a posteriori* sera difficile, étant donné la thématique, et que cet article vise principalement à demander un certain engagement de la part du médecin.

Un membre estime que cet article traite d'une culture du «droit à une information aussi complète que possible».

Amendement n° 115B

M. Vankrunkelsven dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 115B) tendant à élargir le dialogue entre le patient et le médecin afin qu'ils arrivent ensemble à la conviction que l'euthanasie est la seule solution raisonnable dans l'état dans lequel se trouve le patient et que la requête du patient est entièrement volontaire.

Une membre signale que la disposition proposée a été presque littéralement reprise du texte néerlandais. Le mot «conviction» est extrêmement important puisqu'il indique qu'un dialogue a eu lieu entre le médecin traitant et le patient et que l'on n'a pas exclusivement suivi des procédures formelles.

En outre, la décision doit être prise en toute indépendance et ne peut être la conséquence d'une pression extérieure. L'oratrice estime que cet amendement rencontre ses préoccupations et elle le soutiendra donc également.

Un autre membre estime également que l'amendement proposé a été repris du projet de loi néerlandais (article 2D). C'est la confirmation que l'euthanasie se pratique en colloque singulier, sans réel contrôle quant au respect des conditions générales.

Par ailleurs, le membre signale qu'une thèse a récemment été publiée aux Pays-Bas sur les possibili-

waarin de woorden «redelijk» en «billijk» juridiseerbaar zijn. Daarbij wordt geponeerd dat de betekenis van deze uitdrukkingen afhankelijk is van de persoon die ze beoordeelt. Deze termen passen bijgevolg niet in een wettekst omdat ze de besluitvorming privatiseren.

In die zin kan euthanasie geplaats worden in een marktsamenleving waar ook de dienstverlening van euthanasie op de markt ter beschikking is, net zoals de koper en de verkoper — in dit geval: de arts en de patiënt — akkoord zijn over de voorwaarden die ze volledig autonoom aan de hand van termen als «redelijk» en «billijk» kunnen beoordelen. Spreker kan het daarom niet eens zijn met amendement nr. 106.

Een lid merkt op dat net in een marktsituatie alles een zekere en vaste prijs heeft en dat er geen ruimte bestaat voor interpretatie. Euthanasie heeft echter betrekking op menselijke problemen, waar een zekere interpretatievrijheid van arts en patiënt zoals bijvoorbeeld de interpretatie van de gebruikte termen zoals «redelijk», «lijden» en «pijn» noodzakelijk is.

Volgens een andere spreker kan deze problematiek niet gevat worden door een encyclopedische kennis. De wettekst moet daarom in zijn geheel worden gelezen en voldoende genuanceerd worden. Ook de conceptnota inzake patiëntenrechten van de minister van Volksgezondheid mag niet uit haar context worden gehaald.

De indiener van amendement nr. 115B merkt op dat de tekst van amendement nr. 14 gekenmerkt wordt door vaak formalistische voorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten. De senator betreurt dat de uiteindelijke tekst volledig zou voorbijgaan aan de belangrijke interactie tussen patiënt en arts, terwijl er wel veel belang wordt gehecht aan deze formalistische voorwaarden.

Een lid vindt de voorgestelde schrapping van de woorden «volledig» en «alle» minimalistisch. Zij suggereert om het tekstvoorstel van de conceptnota over de patiëntenrechten over te nemen.

Een ander lid herinnert eraan dat de minister van Volksgezondheid ook een tekst uitwerkt met betrekking tot de interventies van zorgverstrekkers. Men moet daarom streven naar concordantie tussen beide teksten en een mogelijke contradictie vermijden.

Er wordt voorgesteld om de voorgestelde bepaling te wijzigen in die zin «dat de patiënt correct moet geïnformeerd worden over zijn gezondheidstoestand».

Omtrent het zinsdeel «de patiënt volledig inlichten» verwijst een lid naar de «therapeutische uitzondering». Alhoewel dit gegeven niet wordt vernoemd in de conceptnota van de minister van Volksgezond-

tés d'employer les mots «raisonnablement» et «légitimement» dans un contexte juridique. Selon cette thèse, la signification de ces termes dépend de la personne qui les utilise. Par conséquent, ces termes ne conviennent pas dans un texte de loi parce qu'ils privatisent le processus décisionnel.

Dans ce sens, l'euthanasie peut se placer dans une société de marché où le service d'euthanasie est également disponible sur le marché, comme l'acheteur et le vendeur — dans ce cas: le médecin et le patient — marquent leur accord sur les conditions qu'ils peuvent apprécier en toute indépendance à l'aide de termes tels que «raisonnablement» et «légitimement». C'est pourquoi l'orateur ne peut marquer son accord sur l'amendement n° 106.

Un membre signale que, dans une situation de marché, chaque chose a un prix déterminé et fixé et qu'il n'y a pas de place pour l'interprétation. L'euthanasie concerne toutefois des problèmes humains pour lesquels une certaine liberté d'interprétation doit nécessairement être laissée au médecin et au patient, notamment l'interprétation de termes tels que «raisonnablement», «souffrances» et «douleur».

Selon un autre orateur, cette problématique ne peut être appréhendée par une connaissance encyclopédique. Le texte de loi doit dès lors être lu dans son ensemble et être suffisamment nuancé. La note conceptuelle relative aux droits du patient de la ministre de la Santé ne peut pas davantage être tirée de son contexte.

L'auteur de l'amendement n° 115B fait remarquer que le texte de l'amendement n° 14 se caractérise par des conditions et des critères de prudence de pure forme. Le sénateur regretterait que le texte final omette totalement l'importante interaction entre le patient et le médecin tout en accordant une grande importance à ces conditions de pure forme.

Une membre juge minimaliste la suppression proposée des mots «complètement» et «tous». Elle suggère de reprendre la proposition de texte de la note conceptuelle relative aux droits du patient.

Un autre membre rappelle que la ministre de la Santé publique élabore également un texte concernant les interventions des prestataires de soins. À cet égard, il faut s'efforcer de mettre les deux textes en concordance et éviter d'éventuelles contradictions.

Il est proposé de modifier la disposition proposée en ce sens «que le patient doit être informé correctement de son état de santé».

En ce qui concerne le membre de phrase «informer complètement le patient», un sénateur se réfère à «l'exception thérapeutique». Bien que ne figurant pas dans la note conceptuelle de la ministre de la Santé

heid over de rechten van de patiënt, is het toch zeer belangrijk.

Amendement nr. 148

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 148) dat kiest voor een beschavingsmodel waarin mensen verplicht zijn elkaar bij te staan en dat er daarom toe strekt de patiënt voldoende recht op morele en medische, curatieve en palliatieve bijstand te garanderen.

De indiener van amendement nr. 148 is van mening dat de tekst van amendement nr. 14 te vrijblijvend is. Het amendement kadert volledig in een markteconomische benadering van de samenleving waar de plicht tot bijstand, de bescherming van het leven en het relationele aspect van de menselijke samenleving te weinig tot uiting komen.

De tekst van amendement nr. 14 gaat daarbij uit van een bepaalde realiteit en de indieners ervan zijn van mening dat de wetgever aan deze realiteit moet tegemoet komen. Het parlement scheidt zo een kader waarin 10 miljoen Belgen volgens hun eigen wetten en hun eigen realiteit kunnen functioneren.

Deze optie gaat echter volledig voorbij aan de mening van verschillende filosofen. Zo handelden de uiteenzettingen van één van de grootste mogelijke filosofen uit de geschiedenis, Emmanuel Kant, niet over feiten en hoe men daarmee kan omgaan opdat de vrije keuze van de burger beslissend is. Ze waren evenmin gesteund op sociologische axioma's. Deze uiteenzettingen handelden daarentegen wel over de universaliteit van de wet en over het feit dat de bescherming van het menselijk leven de essentie uitmaakt van deze universaliteit. Momenteel echter worden deze principes volledig verlaten.

Een lid repliceert dat in bepaalde gevallen morele, medische, curatieve en palliatieve bijstand het fysiek en geestelijk lijden van patiënten niet kan lenigen. Het lid wil in de huidige discussie deze gevallen expliciet benadrukken.

Een ander lid verwijst naar de gedachten van Thomas More om de bespiegelingen van de indiener van het amendement te nuanceren.

Amendementen nrs. 170 en 171

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 170) dat ertoe strekt het 1^o van § 3 van het voorgestelde artikel aan te vullen in die zin dat er nog een voorafgaand overleg plaatsvindt met het palliatieve begeleidingsteam of het plaatselijke samenwerkingsverband.

publique relative aux droits du patient, cette donnée est très importante.

Amendement n° 148

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 148) qui opte pour un modèle de société dans lequel les gens sont obligés de se porter mutuellement assistance et qui tend donc à garantir au patient le droit à une aide morale et médicale, curative et palliative suffisante.

L'auteur de l'amendement n° 148 estime que le texte de l'amendement n° 14 n'engage pas à grand-chose. L'amendement rentre tout à fait dans le cadre d'une approche d'économie de marché où le devoir d'assistance, la protection de la vie et l'aspect relationnel de la société humaine trouvent insuffisamment à s'exprimer.

Le texte de l'amendement n° 14 part d'une certaine réalité et les auteurs estiment que le législateur doit tenir compte de cette réalité. Le parlement crée de ce fait un cadre dans lequel 10 millions de belges peuvent agir selon leurs propres lois et leur propre réalité.

Cette option ignore totalement l'opinion de divers philosophes. C'est ainsi que les exposés d'un des plus grands philosophes de l'histoire, Emmanuel Kant, ne traitaient pas des faits et de la façon dont on peut les aborder pour que le libre choix du citoyen soit déterminant. Ils n'étaient pas davantage basés sur des axiomes sociologiques. Par contre, ces exposés traitaient de l'universalité de la loi et du fait que la protection de la vie humaine constitue l'essence de cette universalité. Toutefois, ces principes sont à présent totalement abandonnés.

Un membre réplique que, dans certains cas, l'aide morale, médicale, curative et palliative ne peut soulager la souffrance physique et morale des patients. Le membre veut insister sur ce point à l'occasion de la présente discussion.

Un autre membre se réfère aux pensées de Thomas More pour nuancer les considérations de l'auteur de l'amendement.

Amendements n^{os} 170 et 171

Mme de T' Serclaes dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 170) tendant à compléter le 1^o du § 3 de l'article proposé afin qu'une concertation préalable ait lieu avec l'équipe de soutien palliatif ou avec la plateforme locale.

De indiener van amendement nr. 170 benadrukt dat de medische wetenschap gekenmerkt wordt door een verre gaande graad van specialisatie. Daarom acht spreekster het belangrijk dat de arts, geconfronteerd met een euthanasievraag, zich laat informeren en bijstaan door mensen die zeer gespecialiseerd zijn in de palliatieve zorg, waardoor de garantie op correcte informatie voor de patiënt verhoogt.

In het licht van de verschillende voorstellen betreffende de palliatieve zorg en de vooruitgang die de regering in dit dossier wil boeken, is het belangrijk om een overleg tussen het palliatieve begeleidingsteam of het plaatselijke samenwerkingsverband en de behandelende arts in deze wet in te schrijven.

Hetzelfde lid dient een subsidiair amendement in op amendement nr. 170, voor het geval men de tekst te zwaar zou vinden (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 171). Ook dit amendement wil het overleg van de behandelende arts met het palliatieve begeleidingsteam of met het plaatselijke samenwerkingsverband bevorderen en wil duidelijk aangeven dat er palliatieve mogelijkheden zijn in het geheel van zorgmogelijkheden.

Gezien de consensus over amendement nr. 115B zal de spreker dit amendement echter nog indienen als subamendement op amendement nr. 115B.

Een lid antwoordt dat een geneesheer de vrijheid heeft om een beroep te doen op verschillende specialisten, en dat in de voorgestelde tekst de arts reeds de patiënt moet inlichten over de mogelijkheden van palliatieve zorgverlening.

In verband met de raadpleging van het palliatieve begeleidingsteam merkt de spreker op dat het 4^o van de voorgestelde § 3 reeds een dergelijk overleg tussen de arts en het verplegend team, dat regelmatig in contact staat met de patiënt, stipuleert.

De indienst van de amendementen nrs. 170 en 171 wijst op het onderscheid tussen het verplegend team en het palliatieve begeleidingsteam.

Aangezien de kennis over palliatieve zorg momenteel nog niet bij iedereen gekend is, begrijpt een lid de bekommernis van de vorige spreker.

Ze stelt daarom voor om amendement nr. 170, zij het in een mildere vorm — bijvoorbeeld zonder het gebruik van de term «diepgaand» — in de tekst van amendement nr. 115 te integreren.

Een lid benadrukt de noodzaak van een preventief aanbod van alle mogelijke zorgverlening, ook palliatieve.

Bovendien verwijst het lid naar de hoorzittingen waarin duidelijk tot uiting kwam dat de kennis over de palliatieve zorgverlening momenteel nog geconcentreerd is bij medici die interesse hebben voor de materie. Professor Distelmans heeft heel uitdrukke-

L'auteur de l'amendement n° 170 souligne que la science médicale se caractérise par un degré de spécialisation très élevé. Pour cette raison, l'oratrice estime important que le médecin, confronté à une demande d'euthanasie, s'informe et se fasse assister par des personnes hautement spécialisées dans les soins palliatifs, ce qui garantit encore davantage une information correcte du patient.

À la lumière des différentes propositions relatives aux soins palliatifs et aux progrès que le gouvernement veut enregistrer dans ce domaine, il est important de prévoir, dans la loi, l'organisation d'une concertation entre l'équipe de soutien palliatif ou la plateforme et le médecin traitant.

La même membre dépose un amendement subsidiaire à l'amendement n° 170 pour le cas où l'on trouverait le texte trop lourd (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 171). Cet amendement tend également à promouvoir la concertation entre le médecin traitant et l'équipe de soutien palliatif ou la plateforme locale. Il veut nettement indiquer que l'ensemble des possibilités de soins inclut les possibilités de soins palliatifs.

Étant donné le consensus existant au sujet de l'amendement n° 115B, l'oratrice déposera quand même cet amendement en tant que sous-amendement à l'amendement n° 115B.

Un membre répond qu'un médecin traitant a la liberté de faire appel à différents spécialistes et que, dans le texte proposé, le médecin doit déjà informer le patient des possibilités de soins palliatifs.

Quant à la consultation de l'équipe de soutien palliatif, l'orateur signale que le 4^o du § 3 proposé fait déjà état d'une concertation de ce type entre le médecin et l'équipe soignante qui est en contact régulier avec le patient.

L'auteur des amendements n°s 170 et 171 souligne la différence entre l'équipe soignante et l'équipe de soutien palliatif.

Les soins palliatifs n'étant pas encore connus de tous, une membre comprend l'inquiétude de l'oratrice précédente.

Elle propose dès lors d'intégrer l'amendement n° 170 dans le texte de l'amendement n° 115, même sous une forme atténuée, par exemple sans utiliser le terme «approfondie».

Un membre souligne la nécessité de proposer d'emblée toutes les possibilités thérapeutiques existantes, y compris palliatives.

En outre, le membre se réfère aux auditions qui ont clairement montré que la connaissance de la prise en charge palliative se concentre encore à l'heure actuelle chez les médecins qui s'intéressent à la question. Le professeur Distelmans a expressément indiqué la

lijk gewezen op de noodzaak van een omkering in de medische zorgcultuur.

In dit licht moet erover gewaakt worden dat de aan de patiënt verstrekte informatie over palliatieve zorg geen formaliteit is. Het is dan ook belangrijk dat de specialisten van de palliatieve zorg mee betrokken zijn bij het verstrekken van informatie.

Een ander lid geeft aan dat palliatieve zorg niet alle problemen kan oplossen en dat ook de mening van de patiënt zelf belangrijk is.

Amendement nr. 76

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 76) dat ertoe strekt een 1^obis (nieuw) in te voegen in de voorgestelde § 1 van artikel 3. Hierin wordt gesteld dat de arts er zich moet van vergewissen dat de patiënt optimale begeleiding en verzorging krijgt.

Een van de indieners geeft de inhoudelijke parallel aan van haar amendement met amendement nr. 148 en ze verwijst voor het overige naar de schriftelijke verantwoording bij amendement nr. 76.

Een lid stelt dat de arts er zich altijd moet van vergewissen dat de patiënt optimale begeleiding en verzorging krijgt. Ze acht het niet noodzakelijk dat deze gangbare medische praktijk expliciet in de wet op de euthanasie wordt vermeld.

Een ander lid deelt de mening van de vorige spreker. Tevens merkt hij op dat de logica van amendement nr. 14 erin bestaat om in het 1^o alles wat betrekking heeft op recht op informatie te vermelden, en vanaf het 3^o de raadplegingen die deze informatie moeten begeleiden weer te geven. Het lid vraagt daarbij om, indien mogelijk, deze opbouw te respecteren.

Een lid merkt op dat volgens amendement nr. 14 de arts de patiënt moet informeren over de mogelijkheden van comfortbehandeling, pijnbestrijding, palliatieve zorg en zich moet vergewissen van de aanhoudende pijn en nood van de patiënt. Volgens datzelfde amendement echter moet de arts er zich niet van vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding krijgt.

Het lid is echter van mening dat de arts reeds van bij de aanvang van de pijn de patiënt bijstand moet verlenen, zoals ook de medische plichtenleer voorschrijft. Er moet niet gewacht worden op een euthanasieverzoek om de pijn te bestrijden. De voorgestelde tekst spreekt echter enkel over «informeren». Dit gaat niet ver genoeg. Het lid maakt de vergelijking met het voorlezen aan een hongerige van een kookboek met alle mogelijke recepten en bereidingen. Men moet op dat ogenblik een maaltijd aanbieden. Het behoort dus ook tot de verplichting van het medisch team om in dat geval de pijn te bestrijden.

nécessité d'un revirement dans le domaine de la culture des soins médicaux.

Il faut donc veiller à ce que la transmission d'informations sur les soins palliatifs au patient ne soit pas une formalité. Il importe également d'impliquer les spécialistes en soins palliatifs lors de la diffusion de ces informations.

Un autre membre signale que les soins palliatifs ne peuvent résoudre tous les problèmes et que l'avis du patient est également important.

Amendement n° 76

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 76) tendant à insérer un 1^obis (nouveau) au § 1^{er} proposé de l'article 3. Celui-ci stipule que le médecin doit s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux.

Un des auteurs signale la similitude entre son amendement et l'amendement n° 148 au point de vue du fond et, pour le reste, se réfère à la justification de l'amendement n° 76.

Une membre déclare que le médecin doit toujours s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux. Elle estime qu'il n'est pas nécessaire que cette pratique médicale courant soit explicitement mentionné dans la loi sur l'euthanasie.

Un autre membre partage l'avis de l'intervenante précédente. Il signale par la même occasion que la logique de l'amendement n° 14 consiste à mentionner dans le 1^o tout ce qui a trait au droit à l'information et, à partir du 3^o, les consultations qui doivent accompagner ces informations. Le membre demande de respecter autant que possible cette structure.

Un membre signale que, selon l'amendement n° 145, le médecin doit informer le patient des possibilités de traitement de confort, de lutte contre la douleur, de soins palliatifs et qu'il doit s'assurer du caractère constant de la douleur et de la détresse du patient. Selon ce même amendement, le médecin ne doit pas s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement optimal.

Le membre estime toutefois que le médecin doit, dès le début de la douleur, accorder son aide au patient comme le lui prescrit également la déontologie médicale. Il ne faut pas attendre une demande d'euthanasie pour combattre la douleur. Le texte proposé parle seulement «d'informer». Il ne va pas assez loin. Le membre compare cela à la lecture, à un affamé, d'un livre de cuisine, avec toutes les recettes et préparations imaginables. C'est un repas qu'il faut offrir dans ce cas. L'équipe médicale a donc également l'obligation de combattre la douleur dans ce cas.

Een ander lid is het niet eens met de redenering van de vorige spreekster en merkt op dat het niet is dat een bepaling niet zou bestaan omdat ze niet in de tekst wordt opgenomen. In verband met amendement nr. 76 merkt de senator op dat zich het probleem stelt van de patiënt die niet meer wil en voor wie het genoeg is geweest. Hierover moet nog nagedacht worden.

Een lid merkt op dat niemand tegen zijn wil een behandeling moet ondergaan omdat men anders in de richting van medische hardnekkigheid evolueert. Toch is de optimale begeleiding van de patiënt zeer belangrijk. Het lid is daarom voorstander van een aanpassing van de tekst.

Een van de indieners van amendement nr. 76 replieert dat haar amendement er helemaal niet toe strekt de medische hardnekkigheid te bevorderen of te ondersteunen. Ze heeft bovendien de indruk dat er onvoldoende palliatieve zorg wordt aangeboden en vraagt zich af waar momenteel mensen nog verzorgd zouden worden tegen hun wil.

Een vorige spreker antwoordt dat heel veel mensen vanwege hun opvoeding en morele opvattingen in het publiek geen euthanasie durven vragen. Bovendien worden er heel wat mensen verzorgd tegen hun zin, omdat niemand de verantwoordelijkheid durft op te nemen om op hen een euthanasie toe te passen.

Toch zijn er heel wat artsen tegen euthanasie omdat ze vrezen dat de wet veel te stringente voorwaarden zal opleggen, waardoor de toepassing in de praktijk onmogelijk wordt.

Amendement nr. 188

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 188) dat ertoe strekt het eerste lid van § 3 van het voorgestelde artikel 3 als volgt aan te passen:

A. De woorden «de patiënt» vervangen door de woorden «met de patiënt communiceren en hem».

B. Tussen de woorden «volledig» en «inlichten» het woord «en correct» invoegen.

C. Na het woord «levensverwachting», de woorden «in een voor de patiënt duidelijke en begrijpelijke taal» invoegen.

D. De bepaling aanvullen met de woorden: «deze informatie wordt op verzoek van de patiënt schriftelijk bevestigd».

De hoofdindieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording ervan. Wat het punt D betreft, merkt de spreker op dat hier de schriftelijke bevestiging van de arts wordt gevraagd, indien de patiënt dit vraagt.

Un autre membre marque son désaccord sur le raisonnement de l'oratrice précédente et signale que ce n'est pas parce qu'une disposition ne figure pas dans le texte qu'elle n'existe pas. En ce qui concerne l'amendement n° 76, l'intervenant fait remarquer que se pose le problème du patient qui ne veut plus et qui estime que cela suffit. Il faut encore réfléchir à ce sujet.

Un membre signale que personne ne doit subir un traitement contre sa volonté, sinon on se dirige vers l'acharnement thérapeutique. Cependant, l'accompagnement optimal du patient est très important. C'est pourquoi, ce membre est partisan d'une adaptation du texte.

Un des auteurs de l'amendement n° 76 répond que son amendement ne vise absolument pas à promouvoir ou à soutenir l'acharnement thérapeutique. En outre, elle a l'impression que l'on propose trop peu de soins palliatifs et se demande où des gens seraient encore soignés contre leur volonté.

Un orateur précédent répond que beaucoup de gens, du fait de leur éducation et de leurs convictions morales, n'osent pas demander publiquement l'euthanasie. En outre, certaines personnes sont soignées contre leur volonté parce que personne n'ose prendre la responsabilité de pratiquer sur eux une euthanasie.

Cependant, un certain nombre de médecins sont contre l'euthanasie parce qu'ils craignent que la loi impose des conditions trop contraignantes, rendant sa mise en œuvre impossible.

Amendement n° 188

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 188) tendant à modifier comme suit la première phrase du § 3 de l'article 3 proposé:

A. Remplacer les mots «informer complètement le patient» par les mots «communiquer avec le patient et l'informer complètement».

B. Après le mot «complètement», insérer les mots «et correctement».

C. Après les mots «espérance de vie», insérer les mots «», dans des termes clairs et compréhensibles pour celui-ci».

D. Compléter la disposition par les mots «à la demande du patient, cette information est confirmée par écrit».

L'auteur principal se réfère à la justification écrite. En ce qui concerne le point D, l'orateur souligne que le médecin doit confirmer par écrit si le patient le demande.

Dankzij deze schriftelijke bevestiging wordt de patiënt immers de mogelijkheid geboden om te reflecteren en om — indien wenselijk — nog andere personen te consulteren. Bovendien beschikt de patiënt in dit geval achteraf ook over de bijkomende waarborg dat er geen willekeurige informatie werd verschaft.

Verder merkt het lid op dat alle belangrijke gegevens in onze maatschappij schriftelijk worden bevestigd en hij wil deze bevestiging ook hier invoeren.

Amendement nr. 201

Mevrouw van Kessel c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 201) dat ertoe strekt de woorden «alle aspecten van zijn gezondheidstoestand» te vervangen door de woorden «alle relevante aspecten die nodig zijn om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de verdere evolutie ervan». Amendement nr. 201 sluit aan bij amendement nr. 188 en komt eveneens tegemoet aan amendement nr. 106, waar de schrapping voorgesteld wordt van de woorden «volledig» en «alle aspecten».

De hoofddienstster van amendement nr. 201 benadrukt dat ze drie belangrijke aspecten onderkent in de informatieverstrekking naar de patiënt: correcte informatie, relevante informatie over zijn gezondheidstoestand en eventueel over de levensverwachting en schriftelijke informatie op verzoek van de patiënt. Spreekster merkt op dat het recht op informatie ook duidelijk tot uiting komt bij de conceptnota met betrekking tot de rechten van de patiënt van de minister van Volksgezondheid. Het globale recht op informatie is daarbij één van de meest essentiële elementen van de patiëntenrechten en het is daarom zeer belangrijk om in deze wet te zoeken naar de juiste formulering.

Een lid stelt dat correcte informatie ook relevante informatie includeert. Hij stelt voor om nog verder over de juiste terminologie na te denken.

Amendement nr. 202

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 202) dat ertoe strekt om in de voorgestelde bepaling tussen het woord «alle» en het woord «aspect», het woord «relevante» in te voegen en om het woord «volledig» te doen vervallen.

Voor de toelichting van dit amendement verwijst de indiener naar de schriftelijke verantwoording en naar de voorafgaande opmerkingen van enkele leden van de Verenigde Commissies.

Cette confirmation écrite offre au patient la possibilité de réfléchir et — s'il le souhaite — de consulter d'autres personnes. En outre, le patient a ainsi, *a posteriori*, la garantie supplémentaire qu'aucune information arbitraire n'aura été fournie.

Par ailleurs, le membre signale que toutes les données importantes sont confirmées par écrit dans notre société et il veut que ce soit le cas de cette confirmation.

Amendement n° 201

Mme van Kessel et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 201) tendant à remplacer les mots «tous les aspects de son état de santé» par les mots «tous les aspects pertinents nécessaires pour apprécier son état de santé, l'évolution de celui-ci et son espérance de vie». L'amendement n° 201 s'inscrit dans le prolongement de l'amendement n° 188 et tient également compte de l'amendement n° 106 qui propose de supprimer les mots «complètement» et «tous les aspects».

L'auteur principal de l'amendement n° 201 souligne qu'elle distingue trois aspects importants dans la diffusion d'informations au patient: une information correcte, une information pertinente sur son état de santé et, éventuellement, sur son espérance de vie et des informations écrites à la demande du patient. L'oratrice signale que le droit à une information est également clairement exprimé dans la note conceptuelle de la ministre de la Santé publique relative aux droits du patient. Le droit à une information complète est un des éléments essentiels des droits du patient et c'est pourquoi il est très important de veiller à ce qu'il soit correctement formulé dans la loi.

Un membre signale qu'une information correcte inclut également des informations pertinentes. Il propose de réfléchir plus avant à la terminologie appropriée.

Amendement n° 202

M. Vankrunkelsven dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 202) tendant à insérer, dans la disposition proposée, le mot «pertinents» entre les mots «tous les aspects» et les mots «de son état» et à supprimer le mot «complètement».

Pour le commentaire de cet amendement, l'auteur se réfère à la justification écrite et aux remarques émises antérieurement par quelques membres des Commissions réunies.

Een lid acht het woord «relevant» belangrijk in de voorgestelde tekst. Ze verwijst naar amendement nr. 201.

Een ander lid vraagt naar de betekenis van het woord «relevant».

Amendement nr. 182

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 182), dat subsidiair is op amendement nr. 76, en dat ertoe strekt de voorgestelde bepaling aan te vullen met een *1^obis*, waardoor de arts vooraf en in alle gevallen alle morele, curatieve en palliatieve medische bijstand moet verlenen die nodig is om de morele en fysieke pijn van de patiënt te verzachten en zijn waardigheid te bewaren.

De indiener van amendement nr. 182 verwijst naar de schriftelijke verantwoording ervan.

Amendement nr. 77

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 77) dat ertoe strekt het voorgestelde 2^o van § 3 te vervangen door een meer sluitende garantie dat voldaan is aan alle in § 1 bedoelde voorwaarden.

Een van de indieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement.

Een lid is van mening dat terecht wordt opgemerkt dat het gebruik van het woord «nood» in deze tekst bepaalde gevaren inhoudt. Ze merkt echter op dat het woord «nood» nog altijd gebruikt wordt in § 1 en dat daarom ook deze paragraaf zou moeten aangepast worden.

De vorige spreekster verwijst naar haar amendement nr. 176 dat in § 1 eveneens het woord «nood» vervangt.

Amendement nr. 134

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 134) dat ertoe strekt de eerste zin van § 3, 2^o, van het voorgestelde artikel te vervangen, zodat duidelijker wordt welke overtuiging de arts moet krijgen wanneer hij tegenover een euthanasieverzoek van de patiënt staat.

De indieners van het amendement nr. 134 merken op dat dit amendement eveneens de idee van amendement nr. 115B overneemt.

Een lid stelt voor om het aangekondigde amendement van de indiener van amendement nr. 115B af te wachten.

Une membre souligne l'importance du mot «pertinentes» dans le texte proposé. Elle se réfère à l'amendement n^o 201.

Un autre membre demande la signification du mot «pertinentes».

Amendement n^o 182

Mme Nyssens dépose un sous-amendement à l'amendement n^o 14 (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendement n^o 182), subsidiaire à l'amendement n^o 76, et qui tend à compléter la disposition proposée par un *1^obis* stipulant que le médecin doit, au préalable et dans tous les cas, procurer l'assistance morale et l'aide médicale curative et palliative nécessaire pour soulager les souffrances morales et physiques du patient et préserver sa dignité.

L'auteur de l'amendement n^o 182 se réfère à la justification écrite.

Amendement n^o 77

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 14 (doc. Sénat, n^o 2-244/7, amendement n^o 77) tendant à remplacer le 2^o du § 3 proposé par une garantie absolue satisfaisant à toutes les conditions visées au § 1^{er}.

Un des auteurs se réfère à la justification écrite de l'amendement.

Une membre estime qu'il a été signalé à juste titre que l'utilisation du mot «détresse» dans le texte comporte certains dangers. Elle signale cependant que le mot «détresse» est encore utilisé au § 1^{er} et qu'il conviendrait donc d'adapter également ce paragraphe.

L'oratrice précédente se réfère à son amendement n^o 176 remplaçant également le mot «détresse» dans le § 1^{er}.

Amendement n^o 134

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/9, amendement n^o 134) visant à remplacer la première phrase du § 3, 2^o, de l'article proposé, de manière à préciser la nature de la conviction que le médecin doit acquérir face à une demande d'euthanasie formulée par un patient.

Les auteurs de l'amendement n^o 134 soulignent que celui-ci reprend également l'idée de l'amendement n^o 115B.

Un membre propose d'attendre l'amendement annoncé de l'auteur de l'amendement n^o 115B.

Een lid vraagt waarom er, met het oog op de logische opbouw van de tekst, niet de voorkeur aan gegeven werd om in de zorgvuldigheidsvereisten van § 3 de grondvoorwaarden uit § 1 over te nemen, en daarbij duidelijk aan te geven dat de arts zich moet vergewissen van een aantal feiten die verder gaan dan de grondvoorwaarden.

Het lid acht het, vanuit juridisch oogpunt bekeken, correcter om een dergelijke verwijzing op te nemen.

Een ander lid antwoordt dat deze opmerking eveneens kan opgenomen worden in de voorgestelde herwerking van de tekst.

Amendementen nrs. 204 en 214

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 twee subamendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendementen nrs. 204 en 214) die ertoe strekken in het voorgestelde artikel 3, de woorden «pijn of nood» te vervangen door de woorden «fysische en/of psychische pijn».

De indienster verwijst naar amendement nr. 213 op § 1 van dit artikel.

Amendement nr. 159B

Mevrouw De Roeck c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 159 B) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 2^o in de eerste zin de woorden «zich vergewissen van» te vervangen door de woorden «zich verzekeren van».

De hoofdindienster stelt dat dit amendement doorheen de ganse tekst een identieke vertaling van het Franse woord «s'assurer» wil bereiken.

Amendement nr. 146

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 146) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 2^o, de woorden «of nood» te doen vervallen.

De indiener van amendement nr. 146 verwijst hiervoor naar de argumenten die werden gebruikt bij de verantwoording van zijn vorige amendementen.

Een lid betreurt dat bij de hoorzittingen geen vertegenwoordigers van organisaties die zelfmoord willen voorkomen werden uitgenodigd, aangezien deze tekst ook gevolgen zal hebben voor deze problematiek.

Amendement nr. 147

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat,

Un membre demande pourquoi, afin d'assurer une construction logique du texte, on n'a pas repris, dans les critères de prudence du § 3, les conditions de base du § 1^{er} en indiquant clairement que le médecin doit s'assurer d'un certain nombre de faits qui dépassent les conditions de base.

Le membre pense qu'il est plus correct, du point de vue juridique, d'opter pour un tel renvoi.

Un autre membre répond que cette remarque peut également être reprise dans la version remaniée du texte qui est proposé.

Amendements n^{os} 204 et 214

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 14 deux sous-amendements (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendements n^{os} 204 et 214) visant à remplacer, à l'article proposé, les notions de «souffrance ou de détresse» par celle de «souffrance physique ou psychique».

L'auteur renvoie à l'amendement n^o 213 qu'elle a déposé au § 1^{er} de l'article.

Amendement n^o 159B

Mme De Roeck et consorts déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 159B) visant à remplacer, dans la première phrase de l'article 3, § 3, 2^o, les mots «zich vergewissen» par les mots «zich verzekeren van».

L'auteur principal explique que cet amendement permettra de traduire de manière identique, dans l'ensemble du texte, le mot «s'assurer».

Amendement n^o 146

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 146) visant à supprimer, à l'article 3, § 3, 2^o, les mots «ou de la détresse».

L'auteur de l'amendement n^o 146 renvoie aux arguments avancés lors de la justification de ses amendements précédents.

Un membre regrette que, lors des auditions, les représentants d'organisations pour la prévention du suicide n'aient pas été invités, étant donné que ce texte aura aussi des conséquences pour cette problématique.

Amendement n^o 147

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amende-

nr. 2-244/10, amendement nr. 147) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 2^o, tussen het woord «aanhoudende» en het woord «pijn», de woorden «ondraaglijke en onbehandelbare» in te voegen.

De indiener van amendement nr. 147 vindt het loutere bestaan van de subjectieve vraag naar euthanasie onvoldoende om ze toe te staan. In die zin is het woord «onbehandelbare» net als het woord «ondraaglijke» absoluut noodzakelijk.

Een lid vult aan dat het woord «onbehandelbare» wordt ingevoegd in de context van de pijnbestrijding en geenszins betrekking heeft op medische hardnekkigheid. Het is daarbij belangrijk dat de arts zich duidelijk vergewist van het onbehandelbare aspect van deze pijn. Verder verwijst de spreker naar haar wetsvoorstel betreffende de behandeling en de bestrijding van acute en chronische pijnen (Stuk Senaat, nr. 2-405/1) en het wetsvoorstel van de heer Mahoux strekkende om bij elk ziekenhuis een dienst in te stellen die is gespecialiseerd in pijnbehandeling en pijnbestrijding (Stuk Senaat, nr. 2-156/1). Ze licht toe dat haar wetsvoorstel werd ingegeven vanuit de vaststelling dat de kennis over pijnbestrijding en de mogelijkheden voor pijnbehandeling onvoldoende gekend en verspreid zijn.

Een ander lid vraagt zich af welke middelen men voor deze pijnbehandeling zal moeten gebruiken en hoever men met de pijnbehandeling zal gaan. Hij acht het niet mogelijk dat een dergelijke behandeling doorgaat tegen de wil van de patiënt in.

De vorige spreekster repliceert dat haar tussenkomst werd ingegeven vanuit de bekommernis dat er, wanneer de patiënt zulks vraagt, geen mogelijkheid onbenut mag blijven om de pijn waaraan hij lijdt te lenigen.

Een lid merkt op dat reeds in het voorgestelde artikel 3, § 1, derde lid, wordt gesteld dat de arts moet vaststellen dat de patiënt zich in een toestand bevindt van «ondraaglijke pijn of nood die niet kan gelenigd worden» en dat ook in artikel 3, § 3, 3^o, «de geraadpleegde arts zich moet vergewissen van de aanhoudende pijn of nood die niet kan gelenigd worden». Spreker acht beide omschrijvingen voldoende en hij vindt een extra omschrijving overbodig.

De indiener van amendement nr. 147 antwoordt dat de voorstellen van zijn fractie eigenlijk in hun geheel zouden moeten gelezen worden, maar dat de gebruikte werkwijze een dergelijke globale beschouwing niet toelaat.

Bovendien is het helemaal niet de bedoeling van amendement nr. 147 om zwaar zieken plat te spuiten met morfine. Hij verwijst hiervoor naar amendement nr. 145, dat stelt dat de arts zich moet vergewissen dat er, naar heersend medisch inzicht, geen enkele andere

ment n^o 147) visant à insérer, à l'article 3, § 3, 2^o, les mots «, ainsi que du caractère insupportable et impossible à traiter» entre le mot «persistance» et les mots «de la souffrance».

L'auteur de l'amendement n^o 147 estime que le simple maintien de la demande subjective d'euthanasie est insuffisant pour l'autoriser. C'est pourquoi le mot «insupportable» est absolument nécessaire, tout comme les mots «impossible à traiter».

Une membre ajoute que l'expression «impossible à traiter» est introduite dans le contexte de la lutte contre la douleur et n'a aucunement rapport avec l'acharnement thérapeutique. Il est important que le médecin s'assure clairement de l'aspect impossible à traiter de cette douleur. En outre, l'oratrice renvoie à sa proposition de loi relative au traitement et à la maîtrise des douleurs aiguës et chroniques (doc. Sénat, n^o 2-405/1) et à la proposition de loi de M. Mahoux visant à créer en milieu hospitalier un service spécialisé dans l'approche et la prise en charge de la douleur (doc. Sénat, n^o 2-156/1). Elle explique que sa proposition de loi s'inspire de la constatation que les connaissances relatives à la lutte contre la douleur et aux possibilités de traitement de la douleur sont insuffisamment connues et diffusées.

Un autre membre se demande quels moyens devront être utilisés pour ce traitement de la douleur et jusqu'où on ira dans ce traitement. Il juge impossible qu'un tel traitement continue contre la volonté du patient.

L'oratrice précédente réplique que son intervention était inspirée par la préoccupation selon laquelle, lorsque le patient fait une telle demande, on ne peut négliger aucune possibilité pour apaiser la douleur dont il souffre.

Un membre remarque que le troisième alinéa de l'article 3, § 1^{er}, prévoit déjà que le médecin doit constater que le patient se trouve dans une situation de «souffrance ou de détresse insupportable qui ne peut être apaisée» et que, selon l'article 3, § 3, 3^o, «le médecin consulté doit s'assurer de la persistance de la souffrance ou de la détresse qui ne peut être apaisée». L'orateur estime suffisantes les deux définitions et considère comme superflue une définition supplémentaire.

L'auteur de l'amendement n^o 147 répond que les propositions de son groupe devraient en fait être lues dans leur ensemble, mais la méthode de travail utilisée ne permet pas une telle vue globale.

En outre, l'objectif de l'amendement n^o 147 n'est absolument pas de calmer les personnes gravement malades avec des doses fréquentes de morphine. À ce sujet, il renvoie à l'amendement n^o 145 qui prévoit que le médecin doit s'assurer que, selon les concep-

mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te behandelen en zijn waardigheid te waarborgen.

Verder is spreker van mening dat de term «pijn lenigen» zeer subjectief is, en dat het voorgestelde amendement nr. 145 aan deze opmerking tegemoet komt.

Een lid repliceert dat het hier gaat om een vraag van de zieke.

Wat de term «nood» betreft, geeft spreker aan dat de zieke eveneens geconfronteerd wordt met een lijden, dat gepaard gaat met de kennis dat hij binnenkort zal sterven. Dit lijden kan nooit worden weggenomen, maar men kan wel een invloed uitoefenen op de omstandigheden waarin de patiënt gaat sterven.

Amendement nr. 189

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 189) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 2^o, tussen het woord «aanhoudende» en het woord «pijn», de woorden «ondraaglijke en onbehandelbare» in te voegen.

De indieners van amendement nr. 189 verwijzen naar de bespreking van amendement nr. 147.

Amendement nr. 145

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 145) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 3, § 3, 2^o, aan te vullen met een 2^obis, luidend als volgt:

«2^o bis zich vergewissen dat er naar heersend medisch inzicht geen enkele andere mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te behandelen en zijn waardigheid te waarborgen.»

De indiener van amendement nr. 145 verwijst naar de schriftelijke verantwoording ervan.

Amendement nr. 32

De heer Galand dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 32) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 3, § 3, 3^o, te preciseren dat de tweede arts zich moet vergewissen van de deugdelijkheid van de zorg en de behandeling die zijn gegeven.

De indiener van amendement nr. 32 verwijst naar de schriftelijke verantwoording ervan. Hij geeft aan dat deze aanvulling van de voorgestelde tekst werd ingegeven door een antwoord van dokter Englert tijdens de hoorzittingen en door de verklaringen van professor Van Bel van de RUG, die aangaf dat niet

tions médicales prédominantes, il n'existe aucune autre possibilité de traiter la douleur du patient et de lui garantir sa dignité.

En outre, l'orateur estime que l'expression «apaiser la douleur» est très subjective et que l'amendement n^o 145 répond à cette remarque.

Un membre réplique qu'il s'agit ici d'une demande du malade.

En ce qui concerne le terme «détresse», l'orateur signale que le malade est aussi confronté à la souffrance. En même temps, il sait qu'il va mourir bientôt. Cette souffrance ne peut jamais être écartée mais peut exercer une influence sur les circonstances dans lesquelles le patient va mourir.

Amendement n^o 189

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendement n^o 189) visant à remplacer, à l'article 3, § 3, 2^o, la première phrase par ce qui suit: «s'assurer que les conditions visées au § 1^{er} sont réunies».

Les auteurs de l'amendement n^o 189 renvoient à la discussion de l'amendement n^o 147.

Amendement n^o 145

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 145) visant à compléter l'article 3, § 3, 2^o, par un 2^obis, rédigé comme suit:

«2^o bis s'assurer que, selon les conceptions médicales dominantes, il n'existe aucun autre moyen de traiter la souffrance du patient et de lui garantir sa dignité.»

L'auteur de l'amendement n^o 145 renvoie à la justification écrite de celui-ci.

Amendement n^o 32

M. Galand dépose à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/5, amendement n^o 32) visant à ajouter, dans l'article 3, § 3, 3^o, après les mots «ou de la détresse», les mots «de l'adéquation des soins et des traitements prodigués».

L'auteur de l'amendement n^o 32 renvoie à sa justification écrite. Il indique que cet ajout au texte proposé s'inspire de la réponse du docteur Englert durant les auditions et des déclarations du professeur Van Bel de l'Université de Gand. Ce dernier indiquait que tous les médecins ne sont pas au courant de tous les modes

alle artsen op de hoogte zijn van alle mogelijke behandelingswijzen en die de voorkeur geeft aan een interdisciplinaire aanpak van verschillende pathologieën.

Een lid merkt op dat professor Englert de woorden «zou kunnen» in zijn uiteenzetting heeft gebruikt. Spreker kan daarbij wel akkoord gaan met de mogelijkheid van deze tweede mening maar hij stelt tevens dat een dergelijke verplichting moeilijk in de wettekst kan worden opgenomen. Men kan immers een arts niet verplichten om de verantwoordelijkheid van een patiënt te delen met een andere geneesheer.

De indiener antwoordt dat zijn amendement nr. 32 er niet toe strekt de verantwoordelijkheid betreffende een bepaalde patiënt te delen. De verantwoording van het amendement mag dus niet in die zin gelezen worden. Wanneer daarentegen de tweede arts een behandeling kent waarvan de eerste arts zich niet bewust is, heeft hij de verplichting om die mee te delen aan zijn confrater.

Een lid deelt mee dat ook amendement nr. 76 de multidisciplinariteit beoogt. Hierin wordt er echter de voorkeur aan gegeven om deze bepaling op te nemen in een aparte paragraaf, zodat er geen ambiguïteit kan ontstaan over de verantwoordelijkheid voor de patiënt.

De vorige spreker verduidelijkt dat hij expliciet wil weergeven dat de tweede arts gehouden is om zijn mening over de zorg en de behandeling te geven. Deze bepaling staat daarom op de juiste plaats.

Een lid deelt de bekommernis van de vorige spreker. In de context van bepaalde uitlatingen in de pers, waarin professor Van Bel beweert dat 40 % van de kankerpatiënten niet de meest efficiënte behandeling genieten, en in de context van het patiëntenrechten-debat waar het recht op «*second opinion*» werd besproken, is deze bepaling uiterst zinvol. Zij verdedigt daarom amendement nr. 32.

Ook een ander lid verdedigt amendement nr. 32 en verwijst eveneens naar de uitlatingen van bepaalde geneesheren.

Een vorige spreker verwijst naar de voorgestelde tekst van amendement nr. 14. Hij merkt op dat, indien de geraadpleegde arts inzage neemt van het medisch dossier, de patiënt onderzoekt en zich moet vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood en daarover een verslag opstelt, de geraadpleegde arts dan zeker zijn mening zal geven over de voorafgaande behandeling.

Een lid verduidelijkt dat een «*second opinion*» het recht vormt van iedere patiënt. Verder interpreteert het lid amendement nr. 32 in die zin, dat duidelijk een procedure voor de raadpleging van een tweede arts wordt omschreven.

de traitement possibles et donnait sa préférence à une approche interdisciplinaire des différentes pathologies.

Un membre fait remarquer que, dans son exposé, le professeur Englert a utilisé le mot «pourrait». L'orateur peut alors être d'accord avec la possibilité de ce second avis mais il précise en même temps qu'une telle obligation peut difficilement être intégrée dans le texte de la proposition. On ne peut en effet pas obliger un médecin à partager avec un autre praticien la responsabilité d'un patient.

L'auteur répond que son amendement n° 32 ne vise pas à partager la responsabilité concernant un patient déterminé. La justification de l'amendement ne peut donc pas être lue dans ce sens. En revanche, lorsque le second médecin connaît un traitement inconnu du premier, il est obligé de le signaler à son confrère.

Un membre signale que l'amendement n° 76 vise également une approche multidisciplinaire, mais on préfère y intégrer cette disposition dans un paragraphe séparé, de façon à éviter toute ambiguïté concernant la responsabilité envers le patient.

L'orateur précédent explique qu'il veut indiquer expressément dans le texte que le second médecin est tenu de donner son avis sur les soins et le traitement. C'est pourquoi cette disposition se trouve au bon endroit.

Une membre partage la préoccupation de l'orateur précédent. Si l'on se base sur certaines déclarations du professeur Van Bel dans la presse, selon lesquelles 40 % des cancéreux ne bénéficient pas du traitement le plus efficace, et si l'on tient compte du débat sur les droits du patient et notamment sur le droit à la «*second opinion*», cette disposition est extrêmement judicieuse. C'est pourquoi l'intervenante défend l'amendement n° 32.

Un autre membre soutient également l'amendement n° 32 et renvoie aussi aux déclarations de certains médecins.

Un des orateurs précédents se réfère au texte de l'amendement n° 14. Il fait remarquer que si, le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, doit s'assurer du caractère persistant et insupportable de la douleur ou de la détresse, et rédige un rapport à ce sujet, le médecin consulté donnera certainement son opinion sur le traitement préalable.

Un membre explique que chaque patient a droit à une «*second opinion*». En outre, selon l'interprétation de l'amendement n° 32 faite par ce membre, une procédure pour la consultation d'un second médecin est clairement définie.

Een vorige spreker spreekt niet tegen dat elke patiënt een «*second opinion*» kan vragen. Ze is er daarbij ook voorstander van om expliciet in de tekst op te nemen dat elke geraadpleegde arts zich uitspreekt «over de deugdelijkheid van de zorg en de behandeling die zijn gegeven».

Amendementen nrs. 143 en 190

De heer Vandenberghe c.s. dienen twee amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 143 en Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 190). Amendement nr. 190, dat een subamendement is op amendement nr. 143, strekt ertoe in het voorgestelde artikel 3, § 3, 3^o, het eerste lid te vervangen zodat dat alle aspecten betreffende de «*second opinion*» duidelijk worden beschreven.

De hoofdindieners van amendement nr. 190 verduidelijkt dat zijn kritiek tegenover de door amendement nr. 14 voorgestelde § 3 er onder meer in bestaat dat er geen tweede advies komt over de vraag of de grondvoorwaarden bedoeld in artikel 3, § 1 zijn nageleefd. Ook over dit aspect zou duidelijk een tweede mening moeten geveld worden.

Spreker acht het bovendien belangrijk dat deze bevindingen schriftelijk worden weergegeven omdat op die manier de fraudegevoeligheid van deze tekst, die momenteel zeer hoog is, kan afnemen.

Een lid merkt op dat een verslag altijd schriftelijk is en dat de schriftelijke verslagen worden opgenomen in het medisch dossier. De behandelende arts brengt bovendien de patiënt op de hoogte van deze raadpleging en in die zin is het lid van mening dat aan de in amendement nr. 190 geuite kritiek reeds wordt tegemoet gekomen in de tekst.

Over de vraag om ook de communicatie tussen behandelende arts en de patiënt over deze raadpleging schriftelijk te laten verlopen, moet nog eens nagedacht worden.

Een ander lid treedt de vorige spreker bij. Ook zij verwijst naar de gegevens van de patiënt die opgenomen zijn in zijn medisch dossier, waarvan de geraadpleegde arts inzage neemt. Bovendien zal de geraadpleegde arts de patiënt ook nog eens onderzoeken. Ook hij kan zich er dus van vergewissen of de voorwaarden van § 1 worden nageleefd.

Nog een ander lid merkt op dat er nergens expliciet wordt vermeld dat de geraadpleegde arts er zich moet van vergewissen of de voorwaarden uit paragraaf 1 wel werden nageleefd. Uit de voorgaande discussie heeft ze echter begrepen dat de inzage in het medisch dossier door de geraadpleegde arts ook inhoudt, dat de geraadpleegde arts moet nagaan of de grondvoorwaarden uit paragraaf 1 werden nageleefd.

Bovendien expliciteert ze dat onder het woord «verslag» altijd een schriftelijk verslag wordt ver-

Une oratrice précédente ne conteste pas le fait que chaque patient peut demander une «*second opinion*». Elle est aussi favorable à une mention explicite dans le texte expliquant que chaque médecin consulté s'exprime «sur la qualité des soins et le traitement qui sont administrés».

Amendements n^{os} 143 et 190

M. Vandenberghe et consorts déposent deux amendements (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 143 et doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendement n^o 190). L'amendement n^o 190, qui est un sous-amendement à l'amendement n^o 143, vise à modifier le premier alinéa de l'article 3, § 3, 3^o, de façon à ce que tous les aspects de la «*second opinion*» soient clairement décrits.

L'auteur principal de l'amendement n^o 190 explique que sa critique envers le § 3 proposé par l'amendement n^o 14 se base entre autres sur le fait qu'aucun second avis ne permet de vérifier si les conditions de base prévues à l'article 3, § 1^{er} sont respectées. Une seconde opinion devrait être clairement émise sur ce sujet également.

En outre, l'orateur estime qu'il est important que ces constatations soient consignées par écrit car, de cette manière, la sensation de fraude, actuellement très grande, induite par ce texte, peut s'amoin-drir.

Un membre fait remarquer qu'un rapport est toujours écrit et que les rapports écrits sont repris dans le dossier médical. Le médecin traitant met en outre le patient au courant de cette consultation. C'est pourquoi le membre pense que la critique exprimée dans l'amendement n^o 190 est déjà rencontrée dans le texte.

On doit encore réfléchir à la question de savoir si la communication entre le médecin traitant et le patient, relative à cette consultation, doit se dérouler par écrit.

Un autre membre abonde dans le sens de l'orateur précédent. Il renvoie également aux données relatives au patient et qui sont reprises dans son dossier médical, dont le médecin consulté prend connaissance. De plus, le médecin consulté examinera le patient encore une fois. Il pourra donc lui aussi s'assurer que les conditions du § 1^{er} sont respectées.

Une autre membre souligne que, nulle part, on n'indique explicitement que le médecin consulté doit s'assurer du respect des conditions du premier paragraphe. En écoutant la discussion qui vient d'avoir lieu, elle comprend que la consultation du dossier médical par le second médecin implique aussi que ce dernier doit vérifier si les conditions de base prévues par le premier paragraphe ont été respectées.

En outre, elle explique que par le terme «rapport», on entend toujours un rapport écrit et que, lorsque le

staan en dat, wanneer de tekst stelt dat «de behandelende arts de patiënt op de hoogte brengt», deze bepaling eigenlijk een verplichting inhoudt voor de behandelende arts.

Een senator stelt dat de voorgestelde tekst toch wel duidelijk aangeeft dat de geraadpleegde arts inzage neemt van het medisch dossier, maar dat de bepaling dat de geraadpleegde arts een schriftelijk verslag maakt echter nergens voorkomt in het voorgestelde amendement nr. 14.

In amendement nr. 3 C (Stuk Senaat, nr. 2-244/2) wordt daarentegen duidelijk gesteld dat het verslag voor de evaluatiecommissie het schriftelijk verslag van de geconsulteerde arts moet bevatten.

Een lid is eveneens van mening dat voor de geraadpleegde arts een inzage in het medisch dossier voldoende moet zijn om zich een goed beeld te vormen van de gehele situatie.

Met betrekking tot de tweede opmerking van de vorige spreker verwijst het lid naar § 5 van het door amendement nr. 14 voorgestelde artikel 3. Deze paragraaf bepaalt immers dat het/de verslag(en) van de geraadpleegde arts(en) regelmatig worden opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

Een van de indieners van amendement nr. 190 merkt op dat de tweede arts helemaal geen advies moet geven over de hoedanigheid en de kwaliteit van het euthanasieverzoek. Een medisch dossier waarin het schriftelijke verzoek wordt opgenomen kan zich daar immers niet over uitspreken.

Het is daarom de bedoeling van amendement nr. 190 te verzekeren dat de tweede arts zich uitspreekt over alle grondvoorwaarden, ook de kwaliteit van het verzoek, en niet enkel over de ongeneeslijke aard.

Een vorige spreker ziet de rol van de tweede arts louter medisch. Hij moet dan ook over de medische factoren oordelen en hij kan geen onderzoekswerk doen over het morele werk van de behandelende arts of van de patiënt of over het juridische aspect. Als gevolg van zijn medisch onderzoek zal hij dan voorstellen formuleren. Eventueel kunnen deze op papier worden gezet. Dit moet nog onderzocht worden.

Een van de indieners van amendement nr. 190 besluit dat de tweede arts zich dus niet uitspreekt over de kwaliteit van het verzoek, meer bepaald over het duurzame karakter ervan.

De vorige spreker antwoordt dat zulks niet zijn taak is.

De vorige spreekster stelt vast dat het dus niet om een volledig tweede advies gaat.

De vorige spreker antwoordt daarop dat de tweede arts niet optreedt als een rechtbank *avant la lettre*. Hij heeft een medische opdracht in het kader waarvan hij

texte stipule que «le médecin traitant informe le patient», il s'agit en fait d'une obligation pour le médecin traitant.

Un sénateur affirme que le texte proposé précise clairement que le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, mais que la disposition selon laquelle le médecin consulté rédige un rapport écrit n'apparaît cependant nulle part dans l'amendement n° 14.

En revanche, dans l'amendement n° 3 C (doc. Sénat, n° 2-244/2), il est clairement établi que le rapport destiné à la commission d'évaluation doit contenir le rapport écrit du médecin consulté.

Un membre pense également que compiler le dossier médical doit suffire au médecin consulté pour se faire une idée correcte de l'ensemble de la situation.

En ce qui concerne la seconde remarque de l'orateur précédent, le membre renvoie au § 5 de l'article 3 proposé par l'amendement n° 14. Ce paragraphe stipule en effet que le ou les rapports du ou des médecins consultés sont régulièrement versés au dossier médical du patient.

L'un des auteurs de l'amendement n° 190 fait remarquer que le second médecin ne doit pas du tout donner d'avis sur la qualité de la demande d'euthanasie. Un dossier médical dans lequel est reprise la demande écrite ne peut en effet se prononcer à ce sujet.

L'amendement n° 190 a donc pour objectif d'assurer que le second médecin s'exprime sur toutes les conditions de base, y compris la qualité de la demande, et pas seulement sur le caractère incurable.

Un des orateurs précédents estime que le rôle du second médecin est purement médical. Il doit considérer les facteurs médicaux et ne peut faire du travail de recherche ni sur le travail moral du médecin traitant ou du patient, ni sur l'aspect juridique. À la suite de son examen médical, il formulera des propositions qui éventuellement peuvent être consignées par écrit. Ceci doit encore être examiné.

L'un des auteurs de l'amendement n° 190 conclut que le deuxième médecin ne juge donc pas de la qualité de la demande, et notamment de son caractère persistant.

Le précédent orateur répond que telle n'est pas sa mission.

La précédente intervenante constate qu'il ne s'agit donc pas d'un second avis complet.

Le précédent orateur réplique que le deuxième médecin n'intervient pas comme un tribunal avant la lettre. Il a une mission médicale dans le cadre de

mogelijke behandelingen kan voorstellen. De patiënt wordt daarover ingelicht en neemt een beslissing.

Een lid verklaart dat men van de tweede arts geen instrument mag maken. Als practicus zal hij proberen een zo volledig mogelijk zicht op de situatie te krijgen.

Hij moet niet als rechter of als moralist optreden, noch als adviserend arts die een controle wil uitoefenen, maar net als ieder arts moet hij de situatie in haar geheel benaderen, in collegialiteit met de eerste arts, en zal hij het mogelijk maken enige afstand te nemen van een moeilijke situatie.

Van die arts wordt gevraagd dat hij onafhankelijk is, want volgens de redenering moet hij een derde zijn.

Een ander lid vestigt de aandacht op de tekst van Nederland, die in de zin van het besproken amendement gaat.

In de Nederlandse wet wordt immers bepaald dat de rol van de tweede arts erin bestaat na te gaan of de in de wet voorgeschreven zorgvuldigheidscriteria worden toegepast.

De hoofdindieners van amendement nr. 190 blijft bij zijn standpunt. De woorden van de tekst zijn duidelijk «een andere arts raadplegen over de zware en ongeneeslijke aard van de aandoening (...). De geraadpleegde arts (...) onderzoekt de patiënt en vergewist zich van het voortdurende, ondraaglijk en niet te lenigen karakter van de pijn of de nood».

Het advies van de tweede arts is strikt beperkt tot deze elementen, die niet overeenstemmen met de inhoud van § 1.

Dat hij kennis moet nemen van het medisch dossier verandert hier niets aan, want zijn raadpleging is uiteraard onontbeerlijk om de in § 3, 3^o, opgesomde elementen na te gaan.

Spreker en zijn fractie menen dat het tweede advies betrekking moet hebben op alle in § 1 opgesomde voorwaarden.

Het argument dat sommige van die voorwaarden niet van medische aard zijn houdt geen steek, want waarom moet de eerste arts er zich dan over uitspreken?

In § 4, 1^o, stelt men overigens vast dat de raadpleging van een tweede arts volgens een nog andere formule is beschreven. In die paragraaf wordt bepaald dat de tweede arts zich moet uitspreken over het uitdrukkelijke, vrijwillige, ondubbelzinnige, weloverwogen, herhaalde en duurzame karakter van het verzoek. Ook daar moet hij kennis nemen van het medisch dossier.

De inzage van dat dossier biedt dus geen antwoord op het bezwaar van de spreker in verband met § 3, 3^o.

laquelle il peut proposer des traitements possibles. Le patient en est informé et prend sa décision.

Un membre déclare que l'on ne peut instrumentaliser le deuxième médecin. Comme tout praticien, il essaiera d'avoir une vue globale et la plus complète possible de la situation.

Il n'aura pas un rôle de juge ou de moraliste, ni celui d'un médecin-conseil qui veut opérer un contrôle, mais il gardera le rôle d'approche globale de tout médecin, dans la confraternité avec le premier, et permettra éventuellement de prendre un peu de recul par rapport à une situation difficile.

On demande que ce médecin soit indépendant, car c'est un peu la logique du tiers qui est suivie ici.

Un autre membre attire l'attention sur le texte hollandais, qui va dans le sens de l'amendement en discussion.

En effet, la loi hollandaise prévoit que le rôle du deuxième médecin est de contrôler l'application des critères de prudence prévus par la loi.

L'auteur principal de l'amendement n^o 190 maintient son point de vue. Les termes du texte sont clairs «consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection (...). Le médecin consulté (...) examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance ou de la détresse».

L'avis du second médecin se limite strictement à ces éléments, qui ne coïncident pas avec le contenu du § 1^{er}.

Le fait qu'il doive prendre connaissance du dossier médical ne change rien à l'affaire, puisque sa consultation est évidemment indispensable pour vérifier les éléments énumérés par le § 3, 3^o.

L'intervenant et son groupe estiment que le second avis doit porter sur toutes les conditions énumérées au § 1^{er}.

Quant à l'argument selon lequel certaines des conditions ne sont pas de nature médicale, pourquoi alors laisser le premier médecin porter une appréciation à leur sujet?

De plus, si l'on considère le § 4, 1^o, on constate que la consultation du deuxième médecin est décrite selon une autre formule encore. Dans ce paragraphe, il est prévu que le deuxième médecin doit se prononcer sur le caractère exprès, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchi, répété et persistant de la demande. Or, là aussi, il doit prendre connaissance du dossier médical.

La consultation de ce dossier ne constitue donc pas une réponse à l'objection formulée par l'intervenant à propos du § 3, 3^o.

Een vorige spreker herhaalt dat volgens deze laatste bepaling de opdracht van de tweede arts beperkt is tot de medische aspecten, met uitsluiting van de juridische en/of morele aspecten.

Er moet worden onderzocht of dit ook voor niet-terminale patiënten moet gelden.

Een ander lid stelt vast dat volgens sommigen de raadpleging van het dossier, voorgeschreven in § 3, 3^o, betekent dat de tweede arts zich moet uitspreken over de kwaliteit van het verzoek, terwijl volgens anderen hij dat niet hoeft te doen, in tegenstelling tot wat in § 4 is bepaald voor de niet-terminale patiënten.

Dit punt zou moeten worden verduidelijkt.

Een senator meent dat het er fundamenteel om gaat te weten of de opdracht van de tweede arts verschillend is naar gelang de patiënt al dan niet in een sterfensfase verkeert.

Spreker is niet zeker of de indieners van de tekst de bedoeling hadden dit onderscheid te maken.

Persoonlijk denkt hij dat gemakkelijk een eenvoudige formulering kan worden gezocht voor § 3, 3^o, en § 4, 1^o, bijvoorbeeld door te verwijzen naar het derde streepje van § 1.

Een lid merkt op dat, volgens § 3, 3^o, eerste lid, de tweede arts een verslag opstelt over zijn bevindingen. Het gaat uiteraard om bevindingen die voortvloeien zowel uit de inzage van het dossier als uit het onderzoek van de patiënt. Die arts weet dat het om een verzoek om euthanasie gaat en wordt geacht te weten welke voorwaarden de wet terzake voorschrijft. Als hij ook maar enige twijfel heeft in verband met de naleving van de in § 1 opgelegde voorwaarden, moet hij daarvan, om louter deontologische redenen, melding maken in zijn verslag.

Een ander lid wijst erop dat aanvankelijk een volledig parallelisme overwogen was tussen de vaststellingen die de arts moet doen in de verschillende hypothesen.

Na reflectie is dat echter veranderd. De behandelende arts bouwt immers mettertijd een vertrouwensrelatie op met zijn patiënt.

Hij stelt de evolutie van de ziekte vast en de geleidelijke verslechtering van de toestand van de zieke tot uiteindelijk het verzoek om euthanasie wordt geformuleerd. Dat alles wordt telkens opgetekend in het medisch dossier.

De tweede arts moet al die stappen niet een tweede maal doorlopen, want hij ziet in het dossier alles wat gebeurd en ondernomen is.

Voor een niet-terminale patiënt zijn meer controles vereist omdat men daar extra zorgvuldigheidscriteria wou inbouwen.

Un précédent orateur répète que, selon cette dernière disposition, la mission du deuxième médecin se limite aux aspects médicaux, à l'exclusion des aspects juridiques et/ou moraux.

La question devra être examinée de savoir s'il doit ou non en être de même pour les patients non terminaux.

Un autre membre constate que selon certains, la consultation du dossier prévue dans le cadre du § 3, 3^o, signifie que le deuxième médecin doit se prononcer sur la qualité de la demande, alors que, selon d'autres, il ne doit pas le faire, contrairement à ce qui est prévu au § 4 pour les patients non terminaux.

Ce point devrait être éclairci.

Un sénateur estime que la question de fond est de savoir si la tâche du deuxième médecin doit être différente, selon que le patient est en phase terminale ou non.

L'intervenant n'est pas sûr que l'intention des auteurs du texte ait été de prévoir une telle distinction.

Il pense personnellement que l'on pourrait utilement chercher une formulation uniforme pour le § 3, 3^o, et le § 4, 1^o, en renvoyant, par exemple, au 3^e tiret du § 1^{er}.

Un membre observe que, selon le § 3, 3^o, alinéa 1^{er}, le deuxième médecin rédige un rapport concernant ses constatations. Il s'agit évidemment des constatations qui découlent à la fois de la consultation du dossier et de l'examen du patient. Ce médecin sait qu'il s'agit d'une demande d'euthanasie, et est censé savoir quelles sont les conditions fixées par la loi à ce sujet. S'il a le moindre doute quant au respect des conditions prévues au § 1^{er}, il devra l'indiquer dans son rapport, pour des raisons de simple déontologie.

Un autre membre rappelle qu'au départ, un parfait parallélisme avait été envisagé entre les vérifications à faire par le médecin dans les différentes hypothèses.

Cependant, après réflexion, cela a été modifié. En effet, le médecin traitant construit, au fil du temps, une relation de confiance avec son patient.

Il constate l'évolution de la maladie et la dégradation progressive de l'état du malade jusqu'à ce que la demande d'euthanasie soit finalement formulée. Tout cela est inscrit au fur et à mesure dans le dossier médical.

Le deuxième médecin ne doit pas parcourir une nouvelle fois toutes ces étapes, car il voit dans le dossier tout ce qui s'est passé et tout ce qui a été entrepris.

Si les vérifications qu'il doit faire sont plus nombreuses pour le patient non terminal, c'est parce que dans ce cas, on a voulu prévoir des critères de minutie supplémentaires.

Een lid merkt op dat er geen regels zijn met betrekking tot de inhoud van het medisch dossier.

Amendement nr. 205

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 190 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 205), dat ertoe strekt in artikel 3, § 3, eerste lid, 3^o, het woord «schriftelijk» in te voegen tussen het woord «stelt» en het woord «verslag».

Amendement nr. 135

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 135), waarvan punt A ertoe strekt in het eerste lid van § 3, 3^o, van het voorgestelde artikel 3 de laatste twee volzinnen te vervangen als volgt:

«De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en spreekt met hem om zich te vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn die niet gelenigd kan worden. Hij gaat bovendien na of de verzorging en de toegediende behandeling aangepast zijn. Op grond daarvan stelt hij een verslag op waarin hij zijn bevindingen en zijn conclusies aangaande de toestand van de patiënt mededeelt.»

Punt B van het amendement strekt ertoe de laatste zin van het tweede lid te vervangen als volgt: «De behandelende arts voert met de patiënt een gesprek over de resultaten van deze raadpleging.»

Een van de indieners verduidelijkt dat ook de tweede arts die naar aanleiding van een euthanasieverzoek wordt geraadpleegd, echt in dialoog moet kunnen treden met de patiënt, zo niet wordt zijn rol beperkt tot een gewone formaliteit. Hij mag zich niet beperken tot vaststellingen, maar moet een echt advies geven over de totale toestand van de patiënt en niet alleen over de aandoening waaraan hij lijdt.

Daarom voegt het amendement enerzijds toe dat de arts «een gesprek voert» met de patiënt, en anderzijds dat hij zijn conclusies aangaande de toestand van de patiënt mededeelt.

Het amendement neemt ook van een ander amendement van de heer Galand de formulering over volgens welke de arts «bovendien nagaat of de verzorging en de toegediende behandeling aangepast zijn».

Een lid wijst erop dat een medisch onderzoek volgens de gebruikelijke propedeuse, anamnese, auscultatie, beklopping en palpatie veronderstelt.

Het eerste element, de anamnese, veronderstelt een gesprek met de patiënt.

Un membre fait observer qu'il n'y a pas de règles en ce qui concerne le contenu du dossier médical.

Amendement n° 205

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 190 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 205), tendant à insérer, à l'article 3, § 3, alinéa 1^{er}, 3^o, le mot «écrit» entre les mots «rédige un rapport» et le mot «présentant».

Amendement n° 135

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 135), dont le point A vise à remplacer les deux dernières phrases de l'alinéa 1^{er} du § 3, 3^o, de l'article 3 proposé par ce qui suit:

«Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine et s'entretient avec le patient afin de s'assurer du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance. Il s'assure en outre de l'adéquation des soins et des traitements prodigués. Sur cette base, il rédige un rapport dans lequel il fait part de ses constatations et de ses conclusions quant à la situation du patient.»

Le point B de l'amendement tend, dans la dernière phrase de l'alinéa 2, à remplacer les mots «informe le patient concernant les» par les mots «s'entretient avec le patient des».

L'un des auteurs précise que le second médecin appelé en consultation suite à une demande d'euthanasie doit lui aussi pouvoir entamer avec le patient un véritable dialogue sous peine de voir son rôle réduit à une simple formalité. Il ne doit pas se limiter à des constatations, mais doit donner un véritable avis sur la situation globale du patient, et pas seulement quant à la pathologie dont il souffre.

C'est pourquoi l'amendement ajoute, d'une part, que le médecin «s'entretient» avec le patient et, d'autre part, qu'il fait part de ses conclusions sur la situation du patient.

L'amendement reprend également à un autre amendement de M. Galand, la formule selon laquelle le médecin «s'assure en outre, de l'adéquation des soins et des traitements prodigués».

Un membre souligne qu'un examen médical suppose, selon la propédeutique habituelle, anamnèse, auscultation, percussion et palpation.

Le premier élément, l'anamnèse, suppose un entretien avec le malade.

Een van de indieners van het besproken amendement meent dat het evenwel verkieslijk is in verband daarmee een duidelijkere bepaling in de tekst op te nemen.

Nog een ander lid stelt vast dat het voorgestelde amendement beperkt is tot de medische aspecten van het onderzoek en het geschreven verslag van de raadpleging, en niet ingaat op de kwaliteit van het verzoek.

Wat punt A van het amendement betreft, is één van de indieners het eens met de idee dat volgens de medische propedeuse, het onderzoek de anamnese bevat, het klinisch onderzoek aan het bed van de patiënt, en de discussie die daarop volgt.

In punt B daarentegen, moet worden verwezen naar een gesprek, om, zoals gebeurd is met de vervanging van «stelt vast» door «vergewist zich», uit de tekst te verwijderen wat tot de sfeer van de vaststelling behoort. Het gaat immers niet om een bureaucratisch systeem, maar om een dialoog.

Een vorige spreker zegt geen bezwaar te hebben tegen punt B van het amendement.

Amendement nr. 78

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 78), dat ertoe strekt in § 3 van het voorgestelde artikel 3, het 3^o, eerste lid, te vervangen als volgt:

«3^o minstens een andere arts raadplegen die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij moet zich ervan vergewissen dat is voldaan aan alle in § 1 bedoelde voorwaarden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen ...»

Een van de indieners verduidelijkt dat dit amendement vergelijkbaar is met andere amendementen die al besproken zijn.

Hij wil de opdracht van de tweede arts uitbreiden tot alle in § 1 opgesomde voorwaarden.

Spreekster besluit uit alles wat gezegd is dat de indieners van het wetsvoorstel de controle van de tweede arts in het kader van § 3 willen beperken, omdat de relatie tussen de eerste en de tweede arts moeilijk kan zijn en omdat ze het verzoek van de patiënt en de positie van de eerste arts willen veilig stellen.

Spreekster kan wel aannemen dat de communicatie over een soortgelijk onderwerp tussen de beide artsen gevoelig kan liggen en dat eventueel conflicten

L'un des auteurs de l'amendement en discussion estime néanmoins préférable d'insérer dans le texte une disposition plus explicite à cet égard.

Un autre membre encore constate que l'amendement proposé se limite aux aspects médicaux de l'examen, et au rapport écrit de la consultation, à l'exclusion de la qualité de la requête.

En ce qui concerne le point A de l'amendement, l'un des auteurs de celui-ci s'accorde avec l'idée que, selon la propédeutique médicale, l'examen inclut l'anamnèse, l'examen clinique au lit du patient, et la discussion qui s'ensuit.

Par contre, au point B, il importe de parler d'un entretien pour éliminer du texte, comme on l'a fait en remplaçant «constate» par «s'assure», ce qui relève de la logique du constat. On ne se situe pas dans un système bureaucratique, mais dans un processus de dialogue.

Un précédent orateur dit ne pas avoir d'objection quant au point B de l'amendement.

Amendement n^o 78

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 78), tendant à remplacer, au § 3 de l'article 3 proposé, le 3^o, alinéa premier, par ce qui suit:

«3^o consulter au moins un autre médecin spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient, en précisant les raisons de la consultation.

Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il s'assure de l'existence de l'ensemble des conditions visées au § 1^{er} et rédige un rapport concernant ses constatations.»

L'un des auteurs précise que cet amendement est comparable à d'autres amendements déjà discutés.

Il vise à élargir la mission du deuxième médecin à l'ensemble des conditions énumérées au § 1^{er}.

L'intervenante conclut de tout ce qui a été dit que les auteurs de la proposition de loi souhaitent limiter le contrôle de ce deuxième médecin, dans le cadre du § 3, parce qu'il pourrait y avoir un rapport difficile entre le premier et le deuxième médecin, et qu'ils veulent préserver la demande du patient et la position du premier médecin.

L'intervenante peut admettre que la communication entre les deux médecins sur un tel sujet sera sensible, et que des conflits pourraient éventuellement

kunnen ontstaan. Zijzelf zou echter liever een ruimere formule gezien hebben, zoals die van het amendement.

Ze voegt eraan toe dat de raadpleging van een collega een bekend begrip is in de Code van geneeskundige plichtenleer die, in het hoofdstuk over het «levenseinde», in artikel 97, bepaalt dat, indien een arts een behandeling wil beëindigen, hij het advies moet vragen van minstens één collega.

Spreekster weet niet waarop deze vrij bondige tekst in de praktijk juist slaat, maar de idee is in ieder geval niet nieuw.

We mogen de huidige praktijk, die in de Code van de geneeskundige plichtenleer al is opgenomen, geen geweld aandoen.

Een lid herhaalt dat het hier niet om een inspectie gaat.

Volgens het RIZIV kan een arts die een zieke thuis verzorgt een beroep doen op een tweede arts. Die raadpleging wordt eveneens terugbetaald.

De huisarts die een huisbezoek van een specialist vraagt, wordt tot die categorie gerekend.

Spreeker meent dat, gelet op de toenemende complexiteit van de geneeskunde, die praktijk moet worden aangemoedigd, want daardoor kan de arts enige afstand nemen van de situaties waarmee hij wordt geconfronteerd.

Een ander lid merkt op dat de tweede arts de patiënt moet onderzoeken; er kan geen sprake zijn van een eenvoudige telefonische raadpleging.

Blijkbaar wil men echter vermijden dat hij de patiënt opnieuw met zijn euthanasieverzoek confronteert en met hem een gesprek voert, terwijl dat verzoek nochtans aan de basis ligt van de raadpleging van een tweede arts, en dat overigens een herhaald en duurzaam verzoek wordt geëist.

Spreekster vindt dat heel erg en denkt dat het voortvloeit uit de ideologie die de indieners van het voorstel verdedigen.

Een lid antwoordt dat dit niet te wijten is aan ideologische motieven, maar dat het verband houdt met de verantwoordelijkheid van de arts.

Die kan immers de medische verantwoordelijkheid voor zijn daad op zich nemen, maar niet de morele of juridische verantwoordelijkheid.

Een lid voegt eraan toe dat rekening moet worden gehouden met de tekst, zoals die is opgesteld. Er is één arts verantwoordelijk voor de euthanasie: de arts tot wie het verzoek is gericht.

Hij wordt verplicht een andere arts te raadplegen, en moet de redenen van die raadpleging meedelen. De tweede arts weet dus dat die raadpleging verband

surgir. Elle aurait cependant, pour sa part, souhaité une formule plus large, comme celle de l'amendement.

Elle ajoute que la consultation d'un confrère est une notion bien connue dans le Code de déontologie, qui prévoit, en son chapitre sur la «vie finissante», à l'article 97, que, lorsqu'un médecin souhaite arrêter un traitement, il prend conseil auprès d'un confrère au moins.

L'intervenante ne sait pas au juste ce que recouvre, dans la pratique, ce texte assez laconique, mais en tout cas, l'idée n'est pas neuve.

Il ne faudrait pas être en-deça de la pratique actuelle déjà visée dans le Code de déontologie.

Un membre répète que l'on ne se situe pas ici dans une logique d'inspection.

À l'heure actuelle déjà, le code INAMI prévoit qu'un médecin à domicile peut faire appel à un deuxième médecin, et cela est remboursé.

Le médecin généraliste qui sollicite la visite à domicile d'un médecin spécialiste rentre dans cette catégorie.

L'intervenant estime que cette pratique doit être encouragée, compte tenu de la complexité croissante de la médecine, car elle permet au médecin d'avoir un recul par rapport aux situations rencontrées.

Une autre membre fait observer que le second médecin doit examiner le patient car il ne saurait être question d'une simple consultation téléphonique.

Cependant, on veut apparemment éviter qu'il puisse à nouveau confronter le patient à sa demande d'euthanasie et s'en entretenir avec lui, alors que c'est pourtant cette demande qui est à l'origine de la consultation d'un second médecin, et que l'on exige par ailleurs une demande répétée et persistante.

L'intervenante trouve cela très grave, et pense que cela découle de l'idéologie défendue par les auteurs de la proposition.

Un membre répond que cela n'est pas dû à des motifs idéologiques, mais qu'il s'agit d'une question de responsabilité dans le chef du médecin.

Celui-ci peut assumer la responsabilité médicale, mais non la responsabilité morale ni juridique de l'acte.

Un membre ajoute qu'il faut tenir compte du texte, tel qu'il est rédigé. Un médecin est responsable de l'euthanasie: c'est celui auquel elle est demandée.

Il est contraint de consulter un autre médecin, en précisant les raisons de la consultation. Le second médecin sait donc que celle-ci se situe dans le cadre

houdt met een euthanasieverzoek. Hij stelt een verslag op over zijn bevindingen zonder dat daaraan enige beperking wordt opgelegd.

Als hij na het onderzoek van de patiënt twijfelt, is hij uiteraard deontologisch verplicht daarvan melding te maken in zijn verslag.

Hij kan echter niet worden verplicht enige verantwoordelijkheid voor de euthanasie op zich te nemen, want hij neemt niet deel aan de uitvoering ervan. De arts die tot euthanasie overgaat, kent de bezwaren die de tweede geraadpleegde arts heeft geformuleerd. Hij zal ze beoordelen, en als hij beslist op het euthanasieverzoek in te gaan, zal hij daar eventueel verantwoording over afleggen.

Amendement nr. 144

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 144) dat ertoe strekt in de voorgestelde § 3, 3^o, eerste lid, van artikel 3, de woorden «of nood» te doen vervallen.

Dit amendement is subsidiair op amendement nr. 143 van dezelfde indiener.

Amendement nr. 195

De heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 195) dat ertoe strekt in de voorgestelde § 3, 3^o, eerste lid, van artikel 3, de laatste zin te vervangen als volgt:

«De behandelende arts moet de patiënt op de hoogte brengen van de resultaten van deze raadpleging en er met hem een gesprek over voeren.»

Amendement nr. 206

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 206) dat ertoe strekt in § 3, 3^o, eerste lid, van het voorgestelde artikel 3 de woorden «van de aanhoudende pijn of nood» te vervangen door de woorden «van de aanhoudende fysieke of psychische pijn» om de tekst in overeenstemming te brengen met die van een ander amendement dat eerder is besproken.

Een lid vraagt of de indiener van het amendement de mogelijkheid overweegt om euthanasie toe te passen, uitsluitend omwille van psychisch lijden.

De indiener van het amendement antwoordt bevestigend.

d'une demande d'euthanasie. Il rédige un rapport concernant ses constatations, sans qu'aucune limitation ne soit mise à cet égard.

Il est évident que si, au terme de l'examen du patient, il a des doutes, il a l'obligation déontologique de les consigner dans son rapport.

Mais on ne peut l'obliger à assumer une responsabilité dans l'acte d'euthanasie, à l'exécution duquel il ne participera pas. Le médecin qui posera l'acte aura connaissance des réserves formulées par le deuxième médecin consulté, les appréciera, et s'il choisit de donner suite à la demande d'euthanasie, en répondra, le cas échéant.

Amendement n° 144

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 144), tendant à supprimer, au § 3, alinéa 1^{er}, 3^o, de l'article 3 proposé, les mots «ou de la détresse».

Cet amendement est subsidiaire à l'amendement n° 143 du même auteur.

Amendement n° 195

M. Vandenberghe et Mme van Kessel déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 195), tendant à remplacer, au § 3, alinéa 1^{er}, 3^o, de l'article 3 proposé, la dernière phrase par ce qui suit:

«Le médecin traitant est tenu d'informer le patient des résultats de cette consultation et d'avoir avec lui un entretien à ce sujet.»

Amendement n° 206

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 206), tendant à remplacer, au § 3, alinéa 1^{er}, 3^o, de l'article 3 proposé, les mots «ou de la détresse» par les mots «physique ou psychique», pour assurer la concordance avec un autre amendement précédemment discuté.

Un membre demande si l'auteur de l'amendement envisage la possibilité d'une euthanasie justifiée exclusivement par des souffrances psychologiques.

L'auteur de l'amendement répond par l'affirmative.

Amendement nr. 33

De heer Galand dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 33) dat ertoe strekt in § 3 van het voorgestelde artikel 3 een 3^obis in te voegen, luidende:

«3^obis. indien geen van beide artsen deskundig is in palliatieve zorgverlening, eveneens een specialist in palliatieve zorgverlening raadplegen;».

De indiener verduidelijkt dat hij wil tegemoet komen aan het recht op informatie van de patiënt, in dit geval met betrekking tot palliatieve zorgverlening. Uit de ervaring blijkt echter dat de deskundigheid van de artsen terzake lang niet algemeen is.

Het is dus inderdaad mogelijk dat geen van beide artsen die deskundigheid bezit.

Overigens is het bekend dat palliatieve zorgverlening werkelijk tegemoet kan komen aan bepaalde dramatische situaties, en het aantal euthanasieverzoeken en het duurzame karakter ervan kan doen afnemen.

De wetgever moet zich er dan ook van vergewissen dat de in artikel 3, § 1, bedoelde informatie op passende wijze kan worden verstrekt.

Een lid herinnert eraan dat er al werd op gewezen dat er praktisch geen enkele opleiding in, en geen enkel diploma of getuigschrift van palliatieve zorgverlening bestaat. Hoe kan dan worden bepaald of iemand al dan niet deskundig is terzake?

Een ander lid begrijpt de bekommernis van de indiener van het subamendement, maar wijst erop dat de woorden «bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen» niet restrictief mogen worden geïnterpreteerd. De patiënt moet dan ook niet orgaan per orgaan worden beschouwd, maar als mens in zijn geheel en rekening houdend met de pijn die hij eventueel lijdt.

De indiener van amendement nr. 33 antwoordt dat met betrekking tot het bepalen of iemand deskundig is inzake palliatieve zorgverlening, de uitvoerende macht een aantal zaken moet verduidelijken.

De opleiding inzake palliatieve zorgverlening kent een belangrijke ontwikkeling. Ze zal wellicht verplicht worden, maar dat is nu nog niet het geval.

Dit subamendement komt ook tegemoet aan de bekommernis van diegenen die wensen dat het tweedelijnssteam verplicht wordt geraadpleegd.

Spreker vindt deze oplossing minder soepel dan wat in het subamendement wordt voorgesteld.

Hij is het overigens niet eens met de interpretatie die vorige spreker geeft aan de woorden «bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen». Als het

Amendement n° 33

M. Galand dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 33), tendant à insérer, au § 3 de l'article 3 proposé, un 3^o bis libellé comme suit:

«3^obis. si aucun de ces deux médecins n'a de compétence spécifique en soins palliatifs, consulter également un spécialiste de ces soins;».

L'auteur précise qu'il s'agit de répondre au droit à l'information du patient, en l'occurrence à propos des soins palliatifs. Or, l'expérience montre que la compétence en la matière est loin d'être généralisée parmi les médecins.

On peut donc concevoir qu'aucun des deux médecins n'ait cette compétence.

On sait par ailleurs que les soins palliatifs peuvent, de façon significative, répondre à certaines situations dramatiques, et réduire le nombre et la persistance des demandes d'euthanasie.

Le législateur doit dès lors s'assurer que l'information prévue au § 1^{er} de l'article 3 puisse être donnée de façon pertinente.

Un membre rappelle qu'il a été souligné qu'il n'existait pratiquement aucune formation ni aucun diplôme ou certificat en soins palliatifs. Comment, dès lors, déterminer qu'une personne est ou non compétente en la matière?

Un autre membre comprend le souci de l'auteur du sous-amendement, mais souligne qu'il faut comprendre les termes «compétent quant à la pathologie concernée» de façon non restrictive. Le patient doit, à cet égard, être considéré, non organe par organe, mais de façon globale, en ce compris la douleur éventuelle dont il souffre.

L'auteur de l'amendement n° 33 répond, à propos de la détermination de la compétence spécifique en matière de soins palliatifs, qu'il faut laisser au pouvoir exécutif le soin de préciser un certain nombre de choses.

Quant à la formation en matière de soins palliatifs, elle est en pleine évolution. Elle sera sans doute rendue obligatoire à l'avenir, mais ce n'est pas encore le cas.

Ce sous-amendement répond aussi à la préoccupation de ceux qui proposaient que ce soit l'équipe de deuxième ligne qui soit obligatoirement consultée.

L'intervenant trouve cette solution moins souple que celle contenue dans le sous-amendement.

Il ne peut en outre se rallier à l'interprétation donnée par le précédent intervenant aux termes «compétent quant à la pathologie concernée». En

over een pijnsymptoom gaat, zal de bevoegde specialist immers een pijnspecialist of een anesthesioloog zijn. Palliatieve zorgverlening is een andere, meer totale, aanpak. Er is ook geen aandoening die specifiek onder de palliatieve geneeskunde valt.

Een lid sluit zich aan bij het standpunt van de vorige spreker. Leden van zijn fractie hebben een amendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 191) waarin, gelet op de invloed van de palliatieve zorgverlening op het aantal en de duurzaamheid van de euthanasieverzoeken, wordt voorgesteld het advies te vragen van een palliatief deskundige.

Vershillende van de gehoorde deskundigen, en vooral de vertegenwoordigers van de Federatie palliatieve zorg Vlaanderen, hebben er overigens op aangedrongen dat een soortgelijk advies wordt gevraagd.

Een ander lid verklaart dat, waar de indiener van subamendement nr. 33 meent dat het systeem hierdoor soepeler wordt, hijzelf daarentegen van oordeel is dat de regeling veel strikter wordt.

Naar gelang van de patiënten, de omstandigheden, de aard van de aandoening, de vereiste deskundigheid, de psychische nood, de hevigheid van de pijn, enzovoort, zal immers de tussenkomst van andere personen dan palliatief deskundigen nodig zijn. Er moet dus voor enige soepelheid worden gezorgd wat de keuze van de tweede arts betreft.

De indiener van voorliggend amendement wijst erop dat de arts die euthanasie uitvoert niet noodzakelijk de behandelende arts is die de patiënt al lang volgt.

Het is mogelijk dat de behandelende arts een gewetensbezwaar heeft en een beroep heeft gedaan, of de patiënt de toelating heeft gegeven om een beroep te doen, op een collega die dat bezwaar niet heeft.

Als het om een extreme situatie gaat, kan deze laatste verplicht worden op zeer korte termijn kennis te nemen van het dossier.

De wetgever moet ook met dat geval rekening houden.

Een lid verwijst naar de tekst van amendement nr. 14, waarin bepaald wordt dat de arts de patiënt moet inlichten, inzonderheid over de bestaande mogelijkheden van palliatieve zorgverlening. Het komt hem toe te bepalen op welke wijze hij aan die verplichting nakomt.

Aangezien het gaat om artsen die vertrouwd zijn met de behandeling van ongeneeslijke ziekten, kan men veronderstellen dat zij ook wel vertrouwd zijn met pijnbehandeling en met palliatieve verzorging.

Spreker vreest uiteindelijk dat de verplichting om een pijn- en/of palliatief deskundige te raadplegen bij

effet, s'il s'agit d'un symptôme de douleur, le médecin compétent sera un spécialiste de la douleur ou un anesthésiologiste. Les soins palliatifs constituent une autre approche, beaucoup plus globale, et l'on ne peut pas dire qu'il y ait une pathologie déterminée qui relève de la médecine palliative.

Un membre se rallie au point de vue du précédent intervenant. Des membres de son groupe ont, de leur côté, déposé un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 191), proposant de requérir l'avis d'un spécialiste en soins palliatifs, compte tenu de l'influence de ces soins sur le nombre et la persistance des demandes d'euthanasie.

Divers experts entendus, et notamment les représentants de la *Federatie palliatieve zorg Vlaanderen*, ont du reste insisté pour qu'un tel avis soit recueilli.

Un autre membre déclare que, si l'auteur du sous-amendement n° 33 estime apporter par celui-ci plus de souplesse au système, il estime personnellement qu'il entraîne au contraire une plus grande rigidité.

En effet, selon les patients, les circonstances, la nature de la pathologie, l'expertise requise, la détresse psychologique, l'intensité de la douleur, etc., l'intervention d'autres personnes que des spécialistes en soins palliatifs sera nécessaire. Il faut donc veiller à une certaine souplesse dans le choix du deuxième médecin.

L'auteur de l'amendement en discussion rappelle que le médecin qui pratique l'euthanasie n'est pas nécessairement le médecin traitant, qui suit le patient depuis longtemps.

On peut se trouver dans une situation où le médecin traitant a une objection de conscience, et a fait appel ou a permis au patient de faire appel à un confrère qui n'a pas une telle objection.

Ce dernier peut être amené à prendre connaissance du dossier dans un délai très court, s'il s'agit d'une situation extrême.

Le législateur doit aussi prendre en considération ce cas de figure.

Un membre renvoie au texte de l'amendement n° 14, qui prévoit que le médecin doit informer le patient, notamment, des possibilités de prise en charge palliative existantes. Il lui appartient de déterminer la manière dont il satisfait à cette obligation.

D'autre part, on peut supposer que, s'agissant de médecins habitués à traiter des maladies incurables, ils seront également familiarisés avec le traitement de la douleur et les soins palliatifs.

Enfin, l'intervenant craint que l'obligation de consulter un spécialiste de la douleur et/ou des soins

deze laatste aanleiding kan geven tot belangenvermenging, wat niet wenselijk is.

De indiener van amendement nr. 33 antwoordt dat de raadpleging van een palliatief deskundige losstaat van de raadpleging van een tweede arts, en dat die geraadpleegde deskundige niet gevraagd wordt zijn bevindingen in het dossier te vermelden.

In het dossier moet alleen worden vermeld dat die deskundige wel degelijk is geraadpleegd, als de beide artsen terzake niet deskundig zijn.

Dat de arts die de euthanasie uitvoert niet noodzakelijk de behandelende arts is, is voor een vorige spreker een reden te meer om hem niet in een keurslijf te dwingen, wat de specialisatie betreft van de tweede te raadplegen arts.

Een lid is verbaasd dat de raadpleging van een palliatief deskundige, als een extra waarborg voor de patiënt, voor sommigen een risico inhoudt of aanleiding kan zijn tot belangenvermenging.

Amendement nr. 142

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 244/10, amendement nr. 142), dat ertoe strekt § 3 van het voorgestelde artikel 3 aan te vullen met een 3^obis (nieuw), luidend als volgt:

«§ 3bis. het advies vragen van een palliatief deskundige met betrekking tot de naleving van de voorwaarden bedoeld in § 1. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van dit advies.»

De indiener verduidelijkt dat dit subamendement samen moet worden gelezen met de subamendementen nrs. 191 en 207.

Hij voegt eraan toe dat zijn fractie van oordeel is dat het beëindigen van het leven van een patiënt in geen geval als een gewone medische handeling mag worden beschouwd. Dat moet duidelijk blijken uit de gestelde voorwaarden. Het gaat hier niet om een bureaucratische logica.

Voor de indiener van de subamendementen en voor de leden van zijn fractie is euthanasie overigens geen loutere privé-aangelegenheid tussen de patiënt die erom verzoekt en de arts die op dat verzoek ingaat.

Er moet rekening worden gehouden met de sociale gevolgen van een soortgelijke handeling, met de mogelijkheid voor de maatschappij om controle uit te oefenen en met de eenvormige naleving van de regel.

Spreker meent dat het wetsvoorstel op dit punt in gebreke blijft.

palliatifs n'entraîne éventuellement dans le chef de ce dernier une confusion d'intérêts qui n'est pas souhaitable.

L'auteur de l'amendement n° 33 répond que la consultation proposée d'un spécialiste en soins palliatifs est une démarche différente de la consultation d'un deuxième médecin, et que l'on ne demande pas que le spécialiste consulté consigne ses constatations au dossier.

La seule chose qui doit être mentionnée au dossier est que la consultation de ce spécialiste a bien eu lieu, si aucun des deux médecins n'a de compétence particulière en la matière.

Un précédent orateur estime que le fait que le médecin qui va pratiquer l'euthanasie n'est pas nécessairement le médecin traitant est une raison de plus pour ne pas l'enfermer dans un carcan, en ce qui concerne la qualification du deuxième médecin à consulter.

Un membre s'étonne de ce que la consultation d'un spécialiste en soins palliatifs, qui est proposée comme une garantie supplémentaire pour le patient, soit présentée par certains comme un risque ou comme l'occasion d'une confusion d'intérêts.

Amendement n° 142

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 142), tendant à compléter le § 3 de l'article 3 proposé par un 3^o bis (nouveau), rédigé comme suit:

«§ 3bis. demander l'avis d'un spécialiste en soins palliatifs concernant le respect des conditions visées au § 1^{er}. Le médecin traitant fait part de cet avis au patient.»

L'auteur précise que ce sous-amendement doit être lu conjointement avec les sous-amendements n^{os} 191 et 207.

Il ajoute que, pour son groupe, le fait de mettre fin à la vie d'un patient ne peut en aucun cas être considéré comme un acte médical ordinaire. Cela doit résulter clairement des conditions posées. Il ne s'agit pas ici d'une logique bureaucratique.

De plus, l'euthanasie n'est pas, aux yeux de l'auteur des sous-amendements et des membres de son groupe, un problème purement privé entre le patient qui la demande, et le médecin qui répond à cette demande.

Il faut prendre en compte les conséquences sociales d'un tel acte, la possibilité pour la société d'exercer un contrôle, et l'unité de respect de la règle.

De ce point de vue, l'intervenant considère que la proposition de loi est défailante.

Hij meent dat de term «voorzorg» in de voorgestelde teksten verkeerd wordt gebruikt.

Kan men redelijkerwijze beweren dat de patiënt correct is geïnformeerd over de mogelijkheden van palliatieve verzorging, als de arts die het advies van een collega vraagt willekeurig mag oordelen dat een terzake niet gespecialiseerd arts bekwaam is dan een palliatief deskundige om dat advies te verstrekken?

Amendement nr. 191

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 142 van de heer Vandenberghe een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 244/12, amendement nr. 191) dat ertoe strekt om de voorgestelde § 3 van dit artikel, eerste lid, 3^obis, te vervangen als volgt:

«3^obis het advies vragen van een palliatief deskundige met betrekking tot de naleving van de voorwaarden bedoeld in § 1 en de mogelijkheden van palliatieve zorgverlening, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De palliatief deskundige onderzoekt de patiënt. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van dit advies.»

Amendement nr. 207

De heer Vandenberghe dient op zijn subamendement nr. 191 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 207) dat ertoe strekt om in de voorgestelde § 3, eerste lid, 3^obis, tussen het woord «het» en het woord «advies» het woord «schriftelijk» in te voegen.

Amendement nr. 54

Mevrouw Lindekens c.s. dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 54) dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel 3, § 3, 4^o, de woorden «de leden» te doen vervallen. De hoofddienster verwijst hiervoor naar haar schriftelijke verantwoording. Ze geeft aan dat ze deze precisering wil doen vervallen om potentiële fouten te vermijden.

Amendement nr. 60

De heer Remans dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 60). De indiener verduidelijkt dat er nog andere redenen zijn waarom een lid van het verplegend team niet kan deelnemen aan de discussie. Hij stelt daarom voor dat de arts zelf de verantwoordelijkheid neemt en bepaalt wie deel uitmaakt van zijn team. In die zin stelt de spreker voor om in artikel 3, § 3, 4^o, de woorden «met de leden van het team» te vervangen door de woorden «met het team of met leden van dat team».

Il estime que les textes proposés font un usage abusif du terme «précaution».

Comment peut-on prétendre raisonnablement que le patient est correctement informé sur les possibilités de soins palliatifs, si celui qui demande l'avis d'un confrère peut juger arbitrairement qu'un médecin non spécialisé en la matière est plus compétent qu'un spécialiste pour donner un tel avis?

Amendement n° 191

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 142 de M. Vandenberghe un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 191), en vue de remplacer le § 3, alinéa 1^{er}, 3^obis proposé, par ce qui suit:

«3^obis demander l'avis d'un spécialiste en soins palliatifs concernant, d'une part, le respect des conditions visées au § 1^{er} et, d'autre part, les possibilités de soins palliatifs, et l'informer des raisons de cette consultation. Le spécialiste en soins palliatifs examine le patient. Le médecin traitant fait part de cet avis au patient.»

Amendement n° 207

M. Vandenberghe dépose à son sous-amendement n° 191 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 207), en vue d'insérer au § 3, alinéa 1^{er}, 3^obis proposé, entre les mots «demander l'avis» et les mots «d'un spécialiste», le mot «écrit».

Amendement n° 54

Mme Lindekens et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 54) visant à supprimer les mots «les membres de» à l'article 3, § 3, 4^o. L'auteur principal renvoie à sa justification écrite. Elle ajoute qu'elle veut supprimer cette précision afin d'éviter des fautes potentielles.

Amendement n° 60

M. Remans dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 60). L'auteur explique qu'il existe d'autres raisons pour lesquelles un membre de l'équipe soignante ne peut participer à la discussion. C'est pourquoi il propose que le médecin prenne lui-même la responsabilité et détermine qui fait partie de son équipe. En ce sens, l'orateur propose de remplacer, à l'article 3, § 3, 4^o, les mots «les membres de celle-ci» par les mots «l'équipe ou des membres de celle-ci».

Een lid staat achter het amendement nr. 60. Hij acht het niet opportuun dat de wetgever de samenstelling van een medisch team bepaalt.

Een ander lid begrijpt dat het onpraktisch en onnodig is om verpleegkundigen, die slechts sporadisch contact hebben gehad met de patiënt, bij deze beslissing te betrekken. Toch vindt ze het zeer nuttig dat dit probleem besproken wordt met het verpleegkundig team. Ze stelt daarom voor dat reeds in de voorgestelde tekst wordt bepaald dat het verpleegkundig team in regelmatig contact moet staan met de patiënt en dat verpleegkundigen die slechts een sporadisch contact hebben niet deelnemen aan de bespreking.

De indiener van het amendement nr. 60 antwoordt dat hij de bekommernis van de vorige spreker deelt. Net daarom bestaat zijn voorstel uit de zinsnede «het team of de leden van dat team». Zo namelijk wordt vermeden dat de inspraak van iedereen moet worden gegeven maar kan er toch in teamverband worden gewerkt.

Amendement nr. 79

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 79) dat ertoe strekt het voorgestelde 4^o van § 3 te vervangen als volgt:

«4^o over alle in § 1 bedoelde voorwaarden het advies inwinnen van het verplegend team en van het palliatief team, alsook van iedere derde of van iedere cel die bij de besluitvorming kan helpen;»

Volgens één van de indieners van het amendement nr. 79 weerspiegelt dit amendement haar basisfilosofie dat de arts vanwege het belang van de handeling bij verschillende personen, derden, advies moet inwinnen. Voor het overige verwijst ze naar de schriftelijke verantwoording.

Een lid stelt dat het de bedoeling van het amendement nr. 60 is om het overleg tussen verschillende leden van het verplegend team te bevorderen en om bepaalde voorwaarden op te leggen wanneer de zieke dit zelf eist. Het is daarentegen niet de bedoeling om bijkomende eisen te stellen indien de patiënt dit zelf niet wenst. De voorgestelde tekst van amendement nr. 79 legt daarentegen die voorwaarde wel op.

Amendementen nrs. 141 en 184

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 141) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 3, § 3, 4^o aan te vullen zodat een niet-vrijblijvend advies aan de leden van het verplegend team wordt gevraagd en zodat de behandelende arts de patiënt op de hoogte brengt van dit advies.

Un membre se rallie à l'amendement n° 60. Il ne juge pas opportun que le législateur établisse la composition d'une équipe médicale.

Une autre membre comprend qu'il n'est ni pratique ni nécessaire d'impliquer dans cette décision des infirmiers qui n'ont eu que des contacts sporadiques avec le patient. Cependant, elle estime nécessaire de discuter de ce problème avec l'équipe soignante. Elle propose donc que le texte proposé dispose que cette équipe doit entretenir des contacts réguliers avec le patient et que les infirmiers qui n'ont que des contacts sporadiques ne peuvent participer à la discussion.

L'auteur de l'amendement n° 60 répond qu'il partage la préoccupation de l'oratrice précédente. C'est justement pour cela que sa proposition contient la phrase «l'équipe ou les membres de celle-ci». On évite ainsi que chacun doive participer mais il est toujours possible de travailler en équipe.

Amendement n° 79

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 79) visant à remplacer le 4^o du § 3, par ce qui suit:

«4^o recueillir l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe palliative, ainsi que de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée, sur l'ensemble des conditions visées au § 1^{er};».

Selon un des auteurs de l'amendement n° 79, ce dernier reflète sa philosophie de base selon laquelle le médecin doit, en raison de l'importance du traitement, consulter différentes personnes, des tiers. Pour le reste, elle renvoie à la justification écrite.

Un membre affirme que l'objectif de l'amendement n° 60 est d'encourager la concertation entre les différents membres de l'équipe soignante et d'imposer certaines conditions lorsque le malade le réclame lui-même. Par contre, le but n'est pas d'introduire des exigences complémentaires si le patient ne le souhaite pas. Le texte de l'amendement n° 79 impose par contre cette condition.

Amendements n°s 141 et 184

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 141) visant à compléter l'article 3, § 3, 4^o, de façon à ce qu'un avis non facultatif soit demandé aux membres de l'équipe soignante et que le médecin traitant informe le patient de cet avis.

De indiener van het amendement merkt op dat de woorden «bespreken» en «overleg plegen», geen normatieve begrippen aanduiden. Ze zijn volkomen vrijblijvend en niet inhoudelijk ingevuld. Gezien de bijzondere aard van de handeling stelt de spreker de tekst van zijn amendement voor.

Tevens dienen de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere op het amendement nr. 141 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 184) dat ertoe strekt in de voorgestelde tekst duidelijk te bepalen dat het gevraagde advies moet worden gegeven in functie van de vereisten van § 1.

Een lid merkt op dat de term «bespreking met het verplegend team» ruimer is dan informatieverstrekking, die een eenrichtingsverkeer, loutere communicatie, aangeeft.

Een ander lid is ook van mening dat er een gradatie in de terminologie bestaat. Als de nuancering van deze terminologie belangrijk is voor het verloop van de discussie, is het belangrijk om dit nu uit te klaren.

Hij stelt daarbij dat «een bespreking» van slechts 15 seconden ook als bespreking kan gedefinieerd worden. Toch impliceert een dergelijke bespreking niet dat er ook werkelijk een overleg tussen beide partijen heeft plaatsgevonden. In die zin ondersteunt de spreker het amendement nr. 141 dat bepaalt dat de behandelende arts de patiënt op de hoogte brengt van dit advies.

Nog een ander lid is voorstander van een overleg. Hij stelt voor om de term «bespreken» te versterken tot «overleggen». De spreker voorziet echter praktische problemen wanneer eenieder van het team zijn advies over de patiënt moet formuleren en er zo een verdeeld advies aan de patiënt kan worden meege-deeld.

Amendement nr. 120

Mevrouw de T' Serclaes dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 120) dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel 3, § 3 het 4^o te vervangen in die zin dat de arts vooraf en in alle gevallen met de toestemming van de patiënt diens verzoek bespreekt met de naasten.

De indienster van het amendement wenst op deze wijze te bepalen dat de arts steeds, *a priori* het verzoek van de patiënt moet bespreken met zijn naasten, behalve wanneer de patiënt zich ertegen verzet. Dit amendement is ingegeven vanuit de bezorgdheid dat artsen op zoek moeten gaan naar een zo breed mogelijke consensus voor een zo belangrijke beslissing als het levenseinde van de patiënt aangezien het, zoals de hoorzittingen hebben geïllustreerd, de familie heel sterk tekent.

L'auteur de l'amendement indique que les mots «discuter» et «se concerter» ne désignent aucune notion normative. Ils sont parfaitement facultatifs et ne sont pas porteurs de sens. Étant donné la nature particulière du traitement, l'orateur propose le texte de son amendement.

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent également à l'amendement n° 141 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 184) visant à préciser clairement dans le texte proposé que l'avis demandé doit être rendu en fonction des exigences du § 1^{er}.

Un membre souligne que l'expression «discussion avec l'équipe soignante» est plus large que la transmission d'informations, qui indique une simple communication, à sens unique.

Un autre membre pense également qu'il existe une gradation de la terminologie. S'il est important, pour l'évolution de la discussion, de nuancer cette terminologie, il est important de le faire tout de suite.

Il affirme alors qu'une «discussion» durant seulement 15 secondes peut aussi être définie comme une discussion. Elle n'implique cependant pas qu'une concertation entre les deux parties a réellement eu lieu. C'est pourquoi l'orateur soutient l'amendement n° 141 qui stipule que le médecin traitant informe le patient de cet avis.

Un autre membre encore est partisan d'une concertation. Il propose de renforcer le terme «discuter», en le transformant en «délibérer». L'orateur prévoit cependant des problèmes pratiques si chaque membre de l'équipe doit formuler son avis au sujet du patient qui peut ainsi recevoir un avis partagé.

Amendement n° 120

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendement n° 120) visant à remplacer l'article 3, § 3, 4^o, de manière à ce que le médecin discute préalablement, et en tout cas avec l'autorisation du patient, de la demande de celui-ci, avec les proches.

L'auteur de l'amendement souhaite ainsi déterminer que le médecin doit toujours discuter *a priori* de la demande du patient avec les proches de celui-ci, sauf lorsque ce patient s'y oppose. Cet amendement s'inspire de la préoccupation que les médecins doivent rechercher un consensus aussi large que possible pour une décision aussi difficile que celle qui concerne la fin de vie du patient, étant donné que, comme l'ont montré les auditions, elle marque très fortement la famille.

Een lid repliceert dat het geheel van de mogelijkheden reeds vervat zit in de huidige formulering van het 5^o van § 3. De patiënt heeft immers vanzelfsprekend de vrijheid om besprekingen te voeren met zijn naasten. Bovendien verplicht men momenteel reeds de arts om, wanneer de patiënt dit wil, het verzoek van de patiënt te bespreken met de naasten die hij aanwijst. En ten slotte zal de arts, indien hij het noodzakelijk acht, de nodige besprekingen voeren met de patiënt zelf en heeft de arts, ook indien de patiënt het zelf niet vraagt maar indien de arts het nuttig acht, de vrijheid om de nodige besprekingen te voeren met de naasten. Men kan de arts dit recht niet ontzeggen vanuit het respect van de vrijheid van de arts met betrekking tot een dergelijk verzoek.

Een ander lid was zonder de bovenstaande verduidelijk van mening dat de arts slechts op verzoek van de patiënt met de familie ging praten. Nu is het haar echter duidelijk geworden dat de arts ook op eigen initiatief met de familie kan praten zonder het uitdrukkelijke verzoek van de patiënt.

Ze acht dit gegeven heel belangrijk, aangezien dit overleg de betrokkenheid van de familie stimuleert en aangezien deze betrokkenheid niet genoeg kan benadrukt worden.

Verder is het lid van mening dat, indien de familie aan de arts een gesprek vraagt en indien de patiënt hiertegen geen bezwaar uitdrukt, de arts hierop zou moeten ingaan. Zij denkt echter deze bepaling nog niet in de voorgestelde tekst te hebben gelezen.

De vorige spreker antwoordt dat de eerste bekommernis van de behandelende arts de patiënt is. In die zin is het verkeerd om de behandelende arts de verplichting op te leggen om de familie, indien ze dat wenst, te informeren.

Daarentegen is het wel de bedoeling dat, indien de patiënt een dergelijke bespreking met de familie wenst, deze bespreking tussen arts en familie plaatsvindt.

Een lid merkt op dat de wettekst zelf veel belangrijker is dan het verslag van de bespreking, aangezien de wet de uiteindelijke referentie zal vormen.

Verder is het zeer belangrijk om in het 5^o van § 3 van het voorgestelde artikel 3 te definiëren wie juist de naasten zijn, zodat duidelijk is wie mag of wie zou moeten deelnemen aan de bespreking van het verzoek van de patiënt.

De huidige tekst bepaalt hieromtrent dat de patiënt kan aangeven dat bepaalde familieleden deelnemen aan de discussie, maar misschien is het aangewezen om te bepalen dat de patiënt kan aangeven dat bepaalde familieleden niet zouden deelnemen aan de bespreking van het verzoek van de patiënt. Het principe blijft daarbij echter dat de arts hoe dan ook een

Un membre réplique que l'ensemble des possibilités est déjà contenu dans la formulation actuelle du 5^o du § 3. Il va en effet de soi que le patient est libre de discuter avec ses proches. En outre, pour l'instant, on oblige déjà le médecin, lorsque le patient le souhaite, à discuter de sa demande avec les proches qu'il désigne. Enfin, s'il le juge nécessaire, le médecin pourra avoir les entretiens nécessaires avec le patient lui-même et, même si celui-ci ne le demande pas mais si le médecin le juge nécessaire, ce dernier est libre de discuter avec les proches. On ne peut priver le médecin de ce droit eu égard au respect de la liberté du médecin confronté à une telle demande.

En l'absence de la précision qui précède, une autre membre pensait que le médecin ne discutait avec la famille qu'à la demande du patient. Il est désormais clair pour l'intervenante que le médecin peut discuter avec la famille de sa propre initiative, sans requête expresse du patient.

Elle pense que cette donnée est très importante, puisque cette concertation stimule l'implication de la famille, implication dont on ne souligne jamais assez l'importance.

En outre, la membre pense que, si la famille demande un entretien au médecin et si le patient ne s'y oppose pas, le médecin devrait le lui accorder. Elle pense cependant qu'elle n'a pas encore lu cette disposition dans le texte proposé.

L'orateur précédent répond que le patient constitue la première préoccupation du médecin traitant. C'est pourquoi il n'est pas bon d'obliger le médecin traitant à informer la famille si elle le souhaite.

En revanche, l'objectif est bien de faire en sorte que cette discussion entre le médecin et la famille ait lieu si le patient la souhaite.

Un membre fait remarquer que le texte de loi est beaucoup plus important que le rapport de la discussion, étant donné que la loi constituera la référence finale.

En outre, il est très important de définir, à l'article 3, § 3, 5^o, qui sont les proches, de façon à ce que soient clairement déterminées les personnes qui peuvent ou qui devraient participer à la discussion portant sur la demande du patient.

Le texte actuel prévoit à ce sujet que le patient peut choisir les membres de sa famille qui peuvent participer à la discussion. Mais peut-être est-il indiqué que préciser que le patient peut décider que certains membres de sa famille ne participeraient pas à la discussion portant sur sa demande. Le principe reste cependant que le médecin se concerta de toute façon

overleg moet hebben met de naasten om zijn informatie te versterken en te vervolledigen.

In die zin stelt de spreker voor om het voorgestelde 5° te wijzigen en te bepalen dat de patiënt de naasten, met wie de arts geen overleg mag hebben, kan aanduiden.

De vorige spreker repliceert dat de arts de voorwaarden van zijn tussenkomst mag bepalen.

Wat de tussenkomst van de familie betreft, blijft de spreker bij zijn argumentatie.

De indienst van het amendement nr. 120 benadrukt dat dit amendement een halt wil toeroepen aan het bestaande misbruik dat artsen een beslissing met betrekking tot het levenseinde van een patiënt nemen zonder de familie te raadplegen.

Het lid illustreert via twee voorbeelden dat de naasten door deze beslissing vaak een zeer moeilijke rouwperiode kennen en ze pleit daarom voor haar wijziging.

Een lid merkt op dat een rouwproces minder moeizaam verloopt als sterven de wil was van de patiënt en als de familie er zich van bewust is.

Bovendien is er reeds voorzien dat de arts overlegt met de familie. Er is immers meer voorzien en mogelijk dan dat er verplicht is. In die zin is de spreker dus geen voorstander van het amendement.

Een ander lid staat achter de oorspronkelijke libellering van het 5°. Hij acht het belangrijk dat, indien de patiënt een gesprek wenst, de arts deze wens uitvoert.

Een lid is van mening dat het voorgestelde amendement de arts tot een automatisme of een logica wil brengen om telkens, met de toestemming van de patiënt, het verzoek te bespreken met de familie.

Dit automatisme kan vermijden dat, wanneer de familie vaststelt dat dit overleg niet heeft plaatsgevonden, de arts zich kan verschuilen achter de verklaring dat de patiënt daar niet expliciet om verzocht heeft. De spreekster is daarom voorstander van het amendement.

De vorige spreker is van mening dat men niet van de *a priori* stelling mag uitgaan dat de familie het recht heeft om op de hoogte gebracht te worden van de bedoeling of het verzoek van de patiënt. Hij staat daarom niet achter het voorgestelde amendement.

Een lid apprecieert het amendement nr. 120, dat de huidige regelgeving omkeert en een grotere betrokkenheid van de familie impliceert. In die zin is zij een voorstander van het amendement.

Bovendien is het belangrijk dat de arts erover waakt dat de patiënt niet toegeeft aan een bepaalde familiale druk om zijn verzoek te formuleren en ook vanuit dit uitgangspunt is een contact tussen de arts en de familie belangrijk.

avec les proches afin de renforcer et de compléter ses informations.

C'est pourquoi l'orateur suggère de modifier le 5° proposé et de déterminer que le patient peut désigner les proches avec lesquels le médecin ne peut pas se concerter.

L'orateur précédent réplique que le médecin peut fixer les conditions de son intervention.

En ce qui concerne l'intervention de la famille, l'orateur s'en tient à son argumentation.

L'auteur de l'amendement n° 120 insiste sur le fait que cet amendement enrayera les abus actuels qui voient les médecins prendre une décision concernant la fin de vie d'un patient sans consulter la famille.

L'intervenante illustre par deux exemples le fait que les proches connaissent souvent une période de deuil très difficile à cause de cette décision. Elle plaide donc pour la modification qu'elle propose.

Un membre signale qu'un deuil se déroule moins péniblement si la mort était la volonté du patient et si la famille en est consciente.

En outre, il est déjà prévu que le médecin se concerta avec la famille. Il y a en effet davantage de choses prévues et de possibilités que d'obligations. C'est pourquoi l'orateur soutient l'amendement.

Un autre membre est cependant partisan du libellé original du 5°. Il juge important que le médecin exauce le vœu du patient qui souhaite un entretien.

Un membre pense que l'amendement proposé vise à conduire le médecin dans une logique ou un automatisme qui consiste à discuter chaque fois de la demande avec la famille, avec l'autorisation du patient.

Cet automatisme peut éviter que, lorsque la famille constate que cette concertation n'a pas eu lieu, le médecin puisse se retrancher derrière l'absence de demande explicite du patient. C'est pourquoi l'orateur soutient l'amendement.

L'orateur précédent pense que l'on ne peut partir de l'*a priori* que la famille a le droit d'être informée de l'intention ou de la demande du patient. Il ne soutient donc pas l'amendement.

Une intervenante apprécie l'amendement n° 120 qui renverse la réglementation actuelle et implique davantage la famille. C'est pourquoi elle soutient l'amendement.

Il importe aussi que le médecin veille à ce que le patient ne cède pas à une certaine pression familiale le poussant à formuler sa demande. De ce point de vue aussi un contact entre le médecin et la famille est donc important.

Een ander lid begrijpt de argumentatie van de indienster van het amendement nr. 120 en ze kan deze ondersteunen. Verder betreurt de spreekster de discrepantie die er binnen de meerderheid bestaat.

Een senator wijst erop dat het niet kan dat de arts met de familie gaat praten zonder instemming van de patiënt. Dan schendt hij immers het beroepsgeheim. Dit kan niet de bedoeling zijn.

Amendement nr. 80

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 80), dat ertoe strekt het 6^o van § 3, aan te vullen met de woorden «of die hem kunnen helpen».

Eén van de indieners van het amendement nr. 80 verklaart dat de arts de plicht heeft de patiënt de hulp van een derde voor te stellen als hij oprecht van mening is dat deze derde persoon de patiënt bijstand kan verlenen, bijvoorbeeld op het psychologische vlak.

Amendement nr. 139

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, 2-244/10, amendement nr. 139), dat ertoe strekt de voorgestelde § 3 aan te vullen met een 7^o, luidende als volgt:

«7^o de situatie van de patiënt beoordelen samen met een verantwoordelijke, aangeduid door het ethisch comité van de verzorgingsinstelling of een derde persoon, niet-arts, aangewezen in overleg met de patiënt, voorkomend op een pluralistisch, multidisciplinair samengestelde lijst, opgemaakt door de provinciale raad van de Orde van geneesheren, ingeval de patiënt een thuiszorgbehandeling geniet.»

De indiener van het amendement nr. 139 verduidelijkt dat deze tekst teruggaat op het advies van het raadgevend comité voor bio-ethiek, dat stelt (*cf.* p. 62): «in alle procedures is overleg binnen het medisch team vereist. De huisarts van de patient kan daar eventueel bij worden betrokken ... Bij verder uitwerken van de procedures zal worden onderzocht of naast het hierboven vermelde overleg nog andere vormen van overleg vereist zijn.»

In de euthanasieprocedure wordt het «bijkomend overleg» als volgt voorgesteld: een ethische beoordeling van de verantwoordelijke arts met ofwel een tweede collega-arts — hieromtrent werden door het lid reeds amendementen ingediend —, ofwel een derde persoon, een niet-arts aangeduid door het plaatselijk ethisch comité.

Het amendement nr. 139 is geïnspireerd door het feit dat euthanasie geen louter medische handeling betreft. Dit wordt aangetoond door de externe door-

Un autre membre comprend l'argumentation de l'auteur de l'amendement n° 120 et la soutient. L'oratrice déplore le désaccord existant au sein de la majorité.

Un sénateur indique qu'il n'est pas acceptable que le médecin discute avec la famille sans le consentement du patient. Il s'agit en effet d'une violation du secret professionnel. Telle ne peut être l'intention.

Amendement n° 80

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 80) visant à insérer, au 6^o du § 3, les mots «ou susceptibles de l'aider» après le mot «rencontrer».

Un des auteurs de l'amendement n° 80 déclare que le médecin est obligé de proposer au patient l'aide d'un tiers s'il pense honnêtement que ce tiers peut fournir au patient une assistance, par exemple psychologique.

Amendement n° 139

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 139) visant à compléter le § 3 proposé par un 7^o (nouveau), rédigé comme suit:

«7^o procéder à une évaluation de la situation du patient conjointement avec un responsable désigné par le comité d'éthique de l'établissement de soins ou avec un tiers non-médecin désigné d'un commun accord avec le patient et figurant sur une liste pluraliste et multidisciplinaire établie par le conseil provincial de l'Ordre des médecins, dans le cas où le patient bénéficie d'un traitement à domicile.»

L'auteur de l'amendement n° 139 explique que ce texte renvoie à l'avis du Comité consultatif de bio-éthique, selon lequel «une concertation de l'équipe médicale s'impose dans toutes les procédures. Le médecin traitant du malade peut éventuellement y être associé ... Dans l'élaboration des procédures, on examinera si, hormis la concertation précitée, d'autres formes de concertation sont nécessaires.» (*traduction*)

Dans la procédure d'euthanasie, la «concertation complémentaire» est définie comme suit: un jugement éthique du médecin responsable avec soit un second collègue médecin — à ce sujet, des amendements ont déjà été déposés par le membre —, soit une tierce personne, quelque'un qui n'est pas médecin et qui est désigné par le comité local de bio-éthique.

L'amendement n° 139 s'inspire du fait que l'euthanasie ne concerne pas un traitement purement médical. C'est prouvé par le contrôle externe de la concer-

lichting van het overleg. Indien men de gehele procedure binnen de medische sector houdt beschouwt men euthanasie als een medische handeling en onderschat men volkomen de maatschappelijke draagwijdte van het actief doden van een persoon. Spreker verwijst naar de hoorzittingen ter zake (onder andere professor Englert en mevrouw Pesleux, mevrouw Vandeville, dokter Bouckenaere, dokter Philippart, en professor Schotsmans), waarbij werd gewezen op het belang van de externe doorlichting van het overleg. De geneesheren zijn immers vaak te zeer betrokken in de situatie van hun patiënten en het is voor hen dan ook moeilijk om afstand te nemen.

De voorgestelde tekst beschouwt euthanasie duidelijk als een vraag-antwoord-situatie in de medische sfeer. Dit is uiteraard een keuze, maar men moet zich vergewissen dat de betekenis van het doden van een mens aldus wordt gebanaliseerd. Een ruimer perspectief, enige ethische belichting komt tot uiting in voorliggend amendement. De Nederlandse wet bepaalt bijvoorbeeld dat achteraf een aantal personen *qualitate qua*, waaronder een ethicus, zeker in de toetsingscommissie moeten zetelen.

Een lid beaamt dat het om een keuze gaat. Euthanasie wordt inderdaad beschouwd als een medische handeling, als een laatste gebaar van menselijkheid dat een arts kan stellen tegenover een zieke die hierom vraagt. Dit positief antwoord aan de zieke wordt echter met de nodige waarborgen omringd, die de controle van de continuïteit van de realiteit van het verzoek verzekeren en die voor een zo belangrijke handeling zekere bakens uitstippelen opdat de handeling in alle veiligheid zou worden gesteld. Dit lijkt hem voldoende.

Een ander lid acht het zeer merkwaardig dat men bij zulke delicate beslissing over het doden van mensen, de voorhanden zijnde ethische comités niet zou betrekken, hoewel er een duidelijke tendens bestaat om hierop meer en meer een beroep te doen. Ethische comités in verzorgingsinstellingen of in ziekenhuizen worden steeds meer aangesproken om bepaalde moeilijke kwesties te beoordelen of om er een advies over te geven. Zij worden aldus geïntegreerd, via het beleid en via verschillende reglementeringen, in het denken over het handelen in de medische sector. Geen enkele arts vindt het toepassen van de euthanasiërende handeling een sinecure. Hij is immers rechtstreeks veroorzaker van de dood van een patiënt en dit zelfs in de uitoefening van zijn beroep.

Euthanasie mag dan ook geen normale medische handeling worden. Als deze handeling echter noodzakelijk blijkt, is een beoordeling van een ethisch comité zeer belangrijk, aangezien dit een ondersteuning en een voorafgaande verheldering is voor de arts. Anders bestaat het risico dat de arts alleen blijft zitten met de negatieve psychologische gevolgen.

Si on maintient toute la procédure à l'intérieur du secteur médical, on considère l'euthanasie comme un traitement médical et on sous-estime totalement la portée sociale de l'acte consistant à donner activement la mort à une personne. L'orateur renvoie aux auditions relatives à ce sujet (entre autres du professeur Englert, de Mme Pesleux, de Mme Vandeville, du docteur Bouckenaere, du docteur Philippart et du professeur Schotsmans), lors desquelles on a indiqué l'importance du contrôle externe de la concertation. Les médecins sont en effet souvent trop impliqués dans la situation de leurs patients et il leur est dès lors difficile de prendre du recul.

Le texte proposé considère clairement l'euthanasie comme une situation de demande-réponse au sein de la sphère médicale. C'est bien entendu un choix mais on doit s'assurer que la signification de la mort d'une personne ne s'en trouve pas banalisée. Une perspective plus large, un certain éclairage éthique, s'expriment dans le présent amendement. La loi néerlandaise stipule par exemple qu'*a posteriori*, un certain nombre de personnes *qualitate qua* doivent certainement siéger dans la commission de contrôle.

Un membre confirme qu'il s'agit d'un choix. L'euthanasie est en effet considérée comme un traitement médical, comme un dernier geste d'humanité qu'un médecin peut faire vis-à-vis d'un malade qui le demande. Cette réponse positive au malade est cependant entourée des garanties nécessaires, qui assurent le contrôle de la continuité de la réalité de la demande et qui, pour un acte si important, mettent certaines balises de manière à ce que le traitement soit administré en toute sécurité. Cela lui paraît suffisant.

Un autre membre estime extrêmement curieux que, pour une décision si délicate concernant la mort de personnes, les comités éthiques existants ne soient pas impliqués, alors qu'on a de plus en plus tendance à faire appel à eux. On s'adresse de plus en plus aux comités éthiques dans les institutions de soins ou dans les hôpitaux, afin de leur demander d'apprécier des questions difficiles ou de rendre un avis. Par le biais de la gestion et de diverses réglementations, ils sont donc impliqués dans la réflexion sur les traitements dans le secteur médical. Aucun médecin ne considère l'application du traitement euthanasique comme une sinecure. Le médecin cause en effet directement la mort d'un patient, et ce dans l'exercice de sa profession.

L'euthanasie ne peut donc pas devenir un traitement médical normal. Si cependant ce traitement s'avère nécessaire, une appréciation du comité d'éthique est très importante, étant donné qu'elle procure un soutien et une information préalable au médecin. Dans le cas contraire, le médecin risque d'être confronté, seul, aux conséquences psychologiques négatives.

Een lid wijst op de fundamentele vraag die het amendement oproept. Hoe zullen de artsen en het verzorgend personeel zich onderling organiseren om de ethische discussie te organiseren naar aanleiding van het verzoek van de patiënt? Een aantal geneesheren prees de debatten in de Senaat omdat deze de verdienste hebben de discussie te openen over het feit, dat het niet enkel om een gesprek gaat tussen patiënt en arts, en aldus de vinger leggen op de noodzaak om plaatsen van ethische discussie in te stellen. Heel wat artsen bevestigden dat traditioneel weinig over ethiek wordt gedebatteerd in de ziekenhuizen en dat hun handelingen aldus individueel en geïsoleerd blijven. De geneesheren staan vaak alleen bij het nemen van zware beslissingen. Het is interessant voor een arts de eventueel tegengestelde meningen te horen. Waar er discussie is, is er ook pluralisme van ideeën.

Spreekster stapt uiteindelijk af van een verplichte tussenkomst van het ethisch comité aangezien dit zou kunnen ontaarden in een formalisme. In sommige ziekenhuizen blijkt immers dat de ethische commissies zich op nogal bureaucratische wijze over de problemen buigen. Er werd geopteerd voor de woorden «de cel die bij de besluitvorming kan helpen». Hiermee wordt onder meer het plaatselijk ethisch comité bedoeld. Het is belangrijk voor de arts dat zoveel mogelijk collega's uit andere disciplines worden geraadpleegd. Een multidisciplinaire aanpak is nodig.

Een lid meent dat verschillende meningen aan de grondslag liggen van de discussie. Noch de artsen, noch de indieners van de wetsvoorstellen vinden dit een wetgeving die het recht opent om te doden. Deze wet maakt waardig sterven mogelijk en geeft aan de patiënt de gelegenheid hierover mee te kunnen beslissen. Recht op waardig sterven en zelfbeschikkingsrecht vormen de kern van de discussie. Indien men allerlei externe doorlichting gaat aanvaarden, ondergraaft men het zelfbeschikkingsrecht. Spreker kan helemaal niet instemmen met externe doorlichting uit disciplines die niet gereguleerd zijn. Wat moet immers worden verstaan onder een «ethicus»?

Een ander lid bevestigt dat de discussie voortspruit uit een verschil in ideologische visie. Spreker stipt aan dat men de laatste tijd heel wat vooruitgang heeft geboekt op het vlak van de ethische opleiding van de artsen.

Tevens is het ondenkbaar dat een arts zelf een andere arts die voorkomt op een lijst, samengesteld in de Orde van geneesheren, zou opzoeken en dat deze laatste zich zou mengen in de beslissing van een patiënt. Deze betuttelende manier van handelen is onaanvaardbaar voor vele patiënten.

Amendement nr. 140

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk senaat, 2-244/10,

Une membre signale la question fondamentale qu'appelle cet amendement. Comment les médecins et le personnel soignant s'organiseront-ils entre eux pour mettre en place la discussion éthique à la suite de la demande du patient? Un certain nombre de médecins ont loué les débats du Sénat qui ont le mérite d'ouvrir la discussion sur le fait qu'il ne s'agit pas seulement d'une conversation entre patient et médecin. Ils mettent donc le doigt sur la nécessité de créer des lieux de discussions éthiques. De nombreux médecins confirment que, traditionnellement, on débat trop peu d'éthique dans les hôpitaux et que leurs actes restent donc individuels et isolés. Les médecins sont souvent seuls pour prendre des décisions graves. Pour un médecin, il est intéressant d'entendre les éventuels avis contraires. Là où il y a discussion, il y a pluralisme d'idées.

Finalement, l'oratrice abandonne l'idée d'une intervention obligatoire du comité éthique en raison du risque de verser dans le formalisme. En effet, il semble que, dans certains hôpitaux, la commission d'éthique aborde les problèmes de manière assez bureaucratique. On a opté pour les mots «cellule d'aide à la décision». On vise, entre autres, le comité éthique local. Il est important, pour le médecin, que le plus grand nombre possible de confrères pratiquant d'autres disciplines soient consultés. Une approche multidisciplinaire est nécessaire.

Un membre estime que diverses opinions sont à la base de la discussion. Ni les médecins ni les auteurs des propositions de loi ne considèrent que cette législation donne le droit de tuer. Cette loi offre la possibilité de mourir dans la dignité et donne au patient l'occasion de participer à la décision. Le droit à une mort digne et le droit à l'autodétermination sont au cœur du débat. Si on se met à accepter toutes sortes d'évaluations externes, on mine le droit à l'autodétermination. L'intervenant ne peut en aucune manière consentir à ce que des évaluations externes soient effectuées par des personnes pratiquant des disciplines non réglementées. Qu'entend-on par «spécialiste des questions éthiques»?

Un autre membre confirme que la discussion résulte d'une différence d'idéologie. L'intervenant souligne que, ces derniers temps, la formation éthique des médecins a été fortement améliorée.

En outre, il serait impensable qu'un médecin aille lui-même trouver un autre médecin figurant sur une liste dressée par l'Ordre des médecins, et que ce confrère intervienne dans la décision d'un patient. Une telle attitude paternaliste est inacceptable pour de nombreux patients.

Amendement n° 140

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 244/10, amende-

amendement nr. 140) dat § 3 aanvult met een 8°, dat bepaalt dat de patiënt die op de hoogte werd gebracht van de adviezen van de tweede arts, de palliatief deskundige, het verplegend team, de eventuele mededelingen van zijn naasten en de doorlichting van een ethicus, de mogelijkheid krijgt over zijn verzoek te reflecteren. Pas als hij zijn verzoek opnieuw uitdrukt, zijn alle zorgvuldigheidsvereisten nageleefd.

Het verzoek van de patiënt moet worden geobjectiverd. Het respect voor het leven staat niet op hetzelfde niveau als het beëindigen van het menselijk leven. De beraadslaging en de doorlichting van die besluitvorming moeten zeer ernstig blijven. Men kan niet stellen dat het ethisch gehalte van de geneesheer voldoende hoogstaand is en dat de voorgestelde consultaties niet noodzakelijk zijn, als men anderzijds vaststelt dat er ontelbare wetsbepalingen zijn die het gedrag (bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag van de geneesheren, juridische omkadering van de verhouding patiënt en geneesheer) strikt controleren en organiseren.

Wat betreft de identificatie van de euthanasie met «*compassion*», dat wil zeggen als een grote daad van menselijkheid en medelijden, verwijst spreker naar een artikel in het tijdschrift «*l'Esprit*» van november 2000: «*le vocabulaire de la compassion est toujours employé pour caractériser le geste euthanasique et jamais les soins palliatifs ou l'accompagnement des mourants. Compassion, sollicitude, humanité, solidarité ont été utilisées uniquement et de manière répétée pour caractériser le geste euthanasique*». Het is onterecht te stellen dat enkel een euthanaserende handeling blijk geeft van menselijkheid, van medeleven.

Volgens spreker geeft men blijk van een grotere graad van medeleven en medevoelen met de mens wanneer men deze kan begeleiden tot het laatste ogenblik dan wel wanneer men overgaat tot het beëindigen van het leven op een wijze die in de gegeven omstandigheden niet natuurlijk is.

Amendement nr. 166B

Mevrouw de T' Serclaes dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/11, amendement nr. 166B) dat ertoe strekt § 3 aan te vullen als volgt:

«De arts kan zijn ingrijpen afhankelijk maken van aanvullende voorwaarden waarover hij de patiënt inlicht.»

De indiener van het amendement verklaart dat dit amendement geen inhoudelijke wijziging inhoudt. De bedoeling is om § 3 te verduidelijken.

ment n° 140), tendant à compléter le § 3 par un 8°, qui prévoit qu'après avoir été informé des avis du deuxième médecin, du spécialiste en soins palliatifs et de l'équipe soignante, des éventuelles communications de ses proches et de l'évaluation effectuée par un spécialiste des questions éthiques, le patient doit avoir la possibilité de réfléchir à sa demande. Ce n'est qu'une fois que le patient réitère sa demande que tous les critères de prudence sont respectés.

La demande du patient doit être objectivée. Le respect de la vie ne se situe pas sur le même plan que le fait de mettre un terme à la vie humaine. La discussion et l'évaluation de la décision doivent demeurer très sérieuses. On ne peut affirmer que le sens éthique du médecin est suffisamment élevé et rend superflues les consultations proposées alors que, par ailleurs, on constate que quantité de dispositions légales contrôlent et organisent strictement le comportement (par exemple le comportement prescripteur des médecins, l'encadrement juridique de la relation entre patient et médecin).

En ce qui concerne l'identification de l'euthanasie à la compassion, c'est-à-dire un acte d'humanité et de pitié, l'orateur renvoie à un article publié dans le magazine *l'Esprit* du 20 novembre 2000: «le vocabulaire de la compassion est toujours employé pour caractériser le geste euthanasique et jamais les soins palliatifs ou l'accompagnement des mourants. Compassion, sollicitude, humanité, solidarité ont été utilisées uniquement et de manière répétée pour caractériser le geste euthanasique». Il est inexact de considérer que seul le geste euthanasique fait preuve d'humanité et de compassion.

Selon l'orateur, on fait preuve de davantage de compassion et d'empathie à l'égard d'une personne en l'accompagnant jusqu'à ses derniers moments qu'en mettant fin à sa vie d'une manière qui, dans les circonstances données, n'est pas naturelle.

Amendement n° 166B

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/11, amendement n° 166B) tendant à compléter le § 3 comme suit:

«Le médecin peut mettre des conditions complémentaires à son intervention dont il informera le patient.»

L'auteur de l'amendement déclare que cet amendement n'implique pas de modification de fond. L'intention est de clarifier le § 3.

Amendement nr. 203

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in als subamendement op het amendement nr. 115 B van de heer Vankrunkelsven (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 203) dat beoogt de woorden «, na overleg met het team voor palliatieve ondersteuning van de instelling of, bij gebreke daarvan, van het lokale platform,» in te voegen tussen de woorden «therapeutische mogelijkheden, evenals» en de woorden «die van de palliatieve zorg».

Amendement nr. 208

De heren Galand en Vankrunkelsven dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 208) dat de invoeging in § 3 van een *1^obis* beoogt, dat de arts verplicht zich te vergewissen van de geschiktheid van de verstrekte verzorging en van de bijstand die de patiënt geniet.

Het is niet voldoende de arts te verplichten om de patiënt volledig in te lichten over zijn gezondheidstoestand en over de verschillende therapeutische mogelijkheden en om zich te vergewissen van de aanhoudende pijn van de patiënt. De patiënt moet ook de garantie krijgen dat hij de nodige verzorging en bijstand zal krijgen tussen het moment waarop hij zijn verzoek formuleert en het moment waarop zijn verzoek wordt uitgevoerd. Nadat de patiënt om euthanasie verzocht heeft, mag hij niet in de steek gelaten worden.

Bovendien is de arts die de euthanasie uitvoert niet noodzakelijk de behandelende arts. De arts die de euthanasie uitvoert mag dit dus niet doen omdat de behandeling te wensen overlaat.

Een van de indieners onderstreept dat de arts die de euthanasie uitvoert niet noodzakelijk de behandelende arts is. Aldus is spreker van mening dat aan de controlerende arts dient te worden gevraagd of de behandeling adequaat verloopt.

Een lid wijst erop dat haar amendement nr. 76 (Stuk Senaat, nr. 2-244/6) hetzelfde voorwerp heeft.

Een van de indieners van het amendement nr. 208 meent dat beide amendementen niet identiek zijn. Bovendien voegt het amendement nr. 208 de bepaling op een andere plaats in. Opdat de euthanasie niet als een inbreuk zou worden beschouwd, is de arts verplicht zich te vergewissen van het feit dat de patiënt de nodige verzorging en bijstand krijgt en blijft krijgen. Indien het de behandelende arts is die de euthanasie uitvoert, is dit evident. Dit is echter niet altijd het geval.

Een lid is van mening dat het amendement nr. 208 een essentiële aanvulling betekent.

Amendement n° 203

Mme de T' Serclaes dépose un amendement à titre de sous-amendement à l'amendement n° 115B de M. Vankrunkelsven (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 203) tendant à insérer les mots «après concertation avec l'équipe de soutien palliatif de l'institution ou, à défaut, de la plate-forme locale» entre les mots «envisageables ainsi que» et les mots «les possibilités qu'offrent les soins palliatifs».

Amendement n° 208

MM. Galand et Vankrunkelsven déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 208) tendant à insérer au § 3 un *1^obis*, qui impose au médecin de s'assurer de l'adéquation des soins administrés et de l'assistance dont bénéficie le patient.

Il ne suffit pas d'imposer au médecin de donner au patient une information complète sur l'état de santé de ce dernier et les possibilités thérapeutiques et de s'assurer de la persistance de la souffrance du patient. Il convient également de garantir au patient que les soins et l'assistance nécessaires lui seront dispensés entre le moment où il exprime sa demande et le moment où la décision sera mise en œuvre. Une fois sa demande d'euthanasie exprimée, le patient ne peut être abandonné à son sort.

De plus, le médecin qui pratique une euthanasie n'est pas nécessairement le médecin traitant. Il convient donc que ce médecin qui pratique l'euthanasie n'agisse pas à la suite d'une carence de traitement.

Un des auteurs souligne que le médecin qui pratique l'euthanasie n'est pas nécessairement le médecin traitant. L'intervenant estime qu'il y a lieu de demander au médecin en charge du contrôle si le traitement se déroule de manière adéquate.

Un membre signale que son amendement n° 76 (doc. Sénat, n° 2-244/6) concerne le même sujet.

Un des auteurs de l'amendement n° 208 estime que ces deux amendements ne sont pas identiques. De plus, l'amendement n° 208 insère la disposition à un autre endroit. Afin que l'euthanasie ne soit pas considérée comme une infraction à la loi, le médecin a l'obligation de s'assurer que le patient reçoit et continue à recevoir les soins et l'assistance nécessaires. C'est évident lorsque le médecin qui pratique l'euthanasie est le médecin traitant. Ce n'est toutefois pas toujours le cas.

Un membre estime que l'amendement n° 208 ajoute une précision essentielle.

Een ander lid kan zich aansluiten bij dit amendement dat een bijkomende waarborg biedt.

Een lid preciseert dat de behandelende arts wordt belast met het verzoek en daarna belast wordt met het geheel van de procedure. Van zodra een verzoek wordt geformuleerd waarop de arts niet wil ingaan, brengt hij de patiënt daarvan op de hoogte. De zieke kan dan een andere arts kiezen. Deze arts wordt dan uiteraard de behandelende arts. Dit is een kwestie van vrije keuze van de arts. Deze arts dient de betreffende procedure en zorgvuldigheidsvoorwaarden na te volgen.

Een volgende spreker wijst erop dat reeds werd gesteld dat de geconsulteerde arts schriftelijk verslag uitbrengt (waarbij hij andere mogelijkheden van therapie kan voorstellen), dat dit wordt meegedeeld aan de patiënt en dat de patiënt dan kan kiezen of hij ingaat op de voorstellen van bijkomende zorgen.

Een van de indieners van het amendement nr. 208 beaamt dat er in de meeste gevallen geen problemen zullen rijzen. Hij kan zich echter de situatie indenken, waarbij de patiënt met twee artsen wordt geconfronteerd, namelijk de huisarts die euthanasie weigert en de arts die euthanasie zal uitvoeren. Er kan dan een zekere breuk in de zorgverstrekking zijn. Zijn grootste bekommernis waarop het amendement een antwoord wil bieden is dat er een continuïteit moet zijn in zorgen, ook als er een verandering plaatsvindt van arts.

Een lid verwijst naar de tussenkomst van één van de indieners van het amendement nr. 14 en verklaart dat, wanneer een arts in geweten niet kan ingaan op het verzoek van de patiënt en een andere arts dit wel doet, deze laatste arts de «behandelende arts» wordt. Deze laatste moet aan de zorgvuldigheidsvoorwaarden voldoen. Aldus is het amendement overbodig. Men kan niet in de situatie komen dat de uitvoerende arts moet nagaan of de behandeling goed is gebeurd. Niemand zal immers stellen dat hij zelf niet goed gehandeld heeft.

Een vorige spreker onderstreept dat de duurzaamheid van het verzoek van de patiënt centraal staat.

Een van de indieners van het amendement nr. 208 verwijst naar de verantwoording ervan.

Een lid blijft dit amendement steunen. Het is logisch dat de arts zich ervan zal vergewissen of de verzorging wel adequaat is. Dit gaat niet noodzakelijk over een andere arts. De arts kan ook wetenschappelijke literatuur of de ervaring van andere collega's natrekken of nagaan wat hij heeft voorgeschreven goed wordt toegepast door de verpleging. De deskundige arts moet zich niet alleen van de pijn van zijn patiënt vergewissen, maar zich ook de vraag stellen wat hij kan doen om deze pijn te verlichten.

Un autre membre déclare pouvoir se rallier à cet amendement qui offre une garantie supplémentaire.

Un membre précise que le médecin traitant prend la demande en charge et endosse ensuite la responsabilité de l'entièreté de la procédure. Dès qu'une demande à laquelle il ne veut pas donner suite est exprimée, il en informe le patient. Le malade peut alors choisir un autre médecin qui devient bien entendu le médecin traitant. C'est une question de libre choix du médecin. Ce médecin doit respecter la procédure en question ainsi que les critères de prudence.

L'intervenant suivant attire l'attention sur le fait qu'il a déjà été précisé que le médecin consulté rédige un rapport écrit (dans lequel il peut proposer d'autres possibilités thérapeutiques) qui est communiqué au patient, lequel peut alors faire le choix d'accepter les propositions de soins complémentaires.

Un des auteurs de l'amendement n° 208 admet que, dans la plupart des cas, il n'y aura pas de problème. Il envisage toutefois la situation dans laquelle le patient est confronté à deux médecins, à savoir le médecin généraliste, qui refuse l'euthanasie, et le médecin qui la pratiquera. Cela risque de causer une certaine interruption des soins. La principale préoccupation de l'auteur, à laquelle cet amendement veut offrir une réponse, est d'assurer la continuité des soins, même en cas de changement de médecin.

Un membre se réfère à l'intervention d'un des auteurs de l'amendement n° 14 et déclare que lorsqu'un médecin ne peut, en âme et conscience, répondre à la demande du patient, mais qu'un autre médecin le fait, ce dernier devient le médecin traitant et doit respecter les critères de prudence. En conséquence, l'amendement est superflu. Il ne faudrait pas en arriver à ce que le médecin qui pratique l'euthanasie doive s'assurer que le traitement a été correctement administré. En effet, personne ne dira qu'il n'a pas agi de manière correcte.

Un des intervenants précédents souligne que la persistance de la demande du patient est fondamentale.

Un des auteurs de l'amendement n° 208 renvoie à sa justification.

Un autre membre continue à soutenir cet amendement. Il est logique que le médecin s'assure que les soins sont bien adéquats. Cela ne vise pas nécessairement un autre médecin. Le médecin peut également se référer à la littérature scientifique ou à l'expérience d'autres collègues, ou contrôler si ses prescriptions sont bien appliquées par le personnel soignant. Un médecin compétent ne doit pas seulement s'assurer de la souffrance du patient, il doit aussi se demander ce qu'il peut faire pour la soulager.

Een lid vindt dat de bepaling die stelt dat de behandelende arts de patiënt op de hoogte brengt van de resultaten van deze raadpleging, tegemoetkomt aan de bekommernissen. Het feit dat de behandelende arts de patiënt op de hoogte brengt, houdt *ipso facto* het feit in dat er bepaalde therapeutische mogelijkheden worden voorgesteld waarbij de patiënt moet kiezen. Dit impliceert de duurzaamheid van het verzoek.

Een ander lid kan de logica van het amendement nr. 208 echter bijtreden. Ten eerste moet de arts de patiënt volledig inlichten, ten tweede moet hij zich vergewissen van de geschiktheid van de verstrekte verzorging en ten derde vergewist hij zich van de aanhoudende pijn.

De vorige spreker verwijst naar het reeds gewijzigde 1^o van § 3 van het voorgestelde artikel 3. Hierin is de bekommernis van het amendement nr. 208 verwerkt.

Een van de indieners van het amendement nr. 208 blijft erbij dat de plichten elkaar aanvullen. De aanhoudende pijn, die een meer subjectief aspect inhoudt (oordeel vanwege de patiënt), moet blijven bestaan na de geschikte verzorging, wat een meer objectief oordeel (vanwege de arts) impliceert.

Amendement nr. 167

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 167), dat een 3^obis invoegt dat bepaalt dat, ingeval de patiënt in het ziekenhuis opgenomen is, de arts die met een verzoek tot euthanasie te maken krijgt, eveneens contact moet opnemen met de huisarts om met deze laatste te overleggen over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt en zijn concrete situatie.

De huisarts is in principe de persoon die de patiënt het beste kent. Het is dan ook logisch dat er bij de huisarts wordt geïnformeerd naar de situatie van de patiënt, om met kennis van zaken te kunnen oordelen. Dit vormt een bijkomende garantie voor de patiënt.

Een lid vraagt zich af of niet steeds contact wordt opgenomen door de specialist met de huisarts, indien de patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen. Dit lijkt haar een evidentie in het medische handelen. Mocht dit echter niet het geval zijn, betekent dit amendement een zinvolle aanvulling.

Eén van de indieners van het amendement nr. 167 verwijst terloops naar het feit dat er ook euthanasieverzoeken kunnen uitgaan van patiënten die thuis worden verzorgd. De huisarts wordt hiermee dan geconfronteerd en er zouden praktische moeilijkheden bestaan om specialisten bij de patiënt thuis te

Un membre estime que la disposition qui prévoit que le médecin traitant doit informer le patient des résultats de cette consultation répond aux préoccupations. Le fait que le médecin traitant informe le patient implique ipso facto que certaines possibilités thérapeutiques soient proposées, parmi lesquelles le patient doit faire un choix. Cela implique la persistance de la demande.

Un autre membre ne peut se rallier à la logique de l'amendement n° 208. Le médecin doit, premièrement, fournir au patient une information complète; deuxièmement, s'assurer de l'adéquation des soins administrés; troisièmement, s'assurer du caractère persistant de la souffrance.

L'orateur précédent se réfère au 1^o déjà modifié du § 3 de l'article 3 proposé. La préoccupation de l'amendement n° 208 y est intégrée.

Un des auteurs de l'amendement n° 208 maintient que les obligations sont complémentaires. La souffrance persistante, qui comporte un aspect plus subjectif (l'avis du patient) doit continuer à être présente après le traitement approprié, ce qui implique un avis plus objectif (de la part du médecin).

Amendement n° 167

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 167), tendant à introduire un 3^obis qui précise qu'en cas d'hospitalisation du patient, le médecin qui doit faire face à une demande d'euthanasie doit également contacter le médecin généraliste du patient, afin de s'entretenir avec lui de l'évolution de la santé du patient et de sa situation concrète.

En principe, le médecin généraliste est celui qui connaît le mieux le patient. Aussi, il est plus logique de s'informer auprès de lui au sujet de la situation du patient, de manière à pouvoir l'apprécier en toute connaissance de cause. Cela constitue une garantie supplémentaire pour le patient.

Un membre demande si le médecin spécialiste ne prend pas toujours contact avec le médecin généraliste du patient lorsque ce dernier est admis à l'hôpital. Cela lui semble une évidence dans la pratique médicale. Si ce n'est pas le cas, cet amendement constitue un ajout utile.

Un des auteurs de l'amendement n° 167 relève incidemment que des demandes d'euthanasie peuvent également être émises par des patients qui sont soignés à domicile. Dans ce cas, c'est le médecin généraliste qui est confronté à ces demandes et il semble que des difficultés d'ordre pratique fassent obstacle à

halen. Moet deze situatie niet uitdrukkelijk worden opgeklaard?

Amendement nr. 210

De heer Vandenberghe dient amendement nr. 210 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12), dat subsidiair is ten aanzien van amendement nr. 191. Het amendement stelt voor in § 3, eerste lid, 3^obis vóór de woorden «het advies vragen» de woorden «indien geen van beide artsen deskundig is in palliatieve zorgverlening» in te voegen.

De indiener van het amendement nr. 210 beklemtoont dat zijn vraag naar een supplementair advies ingegeven is door de delicaatheid van de materie, namelijk het doden van een mens, hetgeen totaal verschilt van een gewone medische handeling.

Amendement nr. 211

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 211) dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel 3, § 3, 4^o, het woord «bespreken» te vervangen door het woord «overleggen».

Amendement nr. 209

De heer Galand c.s. dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 209), dat ertoe strekt om het voorgestelde artikel 3 zodanig te herformuleren dat het rekening houdt met de voorgaande discussie.

De indieners van het amendement nr. 209 verwijzen naar de voorafgaande discussie en naar de schriftelijke verantwoording.

Een lid is van mening dat het voorgestelde amendement minder bureaucratisch is dan de oorspronkelijke tekst. Niettegenstaande is de spreekster niet helemaal akkoord met het gebruik van de term «*inaptitude*» in de Franse tekst, omdat deze een bepaalde connotatie heeft met de bekwaamheid. Zij stelt daarom het gebruik van de term «*impossibilité*» voor.

Een ander lid merkt op dat, volgens het gemeen recht, men eigenhandig een verklaring kan maken voor het einde van zijn leven of dat men ofwel een beroep moet doen op een notaris. Er wordt dus niet toegelaten dat om het even wie namens een andere persoon een verklaring neerschrijft omdat er een controle moet mogelijk zijn op de betrouwbaarheid van diegene die de verklaring aflegt. Toch verleent de voorgestelde bepaling in het punt C momenteel een

la visite de spécialistes au domicile du malade. Cette situation ne devrait-elle pas être expressément clarifiée?

Amendement n° 210

M. Vandenberghe dépose l'amendement n° 210 (doc. Sénat, n° 2-244/12) à titre subsidiaire par rapport à l'amendement n° 191. Cet amendement propose d'insérer dans le § 3, alinéa 1^{er}, 3^obis avant les mots «demander l'avis», les mots «si aucun des deux médecins n'est spécialisé en soins palliatifs».

L'auteur de l'amendement n° 210 insiste sur le fait que sa demande d'un avis supplémentaire est dictée par le caractère délicat de la matière, donner la mort étant un acte totalement différent des actes médicaux habituels.

Amendement n° 211

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 211), tendant à remplacer dans le § 3, 4^o, de l'article 3 proposé les mots «s'entretenir de la demande du patient avec les membre de celle-ci» par les mots «se concerter avec les membres de celle-ci au sujet de la demande du patient».

Amendement n° 209

M. Galand et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 209), tendant à reformuler l'article 3 proposé de manière à ce qu'il tienne compte de la discussion antérieure.

Les auteurs de l'amendement n° 209 renvoient à la discussion antérieure et à la justification écrite.

Une membre estime que l'amendement proposé est de nature moins bureaucratique que le texte initial. Cependant, l'intervenante n'est pas entièrement d'accord pour utiliser le terme «*inaptitude*» dans le texte français, parce qu'il a une connotation de compétence. C'est pourquoi elle propose d'utiliser le terme «*impossibilité*».

Un autre membre fait remarquer que, selon le droit commun, on peut soit rédiger de sa propre main une déclaration relative à sa fin de vie, soit faire appel à un notaire. Il n'est donc pas admis que n'importe quelle personne mette par écrit une déclaration au nom d'une autre personne, parce qu'il doit être possible de contrôler la crédibilité de la personne qui fait la déclaration. La disposition proposée au point C accorde cependant un mandat très étendu à un tiers, ce qui

zeer verregaande delegatie aan een derde. Deze bepaling is dus zeer fraudegevoelig en bovendien sluit ze niet uit dat ook de arts deze verklaring aflegt zodat de arts zichzelf zou kunnen verdedigen met een dergelijke verklaring.

Een lid merkt op dat het hier handelt over het niet meer op schrift kunnen stellen van een verklaring omwille van fysieke redenen, en niet over het niet kunnen afleggen van een verklaring.

Verder is spreker van oordeel dat de filosofie van deze bepaling duidelijk moet weerspiegeld worden. Er wordt van de patiënt een verklaring verwacht waarvan er een schriftelijke naslag is. Wanneer de patiënt daartoe niet in staat blijkt te zijn, moet hiervoor een beroep worden gedaan op een derde.

Een lid stelt dat het voorgestelde amendement de rol van de derde te belangrijk maakt, dat hij als het ware een mandataris wordt en een te grote verantwoordelijkheid krijgt.

Een volgende spreekster vermeldt dat de nieuwe tekst te sterk uitgaat van het onderlinge vertrouwen in mensen en er onvoldoende waarborgen zijn ingebouwd. Zij kan daarom niet akkoord gaan met de voorgestelde tekst.

Een lid stelt dat de voorgestelde bepaling inhoudt dat één ter kwader trouwe persoon de dood van de patiënt kan veroorzaken. Eén persoon, die zelfs niet medisch bekwaam moet zijn, kan immers beslissen over de onmogelijkheid van de patiënt om de verklaring op te stellen en te tekenen, en kan ertoe overgaan om dit zelf te doen. Deze kan daarover getuigenis afleggen. Gedurende dit proces is er bovendien niemand anders die de kwaliteit van het verzoek dient na te gaan of die de zorgvuldigheidsvereisten moet controleren. Dit is zeer verregaand: eenmaal het schriftstuk is geschreven door iemand ter kwader trouw, kan dit het einde van het leven van een mens betekenen.

Een ander is het niet eens met de interpretatie van de voorgaande spreker. Niettemin acht hij het nuttig om de libellering van het amendement te herbekijken en desgevallend aan te passen.

Amendement nr. 81

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 81) dat ertoe strekt § 4 van het voorgestelde artikel 3 te doen vervallen. Deze paragraaf vormt immers een fundamenteel bezwaar tegen het voorliggend wetsvoorstel vermits het ook een niet-terminale patiënt in de gelegenheid stelt euthanasie te vragen.

Paragraaf 4 voert voor deze groep van personen een bijkomende procedurele voorwaarde in met betrek-

risque de mener à des fraudes. De surcroît, cette disposition n'exclut pas que le médecin lui-même fasse cette déclaration de manière à pouvoir l'utiliser pour se défendre.

Un membre fait remarquer qu'il est question ici de l'impossibilité de mettre par écrit une déclaration pour des raisons physiques et non de l'incapacité de faire une déclaration.

En outre, l'orateur estime que la philosophie de cette disposition doit être clairement reflétée. On attend du patient une déclaration qui soit consignée dans un écrit. Si le patient n'est pas en état de le faire, il y a lieu de faire appel à un tiers.

Un membre estime que l'amendement proposé accorde un rôle trop important au tiers, qui devient en quelque sorte un mandataire et se voit confier une trop grande responsabilité.

L'oratrice suivante signale que le nouveau texte se base trop sur la confiance mutuelle et ne comporte pas suffisamment de garanties. Elle ne peut donc marquer son accord sur le texte proposé.

Un membre considère que la disposition proposée implique qu'une seule personne de mauvaise foi peut provoquer la mort du patient. En effet, une seule personne, qui ne doit même pas avoir de compétences médicales, peut juger que le patient est dans l'impossibilité de rédiger et de signer la déclaration, et décider de le faire elle-même. Elle peut en porter témoignage. De plus, au cours de ce processus, aucune autre personne ne doit vérifier la teneur de la demande ni contrôler le respect des critères de prudence. C'est inouï: une fois écrit par un individu de mauvaise foi, le document peut signifier la mort d'une personne.

Un autre membre n'approuve pas l'interprétation de l'orateur précédent. Il estime néanmoins utile de reconsidérer le libellé de l'amendement et, le cas échéant, de l'adapter.

Amendement n° 81

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 81) tendant à supprimer le § 4 de l'article 3 proposé. En effet, ce paragraphe fait fondamentalement obstacle à la présente proposition de loi, attendu qu'elle offre également la possibilité à un patient non terminal de demander l'euthanasie.

Le § 4 instaure, pour ce groupe de personnes, une condition de procédure supplémentaire en ce qui

king tot de euthanasie, zoals werd gesuggereerd tijdens de hoorzittingen.

De indieners van het amendement hebben immers een duidelijke bedoeling: het criterium «medisch uitzichtloze situatie» — en de vraag blijft nog steeds wat men daar precies mee bedoelt —, zorgt er, samen met het criterium «aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening», voor dat patiënten die lijden aan ongeneeslijke ziekten onder deze wet vallen, ook al bevinden ze zich niet in de zogenaamde «terminale» fase van de ziekte.

Het criterium «ernst van de aandoening» is immers geen drempel; het verliest elke betekenis aangezien het voorstel volledig de klemtoon legt op het subjectieve beeld dat een persoon kan hebben van zijn toestand (het gevoel van nood volstaat). Welke ziekten of handicaps zullen als ernstig beschouwd worden en wie zal zich daarover uitspreken tenzij de patiënt zelf? Het is immers deze laatste die uiteindelijk oordeelt over de medisch uitzichtloze situatie. De omschrijving is van toepassing op personen die vanaf hun geboorte of ten gevolge van een ongeval aan een fysieke handicap lijden (bijvoorbeeld een motorische handicap aan de benen), op personen die aan een ernstige (?) maar niet-dodelijke ziekte lijden (mucoviscidose, diabetes, blindheid, multiple-sclerose, spierziekten, hartziekten, ziekte van Alzheimer, ...) en zelfs geestelijk gehandicapt, voor zover zij niet handelingsonbekwaam verklaard zijn en hun verzoek aan de wettelijke voorwaarden voldoet (uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, duurzaam, ... verzoek), of personen die in een blijvende noodtoestand verkeren, bijvoorbeeld chronisch depressieven, of mensen die permanent zelfmoordneigingen hebben en willen sterven.

Weliswaar is voor het euthanasiëren van personen die kennelijk niet op korte termijn zullen overlijden, voorzien in een procedure van verplichte consultatie van een tweede arts, namelijk een psychiater of een specialist in de betrokken pathologie. Maar dat lijkt geen voldoende waarborg. Spreken over een «medisch uitzichtloze toestand» heeft bovendien nog minder zin voor zieken die zich niet in een stervensfase bevinden dan voor zieken die wel in die toestand verkeren. Wie kan zeggen of een medische situatie werkelijk uitzichtloos is als de persoon in kwestie nog een goede levenskans heeft?

Volgens het lid is euthanasie op personen die niet in een stervensfase verkeren, een heel ander probleem. Dit moet ook tot uiting komen in voorliggend wetsvoorstel. In de buitenlandse medische literatuur is dat onderscheid altijd al gemaakt. Het is dus niet wenselijk om de euthanasie op patiënten in een stervensfase in eenzelfde wet onder te brengen als hulp bij zelfdoding. De commissiebesprekingen en de hoorzittingen waren hoofdzakelijk gewijd aan euthanasie en de

concerne l'euthanasie, comme suggéré au cours des auditions.

En tout état de cause, l'intention des auteurs de l'amendement est claire: le cumul du critère de «situation médicale sans issue» — la question de savoir ce qu'on entend par là restant posée — avec le critère «souffrance ou détresse constante et insupportable qui ne peut être apaisée, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable» signifie que des patients atteints d'une maladie incurable sont visés par cette loi, même s'ils ne se trouvent pas dans la phase dite «terminale» de la maladie.

En fait, le critère «gravité de l'affection» ne constitue pas un seuil; il perd toute signification dès lors que la proposition met entièrement l'accent sur l'idée subjective qu'une personne peut avoir de son état (le sentiment de détresse suffit). Quelles maladies, quels handicaps seront considérés comme graves et qui se prononcera à ce sujet, si ce n'est le patient lui-même? Car c'est ce dernier qui, finalement, juge de la situation médicale sans issue. La définition s'applique à des personnes qui, de naissance ou à la suite d'un accident, souffrent d'un handicap physique (par exemple un handicap moteur aux jambes), à des personnes atteintes d'une maladie grave (?) mais non mortelle (mucoviscidose, diabète, cécité, sclérose en plaques, maladies musculaires, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer, ...) et même aux handicapés mentaux, pour autant qu'ils n'aient pas été déclarés incapables juridiquement et que leur demande réponde aux conditions fixées par la loi (demande expresse, non équivoque, persistante, ...), ou à des personnes qui se trouvent dans une situation de détresse persistante, comme les dépressifs chroniques et les personnes qui ont des tendances suicidaires permanentes et veulent mourir.

Il est vrai qu'en ce qui concerne l'euthanasie de personnes dont, manifestement, le décès n'interviendra pas à brève échéance, on a prévu une procédure de consultation obligatoire d'un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée. Mais cela ne semble pas être une garantie suffisante. En outre, parler d'une «situation médicale sans issue» est encore plus vide de sens pour des malades qui ne sont pas en fin de vie que pour ceux qui le sont. Qui peut dire qu'une situation médicale est réellement sans issue lorsque la personne concernée a encore une espérance de vie importante?

Selon l'intervenant, l'euthanasie pratiquée sur une personne qui ne se trouve pas en phase terminale est un tout autre problème. Cela doit également être précisé dans la présente proposition de loi. Dans la littérature médicale étrangère, cette distinction est toujours présente. Il n'est donc pas souhaitable que l'euthanasie des patients en phase terminale et le suicide assisté fassent l'objet d'une seule et même législation. Les débats en commission et les auditions

bezinning over hulp bij zelfdoding is nog lang niet afgerond.

Tijdens de hoorzittingen is erop gewezen dat de wetgeving betreffende euthanasie en *a fortiori* betreffende hulp bij zelfdoding er juist komt op een ogenblik dat in onze maatschappij steeds meer zelfmoorden voorkomen.

Heeft de samenleving voor deze kwetsbare personen, die moeten leven met een ziekte of de gevolgen van een ongeval, echt geen ander antwoord dan hen gelijk te geven als ze willen sterven omdat zij zich nutteloos voelen?

De wetgeving hierover zal in elk geval rekening moeten houden met de plicht van artsen om steeds te proberen het leven te redden van een patiënt die buiten bewustzijn is ten gevolge van een zelfmoordpoging [zie bijvoorbeeld de verklaring van de rechten van de patiënt van Lissabon (AMM, 1995)].

Een lid merkt op dat het amendement nr. 81 de essentie raakt van het debat over de euthanasie voor de niet-terminale patiënten.

Zij verwijst naar eerdere tussenkomsten van sommige indieners van het wetsvoorstel, die poneerden dat het onderscheid tussen terminale en niet-terminale patiënten niet te maken viel en slechts steunde op een subjectief oordeel van een arts. Blijkbaar zijn de indieners van het amendement nr. 14 tot een ander inzicht gekomen, daar zij thans wél een onderscheid maken tussen terminale en niet-terminale patiënten, wat de procedure betreft. De vraag is derhalve wat precies bedoeld wordt met een patiënt die «kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden». Is het alleen de eerste arts die hierover oordeelt? Moet ook de tweede arts zich daarover uitspreken? Dit is niet duidelijk.

Het amendement nr. 14 zegt dat een andere arts, die psychiater is of specialist in de betrokken aandoening, moet worden geraadpleegd. Het gaat om ondraaglijke pijn of nood die niet kan gelenigd kan worden. Is het zo dat, indien er sprake is van «nood» de psychiater een oordeel moet uitspreken en dat, indien er sprake is van fysieke «pijn» de specialist erbij moet worden betrokken? Of is het integendeel om het even wie de tweede arts is?

Een van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 en van amendement nr. 14 verwijst voor het antwoord op enkele gestelde vragen naar de algemene bespreking van het wetsvoorstel en naar de algemene inleiding van het amendement nr. 14. Onder meer de vraag wat onder een «ongeneeslijke ziekte» moet worden verstaan werd daarin uitvoerig behandeld.

De vorige spreker replicert dat zij thans specifieke vragen stelt die niet aan bod zijn gekomen tijdens de algemene bespreking, met name over de rol en de kwalificatie van de tweede arts en over de draagwijdte van de woorden die worden gehanteerd in de

ont essentiellement porté sur l'euthanasie et la réflexion sur le suicide assisté est loin d'être terminée.

Au cours des auditions, il a été souligné que la législation relative à l'euthanasie et, *a fortiori*, au suicide assisté, se réalise au moment où, précisément, le nombre de suicides au sein de notre société ne cesse d'augmenter.

La société n'a-t-elle vraiment aucune autre réponse à donner aux personnes fragilisées, malades ou accidentées, que de leur dire qu'elles ont raison de vouloir mourir parce qu'elles se sentent inutiles?

Quoi qu'il en soit, la législation en la matière devra tenir compte de l'obligation des médecins de toujours essayer de sauver la vie d'un patient inconscient à la suite d'une tentative de suicide [*cf.* par exemple, la Déclaration sur les droits du patient de Lisbonne (AMM, 1995)].

Une intervenante souligne que l'amendement n° 81 a trait à l'essence même du débat relatif à l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale.

Elle se réfère à des interventions antérieures de certains auteurs de la proposition de loi, qui ont avancé l'idée qu'il n'y avait pas lieu de faire la distinction entre patients terminaux et non terminaux, celle-ci n'étant basée que sur un avis subjectif d'un médecin. Les auteurs de l'amendement n° 14 ont manifestement changé d'opinion, étant donné qu'à présent, pour ce qui concerne la procédure, ils font bel et bien une distinction entre patients terminaux et non terminaux. La question est donc de savoir ce que l'on veut dire exactement lorsqu'on parle d'un patient qui, manifestement, ne décèdera pas à brève échéance. Le premier médecin est-il le seul à en juger? Le deuxième médecin doit-il aussi se prononcer? Ce n'est pas clair.

L'amendement n° 14 précise qu'un autre médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie en question, doit être consulté. Il est question d'une souffrance ou d'une détresse insupportable qui ne peut être apaisée. Cela signifie-t-il qu'en cas de «détresse», c'est un psychiatre qui doit émettre un avis, tandis que pour la souffrance physique, il est fait appel au spécialiste? À moins que l'on n'attache pas d'importance au domaine de spécialisation du deuxième médecin?

Un des auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 et de l'amendement n° 14 renvoie, pour la réponse à quelques questions, à la discussion générale de la proposition de loi ainsi qu'à l'introduction générale de l'amendement n° 14. La question de savoir ce qu'on entend par «maladie incurable» y a notamment été largement développée.

L'intervenante précédente réplique qu'elle pose maintenant des questions spécifiques, qui n'ont pas été traitées lors de la discussion générale, et qui ont trait notamment au rôle et à la qualification du deuxième médecin ainsi qu'à la portée de mots figu-

tekst. Waarom moet de tweede arts wél oordelen of het verzoek uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is, terwijl de eerste geraadpleegde arts dit niet moet doen?

Een andere moeilijkheid is gelegen in het verloop van de maand, waarvan sprake in het 2^o van paragraaf 4. Gaat het hier om een louter procedurele kwestie of moeten, na afloop van deze maand, alle grondvoorwaarden onverkort vervuld blijven? Vermits diegenen die later voorliggende wet zullen toepassen met deze vragen zullen worden geconfronteerd, is het antwoord op deze precieze vragen van enorm belang.

De vorige interveniënt antwoordt dat de achterliggende filosofie van het amendement nr. 14 hierin gelegen is, dat de omstandigheden worden gedefinieerd wanneer er géén misdrijf is. Wanneer men niet voldoet aan alle voorwaarden die worden opgesomd, is er derhalve wél sprake van een misdrijf en is het gemeen strafrecht van toepassing. Het is precies de bedoeling van § 4 om bijkomende waarborgen te verschaffen voor de euthanasie die wordt gepleegd op niet-terminale patiënten. Vandaar dat de tweede geraadpleegde arts daadwerkelijk moet nagaan of aan de grondvoorwaarden is voldaan.

Met betrekking tot de termijn van één maand, waarvan sprake in het 2^o, merkt het lid op dat deze wordt voorgesteld omdat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden. Voor de terminale patiënten heeft het uiteraard geen zin om nog een bijkomende termijn in te schrijven omdat dit zou kunnen betekenen dat de patiënt helemaal geen antwoord krijgt op zijn verzoek, hetgeen bijzonder onmenselijk zou zijn. Vanzelfsprekend heeft men meer tijd om het verzoek ten gronde te bekijken wanneer het gaat om een niet-terminale patiënt.

De arts oordeelt of de patiënt al dan niet kennelijk binnen afzienbare tijd zal overlijden. Hij dient dan ook te kiezen welke procedure precies dient te worden toegepast. In elk geval moet een andere arts worden geraadpleegd. Ook deze laatste, die het medisch dossier leest en de patiënt zelf onderzoekt, oordeelt of de patiënt al dan niet kennelijk binnen afzienbare tijd zal overlijden. De arts kan overigens steeds twee andere artsen raadplegen, wanneer hij zou twijfelen aan het terminaal karakter. De namen van die artsen en van de patiënt worden opgetekend in het medisch dossier. Wanneer dit naar de evaluatiecommissie wordt overgezonden, wordt het medisch geheim tijdelijk opgeheven. Dit alles biedt voldoende waarborgen om misbruiken te vermijden. Een meer adequate formule kan niet worden gevonden.

Antwoordend op de tweede vraag van de vorige spreker, stelt het lid dat de betrokken arts moet oordelen of een psychiater dan wel een specialist in de aandoening moet worden geraadpleegd. Men kan

rant dans le texte. Pour quelle raison le deuxième médecin doit-il effectivement juger si la demande est expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante, alors que le premier médecin ne doit pas le faire?

Une autre difficulté résulte de la durée d'un mois, dont il est question dans le 2^o du § 4. S'agit-il ici d'une simple question de procédure ou bien toutes les conditions de fond doivent-elles toujours être remplies sans restriction, une fois ce mois écoulé? La réponse à ces questions précises a une grande importance, étant donné que ceux qui, à l'avenir, auront à appliquer la présente loi, y seront confrontés.

L'intervenant précédent répond que, selon la philosophie qui est à la base de l'amendement n^o 14, les circonstances sont définies dans lesquelles il n'y a pas de délit. En conséquence, si l'on ne satisfait pas à toutes les conditions énumérées, il s'agit bien d'un délit et le droit pénal est alors applicable. L'objectif du § 4 est précisément d'offrir des garanties complémentaires en ce qui concerne l'euthanasie pratiquée sur des patients non terminaux. C'est la raison pour laquelle le deuxième médecin doit effectivement vérifier si les conditions de fond sont bien respectées.

L'intervenant souligne que le délai d'un mois, dont il est question au 2^o, est proposé parce que, manifestement, le patient ne décèdera pas à brève échéance. Pour les patients terminaux, cela n'a bien entendu aucun sens de prévoir encore un délai supplémentaire, car cela signifierait que le patient n'obtiendrait aucune réponse à sa demande, ce qui serait particulièrement cruel. On dispose forcément de davantage de temps pour étudier à fond la demande quand celle-ci est faite par un patient qui n'est pas en phase terminale.

Le médecin juge si, manifestement, le décès du patient interviendra ou non à brève échéance. Il doit donc aussi opter pour la procédure qui devra être appliquée. En tout état de cause, un autre médecin doit être consulté. Celui-ci doit également se prononcer, après avoir lu le dossier et examiné lui-même le patient, sur le caractère imminent ou non du décès. Le médecin peut d'ailleurs toujours consulter deux autres médecins s'il a des doutes au sujet du caractère terminal. Les noms de ces médecins et du patient sont consignés dans le dossier médical. Quand celui-ci est transmis à la commission d'évaluation, le secret médical est temporairement levé. Tout cela offre suffisamment de garanties pour éviter les abus. Il est impossible de trouver une formule plus adéquate.

Répondant à la deuxième question de l'intervenante précédente, le membre considère que le médecin concerné doit décider s'il y a lieu de consulter un psychiatre ou un spécialiste de la pathologie en

onmogelijk in een wettekst vastleggen wanneer een arts een specialist moet raadplegen en wanneer niet. Dit is de verantwoordelijkheid van de geneesheer in kwestie.

Het feit dat twee artsen moeten geraadpleegd worden, en dat dezen het verzoek van de patiënt dienen te beoordelen, geeft aan dat de euthanasievraag van niet-terminale patiënten met nog grotere aandacht moet worden onderzocht dan de vraag van terminale patiënten, hoewel ook bij deze laatste categorie uiterst waakzaam moet worden opgetreden.

Spreekster zegt de persoonlijke overtuiging te hebben dat de voorwaarden, die voor terminale patiënten worden ingeschreven, voldoende streng zijn om ook misbruiken uit te sluiten bij niet-terminale patiënten. Andere senatoren waren evenwel van oordeel dat de problematiek van de niet-terminale patiënten bijzonder delicaat is, zelfs met de bijkomende garanties. Deze bijkomende garanties bieden echter voldoende zekerheid dat geen misbruiken zullen plaatsvinden. Het lid vindt zichzelf slecht geplaatst om te weigeren op een euthanasieverzoek in te gaan wanneer dit afkomstig is van een patiënt die, hoewel hij niet-terminaal is, ongeneeslijk ziek is en waardig wenst te sterven.

Tenslotte wenst spreker, louter indicatief, aan te geven dat indien een arts concludeert dat een bepaalde patiënt mogelijk binnen een termijn van een maand zal overlijden, er zeker geen sprake kan zijn van een niet-terminale patiënt, waarop § 4 van toepassing is. Wanneer men deze procedure wél zou toepassen, zou men de patiënt voorliegen omdat deze wellicht zal overlijden vooraleer de termijn van één maand verstreken is en bijgevolg niet meer op zijn euthanasieverzoek kan worden ingegaan.

Een lid meent dat het debat over het amendement nr. 81 nauw verbonden is met de discussie of euthanasie, binnen het kader van dit wetsvoorstel, ook kan worden toegepast voor de niet-terminale patiënten. Mocht men toch besluiten euthanasie mogelijk te maken voor deze patiënten, dienen vanzelfsprekend bijkomende waarborgen te worden verschaft. Dit gebeurt best in een afzonderlijk artikel. Spreekster meent dat dit hoe dan ook een zeer onvoorzichtige stap zou zijn. Hierover moet eenieder in eer en geweten beslissen.

Het lid onderstreept dat het maken van het onderscheid tussen patiënten die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden en andere patiënten perfect mogelijk is. In tegenstelling tot hetgeen beweerd werd tijdens de hoorzittingen, kan de arts oordelen of een patiënt al dan niet in een terminale fase verkeert. Volgens de vorige spreker moet ook de eerste en desgevallend de tweede geraadpleegde arts daaromtrent een oordeel uitspreken.

question. Il est impossible de fixer dans un texte de loi dans quelles circonstances un médecin doit ou ne doit pas consulter un spécialiste. Cela relève de la responsabilité du médecin concerné.

Le fait que deux médecins doivent être consultés et que ceux-ci doivent juger de la demande du patient, indique que la demande d'euthanasie de patients non terminaux doit être étudiée avec une attention encore plus grande que les demandes de patients terminaux, bien que pour cette dernière catégorie, on doive aussi faire preuve d'une extrême vigilance.

L'intervenant dit avoir la conviction personnelle que les conditions fixées pour les patients terminaux sont suffisamment strictes pour exclure aussi les abus chez des patients non terminaux. D'autres sénateurs estiment cependant que la problématique des patients non terminaux demeure particulièrement délicate, malgré les garanties complémentaires. Celles-ci sont toutefois suffisamment solides pour empêcher les abus. Le membre estime qu'il est mal placé pour refuser de donner suite à une demande d'euthanasie émise par un patient qui, bien qu'il ne soit pas terminal, est atteint d'une maladie incurable et souhaite mourir dans la dignité.

Enfin, l'intervenant souhaite signaler, à titre purement indicatif, que lorsqu'un médecin juge qu'il est possible qu'un patient déterminé meure dans le délai d'un mois, on ne peut assurément pas considérer qu'il s'agit d'un patient non terminal pour lequel le § 4 est d'application. Appliquer quand même cette procédure reviendrait à mentir au patient, puisque celui-ci mourra peut-être avant que le délai d'un mois ne se soit écoulé et que, par conséquent, on ne pourra plus répondre à sa demande d'euthanasie.

Un membre estime que le débat au sujet de l'amendement n° 81 est étroitement lié à la discussion portant sur le fait de savoir si, dans le cadre de cette proposition de loi, l'euthanasie peut aussi être pratiquée sur des patients non terminaux. Si l'on décidait quand même de rendre l'euthanasie possible pour ces patients, il faudrait évidemment offrir des garanties complémentaires. L'idéal serait de les préciser dans un article séparé. L'intervenante estime que, de toute façon, il s'agirait là d'une démarche très imprudente. Sur ce point, chacun doit décider en son âme et conscience.

Le membre souligne qu'il est parfaitement possible de faire la distinction entre des patients dont, manifestement, le décès n'interviendra pas à brève échéance, et les autres patients. Contrairement à ce qui a été affirmé pendant les auditions, le médecin peut juger si le patient se trouve ou non en phase terminale. Selon l'intervenant précédent, le premier médecin doit se prononcer à ce sujet tout comme, le cas échéant, le deuxième médecin qui a été consulté.

De vorige spreker preciseert dat het, zijns inziens, tot de verantwoordelijkheid behoort van de arts die het verzoek tot euthanasie ontvangt en die het antwoord aan de patiënt dient te geven om te besluiten of de betrokkene al dan niet terminaal is. De tweede en desgevallend de derde arts onderzoekt de patiënt en neemt inzage in het medisch dossier, maar neemt niet de verantwoordelijkheid voor de beslissing in verband met het al dan niet terminaal karakter.

De vorige spreekster vervolgt dat niet enkel de namen van de geraadpleegde geneesheren in het medisch dossier staan, maar ook hun verslag. Mocht door het parket achteraf een onderzoek worden gevoerd naar de precieze omstandigheden in verband met de gepleegde euthanasie, kan het ook kennis nemen van de opvatting van de eerste en de tweede geconsulteerde artsen. Dit is van enorm belang, vermits hierin de verzekering ligt dat de betrokken geneesheren in dergelijke delicate omstandigheden voldoende zorgvuldigheid aan de dag zullen leggen om ontsporingen te vermijden. Zeker in de gevallen waarin enige twijfel over het al dan niet terminaal karakter gerechtvaardigd is, hebben de artsen er zeer veel belang bij om zeer zorgvuldig te handelen. Hoewel het lid zegt zeer terughoudend te staan tegenover euthanasie die zou worden toegepast op niet-terminale patiënten, is het correct om dit punt te onderstrepen.

Waarover echter minder duidelijkheid bestaat, is over de termijn van minstens één maand, die moet verlopen tussen het oorspronkelijke verzoek van de niet-terminale patiënt en het toepassen van de euthanasie. Vooreerst merkt spreekster op dat wordt gesproken over een termijn van minstens één maand. Eén maand is derhalve een strikt minimum en de arts kan oordelen dat een langere termijn vereist is. Voorts veronderstelt het lid dat de betrokken geneesheer in het medisch dossier melding moet maken van de datum waarop voor het eerst het verzoek tot euthanasie werd geformuleerd.

Er wordt bevestigd dat vanaf het moment dat een euthanasieverzoek voor het eerst wordt geformuleerd een medisch dossier wordt opgemaakt waarin de datum van dit eerste verzoek wordt opgetekend. Dit geldt overigens zowel voor de terminale als voor de niet-terminale patiënten.

De vorige spreekster repliceert dat, vermits in beide gevallen sprake is van een aandoening die door ongeval of ziekte werd veroorzaakt, de betrokkene zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt. Er bestaat dus al een medisch dossier op het ogenblik van het eerste verzoek tot euthanasie; het moet op dit ogenblik niet meer worden opgemaakt. De datum van dit eerste verzoek moet worden opgetekend in het dossier.

L'intervenante précédente précise que, selon lui, il relève de la responsabilité du médecin qui reçoit la demande d'euthanasie et qui doit donner la réponse au patient, de décider si oui ou non le patient est en phase terminale. Le deuxième médecin et, le cas échéant, le troisième médecin, examinent le patient et prennent connaissance du dossier médical, mais ne prennent pas la responsabilité de la décision concernant le caractère terminal ou non.

L'intervenante précédente poursuit en disant que non seulement les noms des médecins consultés figurent dans le dossier médical, mais aussi leur rapport. Si par la suite, le parquet devait mener une enquête au sujet des circonstances précises dans lesquelles l'euthanasie a été pratiquée, il pourrait également prendre connaissance du point de vue des premier et deuxième médecins consultés. C'est extrêmement important, parce que cela garantit que, dans des circonstances aussi délicates, les médecins concernés feront preuve de suffisamment de prudence pour éviter toute dérive. Les médecins ont particulièrement intérêt à agir très prudemment dans les cas pour lesquels on peut légitimement avoir des doutes quant au caractère terminal ou non. Bien que le membre affirme être très réticent face à l'euthanasie qui serait pratiquée sur des patients non terminaux, il est correct de souligner ce point.

La situation est moins claire en ce qui concerne le délai d'au moins un mois qui doit s'écouler entre la demande initiale du patient non terminal et l'acte d'euthanasie. Tout d'abord, l'intervenante fait remarquer qu'il est question d'un délai d'au moins un mois. Un mois est donc un strict minimum et le médecin peut estimer qu'un délai plus long est nécessaire. De plus, l'intervenante suppose que le médecin concerné doit mentionner dans le dossier médical la date à laquelle la demande d'euthanasie a été exprimée pour la première fois.

Il est confirmé que, dès le moment où une demande d'euthanasie est formulée pour la première fois, un dossier médical est constitué et que la date de cette première demande y est notée. Cela vaut d'ailleurs aussi bien pour les patients terminaux que non terminaux.

L'intervenante précédente réplique que, comme dans les deux cas, il est question d'une affection d'origine accidentelle ou pathologique, l'intéressé se trouve dans une situation médicale sans issue. Il existe donc déjà un dossier médical au moment de la première demande d'euthanasie et il n'y a pas lieu d'en constituer un à ce moment-là. La date de cette première demande d'euthanasie doit être consignée dans le dossier.

Een lid merkt op dat uit de debatten blijkt dat iedereen het er over eens is dat het eerste verzoek tot euthanasie niet noodzakelijk een schriftelijk verzoek is. Volgens een vorige spreker begint de termijn van één maand reeds te lopen vanaf het ogenblik dat het eerste verzoek tot euthanasie wordt gesteld. In § 5 daarentegen wordt slechts gesteld dat het schriftelijk verzoek van de patiënt in het medisch dossier wordt opgenomen. Er bestaat in de voorgestelde tekst derhalve enige onduidelijkheid, vermits volgens § 5 enkel het «schriftelijke» verzoek moet worden opgetekend in het medisch dossier, terwijl overeenkomstig § 4, 2^o, minstens één maand moet verlopen tussen het «oorspronkelijke» verzoek — dat niet noodzakelijk schriftelijk is — en de euthanasie.

Een andere onduidelijkheid betreft het moment waarop de tweede geconsulteerde arts de kwaliteit van het verzoek — met name of het uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is — moet beoordelen. Dient dit te gebeuren in het begin of op het einde van de maand?

De vorige spreekster is het eens dat niet enkel het schriftelijk verzoek, maar ook het oorspronkelijke verzoek en, à la limite, alle verzoeken moeten opgetekend worden in het medisch dossier, dat zo volledig mogelijk moet zijn. Dit dient te worden besproken in § 5 van artikel 3.

Een lid merkt op dat, als gevolg van de vrees van sommigen dat euthanasie zou worden toegepast op patiënten waarvan het niet zeker is dat het verzoek daadwerkelijk werd geformuleerd, in het amendement nr. 14 een § 2 wordt voorgesteld, volgens hetwelk een aantal waarborgen werden ingeschreven betreffende het verzoek van de patiënt. Deze waarborgen gelden voor alle gevallen, zowel voor de terminale als voor de niet-terminale patiënt. Zij hebben onder meer betrekking op het schriftelijk karakter van het verzoek, op de ondertekening ervan door de patiënt en op de getuigen.

Een ander lid is het niet eens met de volgende zin uit de verantwoording bij het amendement nr. 81: «Heeft de samenleving voor deze kwetsbare personen, die moeten leven met een ziekte of de gevolgen van een ongeval, echt geen ander antwoord dan hen gelijk te geven als ze willen sterven omdat zij zich nutteloos voelen?» Daarover gaat het vanzelfsprekend niet in het voorstel nr. 2-244. Het amendement nr. 14 heeft als doel aan te duiden dat bepaalde medische, fysieke of psychische aandoeningen aan de grondslag liggen van een verzoek tot euthanasie. Op deze wijze wordt de vraag geobjectiveerd, hoewel ook subjectieve elementen blijven meespelen, zoals de vraag of een bepaalde pijn al dan niet kan gelenigd worden. Niettemin is vereist dat een arts vaststelt dat een medische aandoening aanwezig is. Het loutere feit dat men zich nutteloos voelt in de samenleving heeft

Un membre fait observer qu'il ressort des débats que tout le monde est d'accord sur le fait que la première demande d'euthanasie n'est pas nécessairement une demande écrite. Selon un intervenant précédent, le délai d'un mois commence déjà à courir dès le moment où la première demande d'euthanasie est exprimée. Par contre, au § 5, il est seulement précisé que la demande écrite du patient doit figurer dans le dossier. Le texte proposé manque de précision, étant donné qu'en vertu du § 5, seule la demande «écrite» doit être consignée dans le dossier, alors que conformément au § 4, 2^o, un mois au moins doit s'écouler entre la demande «initiale», qui n'est pas nécessairement faite pas écrit, et l'euthanasie.

Une autre imprécision a trait au moment auquel le deuxième médecin consulté doit juger des caractéristiques de la demande, à savoir vérifier si cette demande est expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et constante. Cela doit-il se faire au début où à la fin du mois?

L'intervenante précédente est d'accord sur le fait que non seulement la demande écrite, mais aussi la demande initiale et, à la limite, toutes les demandes doivent être consignées dans le dossier médical, lequel doit être aussi complet que possible. Il convient de le préciser au § 5 de l'article 3.

Un membre fait observer qu'en raison de la crainte qu'éprouvent certains de voir l'euthanasie pratiquée sur des patients pour lesquels il n'est pas certain qu'une demande ait effectivement été formulée, un § 2 est proposé par l'amendement n^o 14, selon lequel une série de garanties ont été prévues concernant la requête du patient. Ces garanties valent pour tous les cas, tant pour les patients terminaux que non terminaux. Elles ont trait notamment au caractère écrit de la requête et à sa signature par le patient, ainsi qu'aux témoins.

Un autre membre n'approuve pas une phrase qui figure dans la justification de l'amendement n^o 81: «La société n'a-t-elle vraiment aucune autre réponse à donner aux personnes fragilisées, accidentées ou malades que de leur dire qu'elles ont raison de vouloir mourir parce qu'elles se sentent inutiles?» Il n'est évidemment pas question de cela dans la proposition n^o 2-244. L'amendement n^o 14 a pour objectif d'indiquer que des affections médicales, physiques ou psychiques déterminées sont à la base de la demande d'euthanasie. De cette manière, la demande est objectivée, bien que des éléments subjectifs continuent à intervenir, comme la question de savoir si une souffrance déterminée ne peut être soulagée. Néanmoins, on exige qu'un médecin constate l'existence d'une affection médicale. Le simple fait de se sentir inutile dans la société n'est aucunement visé par la proposi-

hiermee niets te maken en wordt niet bedoeld in het wetsvoorstel nr. 2-244. Hier is dan ook sprake van een intentieproces in hoofde van de indieners van het amendement nr. 81.

Bovendien is het zo dat geen enkele wettekst perfect kan beantwoorden aan alle situaties waarbinnen euthanasie gerechtvaardigd kan zijn. Spreker benadrukt dat, wanneer iemand buiten de voorwaarden van artikel 3 zou vallen, nog steeds een beroep kan worden gedaan op de noodtoestand, zoals dit vandaag het geval is.

Amendementen nrs. 128, 129 en 130

De heer Galand dient drie amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendementen nrs. 128, 129 en 130), die beogen de bepalingen van § 4 te schrappen in het artikel 3 (subamendement nr. 128 op amendement nr. 14) en op te nemen in een afzonderlijk artikel *3bis* (subamendement nr. 129 op amendement nr. 14). Het amendement nr. 130 (subamendement op amendement nr. 129) betreft een louter formele wijziging in de libellering van de tekst.

Eén en ander is bedoeld om in het wetsvoorstel een grotere duidelijkheid te creëren door de euthanasie voor de terminale patiënten en voor de niet-terminale patiënten elk in een afzonderlijk artikel te behandelen. Aan deze laatste categorie worden immers bijkomende voorwaarden verbonden omdat een grotere omzichtigheid vereist is. Beide situaties zijn niet met mekaar te vergelijken.

Een van de indieners van amendement nr. 14 is het niet eens met de vorige spreker en meent dat het onderscheid tussen beide categorieën goed tot uiting komt in artikel 3. Hierin wordt immers duidelijk aangegeven dat, voor niet-terminale patiënten, bijkomende voorwaarden worden ingeschreven die de reeds bestaande voorwaarden, die voor alle patiënten gelden, aanvullen. Een afzonderlijk artikel zou het verband tussen beide groepen en het bijkomend karakter van de voorwaarden van § 4 precies verzwakken.

De bijkomende termijn van één maand, die niet geldt voor de terminale patiënten, begint voor de niet-terminale patiënten te lopen vanaf het ogenblik dat er een materiële aanwijzing is dat het verzoek tot euthanasie voor het eerst wordt gesteld.

Een lid is het eens met de vorige spreker, maar wenst voor alle duidelijkheid te benadrukken dat de ganse procedure reeds een aanvang neemt op het ogenblik van het eerste verzoek, en niet op het moment waarop alle formaliteiten, die door § 2 worden voorgeschreven, zijn vervuld.

De vorige spreker vervolgt dat, vooraleer euthanasie toe te passen op niet-terminale patiënten, een tweede arts dient te worden geraadpleegd en dat er

tion de loi n° 2-244. Les auteurs de l'amendement n° 81 font donc ici un procès d'intention.

Du reste, aucun texte de loi ne peut répondre parfaitement à toutes les situations pour lesquelles l'euthanasie peut être justifiée. L'intervenant insiste sur le fait que, pour une personne qui ne répondrait pas aux conditions de l'article 3, il est encore toujours possible d'invoquer l'état de nécessité, comme c'est le cas actuellement.

Amendements n°s 128, 129 et 130

M. Galand dépose trois amendements (doc. Sénat, n° 2-244/9, amendements n°s 128, 129 et 130), tendant à supprimer les dispositions du § 4 de l'article 3 (sous-amendement n° 128 à l'amendement n° 14) et à les inclure dans un article *3bis* séparé (sous-amendement n° 129 à l'amendement n° 14). L'amendement n° 130 (sous-amendement à l'amendement n° 129) concerne une simple modification du libellé du texte.

L'un et l'autre ont pour objectif de créer une plus grande clarté dans la proposition de loi en traitant l'euthanasie dans des articles séparés selon qu'il s'agit de patients en phase terminale ou non. Pour cette dernière catégorie en effet, des conditions complémentaires sont prévues, car une plus grande prudence est exigée. Les deux situations ne peuvent être comparées.

Un des auteurs de l'amendement n° 14 n'est pas d'accord avec l'orateur précédent et estime que la distinction entre les deux catégories est bien exprimée dans l'article 3 où il est clairement indiqué que, pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, on a fixé des conditions supplémentaires qui complètent les conditions existantes valables pour tous les patients. Un article séparé atténuerait précisément le lien entre les deux groupes et le caractère complémentaire des conditions du § 4.

Le délai complémentaire d'un mois, qui n'est pas valable pour les patients en phase terminale, commence à courir, pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, dès que l'on a une indication matérielle d'une première demande d'euthanasie.

Un membre est d'accord avec l'orateur précédent mais, pour plus de clarté, il souhaite insister sur le fait que l'ensemble de la procédure commence déjà dès l'instant de la première demande et non au moment où toutes les formalités prescrites au § 2 sont remplies.

L'orateur précédent poursuit en disant qu'avant de pratiquer l'euthanasie sur des patients qui ne sont pas en phase terminale, un deuxième médecin doit être

een interval van één maand moet worden ingelast om zich te vergewissen van het verzoek tot euthanasie. Ten behoeve van de vorige spreker preciseert hij dat deze termijn ingaat vanaf het ogenblik dat er een schriftelijk verzoek tot euthanasie is. Dit verhindert echter niet dat de ganse, algemene procedure die in artikel 3 werd uitgewerkt reeds begint te lopen vanaf het ogenblik dat het verzoek wordt geformuleerd, in welke vorm ook.

Een vorige spreker meent dat, indien de interpretatie die door de vorige spreker aan § 3 wordt gegeven de juiste is, het wenselijk is dat er een amendement wordt ingediend waarbij het woord «oorspronkelijk» wordt vervangen door het woord «schriftelijk». Hierdoor wordt elke twijfel of onduidelijkheid weggenomen.

Het lid zegt begrip te hebben voor de bedoeling van de indiener van de amendementen nrs. 128, 129 en 130 om een duidelijk onderscheid te maken tussen de terminale en de niet-terminale patiënten door voor elk van beide categorieën een apart artikel te voorzien. Mochten deze amendementen daadwerkelijk worden aangenomen, dan moet in het voorgestelde artikel 3bis wel een bepaling worden ingevoegd waaruit blijkt dat ook voor de niet-terminale patiënten de voorwaarden en de procedures, opgelegd door de wet, moeten worden nageleefd. De procedure en de voorwaarden die in artikel 3 worden ingeschreven voor de terminale patiënten gelden immers ook voor de niet-terminale patiënten.

De vorige spreker onderschrijft deze stelling.

Een senator is van mening dat de discussie die werd gevoerd over het schriftelijk verzoek tot euthanasie en het belang dat hieraan wordt gehecht aantoonde dat de amendementen nrs. 128, 129 en 130 de nodige aandacht verdienen. De categorie van de terminale patiënten en de categorie van de niet-terminale patiënten moeten immers duidelijk van mekaar worden onderscheiden. De lezing van het amendement nr. 14, zoals het thans is geformuleerd, kan immers aanleiding geven tot interpretatiemoeilijkheden die kunnen vermeden worden indien men voorliggende amendementen zou aannemen en men twee aparte artikelen zou maken voor elk van beide categorieën.

Een lid is van mening dat, wat haar fractie betreft, de euthanasie voor terminale en voor niet-terminale patiënten evenwaardig moet behandeld worden en derhalve best in één artikel wordt behandeld. Voor deze laatste categorie werden immers bijzondere zorgvuldigheidsvoorwaarden voorzien die aanvullend zijn ten aanzien van de algemene zorgvuldigheidsvereisten.

Een ander lid zegt dat de amendementen nrs. 128, 129 en 130 getuigen van wijsheid, omdat er wel degelijk een onderscheid bestaat tussen beide categorieën. Bovendien is de libellering van § 4 niet heel duidelijk,

consulté et qu'il faut attendre un délai d'un mois afin de s'assurer de la demande d'euthanasie. Il précise, à l'intention de l'orateur précédent, que ce délai prend cours à partir du moment où il existe une demande écrite d'euthanasie. Il n'empêche que toute la procédure générale élaborée à l'article 3 commence déjà à courir à partir du moment où la demande est formulée, sous quelque forme que ce soit.

Une oratrice précédente pense que, si l'interprétation donnée par l'orateur précédent au § 3 est bonne, il est souhaitable de déposer un amendement visant à remplacer le terme «initiale» par le mot «écrite». Ainsi, on dissipe tout doute ou toute imprécision.

L'intervenante dit comprendre l'intention de l'auteur des amendements n^{os} 128, 129 et 130 visant à faire une nette distinction entre les patients en phase terminale et ceux qui ne le sont pas, en prévoyant un article séparé pour chacune des deux catégories. Si ces amendements étaient effectivement adoptés, une disposition devrait être insérée dans l'article 3bis proposé afin de faire apparaître que les conditions et procédures imposées par la loi doivent aussi être suivies pour les patients qui ne sont pas en phase terminale. La procédure et les conditions inscrites à l'article 3 pour les patients en phase terminale sont en effet également valables pour les patients qui ne sont pas en phase terminale.

L'orateur précédent abonde dans ce sens.

Un sénateur estime que la discussion qui a eu lieu sur la demande écrite d'euthanasie et l'importance qui y est accordée démontre que les amendements n^{os} 128, 129 et 130 méritent l'attention nécessaire. La catégorie des patients en phase terminale et celle des patients qui ne sont pas en phase terminale doivent en effet être clairement distinguées l'une de l'autre. La lecture de l'amendement n^o 14, tel que formulé actuellement, peut en effet donner lieu à des difficultés d'interprétation; celles-ci peuvent être évitées si on adopte ces trois amendements et si l'on prévoit des articles séparés pour chacune des deux catégories.

Un membre déclare que, selon son groupe, l'euthanasie doit être traitée de manière équivalente, que les patients soient ou non en phase terminale, et qu'il est donc préférable d'avoir un seul article. Pour la seconde catégorie de patients, on a en effet prévu des critères particuliers de prudence complémentaires aux exigences générales de précaution.

Une autre membre dit que les amendements n^{os} 128, 129 et 130 témoignent de sagesse parce qu'on y fait une nette distinction entre les deux catégories. En outre, le libellé du § 4 n'est pas tout à fait clair, car

omdat wordt gesproken over de raadpleging van een «tweede arts», terwijl het in feite gaat om de derde arts die betrokken is.

Verder is spreekster van mening dat, om elk misverstand weg te werken en het uitzonderlijk karakter van de situatie te benadrukken, alle grondvoorwaarden best opnieuw worden opgesomd. In tegenstelling met de «eerste» geraadpleegde arts, moet de «tweede» geraadpleegde arts immers nagaan of het verzoek uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam is. Ook volgens de indieners van het amendement nr. 14 moet derhalve een grotere omzichtigheid aan de dag worden gelegd voor de niet-terminale patiënten en kan men niet zomaar zeggen dat artikel 3 één geheel is.

Overigens zou het lid het wenselijk achten dat de «tweede» en de «derde» arts precies dezelfde opdracht zouden krijgen zodat beiden de grondvoorwaarden moeten onderzoeken. Het zou voor beide categorieën volstaan dat de arts zou vermelden dat aan de grondvoorwaarden, zoals beschreven in § 1, wordt voldaan.

Spreekster meent tenslotte dat de toelichting, die wordt gegeven bij § 4 van artikel 3, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14, duidelijker aangeeft welk het onderscheid is tussen beide categorieën. De toelichting stelt namelijk dat de procedure, beschreven in § 4, moet worden toegepast «wanneer de arts meent dat de zieke kennelijk niet in een stervensfase verkeert». Dit is een duidelijker formulering dan «indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden».

Een lid benadrukt dat in beide gevallen, zowel voor terminale als voor niet-terminale patiënten, de patiënt de vraag naar euthanasie stelt. Dit gegeven brengt reeds mee dat een zekere uniformiteit in de regelgeving dient te worden nagestreefd. Persoonlijk is het lid van oordeel dat één globale regeling voor beide groepen perfect mogelijk en sluitend is. Niettemin wordt in de tekst het onderscheid gemaakt, hoewel het voor de geneesheer bijzonder moeilijk is te bepalen of een patiënt al dan niet terminaal is. In een globale, uniforme benadering van beide categorieën worden bijkomende zorgvuldigheidsvoorwaarden ingeschreven voor de niet-terminale patiënten, die een zekere vorm van subjectiviteit veronderstellen.

Wanneer een arts meent dat een patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, legt hij zichzelf bijkomende voorwaarden op en maakt hij zijn taak aanzienlijk moeilijker. Hoe dan ook wordt van zijn oordeel melding gemaakt in het medisch dossier. Ook van de andere arts die wordt geraadpleegd, en die perfect weet welke de reden is van zijn consultatie

on y parle de la consultation d'un «deuxième médecin» alors qu'en fait il s'agit du troisième médecin qui est concerné.

En outre, l'oratrice estime que, pour dissiper tout malentendu et insister sur le caractère exceptionnel de la situation, il vaut mieux que toutes les conditions de base soient à nouveau énumérées. Contrairement au «premier» médecin consulté, le «deuxième» médecin consulté doit en effet voir si la demande est formelle, exprimée de plein gré, sans équivoque, mûrie, répétée et permanente. Les auteurs de l'amendement n° 14 estiment également qu'en conséquence, une plus grande prudence s'impose pour les patients qui ne sont pas en phase terminale et que l'on ne peut simplement dire que l'article 3 constitue un ensemble.

Par ailleurs, l'intervenante souhaiterait que le «deuxième» et le «troisième» médecin se voient conférer la même mission, afin que tous deux doivent analyser les conditions fondamentales. Pour les deux catégories de patients, il suffirait que le médecin signale que l'on satisfait aux conditions de base telles que décrites au § 1^{er}.

L'oratrice estime finalement que le commentaire qui est donné au § 4 de l'article 3, comme proposé par l'amendement n° 14, indique clairement la distinction qui est faite entre les deux catégories. Le commentaire stipule en effet que la procédure décrite au § 4 doit être appliquée «pour le traitement de la demande d'un malade que le médecin estime ne pas être, manifestement, dans la phase terminale de sa maladie». Cette formulation est plus claire que «si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance».

Un membre souligne que, dans les deux cas, aussi bien pour les patients en phase terminale que pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, c'est le malade qui exprime la demande d'euthanasie. Cette donnée a déjà pour conséquence qu'une certaine uniformité doit être suivie dans la réglementation. Personnellement, l'intervenant estime qu'une réglementation globale pour les deux groupes serait parfaitement possible et efficace. Néanmoins, le texte fait la distinction, bien qu'il soit particulièrement difficile pour le médecin de déterminer si un patient est oui ou non en phase terminale. Dans une approche globale et uniforme des deux catégories, des critères de prudence complémentaires sont inscrits pour les patients qui ne sont pas en phase terminale; ces critères impliquent une certaine forme de subjectivité.

Lorsqu'un médecin estime qu'un patient ne décèdera manifestement pas à brève échéance, il s'impose lui-même des conditions supplémentaires et il rend sa tâche considérablement plus difficile. Quoi qu'il en soit, son avis est mentionné dans le dossier médical. L'avis de l'autre médecin qui est consulté et qui connaît parfaitement la raison pour laquelle on le

— met name het verzoek tot euthanasie —, wordt de mening neergeschreven in het medisch dossier. Wanneer de arts vindt dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden wordt nog een tweede geneesheer geraadpleegd, wiens bevindingen eveneens in het medisch dossier worden neergeschreven. De vrees die door sommigen wordt geuit dat de wet het makkelijk zal maken om het leven te beëindigen van niet-terminale patiënten, wordt hierdoor juist tegengesproken. In het algemeen zal de betrokken geneesheer eerder geneigd zijn te denken dat het om terminale dan om niet-terminale gevallen gaat, vermits hieraan immers een procedure verbonden is die «minder zwaar» is. Het risico bestaat eerder in tegenovergestelde zin, met name dat wanneer een verzoek tot euthanasie afkomstig is van een terminale patiënt de arts, om zich voldoende in te dekken, toch besluit de «zwaardere» procedure toe te passen. Het is niet uitgesloten dat de terminale patiënt overlijdt vóór de termijn van één maand, voorgeschreven door § 4 voor de niet-terminale patiënten, verloopt en er dus geen gevolg kan worden gegeven aan het euthanasieverzoek.

Het lid merkt evenwel op dat een aantal leden van de verenigde commissies zich niet enkel verzetten tegen de voorwaarden die worden gesteld voor terminale patiënten, maar ook tegen euthanasie voor niet-terminale patiënten en zelfs tegen het wetsvoorstel nr. 2-244 in het algemeen. Wellicht zullen alle antwoorden op de gestelde vragen onvoldoende blijven, wanneer men fundamenteel tegen het voorstel gekant blijft.

De vorige spreekster stelt vast dat de interpretatie, die volgens de indieners aan § 4 van het voorgestelde artikel 3 moet worden gegeven, is dat de arts die met de euthanasievraag van zijn patiënt wordt geconfronteerd — en alleen hij — over het al dan niet terminaal karakter van de patiënt oordeelt en derhalve besluit welke procedure moet worden toegepast. De eerste en de tweede geconsulteerde arts kunnen hieraan niets meer veranderen.

Een vorige interveniënt bevestigt dat dit de juiste interpretatie is. Volgens het lid is dit een efficiënte procedure die voldoende garanties biedt tegen misbruiken. Dit neemt niet weg dat een geconsulteerde arts, die het niet eens is met de mening van de arts aan wie het euthanasieverzoek wordt gericht, steeds de mogelijkheid heeft zijn opmerkingen neer te schrijven in het medisch dossier. Maar het uiteindelijke oordeel komt de arts toe die met het verzoek wordt geconfronteerd.

De indiener van de amendementen nrs. 128, 129 en 130 zegt, aanvullend, dat indien deze arts zich uiteindelijk moet verantwoorden voor een rechtbank — hetgeen altijd mogelijk is -, hij de redenen van zijn beslissing moet kunnen aantonen en moet kunnen uitleggen waarom hij deze of gene procedure heeft gevolgd.

consulte — à savoir la demande d'euthanasie — est également consignée dans le dossier médical. Lorsque le médecin estime que le patient ne décèdera manifestement pas à brève échéance, un deuxième médecin est consulté et ses conclusions sont également consignées dans le dossier médical. De ce fait, la crainte exprimée par certains selon laquelle la loi facilitera l'acte d'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale est précisément réfutée. En règle générale, le médecin concerné sera plutôt porté à penser qu'il s'agit de cas terminaux plutôt que de cas non terminaux, vu que la procédure y afférente est «moins lourde». Le risque existe plutôt dans le sens contraire, à savoir que, quand une demande d'euthanasie émane d'un patient en phase terminale, le médecin, pour se protéger suffisamment, décide quand même d'appliquer la procédure «plus lourde». Il n'est pas exclu que le patient en phase terminale décède avant que le délai d'un mois, prescrit au § 4 pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, s'écoule et qu'ainsi, aucune suite ne puisse être donnée à la demande d'euthanasie.

L'intervenant fait cependant remarquer qu'un certain nombre de membres des commissions réunies s'opposent non seulement aux conditions fixées pour les patients en phase terminale, mais aussi à l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, et même à la proposition de loi n° 2-244 en général. Toutes les réponses aux questions posées resteront peut-être insuffisantes si l'on demeure fondamentalement opposé à la proposition.

L'oratrice précédente constate que l'interprétation qui, selon les auteurs, doit être donnée au § 4 de l'article 3 proposé est la suivante: le médecin qui est confronté à la demande d'euthanasie de son patient juge — et lui seul — si ce dernier est oui ou non en phase terminale et, par conséquent, décide quelle procédure doit être appliquée. Le premier et le deuxième médecin consultés ne peuvent plus rien y changer.

Un intervenant précédent confirme que c'est la bonne interprétation. Selon lui, c'est une procédure efficiente qui offre suffisamment de garanties contre les abus. Il n'empêche qu'un médecin consulté qui ne partage pas l'avis du médecin auquel la demande d'euthanasie a été adressée a toujours la possibilité de consigner ses remarques dans le dossier médical. Mais le jugement final revient au médecin qui est confronté à la demande.

L'auteur des amendements n^{os} 128, 129 et 130 dit, à titre complémentaire que, si ce médecin doit finalement se justifier devant un tribunal — ce qui est toujours possible —, il doit pouvoir indiquer les raisons de sa décision et expliquer pourquoi il a suivi l'une ou l'autre procédure.

Amendement nr. 215

Mevrouw de T' Serclaes dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 215) dat tot doel heeft in het 1^o van § 4 de woorden «van de aanhoudende pijn of nood» te vervangen door de woorden «van de aanhoudende fysieke en psychische pijn». Door deze formulering dient de globale situatie van de patiënt in aanmerking te worden genomen bij de beoordeling van de euthanasievraag en wordt tevens duidelijk gemaakt dat een louter wanhopige toestand op zich niet volstaat om deze te rechtvaardigen. Wanneer een patiënt, zelfs indien hij ongeneeslijk ziek is, bij momenten depressief is, is dit in hoofde van de indienster van het amendement nr. 215 met andere woorden geen voldoende reden om euthanasie te rechtvaardigen.

Een lid meent dat men dit debat niet opnieuw moet heropenen. In de tekst van het voorstel werden meer dan voldoende waarborgen ingeschreven om misbruiken tegen te gaan, zoals de raadpleging van een tweede en een derde arts, het betrekken van de personen die de patiënt wenst te ontmoeten, enzovoort. Uit dit alles blijkt ten overvloede dat een gewone zenuwzinking niet wordt bedoeld als oorzaak van euthanasie.

Niettemin zegt het lid geen moeite te hebben met het amendement nr. 215, voor zover fysieke «of» (en niet: «en») psychische pijn worden bedoeld. Iemand die ongeneeslijk ziek is en de aftakeling van zijn lichaam louter psychisch niet langer draagbaar vindt, zonder dat daarom noodzakelijk fysieke pijn wordt geleden, moet immers euthanasie kunnen vragen.

De indienster van het amendement repliceert dat, indien deze interpretatie van de tekst van § 4, 1^o, zoals voorgesteld door het amendement nr. 14 wordt bevestigd, dit voor haar voldoende is. Niettemin werd tijdens eerdere besprekingen gesteld dat een loutere depressie op zich volstond om het euthanasieverzoek te rechtvaardigen. Met deze interpretatie kan zij het geenszins eens zijn.

Een lid antwoordt dat de interpretatie die zojuist werd gegeven de enige juiste is. Mocht tijdens de debatten aan deze woorden een andere interpretatie zijn gegeven, dan is dit ten onrechte.

Bijgevolg wordt het amendement nr. 215 ingetrokken.

Een lid vraagt zich af of iemand die blind is geworden, zich hierdoor volstrekt geïsoleerd voelt en daaronder ernstig lijdt, of een persoon die als gevolg van ernstige brandwonden zware littekens in het gelaat heeft en daaronder moreel gebukt gaat, onder het toepassingsgebied van de wet kunnen vallen. Een dergelijk lijden wordt vaak veroorzaakt door een bepaalde maatschappelijke mentaliteit, volgens

Amendement n° 215

Mme de T' Serclaes dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat n° 2-244/12, amendement n° 215) visant à remplacer les mots «ou d'une détresse» au 1^o du § 4 par les mots «physiques et psychiques». Par cette formulation, la situation globale du patient doit être prise en considération lors de l'appréciation de la demande d'euthanasie et il est clairement établi qu'un état purement désespéré ne suffit pas en lui-même pour justifier cette demande. Lorsqu'un patient est dépressif à certains moments, même s'il est incurable, ce n'est pas, en d'autres termes, dans l'esprit de l'auteur de l'amendement n° 215, une raison suffisante pour justifier l'euthanasie.

Un membre estime que ce débat ne doit pas à nouveau être rouvert. Les garanties inscrites dans le texte de la proposition pour combattre les abus sont plus que suffisantes: consultation d'un deuxième et d'un troisième médecin, concertation des personnes que le patient souhaite rencontrer, etc. En outre, il ressort du texte qu'une simple dépression nerveuse ne signifie pas comme motif d'euthanasie.

Néanmoins, l'intervenant dit n'avoir aucune difficulté à accepter l'amendement n° 215 pour autant qu'il s'agisse de souffrance physique «ou» (et non: «et») psychique. Une personne atteinte d'une maladie incurable, qui, psychiquement, ne peut supporter plus longtemps la déchéance de son corps, sans pour autant endurer nécessairement une souffrance physique, doit en effet pouvoir demander l'euthanasie.

L'auteur de l'amendement réplique que, si cette interprétation du texte du § 4, 1^o, comme proposé par l'amendement n° 14, est confirmée, elle est satisfaite. Néanmoins, il a été établi au cours de discussions antérieures qu'une simple dépression suffirait en elle-même pour justifier la demande d'euthanasie. Elle ne peut en aucune façon approuver cette interprétation.

Un membre répond que l'interprétation qui vient d'être donnée est la seule qui soit exacte. Si, au cours des débats, une autre interprétation était donnée à ces termes, ce serait à tort.

En conséquence, l'amendement n° 215 est retiré.

Un membre se demande si une personne devenue aveugle, qui se sent tout à fait isolée et en souffre gravement, ou une personne qui a de graves cicatrices au visage à la suite de brûlures graves et dont le moral est très atteint peuvent tomber sous le champ d'application de la loi. Une telle souffrance est souvent causée par une certaine mentalité véhiculée par la société selon laquelle être jeune et attirant est

dewelke jong en aantrekkelijk zijn heel belangrijk is. Het is deze mentaliteit die het verzoek van dergelijke personen soms duurzaam maakt. Kan, in hoofde van de indianers, een dergelijke reden worden ingeroepen om een euthanasieverzoek te rechtvaardigen?

De indienster van het amendement nr. 215 erkent dat deze vraagstelling problemen kan opleveren in het kader van het voorliggend wetsvoorstel, die ook de niet-terminale patiënten viseert. Persoonlijk is zij de mening toegedaan dat een wet op de euthanasie uitsluitend betrekking kan hebben op de terminale patiënten. Voor hen stelt de voorliggende tekst geen probleem. Dit is echter niet de visie van de meerderheid van de leden van de Verenigde Commissies.

Een lid meent dat geen enkele wettekst alle mogelijke gevallen zal kunnen omvatten. Bovendien merkt hij op dat een vorige spreekster blijkbaar opnieuw wenst te komen tot een systeem van sociale controle, waarbij de gemeenschap beslist wat goed of slecht is voor de mens. Men bevindt zich hier terug aan het begin van het ganse debat over de euthanasie. Voor het lid is het echter volstrekt onaanvaardbaar dat de samenleving iemand die, bijvoorbeeld, over zijn ganse lichaam ernstige brandwonden heeft, verplicht om verder te leven. Het individu moet daarover zelf kunnen beslissen.

Een senator meent dat het, ongeacht de opvattingen die men erop nahoudt op het vlak van de euthanasie, niet correct is dat men de mensen angst aanjaagt door de zaken zo voor te stellen dat dokters eender wat kunnen doen. Noch de tekst van het voorstel, noch de verantwoording bij het amendement nr. 14, laten dit toe. Het is niet zo dat volgens voorliggende teksten iemand die hoofdpijn heeft zomaar euthanasie kan vragen. Er moet immers een aandoening voorhanden zijn, die een medische grondslag moet hebben, en die bovendien leidt tot een ondraaglijk lijden. Bovendien moet een andere arts worden geconsulteerd; in het geval van een niet-terminale patiënt zelfs een tweede arts. Deze artsen zijn gewetensvolle mensen. Men mag de euthanasie voor de niet-terminale patiënten niet zomaar banaliseren, door voortdurend deze of gene specifieke situatie als voorbeeld aan te halen en daarop een theorie te bouwen.

Een vorige spreekster repliceert dat er niets fout is met concrete voorbeelden aan te halen, vermits men in de praktijk nu eenmaal met dergelijke gevallen wordt geconfronteerd en de artsen dienen te weten of de wet al dan niet toepasselijk is. Bovendien merkt zij op dat er een tegenspraak bestaat tussen de antwoorden van de indianers van het amendement nr. 14. Volgens een vorige spreker is de vraag naar de manier waarop sommige mensen worden aanvaard door de samenleving reeds betuttelend op zich en mag ze niet gesteld worden, vermits het individu centraal staat. Diens louter morele vraag zou een antwoord verdie-

très important. C'est cette mentalité qui, parfois, rend permanente la demande de telles personnes. Dans l'esprit des auteurs, une raison de ce genre peut-elle être invoquée pour justifier une demande d'euthanasie?

L'auteur de l'amendement n° 215 reconnaît que cette problématique peut soulever des problèmes dans le cadre de la présente proposition de loi, laquelle vise aussi les patients qui ne sont pas en phase terminale. Personnellement, elle est attachée à l'idée qu'une loi sur l'euthanasie peut exclusivement concerner les patients en phase terminale. À leur égard, le présent texte ne pose aucun problème. Ce n'est toutefois pas l'optique de la majorité des membres des commissions réunies.

Un membre estime qu'aucun texte de loi ne pourra englober tous les cas possibles. En outre, il fait remarquer qu'une intervenante précédente souhaite manifestement en venir à un système de contrôle social où la collectivité déciderait ce qui est bon ou mauvais pour l'homme. On en revient au début de tout le débat sur l'euthanasie. Pour lui, il est absolument inadmissible que la société oblige à continuer à vivre quelqu'un qui, par exemple, porte sur tout le visage de graves cicatrices dues à des brûlures. L'individu doit pouvoir lui-même prendre une décision à ce sujet.

Un sénateur estime que, quelles que soient les conceptions que l'on a en matière d'euthanasie, il n'est pas correct d'angoisser les gens en présentant les choses comme si les médecins pouvaient agir indifféremment. Ni le texte de la proposition ni la justification à l'amendement n° 14 ne l'autorisent. Le présent texte n'autorise personne à demander l'euthanasie, sans plus, pour un simple mal de tête. Il doit en effet y avoir une affection, laquelle doit avoir une base médicale et, en outre, engendrer une souffrance insupportable. De plus, un autre médecin doit être consulté; dans le cas d'un patient qui n'est pas en phase terminale, c'est même un deuxième médecin qui doit être consulté. Ces médecins sont des gens consciencieux. On ne peut pas banaliser sans plus l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale en prenant constamment telle ou telle autre situation spécifique comme exemple et en élaborant une théorie adaptée.

Une intervenante précédente réplique que l'on ne commet aucune faute en citant des exemples concrets puisqu'on est confronté à de tels cas dans la pratique et que les médecins doivent savoir si la loi est oui ou non applicable. En outre, elle fait remarquer qu'il y a une contradiction entre les réponses des auteurs de l'amendement n° 14. Selon un orateur précédent, la question relative à la manière dont certaines personnes sont acceptées par la société est déjà paternaliste en soi et ne peut être posée puisque c'est l'individu qui occupe la place centrale. Sa demande d'ordre purement moral mériterait une réponse, en lui donnant

nen, door ze eerst te medicaliseren aan de hand van het oordeel van sommige artsen. Indien iemand niet meer wenst te leven met een bepaalde aandoening, dan heeft deze recht op euthanasie. Volgens de vorige spreker daarentegen zal een arts niet zomaar overgaan tot euthanasie en jaagt men de mensen angst aan door het op die manier voor te stellen. Het lid is van mening dat het gevaar dreigt dat het sociale weefsel wordt afgebroken, indien bepaalde categorieën van zieke mensen zomaar vatbaar zijn voor euthanasie.

Een lid verklaart uitdrukkelijk voorstander te zijn van een wetgeving op de euthanasie, omdat op die manier deze aangelegenheid uit de taboesfeer wordt gehaald en er een betere communicatie daaromtrent mogelijk wordt. Een dergelijke wetgeving dient evenwel te worden gekaderd in het verkorten van het sterfensproces. Het lid zegt dan ook heel veel moeite te hebben met een vraag naar levensbeëindiging in een niet-terminale fase. Dit geldt des te meer wanneer het de bedoeling is dit mogelijk te maken wanneer slechts sprake is van psychische nood. Dit is angstaanjagend. Bovendien wordt hier een verkeerd signaal gegeven: waar men bij dergelijke personen het lijden zou moeten wegnemen, wordt hier toegelaten dat men het leven onttrekt.

Een ander lid kan zich inbeelden dat een arts in extreme situaties ertoe kan genoodzaakt worden om euthanasie te plegen op patiënten die zich niet in een terminale fase bevinden. Kan een wettekst op een precieze wijze de omstandigheden definiëren binnen dewelke dit is toegelaten? Vandaag lijkt dit volgens spreker niet mogelijk te zijn, zonder misbruiken in deze of gene richting op voorhand uit te sluiten. Men kan zich voorstellen dat het parket, wanneer het wordt gevat, op basis van de voorliggende tekst tot het besluit komt dat er geen overtreding van de wet is en derhalve niet tot vervolging overgaat, terwijl de Orde van geneesheren concludeert dat er wel degelijk sprake is van onzorgvuldig medisch handelen. Het zal zeer moeilijk blijken om te oordelen of euthanasie in een welbepaald geval gerechtvaardigd is of niet. Een wettekst kan onmogelijk een antwoord bieden op alle mogelijke situaties.

Het lid wijst erop dat er thans geen juridisch vacuüm bestaat. Een arts die euthanasie toepast kan immers steeds een beroep doen op de noodtoestand. Men mag dan ook diegenen, die zich verzetten tegen een regeling voor de euthanasie buiten de terminale fase, niet verwijten dat zij ten allen prijze het leven willen verlengen en zich zouden verzetten tegen humane oplossingen. Men moet evenwel erkennen dat de wet niet voor alle individuele gevallen een oplossing kan bieden.

Spreker wijst er voor het overige op dat de term «gezondheid» zeer breed te definiëren valt, waardoor vele situaties vanuit een medische invalshoek kunnen worden onderbouwd. Het is mogelijk dat hierdoor mensen die lijden aan een depressie of die zich slecht

aparavant une base médicale au moyen de l'avis de quelques médecins. Si une personne ne souhaite plus vivre avec une affection déterminée, elle a droit à l'euthanasie. Selon l'orateur précédent par contre, un médecin ne procédera pas à l'euthanasie sans mûre réflexion et on angoisse les gens en présentant les choses de cette manière. L'intervenante estime que le risque de cassure du tissu social existe si certaines catégories de personnes malades peuvent tout simplement être euthanasiées.

Un membre déclare formellement être partisan d'une législation sur l'euthanasie parce que c'est une manière de ne plus en faire un tabou et que cela permet une meilleure communication en la matière. Une telle législation doit toutefois s'insérer dans le cadre du raccourcissement du processus de la mort. L'intervenant déclare dès lors qu'il peut très difficilement accepter une demande d'euthanasie dans un cas de phase non terminale. Cela vaut d'autant plus si l'objectif est de rendre l'euthanasie possible quand il est seulement question de détresse psychique. C'est angoissant. En outre, on donne un mauvais signal: alors que, chez de telles personnes, on devrait soulager la souffrance, on donne l'autorisation de mettre fin à la vie.

Un autre membre peut s'imaginer qu'un médecin puisse, dans des situations extrêmes, être obligé de pratiquer l'euthanasie sur des patients qui ne sont pas en phase terminale. Un texte de loi peut-il définir de manière précise les circonstances dans lesquelles cet acte est autorisé? Selon l'orateur, cela ne semble pas possible aujourd'hui sans exclure à l'avance des abus dans un sens ou dans l'autre. On peut imaginer que le parquet, s'il est saisi, décide, sur la base du présent texte qu'il n'y a pas infraction à la loi et que, par conséquent, aucune poursuite n'est engagée, tandis que l'Ordre des médecins conclut qu'il est bel et bien question de traitement médical négligent. Il s'avérera très difficile de juger si, dans un cas bien déterminé, l'euthanasie est justifiée ou non. Un texte de loi ne peut offrir une réponse à toutes les situations possibles.

L'intervenant indique qu'actuellement, il n'y a pas de vide juridique. Un médecin qui pratique une euthanasie peut en effet toujours invoquer l'état de nécessité. On ne peut donc reprocher à ceux qui s'opposent à une réglementation de l'euthanasie en dehors de la phase terminale de vouloir à tout prix prolonger la vie et de s'opposer à des solutions humaines. On doit toutefois admettre que la loi ne peut offrir une solution dans tous les cas individuels.

Pour le reste, l'orateur souligne que la définition du terme «santé» est très large et que, de ce fait, de nombreuses situations peuvent être étayées d'un point de vue médical. Il est possible que l'une ou l'autre affection puisse être attribuée à des personnes

in hun vel voelen één of andere aandoening kan worden toegeschreven. Het valt af te wachten hoe de rechtbanken deze term zullen interpreteren.

Een lid wijst erop dat een wet op het terrein steeds andere gevolgen kan hebben dan de auteurs ervan hebben bedoeld. De Nederlandse wetgeving met betrekking tot de euthanasie, die reeds jaren bestond, had helemaal niet de bedoeling om een depressie aan te merken als een grond voor euthanasie. Niettemin heeft de rechterlijke macht, jaren later, daarover anders geoordeeld. Dit is haar volste recht. Het is dan ook van belang de precieze draagwijdte van een wettekst af te lijnen in het dispositief van de wet zélf. De grenzen van het recht zijn evenwel beperkt. In deze aangelegenheid geldt dit des te meer.

Spreekster is het er niet mee eens dat diegenen, die zich verzetten tegen de euthanasie in de niet-terminale fase, de mensen angst aanjagen. Het blijkt evenwel dat er in de samenleving mensen met veel vragen zitten. Deze vragen en angsten leven ook in de medische wetenschap, zelfs bij specialisten in de materie.

Een ander lid repliceert dat de voorliggende tekst van het wetsvoorstel, overeenkomstig amendement nr. 14, precies voldoende waarborgen inschrijft om een antwoord te bieden tegen deze angsten. Het is ook deze boodschap die aan de buitenwereld wordt gegeven. Vermits sommigen tegenstander zijn van voorliggend wetsvoorstel, zullen zij eerder hun angsten vertellen naar de buitenwereld. Dit is hun goed recht.

De vorige spreekster vervolgt dat het niet makkelijk is om het denkkader van een maatschappij die in volle evolutie is, om te zetten in een wettekst. Het is echter met de nodige omzichtigheid dat nieuwe bakens dienen te worden uitgezet. Het is immers de bedoeling dat in de strafwet maatschappelijke normen worden bepaald, die los staan van de individuele opvattingen van eenieder. In de optiek van spreekster is het van elementair belang om diegenen te beschermen ten aanzien van wie de wet perverse gevolgen zou kunnen hebben.

Een vorige interveniënt meent dat niet zozeer de maatschappij, dan wel het politieke landschap is veranderd. Thans is immers de wil aanwezig bij een aantal mensen van de huidige politieke meerderheid om een wetgeving te maken, die niet zozeer de bescherming van de maatschappij, maar wel de vrijheid en de autonomie van het individu voorop stelt. Hierbij dienen ontsporingen evenwel te worden vermeden. Dat is de reden waarom een ganse reeks zorgvuldigheidsvoorwaarden werden ingeschreven in de tekst van de wet.

Een lid merkt op dat, wanneer voorliggende tekst zou worden goedgekeurd, excessieve interpretaties van de wet, zoals die in Nederland gebeurd zijn, uitgesloten zijn. Een depressie is immers geen medisch uitzichtloze situatie.

souffrant de dépression ou ne se sentant pas bien dans leur peau. Il faudra voir comment les tribunaux interpréteront ce terme.

Un membre fait observer qu'une loi peut toujours avoir sur le terrain d'autres conséquences que celles auxquelles les auteurs s'attendaient. Aux Pays-Bas, la législation relative à l'euthanasie, qui existe déjà depuis des années, ne visait absolument pas à considérer une dépression comme un motif d'euthanasie. Néanmoins, des années plus tard, le pouvoir judiciaire en a jugé autrement. Il agit de son plein droit. Il importe dès lors de circonscrire précisément la portée d'un texte de loi dans le dispositif de la loi même. Le droit a néanmoins ses limites. Cela vaut d'autant plus dans cette matière.

L'oratrice ne partage pas l'idée selon laquelle ceux qui s'opposent à l'euthanasie dans les cas de phase non terminale angoissent les gens. Il apparaît néanmoins que, dans la société, les gens se posent beaucoup de questions. Ces questions et angoisses se retrouvent dans la science médicale, même chez les spécialistes en la matière.

Un autre membre réplique que le présent texte de la proposition de loi, conformément à l'amendement n° 14, inclut suffisamment de garanties pour répondre à ces angoisses. C'est également ce message qui est donné au monde extérieur. Vu que certains s'opposent à la présente proposition de loi, ils traduiront plutôt leurs angoisses vers le monde extérieur. C'est leur droit.

L'oratrice précédente poursuit en disant qu'il n'est pas facile de traduire la réflexion d'une société en pleine évolution dans un texte de loi. C'est avec la prudence nécessaire que de nouvelles balises doivent être mises en place. Le but est en effet de définir dans le Code pénal des normes sociales qui soient indépendantes des conceptions individuelles de chacun. Dans l'optique de l'oratrice, il est élémentaire de protéger les personnes à l'égard desquelles la loi pourrait avoir des conséquences perverses.

Un intervenant précédent estime que ce n'est pas tant la société mais bien le paysage politique qui a changé. De nos jours en effet, la volonté existe auprès d'un certain nombre de membres de la majorité politique actuelle d'élaborer une législation qui ne pose pas spécialement comme principe la protection de la société mais bien la liberté et l'autonomie de l'individu. Toutefois, il faut éviter les dérives. C'est la raison pour laquelle toute une série de critères de prudence ont été inscrits dans le texte de la loi.

Un membre fait observer que, si le présent texte était approuvé, des interprétations excessives de la loi, comme celles qui ont été faites aux Pays-Bas, seraient exclues. Une dépression n'est en effet pas une situation médicale sans issue.

Spreekster wijst overigens op het verschil tussen de perceptie van een bepaald persoon door enerzijds zichzelf en anderzijds de samenleving. De wet moet uitsluiten dat een persoon euthanasie vraagt omwille van de wijze waarop hij door de samenleving al dan niet wordt aanvaard.

Een ander lid deelt de bekommernis die door een vorige spreekster werd geuit met betrekking tot de euthanasie die zou worden gepleegd op personen die zich niet in een terminale fase bevinden omwille van een psychische nood. Haar standpunt is dat ook voor dit geestelijk lijden een oplossing moet mogelijk zijn. Het wetsvoorstel maakt dit mogelijk, met inachtnaam van een aantal zorgvuldigheidscriteria. Deze situeren zich enerzijds bij de grondvoorwaarden, die stellen dat het moet gaan om een medisch uitzichtloze, aanhoudende en ondraaglijke pijn, die het gevolg moet zijn van een ernstige of ongeneeslijke ziekte of ongeval. Niet elke aanval van hoofdpijn valt derhalve onder deze omschrijving van «geestelijk lijden». Anderzijds wordt ook in de procedure een onderscheid gemaakt tussen de niet-terminale en de terminale patiënten, door de raadpleging van een tweede arts.

Het fundamentele onderscheid dat in de verenigde commissies leeft tussen enerzijds diegenen die van mening zijn dat ook voor niet-terminale patiënten euthanasie moet mogelijk zijn, en anderzijds diegenen die vinden dat zulks niet kan, zal door dit alles echter niet weggenomen worden. Het lid kan slechts constateren dat sommige groepen in de samenleving doelbewust angst verspreiden. Deze angst is volkomen onterecht.

Tenslotte deelt spreekster de mening dat een excessieve interpretatie zoals die in Nederland werd gegeven aan de wet op de euthanasie, die reeds jaren bestaat, in België onmogelijk zou zijn.

Nog een ander lid erkent dat een wetgeving bepaalde ongewenste neveneffecten kan hebben op het terrein. Dit mag de wetgever er echter niet van weerhouden de hoofddoelstelling centraal te stellen. In dit geval bestaat deze hierin dat, wanneer een patiënt de vraag naar euthanasie stelt en de arts deze vraag verantwoord vindt, voor beiden de garantie moet bestaan dat zij handelen in een wettelijk kader.

Een lid is het niet eens met de bewering van een vorige spreker als zouden sommige groepen, onder meer geneesheren, zomaar angst verspreiden over de wetgeving die in de maak is inzake euthanasie. Integendeel weten zij vaak heel goed wat precies op stapel staat en is het net daarom dat zij wijzen op enkele tekortkomingen en gevaren van het wetsvoorstel ten aanzien van de zwakkeren in onze samenleving, zoals ernstig zieke patiënten. Deze gevaren in herinnering

L'orateur souligne du reste la différence entre la perception d'une personne déterminée d'une part, par elle-même et, d'autre part, par la société. La loi doit exclure qu'une personne demande l'euthanasie en raison de la manière dont elle est acceptée ou non par la société.

Une autre membre partage la préoccupation exprimée par une oratrice précédente et qui a traité l'euthanasie qui serait pratiquée sur des personnes ne se trouvant pas en phase terminale mais étant en détresse psychique. Son point de vue est qu'il doit aussi y avoir une solution pour cette souffrance morale. La proposition de loi rend cette solution possible en prenant en considération un certain nombre de critères de prudence. D'une part, ces derniers sont inscrits dans les conditions de base qui stipulent que l'on doit avoir affaire à une souffrance médicalement sans issue, permanente, insupportable et qui doit être la conséquence d'une maladie grave ou incurable ou d'un accident. Par conséquent, tous les cas de maux de tête ne relèvent pas de cette description de «souffrance morale». D'autre part, dans la procédure, on fait aussi une distinction entre les patients qui ne sont pas en phase terminale et les patients en phase terminale, par la consultation d'un deuxième médecin.

La divergence fondamentale qui prévaut au sein des commissions réunies entre, d'une part, ceux qui estiment que l'euthanasie doit aussi être possible pour les patients qui ne sont pas en phase terminale et, d'autre part, ceux qui trouvent qu'une telle possibilité ne peut exister, ne sera pas éliminée pour autant. L'intervenante ne peut que constater que certains groupes répandent délibérément un sentiment d'angoisse dans la société. Cette angoisse est totalement injustifiée.

Enfin, l'oratrice partage l'avis selon lequel une interprétation excessive, comme celle qui a été donnée aux Pays-Bas à la loi sur l'euthanasie, qui existe depuis des années déjà, serait impossible en Belgique.

Un autre membre encore admet qu'une législation peut avoir des effets secondaires spécifiques non souhaités sur le terrain. Cela ne peut toutefois empêcher le législateur de placer l'objectif principal au centre. En l'espèce, cela signifie que, lorsqu'un patient demande l'euthanasie et que le médecin trouve cette demande raisonnable, tous deux doivent avoir la garantie qu'ils agissent dans un cadre légal.

Un membre n'approuve pas l'affirmation d'un orateur précédent selon laquelle certains groupes, dont des médecins, répandent tout simplement un sentiment d'angoisse à propos de la législation en préparation en matière d'euthanasie. Au contraire, ils savent souvent très bien ce qui est en chantier et c'est justement pour cela qu'ils attirent l'attention sur quelques manquements et dangers de la proposition de loi à l'égard des plus faibles dans notre société, tels les

brengen heeft niets te maken met het afwijzen van elke wetgeving inzake euthanasie.

Verder reageert het lid op een vorige tussenkomst, volgens dewelke voorliggend wetsvoorstel zal verhinderen dat de wijze waarop de samenleving iemand al dan niet aanvaardt een grond vormt voor euthanasie. Dit is erg optimistisch, vermits vele gevoelens en gedragingen van personen precies te maken hebben met de relaties met andere mensen. Een wet kan derhalve jammer genoeg niet verhinderen dat eventuele misbruiken zouden in het leven geroepen worden.

Een vorige spreekster herhaalt haar standpunt dat een persoon, die te kampen heeft met een psychische nood die niet te lenigen valt, en die het gevolg is van een ernstige depressie, volgens de tekst van het voorliggend wetsvoorstel euthanasie kan vragen en krijgen. Dit maakt haar erg ongerust. Het lid verwijst naar de Vlaamse gezondheidsindicatoren, waaruit blijkt dat het zelfmoordpercentage bij mannen die de leeftijd van 65 jaar overschreden hebben zeer hoog ligt, vergeleken met andere landen. In de samenleving leeft heel wat vereenzaming, waaraan niet tegemoet wordt gekomen. De wet op de euthanasie zal het signaal geven dat voor deze mensen euthanasie een oplossing is. Dit is het verkeerde signaal; de overheid zou integendeel initiatieven moeten nemen om dergelijke problemen daadwerkelijk aan te pakken.

Een lid repliceert dat, om binnen het kader van de wet te vallen, er een medische oorzaak voorhanden moet zijn, die de arts moet kunnen aantonen aan de hand van het medisch dossier. Een postnatale depressie kan in dit kader niet als grond worden ingeroepen. Bovendien lijkt het niet erg waarschijnlijk dat een arts toch tot euthanasie zou overgaan, indien zowel de eerste als de tweede geraadpleegde arts van oordeel zijn dat geen medische oorzaak kan worden aangeduid.

Een ander lid vult aan dat niet alle mensen, die zich in een hopeloze situatie bevinden, noodzakelijk in een depressie verkeren. Diegenen die zich echter wél in dergelijke toestand bevinden en wensen dat aan hun leven een einde wordt gemaakt, moeten dit kunnen vragen aan de arts. Dit betekent niet dat de arts hier zomaar kan ingaan op dit verzoek, vermits deze moet vaststellen dat de situatie werkelijk uitzichtloos is. Eenzaamheid bijvoorbeeld is géén uitzichtloze situatie. Thans valt het voor dat één arts dit in het geheim doet. Hier wordt voorzien dat minstens drie artsen hun medisch oordeel moeten vellen en dit notuleren in het medisch dossier.

Bovendien wijst het lid erop dat er bepaalde vormen van endogene depressie bestaan, die onbehandelbaar zijn en waaraan biochemische oorzaken ten grondslag liggen. Dit is iets anders dan een tijdelijke,

patients gravement malades. Rappeler ces risques n'a rien à voir avec le refus de toute législation sur l'euthanasie.

Le membre réagit ensuite à une intervention précédente selon laquelle la présente proposition de loi empêchera que la manière dont la société accepte ou non une personne constitue un motif d'euthanasie. C'est très optimiste, vu que de nombreux sentiments et comportements des individus ont précisément trait aux relations avec les autres personnes. Par conséquent, une loi ne peut malheureusement pas empêcher d'éventuels abus.

Une oratrice précédente réitère son point de vue: une personne qui doit faire face à une détresse psychique ne pouvant être adoucie et qui est la conséquence d'une grave dépression peut, selon le texte de la présente proposition de loi, demander et se voir accorder l'euthanasie. Cela l'inquiète sérieusement. L'intervenante renvoie aux indicateurs de santé en Flandre faisant apparaître que le pourcentage de suicides chez les hommes de plus de 65 ans est très élevé, en comparaison avec d'autres pays. Les cas de solitude auxquels aucune réponse n'est apportée ne sont pas rares dans notre société. La loi sur l'euthanasie donnera le signal que l'euthanasie est une solution pour ces gens. C'est un signal erroné, les pouvoirs publics devraient au contraire prendre des initiatives pour s'attaquer effectivement à de tels problèmes.

Un membre réplique que, pour tomber sous le champ d'application de la loi, il doit y avoir une cause médicale que le médecin doit pouvoir prouver à l'aide du dossier médical. Dans ce cadre, une dépression postnatale ne peut être invoquée comme motif. En outre, il semble assez invraisemblable qu'un médecin procède quand même à l'euthanasie si aussi bien le premier que le deuxième médecin consulté jugent qu'aucune raison médicale ne peut être établie.

Un autre membre ajoute que toutes les personnes qui se trouvent dans une situation désespérée ne font pas nécessairement une dépression. Toutefois, celles qui se retrouvent dans un tel état et qui souhaitent mettre un terme à leur vie doivent pouvoir en faire la demande au médecin. Cela ne signifie pas que le médecin accédera sans plus à cette demande puisque celui-ci doit constater que la situation est réellement sans issue. La solitude, par exemple, n'est pas une situation sans issue. Actuellement, il arrive qu'un médecin agisse secrètement. On prévoit qu'au moins trois médecins doivent émettre leur avis médical et le consigner dans le dossier médical.

En outre, l'intervenant indique qu'il existe certaines formes de dépressions endogènes que l'on ne peut traiter et dont les causes sont d'ordre biochimique. C'est autre chose qu'un problème temporaire, hor-

hormonale aangelegenheid. Dergelijke mensen beteken vaak een gevaar voor de maatschappij en kunnen zich wel degelijk in een medisch uitzichtloze situatie bevinden.

Een lid verwijst naar een eerder ingediend amendement op artikel 3, § 3, 1^o, volgens hetwelk wordt gesproken over «met name de mogelijkheden van palliatieve zorgverlening». Alle psycho-sociale mogelijkheden moeten worden onderzocht en uitgeput en alle aangepaste behandelingen moeten worden verstrekt.

Amendement nr. 138

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 138) dat beoogt de voorgestelde § 4 te doen vervallen. Spreker is van mening dat deze paragraaf tot grote bezorgdheid aanleiding geeft in de samenleving, wanneer men weet wat er in het verleden in de naam van de psychiatrie is gebeurd.

Kernpunt van de discussie over § 4 is volgens het lid of men zich beperkt tot de schijn van de woorden, dan wel of men daadwerkelijk ingaat op de inhoud van de woorden. De tekst, zoals hij wordt voorgesteld, dekt blijkbaar niet de draagwijdte die de indieners eraan willen geven. Vooreerst heeft de euthanasie reeds sedert eeuwen betrekking gehad op het stervensproces, waarbij het tot een conflict kan komen tussen enerzijds de bescherming van het menselijk leven en anderzijds de ondraaglijke pijnen waarmee men wordt geconfronteerd. De bescherming van het menselijk leven is de eerste waarde in een samenleving en is een voorwaarde voor het uitoefenen van alle andere rechten. Men kan dit dus niet zomaar opgeven, vermits dit automatisch zou leiden tot een schending van artikel 2 van het EVRM. De term «euthanasie» wordt door voorliggende tekst uitgebreid tot situaties die hiermee in wezen niets te maken hebben en waarvoor desgevallend — ook nu reeds — een beroep kan worden gedaan op de rechtsfiguur van de noodtoestand.

Door dit alles heeft men de zekerheid dat een breed vergelijk onmogelijk is, hoewel steeds wordt beweerd dat dit de bedoeling is. Het voorstel nr. 2-244 wenst een bepaald ethisch standpunt door te voeren, zonder hierover ooit enig gesprek te voeren met de oppositie. Dit wordt aangetoond door het feit dat de huidige politieke meerderheid apart vergadert en amendementen indient.

Het lid meent dat er sprake is van een vorm van «*newspeak*» in de tekst. Zo is het bijvoorbeeld zeer de vraag wat precies onder «psychische nood» moet worden verstaan. Psychiatrische adviezen, die onder meer worden gegeven bij gerechtelijke geschillen, kunnen vaak zeer uiteenlopend zijn. Het valt voor dat volgens de ene psychiater een persoon zeer evenwichtig is, terwijl deze in de ogen van een andere psychia-

monal. De telles personnes représentent souvent un danger pour la société et peuvent bel et bien se trouver dans une situation médicale sans issue.

Un membre renvoie à un amendement déposé antérieurement à l'article 3, § 3, 1^o, dans lequel on parle des «possibilités de soins palliatifs». Toutes les possibilités psychosociales doivent être examinées et épuisées et tous les traitements adaptés doivent être dispensés.

Amendement n^o 138

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n^o 14 (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 138) qui vise à supprimer le présent § 4. L'orateur estime que ce paragraphe donne lieu à de grandes inquiétudes au sein de la société quand on sait ce qui s'est produit dans le passé au nom de la psychiatrie.

Le point crucial de la discussion sur le § 4 consiste, selon lui, à savoir si on se limite au sens premier des mots ou si l'on se penche effectivement sur leur contenu. Le texte, tel que proposé ne couvre manifestement pas la portée que les auteurs veulent lui donner. Tout d'abord, depuis des siècles, l'euthanasie a eu un rapport avec le processus de la mort, ce qui peut engendrer un conflit entre, d'une part, la protection de la vie humaine et, d'autre part, les souffrances insupportables auxquelles on est confronté. La protection de la vie humaine est la première valeur dans une société et c'est une condition pour l'exercice de tous les autres droits. On ne peut donc tout simplement y renoncer, vu que cela conduirait automatiquement à une violation de l'article 2 de la CEDH. Dans le présent texte, le terme «euthanasie» est élargi à des situations qui, au fond, n'ont rien à voir avec cet acte et pour lesquelles — maintenant déjà — on peut faire appel au cas de figure de l'état de nécessité.

Tout cela conduit à la certitude qu'un large compromis est impossible, bien que l'on affirme toujours que c'est le but. La proposition n^o 2-244 veut faire passer un point de vue éthique, sans jamais mener de discussion à ce sujet avec l'opposition. La preuve en est que la majorité politique actuelle se réunit séparément et dépose des amendements.

L'intervenant estime qu'il est question d'une forme de «*newspeak*» dans le texte. Ainsi par exemple, il y a la question de savoir ce qu'on doit précisément comprendre par «détresse psychique». Les avis de psychiatres, qui sont entre autres émis lors de litiges, peuvent souvent être très divergents. Il arrive que, selon un psychiatre, une personne soit très équilibrée, tandis qu'aux yeux d'un autre, des caractéristiques

ter louter negatieve eigenschappen worden toegevoegd. In het verleden werd de psychiatrie bovendien reeds misbruikt, bijvoorbeeld door mensen op te sluiten wegens afwijkend gedrag. Psychisch leed is dan ook onmogelijk als een objectieve factor te hanteren. Nochtans gebeurt dit in voorliggende tekst.

Spreker geeft een ander voorbeeld, met name dat van de pijn «die niet gelenigd kan worden». Wanneer een bepaalde fysieke of psychische pijn volgens de patiënt niet kan gelenigd worden, hoewel er medisch gesproken misschien wel behandelingen mogelijk zijn maar deze door de patiënt worden geweigerd, heeft deze recht op euthanasie. Men hanteert een mensbeeld dat niet overeenstemt met de realiteit, vermits de menselijke begeleiding van het lijden de essentie van de oplossing uitmaakt. Hierover wordt evenwel niet gesproken.

De tekst van § 4 geeft het verkeerde signaal aan de samenleving. Mensen die zich in een moeilijke situatie in hun leven bevinden worden bevestigd in hun zelfbeeld en hebben recht op euthanasie. Dit signaal is zelfversterkend en zal aanleiding geven tot zeer ongewenste maatschappelijke gevolgen. De geschiedenis toont dit immers aan. Integendeel zou de samenleving het tegenovergestelde signaal moeten geven, en zeggen dat ook dat leven zeer waardevol is en zinvol kan worden ingevuld, en hiervoor de nodige middelen ter beschikking stellen. Deze benadering komt niet tot uiting.

De tekst gaat uit van een functionele benadering van de euthanasie die zal leiden tot een hellend vlak, zoals wordt aangetoond door de Nederlandse evolutie die systematisch de mogelijkheden voor euthanasie verruimd heeft tot bijvoorbeeld een onbehandelbare depressie. Dit is overigens ook de reden waarom dergelijke wetgeving nergens elders ter wereld wordt gestemd.

Het ongewenste gevolg dat voorliggende tekst zal hebben is dat de bescherming van het leven wordt gekoppeld aan de kwaliteit ervan. Dit begint bij de individuele overtuiging dat de kwaliteit van het eigen leven zodanig is verzwakt dat er een einde aan moet worden gemaakt. Wanneer dergelijke redenering gemeengoed wordt en men er van overtuigd raakt dat de beëindiging van het leven een aanvaardbare oplossing is voor dergelijke situaties, is de volgende stap dat het beleid indirecte maatregelen neemt die daarop worden afgestemd, bijvoorbeeld in de financiering van de gezondheidszorg. Dit is een bijzonder eenzijdige keuze, die slechts verbale waarborgen biedt vermits er geen strafsancie wordt ingeschreven. Bij gebrek daaraan, zal de strafrechter moeten besluiten dat er geen misdrijf is, vermits geen enkel misdrijf een procedure als bestanddeel heeft. Samen bekeken met de administratieve omkadering, is hier dan ook sprake van een «administratieve» euthanasie. Dit is

purement négatives lui soient attribuées. Par le passé, on a en outre abusé de la psychiatrie, par exemple en enfermant des personnes en raison de leur comportement déviant. Il est dès lors impossible de considérer la souffrance psychique comme un facteur objectif. C'est pourtant ce qui se passe dans le présent texte.

L'orateur donne un autre exemple, celui de la douleur qui ne peut être soulagée. Quand, selon le patient, une certaine douleur physique ou psychique ne peut être soulagée, bien que, médicalement parlant, des traitements soient sans doute possibles mais qu'ils sont refusés par le patient, ce dernier a droit à l'euthanasie. On manie une image de l'homme qui ne correspond pas à la réalité vu que l'accompagnement humain dans la souffrance constitue l'essence de la solution. Toutefois, on n'en parle pas.

Le texte du § 4 donne un signal erroné à la collectivité. Les personnes qui se retrouvent dans une situation difficile au cours de leur vie sont confirmées dans leur propre image et ont droit à l'euthanasie. Ce signal renforce la personne dans sa position et conduira à des conséquences sociales totalement indésirables. L'histoire le montre en tout cas. La collectivité devrait au contraire donner le signal opposé et dire que la vie est aussi précieuse et peut être vécue de manière utile, en mettant à disposition les moyens nécessaires. Ce point de vue n'est pas exprimé.

Le texte part d'une approche fonctionnelle de l'euthanasie qui mènera sur un terrain glissant; la preuve en est l'évolution aux Pays-Bas où l'on étend systématiquement les possibilités d'euthanasie à une dépression rebelle à tout traitement, par exemple. C'est d'ailleurs aussi la raison pour laquelle une telle législation n'est votée nulle part ailleurs dans le monde.

La conséquence indésirable que le présent texte aura réside dans le fait que la protection de la vie sera liée à la qualité de celle-ci. Cela commence par la conviction individuelle que la qualité de sa propre vie est tellement détériorée qu'il faut y mettre fin. Quand un tel raisonnement devient monnaie courante et que l'on est persuadé que l'euthanasie est une solution acceptable dans de telles situations, l'étape suivante est la prise de mesures indirectes et adaptées à cette évolution, par les pouvoirs publics, par exemple en matière de financement des soins de santé. C'est un choix particulièrement unilatéral qui offre uniquement des garanties verbales puisqu'aucune sanction pénale n'est prévue. En raison de cette carence, le juge devra conclure à l'absence de délit vu qu'aucun délit ne fait l'objet d'une procédure. Si l'on considère également le cadre administratif, on peut parler d'euthanasie «administrative». C'est une loi qui fait peur, qui est contraire aux droits fondamentaux de

een wet om schrik van te hebben, die in strijd is met de fundamentele mensenrechten, die bepalen dat de wet het leven moet beschermen.

Een lid herhaalt dat, zijns inziens, het gemene strafrecht van toepassing is wanneer men niet voldoet aan één van de voorwaarden die worden opgesomd in artikel 3. Zoals de huidige situatie aantoont, is het geenszins uitgesloten dat er een vervolging wordt ingesteld tegen geneesheren die in overtreding zijn met het Strafrecht.

Bovendien is het zo dat België op een aantal vlakken achteraan hinkt, bijvoorbeeld wanneer het gaat om het openstellen van het huwelijk en de adoptie voor personen van hetzelfde geslacht, het wetenschappelijk onderzoek van embryo's enzovoort. Andere Europese landen zijn hier reeds veel verder geëvolueerd en hebben hun wetgeving aangepast aan recente evoluties in de samenleving. Men kan dus zeker niet zeggen dat, in dergelijke ethische aangelegenheden, België de voorloper is. Integendeel is het zo dat bijvoorbeeld Frankrijk de wetgeving inzake abortus heeft aangepast, terwijl dit in België niet is gebeurd. Overigens heeft het gevaar waarop de vorige spreker heeft gewezen, dat bepaalde overheidsmaatregelen worden afgestemd op de kwaliteit van het leven van oudere personen, niets te maken met de wetgeving inzake euthanasie. In Groot-Brittannië bijvoorbeeld worden bepaalde behandelingen voor personen die roken niet meer vergoed, zonder dat daar een wetgeving op de euthanasie bestaat.

Voorts betwist het lid dat de voorgestelde wetgeving vaag en juridisch onsamenhangend zou zijn. Hij verwijst naar het wetsvoorstel, dat door de heer Vandenberghe werd ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-160/1), waarin sprake is van «voldoende ernstige medische redenen» om eventueel tot euthanasie over te gaan. Dit is even vaag of precies als de terminologie die wordt gehanteerd in het wetsvoorstel nr. 2-244/1 en biedt geenszins meer juridische zekerheid. Ook hier is het de arts die uiteindelijk oordeelt, waarbij de toetsing achteraf even moeilijk is. Hetzelfde geldt voor enkele amendementen die door dezelfde auteur werden ingediend of voor de rechtsfiguur van de noodtoestand, die eveneens vele interpretatiemogelijkheden biedt. De optie, om enkele duidelijke criteria naar voor te schuiven binnen dewelke er depenalisering van de euthanasie is, is veel duidelijker.

In het wetsvoorstel nr. 2-244/1 worden voldoende waarborgen geboden tegen enkele misbruiken, bijvoorbeeld wanneer euthanasie zou worden gevraagd op grond van een loutere depressie. Diegenen die nu wijzen op een administratieve overlast in de euthanasiewetgeving zijn dezelfden als diegenen die meer controles en waarborgen vragen. Men kan een argument niet in twee tegenovergestelde richtingen hantieren.

l'homme, lesquels stipulent que la loi doit protéger la vie.

Un membre répète qu'à ses yeux, le droit pénal commun est d'application lorsqu'on ne répond pas à une des conditions énumérées à l'article 3. Comme la situation actuelle le prouve, il n'est pas du tout exclu que des poursuites soient engagées à l'encontre de médecins qui sont en infraction avec le Code pénal.

En outre, c'est un fait que la Belgique est à la traîne dans certains domaines, par exemple pour ce qui est de l'accès au mariage et à l'adoption pour des personnes du même sexe, de la recherche scientifique sur les embryons etc. D'autres pays européens ont déjà beaucoup plus évolué en la matière et ont adapté leur législation aux récentes évolutions de la société. On ne peut donc certainement pas dire que, dans de telles questions éthiques, la Belgique soit un précurseur, au contraire. La France, par exemple, a adapté la législation relative à l'avortement, alors qu'en Belgique, rien n'a été fait. D'ailleurs, le danger auquel l'orateur précédent a fait allusion, à savoir que certaines mesures des pouvoirs publics soient prises en fonction de la qualité de vie des personnes âgées n'a rien à voir avec la législation relative à l'euthanasie. En Grande-Bretagne, par exemple, certains traitements ne sont plus remboursés aux fumeurs, sans qu'il existe une législation sur l'euthanasie.

En outre, l'intervenant conteste que la présente législation soit vague et juridiquement incohérente. Il renvoie à la proposition de loi qui a été déposée par M. Vandenberghe (doc. Sénat, n° 2-160/1) où il est question de raisons médicales suffisamment sérieuses pour éventuellement pratiquer l'euthanasie. Cette terminologie est aussi vague ou précise que celle qui est utilisée dans la proposition de loi n° 2-244/1; elle n'offre nullement davantage de sécurité juridique. Ici aussi, c'est le médecin qui juge en dernier ressort et le contrôle *a posteriori* est tout aussi difficile. Il en va de même pour quelques amendements qui ont été déposés par le même auteur ou pour le cas de figure de l'état de nécessité qui offre également de nombreuses possibilités d'interprétation. L'option consistant à formuler quelques critères clairs dans le cadre desquels il y a dépenalisation de l'euthanasie, est beaucoup plus claire.

Dans la proposition de loi n° 2-244/1, des garanties suffisantes sont offertes contre quelques abus, par exemple, si l'euthanasie était demandée pour le motif d'une simple dépression. Ceux qui attirent à présent l'attention sur une surcharge administrative dans la législation sur l'euthanasie sont aussi ceux qui demandent davantage de contrôles et de garanties. On ne peut développer un argument dans deux directions opposées.

De basisinstelling van de vorige spreker is in wezen dat hij geen wet op de euthanasie wenst. Hij moet dan ook niet verwijten dat diegenen, die wensen dat er wél een wetgeving komt, zich samen beraden over de inhoud hiervan. Daarbij werd rekening gehouden met enkele fundamentele bezwaren, met de mening en suggesties van de deskundigen terzake, en dergelijke meer. Op deze wijze werd het oorspronkelijke wetsvoorstel grondig bijgestuurd en werd tegemoet gekomen aan de bezwaren die door sommigen werden geuit.

Amendement nr. 196

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 196), dat een 1^o *bis* invoegt in § 4 dat de oprichting van een *ad hoc*-commissie in het leven roept. Hij wijst erop dat tijdens de debatten heel wat argumenten voor en tegen de euthanasie — in de zin van «de zachte dood» — voor niet-terminale patiënten werden gegeven. Waar spreker aanvankelijk terughoudend stond ten aanzien van de regeling voor deze groep in dezelfde wet die euthanasie voor terminale patiënten bevat, is hij evenwel tot de conclusie gekomen dat dit mogelijk is. De vraag is vanzelfsprekend hoe dit moet gebeuren. De figuur van de noodtoestand zou hier desgevallend kunnen worden gebruikt. Men kan ook expliciet in de wet de voorwaarden opnemen binnen dewelke euthanasie voor niet-terminale patiënten mogelijk is. Hiertegen bestaat heel wat weerstand, en de senator is ervan overtuigd dat men bijzonder omzichtig moet omgaan met deze mogelijkheid.

De voorgestelde § 4 bouwt reeds twee bijkomende voorwaarden in voor niet-terminale patiënten: het raadplegen door de behandelende arts van een tweede arts en bovendien de termijn van minimum één maand tussen het oorspronkelijke verzoek en de euthanasie. Spreker is er voorstander van de drempel nog hoger te maken om te vermijden dat personen met een zware ziekte of handicap zich nutteloos en uitgesloten zouden voelen.

Concreet stelt de senator voor om een *a priori*-controle in te voeren. Professor Adams heeft tijdens de hoorzittingen voorgesteld om dit in alle gevallen te doen, maar voor terminale patiënten zal dit vaak onhaalbaar blijken. Voor niet-terminale patiënten is dit daarentegen wel mogelijk en zelfs wenselijk. Voorgesteld wordt om binnen de evaluatiecommissie een *ad hoc*-commissie op te richten die een voorafgaande appreciatie dient te geven over de niet te lenigen pijn of nood van de patiënt. Spreker is er overigens voorstander van dat de evaluatiecommissie ook *a posteriori* een appreciatie zou geven, en zich niet enkel zou beperken tot de formele controle van de voorwaarden.

La position de base de l'orateur précédent est au fond qu'il ne souhaite pas de loi sur l'euthanasie. Dès lors, il ne doit pas reprocher à ceux qui veulent qu'une telle législation soit élaborée de réfléchir ensemble sur son contenu. Ce faisant, on a tenu compte de quelques objections fondamentales, ainsi que de l'opinion et des suggestions d'experts en la matière et autres. De cette manière, la proposition de loi initiale a été sensiblement améliorée et on a rencontré les objections exprimées par certains.

Amendement n° 196

M. Vankrunkelsven dépose un sous-amendement à l'amendement n° 14 (doc. Sénat, n° 2-244/12) qui insère un 1^o *bis* au § 4, tendant à créer une commission *ad hoc*. Il indique qu'au cours des débats, de nombreux arguments pour et contre l'euthanasie — dans le sens de «mort douce» — ont été émis en ce qui concerne les patients qui ne sont pas en phase terminale. Alors qu'initialement, l'orateur émettait des réserves à l'encontre d'une réglementation pour cette catégorie de patients dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie pour les patients en phase terminale, il est arrivé à la conclusion que cela devait être possible. La question est bien entendu de savoir comment procéder. Le cas de figure de l'état de nécessité pourrait être utilisé ici. On pourrait aussi reprendre explicitement dans la loi les conditions dans lesquelles l'euthanasie est possible pour les patients qui ne sont pas en phase terminale. Sur ce point, on rencontre une grande résistance, et le sénateur est convaincu que l'on doit envisager cette possibilité avec beaucoup de circonspection.

Le § 4 proposé introduit déjà deux conditions supplémentaires pour les patients qui ne sont pas en phase terminale: la consultation par le médecin traitant d'un deuxième médecin et, en outre, un délai d'un mois minimum entre la demande initiale et l'euthanasie. L'orateur est favorable à un relèvement de ce seuil pour éviter que les personnes atteintes d'une maladie grave ou d'un handicap ne se sentent inutiles et exclues.

Concrètement, le sénateur propose d'instaurer un contrôle *a priori*. Au cours des auditions, le professeur Adams a proposé de le prévoir dans tous les cas, mais, pour les patients en phase terminale, cela sera souvent irréalisable. En revanche, pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, c'est tout à fait possible et même souhaitable. Il est proposé de créer, au sein de la commission d'évaluation, une commission *ad hoc* qui devra donner une appréciation préalable sur la souffrance ou la détresse du patient qui ne peuvent être soulagées. L'orateur est d'ailleurs favorable à ce que la commission d'évaluation donne également une appréciation *a posteriori*, et qu'elle ne se limite pas seulement à un contrôle formel des conditions.

De senator benadrukt dat dit amendement niet te nemen of te laten is, en hoopt op deze wijze een toenadering mogelijk te maken tussen standpunten die ver uiteen lopen. Hopelijk wordt een compromis rond dit amendement mogelijk.

Een lid zegt de interventie van vorige spreker te begrijpen maar herhaalt dat, zijns inziens, de grondvoorwaarden die gelden voor alle euthanasieverzoeken voldoende garanties tegen misbruiken inhouden. De problematiek van de niet-terminale patiënten werd reeds van bij de aanvang van het parlementaire debat inzake euthanasie gesteld, onder meer door professor Vermeersch die heeft aangedrongen op een verschillende regeling voor deze categorie van patiënten.

Deze verschillende regeling werd reeds voorzien in het amendement nr. 14 en heeft vooreerst betrekking op de raadpleging van de tweede arts. Het lid heeft de persoonlijke overtuiging dat dit afbreuk doet aan «*het colloque singulier*» tussen de behandelende arts en de patiënt, die de essentie uitmaakt van de medische benadering van de problematiek van de euthanasie. Het oordeel vragen van twee artsen houdt immers ook bepaalde risico's in. Niettemin erkent spreker dat deze voorwaarde werd ingeschreven om een zo groot mogelijke consensus te bereiken.

De tweede voorwaarde heeft betrekking op de termijn van één maand tussen het oorspronkelijke verzoek en de euthanasie. Deze termijn neemt een aanvang op het ogenblik dat een schriftelijk verzoek werd geformuleerd.

Ten derde is spreker van oordeel dat, wanneer een geneesheer wordt gevraagd een medisch oordeel uit te spreken, na het onderzoek van de patiënt en diens medisch dossier en binnen het kader van een euthanasieverzoek, dit voldoende waarborgen biedt tegen misbruiken.

Tenslotte zegt het lid zich te verzetten tegen een structuur die zich *a priori* dient uit te spreken en zou beslissen in de plaats van de patiënt. Dit zou betekenen dat zowel de vrijheid van de patiënt als die van de geneesheer in het gedrang worden gebracht. Spreker wijst op het gevaar dat een ethicus of een jurist zouden tussenkomen in de beslissingsprocedure die zich afspeelt in dialoog tussen de arts en de patiënt. Dit heeft niets te maken met corporatisme, maar wel met de autonomie van de patiënt die centraal wordt gesteld in het wetsvoorstel nr. 2-244. Deze moet immers meester blijven over de ganse besluitvorming en over de wijze waarop hij wenst te sterven.

Een ander lid is van oordeel dat amendement nr. 196 een interessante benadering van de problematiek is, die vertrekt vanuit een aantal persoonlijke ervaringen van de indiener ervan met de euthanasie bij niet-terminale patiënten. Precies hierom wenst hij bijkomende waarborgen in te schrijven en stelt hij een *ad hoc*-commissie voor, samengesteld uit derde perso-

Le sénateur insiste sur le fait que cet amendement n'est pas à prendre ou à laisser, et il espère de cette manière rendre possible un rapprochement entre des points de vue très divergents. Il espère qu'un compromis sera possible en ce qui concerne cet amendement.

Un membre dit bien comprendre l'intervention de l'orateur précédent mais répète qu'à son point de vue, les conditions de base à remplir pour toute demande d'euthanasie impliquent suffisamment de garanties contre les abus. La question des patients qui ne sont pas en phase terminale a été soulevée dès le début du débat parlementaire, notamment par le professeur Vermeersch qui a insisté pour qu'une réglementation différente soit envisagée pour cette catégorie de patients.

Cette réglementation différente a déjà été prévue dans l'amendement n° 14 et a surtout trait à la consultation d'un deuxième médecin. Le membre a la conviction personnelle qu'il s'agit là d'une rupture du colloque singulier entre le médecin traitant et le patient, qui est l'essence même de l'approche médicale de la problématique de l'euthanasie. Demander l'avis de deux médecins implique aussi des risques. Néanmoins, l'intervenant reconnaît que cette condition a été retenue afin d'atteindre un consensus le plus large possible.

La deuxième condition a trait au délai d'un mois entre la demande initiale et l'euthanasie. Ce délai commence à courir quand une demande écrite a été formulée.

Troisièmement, l'intervenant estime que, quand on demande à un médecin, dans le cadre d'une demande d'euthanasie, de donner un avis médical après avoir examiné le patient et son dossier médical, on offre des garanties suffisantes contre les abus.

Enfin, l'intervenant déclare s'opposer à une structure qui doit se prononcer *a priori* et décider à la place du patient. Cela signifierait la mise en péril de la liberté du patient et de celle du médecin. L'intervenant souligne le danger de voir intervenir un expert en science éthique ou un juriste dans la procédure de décision basée sur le dialogue entre le médecin et le patient. Il ne s'agit pas de corporatisme, il s'agit de l'autonomie du patient qui est l'élément central de la proposition de loi n° 2-244. Il doit toujours rester maître du processus décisionnel et de la manière dont il souhaite mourir.

Un autre membre juge que l'amendement n° 196 constitue une approche intéressante de la problématique, qui part de certaines expériences personnelles que l'auteur a eues en matière d'euthanasie chez des patients non en phase terminale. C'est précisément pour cela qu'il souhaite des garanties supplémentaires et propose la constitution d'une commission *ad hoc*

nen. Heel wat mensen uit de medische praktijk, die op het terrein worden geconfronteerd met beslissingen die vanuit ethisch oogpunt moeilijk te nemen zijn, zijn dit idee genegen, overigens niet enkel wanneer het gaat over euthanasie maar om alle medische handelingen bij het levenseinde. Ook het Raadgevend Comité voor de Bio-Ethiek was voorstander van de idee van een *a priori*-controle.

Amendement nr. 196 verdient derhalve een grondige bespreking en reflectie, ook al voorziet het dat de leden van deze commissie afkomstig zijn uit de evaluatiecommissie, waardoor de onpartijdigheid kan verloren raken. Jammer genoeg blijkt de filosofie van amendement nr. 196 niet te kunnen rekenen op een grote instemming.

Een lid merkt op dat de tekst van het wetsvoorstel toelaat dat de behandelende arts bijkomende raadplegingen kan doen, maar men kan hem niet verplichten te kiezen uit een lijst van vooraf aangeduide geneesheren. Dit geldt des te meer wanneer deze geneesheren deel uitmaken van de evaluatiecommissie; in dat geval kunnen zij achteraf niet meer optreden.

Een lid wijst er eveneens op dat reeds vroeger voorstellen voor een preventieve controle werden gedaan, met name via een voorafgaande toetsing door het openbaar ministerie op grond van een anonieme vragenlijst die door een tussenpersoon aan het openbaar ministerie zou worden overgemaakt. Dit voorafgaand akkoord — of integendeel de afwezigheid ervan — zou meer rechtszekerheid bieden, voor zover de feitelijke omstandigheden waarin de euthanasie werd gepleegd overeenstemmen met de eerder gestelde vraag.

Het lid is van mening dat dergelijke preventieve controle door het openbaar ministerie moet in overweging genomen worden, zeker wanneer het gaat om niet-terminale patiënten. De huidige voorstellen voorzien slechts in een administratieve controle *a posteriori* en voeren in die zin dan ook een «administratieve euthanasie» in. Dit heeft niets te maken met administratieve overlast, zoals een vorige spreker suggereerde, maar alles met een voorwaardelijke depenalisering van de euthanasie waaraan een louter administratieve procedure verbonden is.

Een volgende spreekster herhaalt dat zij het zeer moeilijk heeft met euthanasie voor niet-terminale patiënten. Zij meent evenwel dat, indien men dit toch zou invoeren, het onderscheid tussen beide categorieën niet duidelijk genoeg kan zijn. In die zin kan een voorafgaande toetsing een zinvolle toevoeging betekenen. De vraag is evenwel of de *ad hoc*-commissie, bestaande uit leden van de evaluatiecommissie, wel de meest gepaste formule is.

In tegenstelling tot de vrees van een vorige interveniënt, dat een dergelijke voorafgaande controle een

composée de tierces personnes. Bien des acteurs médicaux confrontés sur le terrain à des décisions difficiles à prendre d'un point de vue éthique, sont favorables à cette idée, pas seulement lorsqu'il s'agit d'euthanasie, d'ailleurs, mais pour tous les actes médicaux de la fin de vie. Le Conseil consultatif de bioéthique était aussi en faveur de l'idée d'un contrôle *a priori*.

L'amendement n° 196 mérite donc une discussion et une réflexion approfondies même s'il prévoit que les membres de cette commission proviennent de la commission d'évaluation, ce qui peut mettre son impartialité en péril. Malheureusement, la philosophie de l'amendement n° 196 ne semble pas pouvoir recueillir un large assentiment.

Un membre fait remarquer que le texte de la proposition de loi autorise le médecin traitant à avoir recours à des consultations supplémentaires, mais qu'on ne peut pas l'obliger à choisir parmi des médecins repris préalablement sur une liste. Cela vaut d'autant plus si ces médecins font partie de la commission d'évaluation; dans ce cas, ils ne peuvent plus intervenir ultérieurement.

Un intervenant souligne également que des propositions visant à un contrôle préventif ont déjà été faites auparavant; il s'agissait d'un contrôle préalable par le ministère public sur la base d'un questionnaire anonyme qui serait transmis par un intermédiaire au ministère public. Ce accord préalable — ou au contraire son absence — offrirait une plus grande sécurité juridique, pour autant que les circonstances réelles dans lesquelles l'euthanasie est pratiquée correspondent à celles dans lesquelles la demande a été formulée.

L'intervenant estime qu'il faut envisager de tels contrôles par le ministère public, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de patients qui ne sont pas en phase terminale. Les propositions actuelles ne prévoient qu'un contrôle administratif *a posteriori* et en ce sens, elles introduisent par conséquent «l'euthanasie administrative». Il ne s'agit pas d'une corvée administrative de plus, comme l'a suggéré un intervenant précédent, mais bien d'une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie à laquelle est liée un procédure purement administrative.

Une autre intervenante souligne que l'euthanasie chez des patients qui ne sont pas en phase terminale lui pose problème. Elle pense cependant, que si on l'envisageait malgré tout, la distinction entre les deux catégories ne pourra être suffisamment claire. En ce sens, un contrôle préalable peut s'avérer une mesure supplémentaire judicieuse. Toute la question est de savoir cependant si la commission *ad hoc*, composée de membres de la commission d'évaluation, est bien la formule appropriée.

Elle ne partage pas les craintes d'un intervenant précédent qui considère qu'un contrôle préalable

zeker risico inhoudt dat aan het euthanasieverzoek van de patiënt geen gevolg zou worden gegeven, ziet het lid er intengendeel een bijkomende garantie in voor de patiënt die zich in een niet-terminale fase bevindt. Een dergelijke patiënt kan immers niet altijd oordelen over de eigen medische toestand. Zij haalt drie voorbeelden aan die zulks illustreren. Zo blijkt het uit cijfers dat de baarmoeder het meest wordt weggenomen bij vrouwelijke artsen, omdat die zich bewust zijn van het zinvolle van het optreden. Verder is het zo dat er in het oosten van een bepaalde regio tien maal méér knieoperaties gebeuren dan in het westen van diezelfde regio. Tenslotte blijkt dat 40% van de kankergevallen onvoldoende of foutief worden behandeld, waarbij de aan- of afwezigheid van radiotherapie in een nabije kliniek een belangrijke rol speelt. De analyses over de noodzaak van het medisch optreden blijken derhalve bijzonder uiteenlopend te zijn. Een voorafgaande toetsing aan de vraag, of een patiënt wel degelijk alle geschikte zorgen heeft toegevend gekregen, is dan ook niet overbodig.

Een lid ontkent niet dat sommige medische behandelingen sterk kunnen verschillen van streek tot streek, maar uiteindelijk is niemand beter geplaatst dan de patiënt om te oordelen over zijn fysieke of psychische pijn. Dit is immers een subjectief gegeven.

Spreker vraagt zich bovendien af hoe een ethicus of een jurist bijkomende elementen aan het licht kan brengen die de behandelende arts of de door hem geconsulteerde arts(en) niet zouden hebben gezien. Wat de objectieve elementen betreft, zoals bijvoorbeeld het ongeneeslijk karakter van de ziekte, zijn er derhalve voldoende waarborgen.

De vorige spreekster repliceert dat artsen soms tot heel uiteenlopende of tot foute conclusies komen. Het gebeurt dat aan sommige patiënten wordt meegegeeld dat ze ongeneeslijk ziek zijn, terwijl ze jaren later nog steeds leven. De inschatting door een patiënt van zijn eigen situatie is hiervan sterk afhankelijk. De voorafgaande toetsing van de euthanasievraag die wordt gesteld door niet-terminale patiënten is dan ook een zeer zinvolle toevoeging. Overigens wordt in het amendement nr. 196 helemaal niet gesproken over een ethicus, maar wel over twee artsen en een jurist.

Een lid is van mening dat het debat over de euthanasie voor niet-terminale patiënten slechts mogelijk is in het kader van de noodtoestand, vermits deze rechtsfiguur bepaalde uitzonderlijke handelingen kan rechtvaardigen.

Wat amendement nr. 196 betreft, is het zo dat de controleur zelf wordt gecontroleerd, vermits mensen van dezelfde commissie zowel *a priori* als *a posteriori* oordelen. Positief is evenwel dat een voorafgaande controle wordt ingevoerd, zoals professor Clumeck reeds vroeger heeft voorgesteld. Het voorafgaand raadplegen van een commissie, waarvan artsen deel uitmaken, is een teken van nederigheid in hoofde van

comporte le risque qu'on ne donne pas suite à certaines demandes d'euthanasie; au contraire, elle pense qu'il s'agit d'une garantie supplémentaire pour le patient qui ne se trouve pas en phase terminale. Un tel patient n'est certes pas toujours en mesure de juger de sa propre situation d'un point de vue médical. Elle donne trois exemples pour illustrer son propos. Il ressort des chiffres que l'hystérectomie est le plus souvent pratiquée par des médecins de sexe féminin car elles sont conscientes de la pertinence de cette intervention. Par ailleurs, on pratique dix fois plus d'opérations du genou dans la partie est d'une certaine région que dans la partie ouest de cette même région. Enfin, 40% des cancers sont mal ou insuffisamment traités, la présence ou l'absence d'un service de radiothérapie dans une clinique proche étant décisive à cet égard. Les analyses relatives à la nécessité d'une intervention médicale semblent donc très divergentes. Un contrôle préalable visant à vérifier si le patient a bien reçu tous les traitements voulus n'est par conséquent pas superflu.

Un membre ne nie pas que certains traitements médicaux peuvent varier très fort d'une région à l'autre mais finalement, personne n'est mieux placé que le patient pour juger de sa souffrance physique et psychique. Il s'agit en effet d'une donnée subjective.

L'intervenant se demande en outre comment un expert en science éthique ou un juriste peut mettre de nouveaux éléments en lumière que le médecin traitant ou le(s) médecin(s) qu'il a consulté(s) n'aurait (auraient) pas vu. Pour ce qui est des éléments objectifs, comme par exemple le caractère incurable de la maladie, il y a donc suffisamment de garanties.

L'intervenante précédente réplique que les médecins aboutissent parfois à des conclusions erronées ou divergentes. Il arrive que l'on annonce à des patients qu'ils sont atteints d'une maladie incurable, alors qu'ils survivent encore des années. Or, l'estimation par le patient de sa propre situation en dépend fortement. Par conséquent, l'examen préalable des demandes d'euthanasie émanant de patients qui ne sont pas en phase terminale est judicieuse. En outre, l'amendement n° 196 n'évoque pas d'expert en science éthique, on y parle de deux médecins et d'un juriste.

Une membre est d'avis que le débat sur l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale n'est possible que dans le cadre de l'état de nécessité, puisque ce cas de figure permet de justifier certains actes exceptionnels.

En ce qui concerne l'amendement n° 196, on peut considérer que le contrôleur est contrôlé puisque des personnes de la même commission jugent aussi bien *a priori* qu'*a posteriori*. Il est cependant positif qu'un contrôle préalable soit instauré, comme le professeur Clumeck l'a déjà proposé auparavant. La consultation préalable d'une commission, dont des médecins font partie, est un signe d'humilité dans le chef du

de arts, zeker wanneer men staat voor zo'n uitzonderlijke handeling bij een niet-terminale patiënt. Spreekster wijst er eveneens op dat in amendement nr. 196 geen sprake is van een ethicus, in tegenstelling tot de Nederlandse wet die wél voorziet in de aanwezigheid van een ethicus in de evaluatiecommissie die de controle *a posteriori* uitvoert.

Tenslotte verwijst het lid naar de termijn van drie weken, die in amendement nr. 196 wordt voorgesteld, en die wellicht parallel loopt met de termijn van één maand, waarvan sprake in amendement nr. 14. Zij is van oordeel dat deze termijn te kort is.

Een ander lid is het eens met de verantwoording van amendement nr. 196, volgens dewelke het debat over de niet-terminale patiënten bijzonder gevoelig ligt en zou kunnen leiden tot onzekerheid bij deze groep. Evenwel meent zij dat de poging, die de auteur van amendement nr. 196 onderneemt om één en ander wettelijk te regelen, perfect illustreert hoe moeilijk — zo niet onmogelijk — het is om op dit terrein maatschappelijk op te treden.

Vanzelfsprekend dient te worden nagegaan of er geen rechtvaardigingsgronden of verschoningsgronden aanwezig zijn, zoals dit bij elk misdrijf het geval is. Het gevaar bestaat er echter in dat er uit de herhaaldelijke *a priori*-toetsing van de *ad hoc*-commissie naar aanleiding van individuele gevallen een soort van «rechtspraak» zou ontstaan, waardoor voor een bepaalde categorie van personen — bijvoorbeeld MS-patiënten — euthanasie steeds toegelaten zou zijn. Daardoor wordt precies het tegenovergestelde bereikt van datgene dat de indiener van het amendement nr. 196 wenst te bereiken. Sommige groepen in de samenleving zullen zich geïsoleerd voelen en de onzekerheid die men wil wegwerken zal juist toenemen.

Een vorige interveniënt preciseert dat artsen geen schrik hebben om andere artsen te consulteren, maar dat een dergelijke consultatie niet noodzakelijk de relatie tussen de arts en de patiënt ten goede komt.

Hij wijst er eveneens op dat de tekst van het voorgestelde artikel 3 reeds in een raadpleging van een arts en, wanneer het gaat om niet-terminale patiënten, van een tweede arts voorziet. Wanneer de behandelende arts meent nog een andere arts te moeten consulteren, staat hem dit volledig vrij.

Een lid komt terug op de opmerking van een vorige spreker in verband met de verschillen in geneeskundige inzichten. Waar meestal een consensus wordt gevonden in de analyse van de medische aandoeningen, klopt het dat er soms grote verschillen bestaan op het vlak van de te volgen therapie. Voor alledaagse aandoeningen worden soms verschillen tot 30% vastgesteld.

Aanvullend op hetgeen de vorige spreker heeft gesteld op het vlak van de voorafgaande raadpleging

médecin, et ce certainement quand on est confronté à un acte aussi exceptionnel chez un patient qui ne se trouve pas en phase terminale. L'intervenante souligne aussi qu'il n'est pas question d'un expert en science éthique dans l'amendement n° 196, contrairement à la loi néerlandaise qui, elle prévoit la présence d'un expert en science éthique dans la commission d'évaluation qui exerce le contrôle *a posteriori*.

Enfin, elle évoque le délai de trois semaines proposé dans l'amendement 196 et qui peut sans doute être mis en parallèle avec le délai d'un mois dont il est question à l'amendement n° 14. Elle estime ce délai trop court.

Un autre membre approuve la justification de l'amendement n° 196 selon laquelle la discussion relative aux patients qui ne sont pas en phase terminale est particulièrement sensible et pourrait susciter l'insécurité chez ce groupe. Cependant, elle pense que la tentative entreprise par l'auteur de l'amendement n° 196 afin de régler certains aspects par voie légale, illustre parfaitement la difficulté — voire l'impossibilité — d'intervenir socialement sur ce terrain.

Il faut bien entendu, comme pour tout délit, vérifier s'il n'y a pas une cause de justification ou une cause d'excuse. Le danger réside cependant dans le fait que la répétition de contrôles *a priori* par la commission *ad hoc* pour des cas individuels aboutisse à une sorte de «jurisprudence» qui autoriserait toujours l'euthanasie pour une certaine catégorie de patients, par exemple les patients atteints de sclérose en plaques. On aboutirait ainsi au résultat opposé de celui visé par l'auteur de l'amendement n° 196. Certains groupes sociaux se sentiront visés et l'insécurité que l'on veut précisément éliminer ne fera qu'augmenter.

Un intervenant précédent précise que les médecins n'ont pas peur de consulter d'autres médecins mais qu'une telle consultation n'est pas nécessairement favorable à la relation entre le médecin et le patient.

Il souligne que le texte de l'article 3 tel que proposé prévoit déjà la consultation d'un médecin et, s'il s'agit d'un patient qui n'est pas en phase terminale, celle d'un deuxième médecin. Si le médecin traitant estime devoir encore consulter un autre médecin, il lui est loisible de le faire.

Un membre revient sur la remarque qu'a faite une intervenante précédente à propos de la divergence des points de vue médicaux. S'il y a le plus souvent consensus quant à l'analyse des affections médicales, il est vrai qu'il peut y avoir de grandes divergences quant à la thérapie à suivre. Pour des affections communes, il y a parfois 30% de différence.

Complémentairement à l'intervention de l'orateur précédent au sujet de la consultation d'un ou de deux

van één of twee artsen, wijst het lid erop dat er hoe dan ook een controle *a posteriori* wordt uitgevoerd en dat een arts voldoende voorzichtigheid aan de dag zal leggen in zijn euthanaserend handelen.

De indiener van amendement nr. 196 erkent dat aan de euthanasie voor niet-terminale patiënten het gevaar van het hellend vlak verbonden is. Het klopt dat in het Nederlandse gedoogbeleid de niet-terminale patiënten werden betrokken, hoewel dit niet de bedoeling was. Later heeft men dit aan de hand van rechtspraak zelfs uitgebreid tot de depressieve patiënten, tot en met het extreme geval van het arrest-Chabot. De vraag moet worden gesteld of men niet moet leren uit het Nederlandse voorbeeld en derhalve niet enkel een controle achteraf, maar ook een voorafgaande controle moet inschrijven in de procedure. De wetgever dient hier zijn verantwoordelijkheid te nemen. Dit is de reden waarom amendement nr. 196 werd ingediend. Spreker zegt open te staan voor subamendementen die de tekst zouden verbeteren.

Op de opmerking van een vorige spreker, als zou deze *a priori*-controle in de plaats komen van het «*colloque singulier*», repliceert de senator dat dit «*colloque singulier*» de consultatie voorafgaat. Dit is overigens ook het geval met de tekst van amendement nr. 14, waar de raadpleging van een eerste en een tweede arts wordt vooropgesteld. Amendement nr. 196 voegt hier slechts een toetsing aan toe.

Het voordeel van de *ad hoc*-commissie samen te stellen door en uit leden van de federale evaluatiecommissie is dat het gaat om mensen die een zekere expertise hebben, en dat bovendien een versnipperde adviespraktijk per gerechtelijk arrondissement wordt vermeden. Hoe dan ook moet de *a priori*-controle gebeuren door een college en niet door één geneesheer, teneinde een betere afweging te kunnen maken. De senator pleit ervoor dat deze problematiek niet enkel vanuit een medische invalshoek, maar ook vanuit juridische invalshoek wordt bekeken.

Het argument, dat de controleur achteraf zichzelf dient te controleren, wordt ondervangen door de precieze afbakening van de taak van diegenen die de *a priori*-controle uitvoeren. Deze moeten namelijk slechts een evaluatie maken van het lijden en van de onmogelijkheid om hierop een gepast antwoord te geven vanuit de medische praktijk. Zoals blijkt uit amendement nr. 197 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12) dient de controle *a posteriori* in deze gevallen slechts te bestaan uit het nakijken of aan alle vormelijke voorwaarden werd voldaan.

De senator weerlegt tenslotte de vrees dat bepaalde categorieën zich in de samenleving geïsoleerd zullen voelen, door te wijzen op het feit dat de *a priori*-

médecins, le membre souligne que, quoi qu'il en soit, un contrôle *a posteriori* sera exercé et qu'un médecin fera preuve de la prudence requise en matière d'euthanasie.

L'auteur de l'amendement n° 196 reconnaît qu'en ce qui concerne l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale, on se trouve sur un terrain glissant. Il est vrai que la politique néerlandaise de tolérance concerne les patients qui ne sont pas en phase terminale, même si ce n'était pas l'objectif poursuivi. Plus tard, par le biais de la jurisprudence, on a même étendu cela aux patients dépressifs, jusqu'au cas extrême de l'arrêt Chabot. Il faut se demander s'il ne faut pas tirer les leçons de l'expérience néerlandaise et, par conséquent, ne pas se limiter à un contrôle *a posteriori*, mais prévoir aussi un contrôle préalable dans la procédure. Le législateur doit prendre ses responsabilités en cette matière. C'est pourquoi l'amendement n° 196 a été déposé. L'orateur se déclare ouvert à d'éventuels sous-amendements susceptibles d'améliorer le texte.

Le sénateur réplique à un intervenant précédent qui considère le contrôle *a priori* comme un remplacement du colloque singulier, que le colloque singulier se fait avant la consultation. C'est également ce que prévoit l'amendement n° 14 où l'on part du principe de la consultation d'un premier et d'un second médecin. L'amendement n° 196 ne prévoit qu'un contrôle supplémentaire.

Avoir une commission *ad hoc* constituée par des membres de la commission fédérale d'évaluation et composée de membres de cette commission fédérale garantit qu'il s'agit de personnes ayant une certaine expertise et permet d'éviter la divergence des pratiques selon les arrondissements judiciaires. Quoi qu'il en soit, les contrôles *a priori* sont exercés par un collège et non par un médecin afin de permettre une meilleure évaluation. Le sénateur plaide pour qu'on ne se limite pas à une approche médicale de cette problématique et pour que l'approche soit aussi juridique.

L'argument selon lequel le contrôleur doit se contrôler lui-même *a posteriori* est démenti par la délimitation précise de la tâche de ceux qui exercent le contrôle *a priori*. Ils doivent en effet se limiter à une évaluation de la souffrance et de l'impossibilité d'y porter remède médicalement. Comme il ressort de l'amendement n° 197 (doc. Sénat, n° 2-244/12), le contrôle *a posteriori* ne sert dans ces cas-là qu'à vérifier si l'on a rempli toutes les conditions formelles.

Le sénateur rejette enfin la crainte que certaines catégories de la société ne se sentent visées en soulignant le fait que le contrôle *a priori* n'est qu'une

controle slechts een appreciatie van een bepaald geval kan geven, en geen absolute toelating om tot de euthanasie over te gaan.

Een lid vraagt zich af hoe, volgens diegenen die van oordeel zijn dat euthanasie bij niet-terminale patiënten slechts mogelijk is, binnen het kader van de noodtoestand, een geneesheer moet reageren op de vraag naar euthanasie van een niet-terminale patiënt, alvorens de noodtoestand werd vastgesteld.

Een ander lid antwoordt dat dergelijke situaties zich vandaag voordoen. Geneesheren nemen ook nu vaak beslissingen die tegen de wet ingaan, maar die gerechtvaardigd worden door de zeer uitzonderlijke omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt, ongeacht of het nu om een terminale dan wel om een niet-terminale patiënt gaat. Ook de voorzitter van het Franse Bio-Ethisch Comité heeft gesteld dat dit onderscheid irrelevant is ten aanzien van deze problematiek. Spreekster zegt zich er in het algemeen tegen te verzetten dat er een voorwaardelijke depenalisering van de euthanasie komt.

De vorige spreker vraagt zich vervolgens af wat er, in de visie van vorige spreekster, dient te gebeuren wanneer de arts vindt dat er sprake is van een noodtoestand en de patiënt deze mening niet deelt.

De vorige spreekster antwoordt dat dergelijke situaties zich zelden of nooit voordoen.

Een lid is het eens met de indiener van amendement nr. 196 dat er zich in Nederland een evolutie heeft voorgedaan die niet voorzien en niet gewenst was. Het gevaar van utilitaristische ontsporingen is derhalve niet denkbeeldig. Het lid meent dan ook dat een *a priori*-controle aangewezen is voor de euthanasie bij niet-terminale patiënten.

Niettemin werd tijdens de bespreking opgemerkt dat de kans reëel is dat deze commissie tezelfdertijd rechter en partij zou zijn en zichzelf dient te controleren. De vraag dringt zich op of de voorafgaande consultatie van de eerste en van de tweede arts volstaat om de toetsing *a priori* van de euthanasievraag te behoeden voor evoluties zoals ze zich in Nederland hebben voorgedaan. Hierover moet ernstig worden nagedacht.

Een ander lid repliceert dat in Nederland een gedoogbeleid werd gevoerd, die niet op een expliciete wetgeving was gestoeld.

Een lid wijst erop dat heel wat patiënten zich, ondanks de steeds toenemende mondigheid, nog steeds in een sterke afhankelijkheidssituatie bevinden. Vooral deze patiënten zullen hun vraag tot euthanasie formuleren op basis van het oordeel van de behandelende arts, zonder dat ze vragen naar een bijkomende mening. Vooral voor deze categorie is de controle *a priori* een extra verzekering tegen misbruiken en is ze bijzonder zinvol.

appréciation d'un cas déterminé et non une autorisation absolue de pratiquer l'euthanasie.

Un membre se demande comment un médecin doit réagir à une demande d'euthanasie émanant d'un patient qui n'est pas en phase terminale et pour lequel l'état de nécessité n'a pas encore été déterminé, si l'on estime que, pour ces patients, l'euthanasie n'est possible que dans le cadre de l'état de nécessité.

Une autre membre répond que de telles situations se présentent aujourd'hui. Actuellement, les médecins prennent aussi souvent des décisions qui sont contraires à la loi mais qui se justifient par les circonstances exceptionnelles dans lesquelles le patient se trouve, qu'il s'agisse ou non d'un patient en phase terminale. Le président du Comité français de bioéthique a déclaré que cette distinction n'était pas pertinente dans cette problématique. L'intervenante se déclare opposée de manière générale à une dépenalisation conditionnelle de l'euthanasie.

L'intervenant précédent se demande ensuite ce qui, selon l'intervenante précédente, doit être fait, si le médecin estime qu'il y a état de nécessité mais que le patient ne partage pas cet avis.

Elle lui répond que de tels cas ne se présentent que rarement, voire jamais.

Comme l'auteur de l'amendement n° 196, un membre pense qu'il y a eu aux Pays-Bas une évolution qui n'était ni prévue ni souhaitée. Le danger de dérapages utilitaristes n'est donc pas illusoire. Par conséquent, ce membre estime un contrôle *a priori* indiqué pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale.

Néanmoins, on a fait remarquer lors de la discussion qu'il est fort possible que cette commission soit à la fois juge et partie et doive se contrôler elle-même. Il faut se demander si la consultation préalable du premier et du second médecin suffit pour préserver le contrôle *a priori* des demandes d'euthanasie des développements qu'il a connus aux Pays-Bas. Il faut y réfléchir sérieusement.

Un autre membre réplique que les Pays-Bas ont pratiqué une politique de tolérance qui ne s'appuyait pas sur une législation explicite.

Un autre membre souligne qu'en dépit de leur autonomie croissante, bien des patients se trouvent encore souvent dans une forte relation de dépendance. Ce sont surtout ces patients-là qui formuleront une demande d'euthanasie sur la base de l'avis du médecin traitant, sans demander d'avis complémentaire. C'est principalement pour cette catégorie que le contrôle *a priori* constitue une garantie complémentaire contre les abus et qu'il est particulièrement utile.

Een lid herhaalt dat een normaal handelend geneesheer hoe dan ook een zekere voorzichtigheid aan de dag zal leggen en zowel de patiënt als zichzelf zal beschermen tegen misbruiken. Er is immers hoe dan ook een controle achteraf, die desgevallend tot bestraffing zal leiden.

Amendementen nrs. 218, 220, 223 en 225

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dienen een amendement in als subamendement op amendement nr. 209 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendementen nr. 220), met het oog op een betere redactie van de tekst.

Tevens worden twee subamendementen ingediend op subamendement nr. 220 (Stuk Senaat, nrs. 2-244/12, amendementen nrs. 223 van mevrouw Vanlerberghe c.s. en 225 van mevrouw Nyssens c.s.), die het vervolledigen en verduidelijken. De door het amendement nr. 220 voorgestelde tekst bepaalt uitdrukkelijk dat de patiënt het verzoek steeds kan herroepen en dat in het medisch dossier de redenen worden opgegeven waarom de patiënt zijn verzoek niet zélf op schrift kan stellen. In deze situatie dient het op schrift stellen van het verzoek te gebeuren door een meerderjarige in het bijzijn van een arts.

Een lid vraagt of de arts als derde persoon kan optreden. Tevens wijst zij erop dat volgens deze formulering de derde persoon die het verzoek van de patiënt op schrift stelt, ook zélf de redenen moet opgeven waarom de patiënt hiertoe zelf niet meer in staat is. Het risico van vals vertrouwen is niet onbestaande.

Een ander lid repliceert dat de redenen door de patiënt moeten worden aangegeven. De derde persoon dient deze slechts te acteren; hij moet ze niet geven.

Een lid vraagt of de rol van de arts louter bestaat uit zijn aanwezigheid, dan wel of de arts ook dit document moet ondertekenen of op een andere wijze een spoor van zijn aanwezigheid moet nalaten.

Een ander lid vraagt of het niet aangewezen is dat de arts de redenen opgeeft waarom de patiënt zijn verzoek tot euthanasie niet zélf op schrift kan stellen en dat de arts het document ook ondertekent. Het zijn toch medische oorzaken die ten grondslag liggen aan de onmogelijkheid voor de patiënt een schriftelijk document op te stellen. Waarom moet hier een meerderjarige derde persoon bij worden betrokken?

Nog een ander lid stelt eveneens de vraag naar de rol van de arts en naar de bekrachtiging van het document dat door de derde meerderjarige wordt opgesteld. Dient de arts dit niet te ondertekenen? Zoniet dreigt deze waarborg zinledig te worden, vermits achteraf niet meer kan gecontroleerd worden of de arts wel aanwezig was.

De hoofdindieners van amendement nr. 209 antwoordt dat het niet de arts is, die met de vraag naar

Un membre répète qu'un médecin traitant fera, quoi qu'il en soit, normalement preuve de circonspection et préservera tant son patient que lui-même des abus. Il y aura en effet de toute façon toujours un contrôle *a posteriori* qui peut le cas échéant déboucher sur une sanction.

Amendements n^{os} 218, 220, 223 et 225

Madame Vanlerberghe et consorts déposent un amendement comme sous-amendement à l'amendement n^o 209 (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendement n^o 220) en vue d'améliorer la rédaction du texte.

Deux sous-amendements sont aussi déposés au sous-amendement n^o 220 (doc. Sénat, n^o 2-244/12, amendements n^{os} 223 de Mme Vanlerberghe et consorts et 225 de Mme Nyssens et consorts) qui le complètent et l'explicitent. Le texte proposé par l'amendement n^o 220 prévoit explicitement que le patient peut revenir sur sa demande et que le dossier médical indique pour quelles raisons le patient ne peut rédiger sa requête lui-même. Dans ce cas, la rédaction de la demande doit être faite par un majeur, en présence d'un médecin.

Une sénatrice demande si le médecin peut intervenir comme tierce personne. Elle souligne aussi que, selon cette formulation, la tierce personne qui rédige la demande du patient doit aussi indiquer elle-même pourquoi le patient n'est pas en mesure de le faire. Le risque d'abus de confiance n'est pas inexistant.

Un autre membre réplique que les raisons doivent être indiquées par le patient. La tierce personne ne sert qu'à les acter, elle ne doit pas les donner.

Un membre demande si le rôle du médecin se limite à sa seule présence ou si le médecin doit aussi signer ce document ou laisser trace de sa présence d'une manière ou d'une autre.

Un autre membre demande s'il n'est pas souhaitable que le médecin doive donner les raisons pour lesquelles le patient ne peut rédiger lui-même sa demande d'euthanasie, et doit aussi signer le document. Ce sont quand même des causes médicales qui empêchent le patient de rédiger un document écrit. Pourquoi faut-il impliquer une tierce personne majeure dans cette procédure?

Un autre membre revient encore sur le rôle du médecin et sur la validation du document rédigé par la tierce personne majeure. Le médecin ne doit-il pas signer? Dans la négative, cette garantie risque de perdre tout son sens, puisque l'on ne pourra plus contrôler par la suite si le médecin était bien présent.

L'auteur principal de l'amendement n^o 209 répond que ce n'est pas le médecin qui est confronté à la

euthanasie wordt geconfronteerd, die het document moet opstellen, maar een derde persoon die de plaats inneemt van de patiënt. De rol van de arts en van de patiënt in de ganse procedure dient gerespecteerd te worden.

Het feit dat de aanwezigheid van de arts wordt vereist, is bovendien een waarborg tegen mogelijke druk die van buitenaf zou worden opgelegd. De tekst, zoals hij door amendement nr. 209 en de verschillende sub-amendementen wordt voorgesteld, is dan ook een ernstige verbetering.

Een lid is het eens met de mening van een vorige spreker, dat de tekst zoals hij thans is geredigeerd, niet toelaat achteraf te controleren of de arts al dan niet aanwezig was.

De vorige spreker vindt het vanzelfsprekend dat ook de arts het document ondertekent, temeer omdat tevens wordt voorgesteld dat ook de redenen waarom de patiënt zijn verzoek niet zélf op schrift kan stellen, worden opgegeven.

Positief aan het amendement is dan weer dat uitdrukkelijk wordt gesteld dat de patiënt zijn verzoek op elk ogenblik kan herroepen.

Een lid sluit zich aan bij de opvatting dat het document dient te worden ondertekend door de arts, om van die aanwezigheid méér dan een vrome wens te maken.

Bovendien meent spreker dat in de Nederlandse tekst van de tweede zin van het tweede lid van § 4, zoals voorgesteld door amendement nr. 220, de woorden «In dit laatste geval» de indruk zouden kunnen wekken dat niet in alle gevallen de aanwezigheid van een arts vereist is, hoewel dit wellicht niet de bedoeling is van de indieners van amendement nr. 220.

Tenslotte lijkt het wenselijk om de doelstelling van de tekst, met name dat niet de arts maar een derde het document moet opstellen indien de patiënt zelf niet meer in staat is zijn verzoek op schrift te stellen, uitdrukkelijk op te nemen in de libellering en derhalve de arts hiervan expliciet uit te sluiten.

Een lid zegt er geen probleem mee te hebben indien de meerderjarige derde de naam van de aanwezige arts zou moeten noteren. Het lijkt wenselijk dat de arts niet zélf het document ondertekent, omdat dit de relatie tussen de arts en de patiënt zou kunnen verstoren.

Mevrouw Nyssens c.s. dienen een amendement in als subamendement op amendement nr. 209 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 218), dat ertoe strekt de getuige schrappen. Het vaststellen van de fysieke onmogelijkheid om een verzoek op schrift te stellen valt immers onder de medische verantwoordelijkheid. Deze visie stemt niet overeen met de opvat-

demande d'euthanasie qui doit rédiger le document, mais une tierce personne qui se substitue au patient. Le rôle du médecin et du patient doit être respecté tout au long de la procédure.

La présence obligatoire du médecin constitue en outre une garantie contre d'éventuelles pressions extérieures. Le texte tel que proposé par l'amendement n° 209 et les différents sous-amendements, constitue par conséquent une considérable amélioration.

Un membre partage l'avis de l'intervenante précédente et pense aussi que le texte tel qu'il est rédigé actuellement ne permet pas de contrôler par la suite si le médecin était bien présent.

L'intervenante précédente estime qu'il est évident que le médecin doit aussi signer le document, d'autant plus qu'il est aussi proposé d'indiquer les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en mesure de rédiger lui-même sa demande.

L'amendement a ceci de positif qu'il prévoit aussi explicitement que le patient peut à tout moment revenir sur sa demande.

Une membre se rallie à l'idée que le document doit aussi être signé par le médecin, pour faire de cette présence plus qu'un vœu pieux.

En outre, l'intervenante estime que, dans la version néerlandaise de la deuxième phrase du deuxième alinéa du § 4, tel que proposé dans l'amendement n° 220, les mots «*in dit laatste geval*» pourraient donner l'impression que la présence du médecin n'est pas exigée dans tous les cas, bien que ce ne soit probablement pas ce que les auteurs de l'amendement n° 220 souhaitaient.

Enfin, il paraît souhaitable d'indiquer explicitement dans le libellé quel est l'objectif du texte — à savoir que ce ne soit pas le médecin mais un tiers qui rédige le document si le patient n'est plus en mesure de rédiger lui-même sa demande écrite — et donc d'exclure explicitement le médecin.

Un membre dit qu'il ne voit pas d'objection à ce que la tierce personne majeure doive noter le nom du médecin. Il semble souhaitable que le médecin lui-même ne signe pas le document car cela pourrait altérer la relation entre le médecin et le patient.

Madame Nyssens et consorts déposent un amendement comme sous-amendement à l'amendement n° 209 (doc. Sénat, n° 2-244/2, amendement n° 218) visant à supprimer l'intervention d'un témoin. Constatant l'incapacité physique de rédiger une requête relève de la responsabilité médicale. Cette vision ne correspond pas à celle d'un orateur précédent qui fait

ting van een vorige spreker, die in voorkomend geval de getuige de rol van de patiënt laat overnemen en die de rol van de arts ongemoeid laat.

Een lid vraagt wat de mening is van de indieners van amendement nr. 218 over de rol van een derde persoon.

De hoofdindienster van amendement nr. 218 zegt niet overtuigd te zijn van deze constellatie en handhaaft haar amendement, dat de getuige schrapt.

Mevrouw Nyssens c.s. dienen een subamendement in op amendement nr. 220 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 225), dat in het verlengde ligt van amendement nr. 218. Er wordt gepreciseerd dat het schriftstuk dat door de patiënt wordt opgesteld niet bindend is voor de geneesheer. Bovendien wordt geëxpliciteerd dat de patiënt te allen tijde zijn verzoek kan herroepen.

Amendement nr. 222

Mevrouw De Roeck c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 222) dat in het 1^o van § 4 van het voorgestelde artikel 3 de woorden «vrijwillig, overwogen en herhaald verzoek» wenst te hanteren in plaats van «uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam».

De hoofdindienster verklaart dat dit amendement in het verlengde ligt van het reeds eerder ingediende amendement nr. 105, dat dezelfde wijzigingen aanbrengt in § 1 van het voorgestelde artikel 3.

Een lid verwijst naar haar argumentatie met betrekking tot amendement nr. 105. Spreekster zegt niet te begrijpen waarom de woorden «ondubbelzinnig» en «duurzaam» zonedig moeten geschrapt worden uit het artikel.

Zij vraagt zich eveneens af waarom de kwaliteit van het verzoek niet meer moet worden onderzocht door de eerste geraadpleegde arts, zoals § 3 bepaalt, maar wel door de tweede geraadpleegde arts, overeenkomstig de voorgestelde § 4.

De hoofdindienster oordeelt dat de woorden «duurzaam» en «herhaald» in wezen synoniemen zijn en het derhalve overbodig is te vermelden dat het verzoek ook nog eens «duurzaam» moet zijn. Wanneer een verzoek «overwogen» is, is het ook niet meer «dubbelzinnig».

Bovendien komt deze controle bovenop de waarborgen die reeds gelden voor het schriftelijk verzoek.

Amendement nr. 221

Mevrouw Leduc c.s. dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12,

endosser au témoin le rôle du patient et ne touche pas à celui du médecin.

Un membre demande quel est l'avis des auteurs de l'amendement n° 218 quant au rôle de la tierce personne.

L'auteur principal de l'amendement n° 218 dit qu'elle n'est pas convaincue par cette procédure et maintient son amendement visant à supprimer l'intervention du témoin.

Madame Nyssens et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 220 (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 225) qui s'inscrit dans le prolongement de l'amendement n° 218. Il y est précisé que l'écrit rédigé par le patient n'est pas contraignant pour le médecin. En outre, il y est dit explicitement que le patient peut à tout moment revenir sur sa demande.

Amendement n° 222

Madame De Roeck et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 222) tendant à remplacer au § 4, 1^o, de l'article proposé les mots «caractère exprès, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchi, répété et persistant» par les mots «caractère volontaire, réfléchi et répété».

L'auteur principal de l'amendement explique que cet amendement s'inscrit dans le prolongement de l'amendement n° 105 déposé auparavant, lequel apporte les mêmes modifications au § 1^{er} de l'article 3 proposé.

Une intervenante se réfère à son argumentation relative à l'amendement n° 105. Elle dit ne pas comprendre pourquoi les mots «non équivoque» et «persistant» doivent nécessairement être supprimés.

Elle se demande aussi pourquoi la qualité de la demande ne doit plus être examinée par le premier médecin consulté, comme le prévoit le § 3, mais bien par le second médecin consulté, conformément au § 4 proposé.

L'auteur principal juge que les mots «persistant» et «répété» sont des synonymes et qu'il est par conséquent superflu de mentionner que la demande doit être persistante. Quand une demande est réfléchie, elle n'est plus équivoque non plus.

En outre, ces contrôles s'ajoutent aux garanties déjà prévues pour la demande écrite.

Amendement n° 221

Mme Leduc et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12,

amendement nr. 221) dat in het 2^o van § 4 van het voorgestelde artikel 4 de woorden «oorspronkelijk verzoek» wenst te vervangen door de woorden «schriftelijk verzoek».

De hoofdindienster meent dat het duidelijk moet zijn wanneer de periode van één maand aanvat. Het «schriftelijk» verzoek heeft in dat opzicht meer waarborgen dan het «oorspronkelijk» verzoek, vermits het gedateerd is. Hierdoor wordt elk misverstand vermeden.

Een lid is van oordeel dat deze kleine verduidelijking geen antwoord biedt op alle opmerkingen die werden gemaakt op dit punt. De vraag is immers wanneer alle grondvoorwaarden cumulatief aanwezig moeten zijn. Is dit enkel het geval bij het eerste verzoek, en is de in § 4 voorziene termijn van één maand vervolgens slechts een louter procedurele voorwaarde? Of moeten de grondvoorwaarden integendeel vervuld zijn zowel op het ogenblik van het oorspronkelijke — dus «schriftelijke» (zie amendement nr. 221) — verzoek én na verloop van de termijn van één maand?

Dergelijke tijdsspanne laat immers ruimte voor heel wat gebeurtenissen, zeker vanuit medisch oogpunt bekeken. Een pijn die ondraaglijk is kan bijvoorbeeld evolueren naar een pijn die wel te dragen is. Spreekster meent dan ook dat de grondvoorwaarden moeten vervuld zijn, zowel op het ogenblik van het schriftelijke verzoek als op het moment dat, minstens een maand erna, euthanasie wordt toegepast.

De hoofdindienster van het amendement nr. 221 verwijst naar de uiteenzettingen op het vlak van de procedure en van de zorgvuldigheidscriteria. Uiteraard dient aan de zorgvuldigheidsvereisten te worden voldaan op het ogenblik van het schriftelijk verzoek. Op dit ogenblik is het dan ook duidelijk dat de ondraaglijke pijn niet meer kan gelenigd worden.

Amendement nr. 82

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 82) dat § 5 van het voorgestelde artikel 3 wenst te vervangen als volgt:

«§ 5. De informatie betreffende de gestelde diagnose, de wensen van de patiënt, het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), het advies van de verschillende personen die worden geraadpleegd, alle stappen die worden ondernomen, met inbegrip van de verzorging en de behandelingen die worden voorgesteld en hun resultaat, de beslissingen die worden genomen, met inbegrip van de verzorging en de behandelingen die worden voorgeschreven, alsook de geneesmiddelen of verdovende middelen die worden

amendement n^o 221) tendant à remplacer au 2^o du § 4 de l'article 4 proposé les mots «requête initiale» par les mots «requête écrite».

L'auteur principal estime qu'il faut savoir clairement quand débute la période d'un mois. La requête écrite présente à cet égard plus de garanties que la requête initiale dans la mesure où elle est datée. Tout malentendu est donc exclu.

Un membre estime que cette petite clarification n'apporte pas de réponse à toutes les remarques formulées sur ce point. La question reste de savoir si toutes les conditions de base sont cumulatives. Est-ce uniquement le cas lors de la première requête, et le délai d'un mois prévu au § 4 n'est-il ensuite qu'une condition purement procédurale? Ou au contraire, les conditions de base doivent-elles être remplies tant au moment de la requête initiale — donc écrite (voir amendement n^o 221) — qu'à l'expiration du délai d'un mois?

Bien des choses peuvent se passer pendant ce délai, surtout d'un point de vue médical. Une douleur insupportable peut évoluer et devenir une douleur supportable. L'intervenante pense par conséquent que toutes les conditions de base doivent être remplies tant au moment de la requête écrite qu'au moment où, au moins un mois plus tard, l'euthanasie est pratiquée.

L'auteur principal de l'amendement n^o 221 se réfère aux exposés relatifs à la procédure et aux critères de prudence. Il faut que les critères de prudence soient respectés au moment de la requête écrite. À ce moment, il est dès lors clair que la douleur insupportable ne peut être apaisée.

Amendement n^o 82

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/6, amendement n^o 82) visant à remplacer le § 5 de l'article 3 proposé par ce qui suit:

«§ 5. Les informations concernant le diagnostic posé, les souhaits du patient, le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s) et les avis des différentes personnes consultées, l'ensemble des démarches entreprises en ce compris les soins et les traitements proposés et leurs résultats, les décisions prises en ce compris les soins et les traitements prescrits, ainsi que les médicaments ou drogues administrées, sont consignées au jour le jour dans le dossier médical du patient. Les mentions sont signées par le médecin en

toegediend, worden dagelijks opgetekend in het medisch dossier van de patiënt. De vermeldingen worden ondertekend door de arts die de patiënt behandelt en door een ander lid van het verplegend team dat de patiënt begeleidt.»

Een van de indieners verklaart dat dit artikel de verplichting oplegt een gedetailleerd medisch dossier bij te houden, waaruit blijkt dat de arts de wettelijk bepaalde voorwaarden en procedures nageleefd heeft, niet alleen in het geval van euthanasie maar ook voor alle beslissingen die verband houden met het levenseinde (stopzetting, of niet-uitvoering van een behandeling, ...). In dat dossier moet verder melding worden gemaakt van de gegevens op grond waarvan de arts in het geval van euthanasie heeft kunnen beoordelen of het al dan niet om een noodtoestand gaat. Ook de wensen van de patiënt en de verslagen of adviezen van de verschillende geraadpleegde personen worden in dit dossier opgenomen.

Het lid meent dat het vanzelfsprekend is dat de resultaten van alle raadplegingen, die als grondvoorwaarde worden ingeschreven in artikel 3, ook tot uiting komen in het medisch dossier.

Een lid wenst zich niet uit te spreken over de vraag of het wenselijk is om in het medisch dossier op te nemen welke geneesmiddelen de betrokken patiënt werden toegediend e.d.m., maar wijst wel op bepalingen die verder in de tekst worden voorgesteld met betrekking tot het registratieformulier dat de arts moet invullen en aan de evaluatiecommissie moet overmaken. Daarin wordt voorgesteld dat één deel vertrouwelijk is, maar dat in het andere deel een aantal gegevens worden vermeld, zoals de aard van de aandoening en van de aanhoudende en ondraaglijke pijn, de redenen waarom het lijden niet gelenigd kon worden, de gevolgde procedure, enzovoort. Tal van nuttige en noodzakelijke gegevens worden derhalve reeds medegedeeld aan de commissie.

Spreker is dan ook van mening dat de door het amendement nr. 82 voorgestelde opname van tal van gegevens in het medisch dossier niet essentieel is. Belangrijk is te weten of men al dan niet onder de voorwaarden van de wet heeft gehandeld. De gegevens, waarvan de mededeling aan de commissie wordt voorgeschreven, bieden hiervoor de nodige zekerheid.

Een van de indieners van het amendement nr. 82 repliceert dat ook dit amendement tot doel heeft om na te gaan of de wettelijke voorwaarden wel werden gerespecteerd en kan in die zin de mening van de vorige spreker bijtreden. Zij onderstreept evenwel dat de voorgestelde wetgeving ook tal van medische aspecten regelt en een bijzondere opleiding van de geneesheren veronderstelt. Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat tal van geneesheren niet echt op de hoogte zijn van het bestaan van sommige geneesmiddelen en van de uitwerkingen hiervan.

charge du patient et un autre membre de l'équipe soignante qui entoure le patient.»

L'un des auteurs explique que cet article impose la tenue d'un dossier médical détaillé, dont il ressort que le médecin a respecté les conditions et procédures prévues par la loi (non seulement dans le cas d'une euthanasie mais de toute décision liée à la fin de vie: cessation, non-exécution du traitement, ...), et qui mentionne les éléments qui ont permis au médecin d'apprécier l'existence d'un état de nécessité dans le cas d'une euthanasie. Ce dossier contient également les souhaits du patient, ainsi que les rapports ou les avis des différentes personnes consultées.

Le membre estime qu'il va de soi que les résultats de toutes les consultations qui font partie des conditions de base reprises à l'article 3 doivent aussi figurer dans le dossier médical.

Un membre ne souhaite pas se prononcer quant à l'opportunité d'indiquer dans le dossier médical quels médicaments ont été administrés au patient concerné, mais met l'accent sur les dispositions proposées plus loin dans le texte à propos du document d'enregistrement que le médecin doit remplir et envoyer à la commission d'évaluation. Il est proposé qu'une partie soit confidentielle mais que, dans l'autre partie, il soit fait mention d'une série de données comme la nature de l'affection et de la douleur constante et insupportable, les raisons pour lesquelles il n'y avait plus moyen d'apaiser la douleur, la procédure suivie, etc. Bon nombre de renseignements utiles sont donc déjà communiqués à la commission.

Il estime par conséquent que la mention d'une série de renseignements dans le dossier médical proposée dans l'amendement n° 82 n'est pas essentielle. Il importe de savoir si l'on a respecté les conditions prévues par la loi. Les données, dont la transmission à la commission est prévue, offrent la sécurité nécessaire à cet égard.

Un des auteurs de l'amendement n° 82 réplique que cet amendement a aussi pour objectif de vérifier si les conditions prévues par la loi ont bien été respectées et elle peut dans ce sens se rallier à l'intervenant précédent. Elle souligne cependant que la législation proposée règle de nombreux aspects médicaux et suppose une formation particulière des médecins. Toutefois, les auditions ont révélé que bon nombre de médecins ne sont pas informés de l'existence de certains médicaments ni de leurs effets.

Het is dan ook niet zo onzinnig om in het medisch dossier — dat niet systematisch naar de commissie hoeft te worden verzonden — een globaal beeld van de behandelingen te schetsen die op de betrokkene werden toegepast. Desgevallend kan dit later worden gebruikt voor het geval er klacht zou worden ingediend bij het parket.

De vorige spreker vreest dat, indien het amendement nr. 82 zou worden aangenomen, dit zal leiden tot een afzonderlijke categorie van «euthanasiedokters», vermits de verplichtingen die worden voorgeschreven zodanig complex zullen zijn dat slechts enkelen hier wijs uit kunnen raken. Dit dient absoluut te worden vermeden.

Bovendien meent het lid dat, indien de evaluatiecommissie een globaal beeld krijgt van de ziekte van de betrokkene, de ondraaglijke pijn, de behandelingen die op hem werden toegepast en dergelijke meer, zoals elders in het wetsvoorstel wordt voorgeschreven, de leden van de commissie zich wel een oordeel zullen kunnen vormen van de medische besluitvorming en de opportuniteit hiervan. De door het amendement nr. 82 voorgestelde toevoeging zal hieraan fundamenteel niets veranderen.

Amendement nr. 217

Mevrouw de T' Serclaes dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 217) dat paragraaf 5 van het voorgestelde artikel 3 wil vervangen door de volgende tekst:

«§ 5. Het verzoek en de wensen van de patiënt, het advies van het verplegend team en van de geraadpleegde artsen of derden, alsook alle handelingen van de arts en hun resultaat worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt. Het dossier wordt getekend door de arts en geïllustreerd door een lid van het verplegend team dat de patiënt omringt.»

De indienster is van oordeel dat het medisch dossier een centrale plaats inneemt wanneer men zoveel als mogelijk een transparante wetgeving omtrent euthanasie wil maken. De meeste artsen en verpleegkundigen zullen immers in het medisch dossier alle gegevens opnemen die zij wenselijk achten. Dit geldt *a fortiori* wanneer het gaat om patiënten die thuis worden verzorgd en die veel in contact komen met hun huisarts. Het medisch dossier waarborgt bovendien volledig de privacy van de betrokkene.

De door het amendement nr. 217 voorgestelde tekst is gebaseerd op de bijdrage die enkele leden van de verenigde commissies hebben geleverd en die tijdens de algemene bespreking werd toegelicht. In het bijzonder het visum van een lid van het verplegend

Il n'est par conséquent pas si inutile de faire figurer dans le dossier médical — qui ne doit pas systématiquement être envoyé à la commission — un aperçu global des traitements appliqués au patient concerné. Le cas échéant, cela pourrait servir plus tard au cas où une plainte serait déposée au parquet.

L'intervenant précédent craint qu'en cas d'adoption de l'amendement n° 82, on n'en arrive à une catégorie particulière de «médecins de l'euthanasie», dès lors que les mesures prescrites seront tellement complexes que seuls quelques-uns s'y retrouveront. Il faut absolument éviter d'en arriver là.

En outre, le membre estime que, si la commission d'évaluation a une vue globale de la maladie du patient concerné, de la douleur insupportable, des traitements qui lui ont été administrés, etc., comme c'est prescrit ailleurs dans la proposition de loi, les membres de la commission pourront se forger un jugement sur la décision médicale et sur son opportunité. L'ajout prévu à l'amendement n° 82 n'y changera rien de fondamental.

Amendement n° 217

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 217) visant à remplacer le § 5 de l'article 3 proposé par ce qui suit:

«§ 5. La demande et les souhaits du patient, les avis de l'équipe soignante et des médecins ou tiers consultés ainsi que l'ensemble des démarches du médecin et leur résultat sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient. Celui-ci sera signé par le médecin et visé par un membre de l'équipe soignante qui entoure le patient.»

L'auteur estime que le dossier médical doit occuper une place centrale si l'on veut une législation relative à l'euthanasie qui soit la plus transparente possible. En effet, la plupart des médecins et membres du personnel infirmier consigneront dans le dossier médical toutes les données qu'ils estiment souhaitables. Cela vaut *a fortiori* quand il s'agit de patients soignés à domicile et qui sont fréquemment en contact avec le médecin traitant. En outre, le dossier médical présente toutes les garanties relatives à la vie privée du patient.

Le texte proposé par l'amendement n° 217 est basé sur la contribution que certains membres des commissions réunies ont apportée et qui a été commentée lors de la discussion générale. En particulier, le visa d'un membre de l'équipe soignante qui entoure le malade

team dat de patiënt omringt is een waarborg dat de elementen die in het medisch dossier worden opgenomen beantwoorden aan de werkelijkheid.

Amendement nr. 137

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nrs. 2-244/10, amendement nr. 137) teneinde in paragraaf 5 de woorden «of van zijn gemandateerden» te schrappen.

Amendement nr. 185

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 185) teneinde in § 5 enkele wijzigingen aan te brengen.

De hoofdindieners legt uit dat het amendement nr. 185 voorstelt om het woord «schriftelijk» te doen vervallen om te verzekeren dat niet enkel schriftelijke, maar ook mondelinge verzoeken worden opgetekend in het medisch dossier. Tevens wordt voorgesteld dat ook de adviezen van het verplegend team, van de naasten van de patiënt of van enig andere geconsulteerde derde zouden worden opgenomen in het medisch dossier. Verder wenst het amendement nr. 185 het woord «regelmatig» te vervangen door het woord «dagelijks» omdat het niet volstaat dat het medisch dossier «regelmatig» wordt aangevuld. Met het oog op een optimale bescherming van de patiënt dienen alle handelingen van de arts, na het verzoek van de patiënt, maar ook de evoluties of herhalingen van dit verzoek door de patiënt, dagelijks te worden opgetekend in het medisch dossier. Tenslotte wordt een aanvullende paragraaf voorgesteld, volgens dewelke de elementen die worden genoteerd in het medisch dossier ook worden ondertekend door de behandelende arts en door een lid van het verplegend team, met het oog op het waarborgen van een grotere rechtsbescherming.

Amendement nr. 83

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op het amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 83), dat ertoe strekt het artikel 3 aan te vullen met een nieuwe § 6, luidend als volgt:

«§ 6. Met geldboete van 1 000 frank tot 100 000 frank wordt gestraft de arts die de bepalingen van artikel 3, § 5, en van artikel 5 overtreedt.»

Een van de indieners meent dat het noodzakelijk is te voorzien in strafsancities teneinde de geneesheren ertoe aan te sporen de voorwaarden die in artikel 3 worden voorgeschreven te respecteren. De verzen-

garantit que les éléments qui y sont consignés correspondent à la réalité.

Amendement n° 137

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 137) visant à supprimer dans le texte néerlandais, au § 5, les mots «of van zijn gemandateerden».

Amendement n° 185

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 185) visant à apporter quelques modifications au § 5.

L'auteur principal explique que l'amendement n° 185 propose la suppression du mot «écrite» afin de garantir que non seulement la requête écrite mais aussi les requêtes verbales soient consignées dans le dossier médical. Il propose aussi que les avis de l'équipe soignante, des proches du patient ou de tout autre tiers consulté soient également consignés dans le dossier médical. L'amendement n° 185 souhaite par ailleurs remplacer le mot «régulièrement» par le mot «quotidiennement» car il ne suffit pas que le dossier médical soit complété «régulièrement». En vue d'assurer une protection optimale au patient, toutes les démarches du médecin faisant suite à la requête du patient ainsi que tous éléments de cette requête que le patient réitère ou modifie, doivent être consignés quotidiennement dans le dossier médical. Enfin, on propose un paragraphe complémentaire prévoyant que les éléments consignés dans le dossier médical doivent également être contresignés par le médecin traitant et par un membre de l'équipe soignante, en vue d'une protection juridique accrue du patient.

Amendement n° 83

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. sénat, n° 2-244/6, amendement n° 83) visant à compléter l'article 3 proposé par un § 6 nouveau, rédigé comme suit:

«§ 6. Est puni d'une amende de 1 000 francs, le médecin qui contrevient aux dispositions de l'article 3, § 5, et de l'article 5.»

Un des auteurs estime nécessaire de prévoir des sanctions afin d'inciter les médecins à respecter les conditions qui sont prescrites à l'article 3. Selon le membre, l'envoi du dossier à la commission d'évalua-

ding van het dossier naar de evaluatiecommissie en, desgevallend, naar het parket, volstaat volgens het lid immers niet. Bijzondere straffen zijn vereist.

Het is niet zinvol om wettelijke voorwaarden in het leven te roepen, zonder aan te geven wat zal gebeuren indien deze niet worden gerespecteerd. Al te vaak hoort men immers dat geneesheren de neiging hebben om er hun eigen deontologie op na te houden, zonder zich te storen aan de houding van de wetgever. Dit is shockerend. In een democratie dient de wetgever immers de bakens uit te zetten en hierop een controle te organiseren.

Spreekster erkent dat het vaststellen van boetes mogelijk niet de meest aangewezen vorm van bestraffing is. Zij wenst niettemin dat er duidelijke sancties zouden worden ingeschreven.

Een lid benadrukt dat deze wet precies tot doel heeft om vast te leggen in welke gevallen er géén sprake is van een misdrijf. Alle strafrechtelijke sancties die thans gelden in het Strafwetboek blijven ongewijzigd.

Een van de indieners van het amendement nr. 83 vraagt wat er dient te gebeuren indien een patiënt, die ondraaglijk lijdt en wiens pijn niet te lenigen is, herhaaldelijk en overwogen om euthanasie verzoekt, maar de arts niet alle vormvoorschriften heeft nageleefd, zoals bijvoorbeeld het volledig invullen van het registratiedocument.

De vorige spreker antwoordt dat in dat geval de huidige strafrechtelijke benadering onverkort van toepassing blijft.

Een ander lid vult aan dat het parket zal oordelen of en hoe het moet optreden, zoals dit thans het geval is. Hij meent dat het voorgestelde amendement nr. 83 in schril contrast staat met de eerbied voor het leven, die voor sommigen onaantastbaar is. Volgens dit amendement zou een arts, die euthanasie toepast in strijd met de voorgestelde wet, er zich van af kunnen maken met een boete van 100 000 frank. Dit is niet ernstig. Het is beter aan het parket over te laten welke het gepaste optreden en de gepaste straffen zijn, zoals dit vandaag gebeurt.

Een lid meent dat de opinie die werd uitgedrukt door vorige sprekers juridisch absoluut geen steek houdt. Vandaag zegt de strafwet immers helemaal niets over de voorwaarden en de procedures die thans worden voorgesteld. In het strafrecht bestaat het legaliteitsbeginsel waardoor, indien de wet geen sancties voorschrijft voor een bepaalde handeling die als een misdrijf wordt gekwalificeerd, er ook geen sprake kan zijn van een straf die wordt opgelegd. Hier komt de ware bedoeling van de indieners van het wetsvoorstel naar voor: men schrijft voorwaarden in die slechts schijnvoorwaarden zijn vermits aan de overtreding ervan geen enkele sanctie wordt verbonden.

tion et, le cas échéant, au parquet, ne suffit pas. Des sanctions particulières sont requises.

Il est inutile de créer des conditions légales si l'on n'indique pas ce qui se passera dans le cas où elles ne sont pas respectées. En effet, on entend dire trop souvent que les médecins ont tendance à suivre leur propre déontologie sans se soucier de l'attitude du législateur. C'est choquant. Dans une démocratie, le législateur doit placer des balises et les faire respecter.

L'oratrice admet que les amendes ne constituent peut-être pas le type de sanction le plus indiqué. Elle souhaite néanmoins que la loi prévoit des sanctions claires.

Un membre précise que cette loi a justement pour objectif d'indiquer dans quels cas il n'y a pas délit. On ne touche à aucune des sanctions prévues actuellement par le Code pénal.

Un des auteurs de l'amendement n° 83 demande ce qu'il advient si un patient atteint d'une douleur insupportable et inapaisable demande l'euthanasie de manière répétée et mûrement réfléchie mais que le médecin n'a pas respecté toutes les prescriptions formelles, telles l'obligation de compléter intégralement le document d'enregistrement.

L'orateur précédent répond que, dans ce cas, la procédure pénale actuelle reste entièrement d'application.

Un autre membre ajoute que le parquet décidera, comme c'est déjà le cas actuellement, s'il doit intervenir et de quelle manière. Il estime que l'amendement n° 83 proposé contraste fortement avec le respect de la vie, qui est, pour certains, inviolable. Cet amendement permettrait à un médecin qui pratique l'euthanasie sans respecter la loi proposée de s'en tirer avec une amende de 100 000 francs. Ce n'est pas sérieux. Il vaut mieux laisser au parquet le soin de choisir l'attitude à adopter et les peines appropriées, comme c'est le cas aujourd'hui.

Un membre estime que l'opinion exprimée par les orateurs précédents ne tient pas debout juridiquement. En effet, la loi pénale actuelle ne dit rien des conditions et procédures proposées aujourd'hui. On trouve dans le droit pénal le principe de légalité: si la loi ne prévoit pas de sanction pour des actes qualifiés de délits, il ne peut être question d'imposer une peine. C'est ici qu'apparaît la véritable intention des auteurs de la proposition de loi: édicter des conditions qui n'en sont pas puisque leur violation n'entraîne aucune sanction.

Als juridische *deus ex machina* wordt dan door de indianers de rechtsfiguur van de noodtoestand ingeroepen, volgens dewelke een strafrechter een arts, die de wettelijke voorwaarden heeft overtreden, toch vrijuit kan laten gaan omdat hij zich in een conflict van grondrechten bevindt. Nochtans heeft men gedurende een jaar volgehouden dat diegenen, die van in het begin de noodtoestand hebben naar voor geschoven als een juridische mogelijkheid om euthanasie wettelijk te regelen, blijk gaven van juridische kwakzalverij.

Blijkbaar bevinden de indianers van het voorstel nr. 2-244 zich zélf in een noodtoestand en moeten zij zich thans redden uit de juridische impasse waarin ze zijn terechtgekomen.

Een van de indianers van het amendement nr. 83 onderstreept voor alle duidelijkheid dat dit amendement niet tot doel heeft de bestaande strafsancities te doen vervallen, maar dat de voorgestelde straffen bijkomend worden voorzien voor de specifieke toepassing van onderhavig wetsvoorstel. Het amendement springt dan ook helemaal niet lichtzinnig om met de eerbied voor het leven, zoals een vorige spreker wil doen geloven.

Een vorige spreker verwijst naar de bepalingen die in het Strafwetboek werden opgenomen met betrekking tot de zwangerschapsafbreking, waarin straffen worden voorzien voor het geval men het misdrijf pleegt. Tevens wordt bepaald onder welke voorwaarden — die betrekking hebben op de informatie, de opvang van de zwangere vrouw, enzovoort — er géén misdrijf is.

Dezelfde techniek wordt thans toegepast voor wat betreft de euthanasie. Het voorgestelde artikel 3, § 1, bepaalt immers: «De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij vaststelt dat ...». Wanneer de arts deze voorwaarden niet naleeft, pleegt hij wel een misdrijf en kan hij desgevallend worden vervolgd. Het enige verschil is hierin gelegen, dat zwangerschapsafbreking uitdrukkelijk in het Strafwetboek werd opgenomen, terwijl thans een bijzondere wet wordt voorgesteld.

Amendement nr. 44

De heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 44) dat ertoe strekt het artikel 3 volledig te vervangen.

Een van de indianers verduidelijkt dat dit amendement de palliatieve zorgverlening de plaats geeft die ze verdient, met name in artikel 3. Hij wijst op de globale logica van de amendementen nrs. 42 en volgende die het volledige wetsvoorstel willen vervangen, volgens dewelke in artikel 3 een gans andere materie wordt geregeld dan in artikel 3 van het wetsvoorstel nr. 2-244.

Les auteurs invoquent alors la figure juridique de l'état de nécessité comme un *deus ex machina* juridique qui permet à un juge pénal de ne pas sanctionner un médecin qui a violé les conditions légales parce qu'il était confronté à un conflit de droits fondamentaux. On affirme pourtant depuis un an que ceux qui prétendent depuis le début que l'état de nécessité constitue l'instrument juridique permettant de légaliser l'euthanasie, sont des charlatans.

Il faut croire que les auteurs de la proposition n° 2-244 se trouvent eux-mêmes en état de nécessité et qu'ils doivent maintenant se sortir de l'impasse juridique dans laquelle ils se sont retrouvés.

Pour être clair, un des auteurs de l'amendement n° 83 souligne que celui-ci n'a pas pour objectif de supprimer les sanctions pénales existantes, mais que les peines proposées viennent en complément pour l'application spécifique de la présente proposition de loi. Cet amendement ne prend donc pas du tout à la légère le respect de la vie, comme voudrait le faire croire un orateur précédent.

Un orateur précédent fait allusion aux dispositions insérées dans le Code pénal concernant l'interruption de grossesse et qui prévoient des sanctions lorsque l'on commet le délit. Sont également mentionnées les conditions — relatives à l'information, à la prise en charge de la femme enceinte, etc. — dans lesquelles il n'y a pas délit.

La même technique est aujourd'hui appliquée à l'euthanasie. La proposition d'article 3, § 1^{er}, prévoit en effet: «Le médecin qui applique l'euthanasie ne commet pas de délit lorsqu'il constate que ...». Lorsque le médecin ne respecte pas ces conditions, il commet un délit et il peut être poursuivi, le cas échéant. La seule différence réside dans le fait que le Code pénal mentionne explicitement l'interruption de grossesse alors que l'on propose aujourd'hui une loi spéciale.

Amendement n° 44

M. Vandenberghe et Mme van Kessel déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 44) visant à remplacer intégralement l'article 3.

Un des auteurs explique que cet amendement donne aux soins palliatifs la place qu'ils méritent, à l'article 3. Il montre la logique globale des amendements n°s 42 et suivants destinés à remplacer la totalité de la proposition de loi, selon laquelle l'article 3 règle une toute autre matière que l'article 3 de la proposition de loi n° 2-244.

Amendementen nrs. 1J, 115 C en 227

Er moet worden verwezen naar de bespreking onder het hoofdstuk «Problematiek van de zwangere vrouw (amendementen op artikel 3, en amendementen met betrekking tot een artikel 4bis nieuw)».

Amendementen nrs. 59 en 102

De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 59) dat ertoe strekt hoofdstuk II te vervangen als volgt:

«Hoofdstuk II

Beschermingsvoorwaarden in geval van pijnbestrijding en staken of nalaten van een medische handeling

Artikel 3

In geval van een beslissing tot staken of nalaten van een medische behandeling, of wanneer een therapie wordt afgebouwd of wanneer een naar huidig medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensverkortend gevolg wordt toegepast, kunnen deze beslissingen slechts genomen worden in overeenstemming met de huidige medische inzichten, de medische deontologie, alsook met eerbiediging van de rechten van de patiënt.

Uit het medische dossier van de overledene moet blijken dat:

1° de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissing, en ermee instemde;

2° ingeval de patiënt niet in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts was geraadpleegd;

3° de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of naaste familie, zo mogelijk, op de hoogte werden gebracht van de voorgenomen beslissingen en de gelegenheid hadden gekregen hun mening te kennen te geven.

Artikel 76bis, vierde lid, van het Burgerlijk Wetboek is van toepassing.»

Volgens één van de medeondertekenaars wil het wetsvoorstel een wettelijk kader creëren dat de transparantie inzake euthanasie verzekert en de eerbiediging van de rechten van de patiënt en de rechtszekerheid van de artsen waarborgt. Het voorstel voorziet in een reeks strikte procedures die de arts moet naleven opdat er geen sprake zou zijn van een misdrijf.

Er bestaan evenwel een aantal situaties waarin medische beslissingen, ook al werken ze levensverkortend, niet als euthanasie worden beschouwd. Het zou jammer zijn dat voor die medische praktijken niet moet worden voldaan aan voorwaarden die vergelijk-

Amendements n^{os} 1J, 115 C et 227

Il y a lieu de se reporter à la discussion reprise sous le chapitre «Problématique de la femme enceinte (amendements à l'article 3, et amendements relatifs à un article 4bis nouveau)».

Amendements n^{os} 59 et 102

M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 59) visant à remplacer le chapitre II par le texte suivant:

«Chapitre II

Des conditions de protection en cas de traitement analgésique et d'arrêt ou d'abstention d'un traitement médical

Article 3

La décision d'arrêter ou de s'abstenir d'appliquer un traitement médical, d'arrêter progressivement une thérapie ou encore d'appliquer un traitement analgésique justifié du point de vue de l'état actuel du savoir médical et ayant pour effet d'abrèger la vie, ne peut être prise qu'à la condition d'être conforme à l'état actuel des connaissances médicales et à la déontologie médicale et de respecter les droits du patient.

Le dossier médical de la personne décédée doit faire ressortir que:

1° le patient a été informé de la décision envisagée et y a donné son assentiment;

2° un confrère médecin au moins a été consulté dans le cas où le patient n'était pas en état d'exprimer sa volonté;

3° la personne de confiance, désignée par le patient même, ou sa famille proche ont, dans la mesure du possible, été informées de la décision envisagée et ont eu l'occasion d'exprimer leur avis.

L'article 76bis, alinéa 4, du Code civil est applicable.»

Selon l'une des cosignataires, la proposition de loi veut créer un cadre légal assurant la transparence en matière d'euthanasie et garantissant le respect des droits du patient et la sécurité juridique des médecins. La proposition prévoit le respect d'une série de procédures strictes que le médecin doit observer pour qu'il n'y ait pas délit.

Il existe cependant toute une série de situations où des décisions médicales, bien qu'ayant pour conséquence d'abrèger la vie, ne sont pas considérées comme des euthanasies. Il serait regrettable de ne pas imposer à ce type de pratiques médicales des condi-

baar zijn met de waarborgen waarin is voorzien voor de euthanasieverzoeken.

Dat is de doelstelling van amendement nr. 59.

Voor haar amendement nr. 102 (Stuk Senaat, nr. 2-244/7) dat een subamendement is op amendement nr. 59, verwijst mevrouw Nyssens naar haar verantwoording.

Een lid zegt voorstander te zijn van een wetgeving die het bijhouden van het medisch dossier en de therapeutische begeleiding bij het levenseinde reglementeert. Die beginselen passen evenwel niet in een euthanasiewet.

Volgens één van de medeondertekenaars van amendement nr. 59 is er een rechtstreeks verband tussen euthanasie en de medische beslissingen die het leven kunnen verkorten. Ook het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heeft daarop gewezen. Het gevaar bestaat immers dat er een verschuiving plaatsvindt van euthanaserend handelen, dat aan een strikte controle is onderworpen, naar medische praktijken die het leven van de patiënt verkorten en die veel minder gecontroleerd worden.

Een andere medeondertekenaar sluit zich aan bij dit standpunt: het beginsel van de communicerende vaten zal hier zeker spelen. Als euthanasie wettelijk geregeld wordt, moet ook worden voorzien in een minimumaantal regels met betrekking tot de medische praktijken die het leven verkorten, zodat een echte controle mogelijk is op de gehele problematiek rond het levenseinde.

Een lid verklaart altijd voorstander te zijn geweest van een wet die de begeleiding bij het levenseinde en de uitzondering van euthanasie in zijn geheel zou aanpakken. De meerderheid van de commissieleden was het niet eens met die benadering. Spreker merkt evenwel op dat de behandeling van het wetsvoorstel betreffende de euthanasie gekoppeld is aan die van twee andere voorstellen, het ene met betrekking tot de instelling van een evaluatiecommissie inzake de wet betreffende de euthanasie en het andere met betrekking tot de palliatieve zorg.

Aan de doelstellingen van de amendementen nrs. 59 en 102 zal worden tegemoetgekomen bij de behandeling van die twee voorstellen en van het wetsvoorstel met betrekking tot de rechten van de patiënt. De opdracht van de opvolgingscommissie moet bovendien voldoende ruim worden gedefinieerd zodat ze het levenseinde in zijn geheel kan bestuderen en niet beperkt wordt tot de aangegeven gevallen van euthanasie.

Amendement nr. 48

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in dat ertoe strekt artikel 3 van dit wetsvoorstel te vervangen (Stuk Senaat, nr. 2-244/5,

tions offrant des garanties comparables à celles prévues pour les demandes d'euthanasie.

Tel est l'objet de l'amendement n° 59.

En ce qui concerne l'amendement n° 102 de Mme Nyssens (doc. Sénat n° 2-244/7), qui est un sous-amendement à l'amendement n° 59, l'auteur se réfère à sa justification.

Un membre se dit favorable à une législation réglementant la tenue du dossier médical et l'encadrement thérapeutique en fin de vie. Ces principes ne sont cependant pas à leur place dans une loi sur l'euthanasie.

Pour l'un des cosignataires de l'amendement n° 59, comme l'a souligné le comité consultatif de bioéthique, il existe un lien direct entre l'euthanasie et les décisions médicales susceptibles d'abrèger la vie. Il y a en effet un risque de glissement d'actes d'euthanasie soumis à des procédures très strictes de contrôle vers des pratiques médicales nettement moins contrôlées ayant pour effet d'abrèger la vie du patient.

Un autre des cosignataires se rallie à ce point de vue: le principe des vases communicants va jouer entre les deux matières. Si l'on réglemente l'euthanasie, il faut également prévoir un minimum de règles relatives aux pratiques médicales abrégeant la vie, pour assurer un véritable contrôle sur l'ensemble de la problématique de la fin de vie.

Un membre déclare qu'il a toujours été favorable à une loi qui traiterait de manière globale l'accompagnement de fin de vie et l'exception d'euthanasie. Cette approche n'était pas partagée par la majorité des commissaires. L'intervenant remarque cependant que l'examen de la proposition de loi relative à l'euthanasie est lié à celui de deux autres propositions, l'une portant création d'une commission d'évaluation de la loi sur l'euthanasie et l'autre relative aux soins palliatifs.

Il sera possible de rencontrer les objectifs des amendements n° 59 et 102 lors de la discussion de ces deux propositions, ainsi que de la proposition de loi relative aux droits du patient. De même, il faudra veiller à ce que la définition de la mission de la commission de suivi soit suffisamment large pour que celle-ci puisse examiner la fin de vie dans son ensemble sans être limitée à l'examen des seuls cas d'euthanasie déclarés.

Amendement n° 48

Mme Nyssens et M. Thissen ont déposé un amendement tendant à remplacer l'article 3 de la proposition à l'examen (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement

amendement nr. 48). Voor de bespreking van en de stemming over dit amendement, zij verwezen naar artikel 1bis.

Amendementen nrs. 111 en 112

De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement nr. 111 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8) om de euthanasiedaad slechts toe te laten in uitzonderlijke omstandigheden die een noodtoestand uitmaken.

Met dit amendement wordt getracht het inroepen van de noodsituatie, die door de patiënt subjectief wordt gevoeld, te vervangen door een objectiever begrip. Het euthanasieverzoek mag slechts in aanmerking worden genomen als er voldoende zwaarwichtige medische redenen zijn gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn die de patiënt lijdt.

Er wordt ook voorgesteld de controleprocedure te versterken door de arts te verplichten binnen 24 uur na het overlijden een schriftelijk verslag te bezorgen aan een specialist in de gerechtelijke geneeskunde, die onderzoekt of alle voorwaarden werden nageleefd. De specialist in de gerechtelijke geneeskunde brengt de procureur des Konings op de hoogte als niet is voldaan aan de voorwaarden om een euthanaserend handelen te rechtvaardigen.

Dezelfde leden dienen vervolgens een subsidiair amendement nr. 112 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8) dat de bepalingen van amendement nr. 111 overneemt, behalve de procedureregels, die op een andere plaats thuishoren.

Een lid merkt op dat tot nu toe niemand erin geslaagd is een objectieve definitie te geven van pijn. Spreker denkt dat de aard, de hevigheid van de pijn alleen kan worden geëvalueerd door de persoon die lijdt. Hij is dan ook de enige die deze pijn, die aan de basis ligt van het euthanasieverzoek, kan beoordelen.

Het commissielid vindt overigens dat de in amendement nr. 14 (Stuk Senaat, nr. 2-244/4) voorgestelde procedure voldoende waarborgen biedt voor een controle *a posteriori*.

Amendementen nrs. 1 (A tot I) en 6

De heer Vankrunkelsven stelt vast dat zijn amendementen 1 A tot I (Stuk Senaat, nr. 2-244/2) vervallen als gevolg van amendement nr. 14.

Hij dient een amendement nr. 6 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3) ertoe strekkende het recht om euthanasie te vragen uit te breiden tot de minderjarige die 16 jaar is geworden, wanneer deze tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat kan worden geacht. De

n° 48). Pour la discussion et le vote de cet amendement, voir *supra*, la discussion et les votes relatifs à l'article 1^{er}bis.

Amendements n°s 111 et 112

M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement n° 111 (doc. Sénat n° 2-244/8) ayant pour but de n'autoriser l'acte euthanasique que dans des circonstances exceptionnelles constituant un état de nécessité.

L'amendement cherche à remplacer l'invocation de la détresse subjectivement ressentie par le patient par une notion plus objective. La demande d'euthanasie ne peut être prise en considération que lorsqu'il existe des raisons médicales suffisamment graves compte tenu de la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient.

Il est également proposé de renforcer la procédure de contrôle en obligeant le médecin à transmettre dans les 24 heures du décès un rapport écrit à un spécialiste en médecine légale, lequel vérifiera que toutes les conditions ont été respectées. Le cas échéant, le spécialiste en médecine légale informe le procureur du Roi si les conditions justifiant un acte d'euthanasie n'ont pas été remplies.

Les mêmes auteurs déposent ensuite un amendement subsidiaire n° 112 (doc. Sénat n° 2-244/8) qui reprend les dispositions de l'amendement n° 111, à l'exception des règles de procédure qui devraient être réglées à un autre endroit.

Un membre fait observer que personne n'est jusqu'à présent parvenu à donner une définition objective de la douleur. L'intervenant pense que la douleur, sa nature, son intensité, ... ne sont évaluables que par celui qui souffre. Il est dès lors le seul à pouvoir apprécier cette douleur qui est à la base de la demande d'euthanasie.

Le commissaire pense par ailleurs que la procédure proposée dans l'amendement n° 14 (doc. Sénat n° 2-244/4) offre des garanties suffisantes de contrôle *a posteriori*.

Amendements n°s 1 (A à I) et 6

M. Vankrunkelsven constate que ses amendements n° 1 (A à I) (doc. Sénat n° 2-244/2) est devenu sans objet à la suite de l'amendement n° 14.

Il dépose un amendement n° 6 (doc. Sénat n° 2-244/3) visant à étendre au mineur âgé de 16 ans le droit de demander l'euthanasie lorsqu'il est apte à apprécier ses intérêts. L'auteur estime que cette proposition s'inscrit dans la logique d'autres proposi-

indiener doet dit voorstel naar analogie met de logica van andere voorstellen waarin minderjarigen vanaf 16 jaar bekwaam geacht worden medische handelingen te aanvaarden of te weigeren.

Een lid deelt de bezorgdheid van vorige spreker en verklaart dat hij zich bewust is van de menselijke problemen die minderjarigen ondervinden wanneer ze in dergelijke situaties terechtkomen. Hij vestigt er echter de aandacht op dat het wetsvoorstel aan de meerderjarige of de ontvoogde minderjarige het recht toekent een euthanasievraag te formuleren, wat bewijst dat de indieners proberen zoveel mogelijk rekening te houden met de doelstelling van amendement nr. 6.

Het commissielid is van oordeel dat het niet mogelijk is bij het definiëren van de voorwaarden naar een leeftijd te verwijzen. Men moet zich baseren op juridisch duidelijk gedefinieerde begrippen. Het is bijgevolg niet wenselijk de leeftijd van het aantal personen dat om euthanasie kan verzoeken, naar beneden toe uit te breiden. Dat zou immers tot gevolg hebben dat men zou afstappen van de juridische begrippen meerderjarige en ontvoogde minderjarige patiënt. Er zouden ook netelige problemen kunnen rijzen inzake de verzoening van de rechten van de minderjarige met die van de personen die het ouderlijk gezag uitoefenen.

Voor de spreker kan alleen de noodtoestand een antwoord bieden op de situatie van de niet-ontvoogde minderjarige.

Een ander lid sluit zich aan bij het standpunt dat door de vorige spreker werd verdedigd. Spreekster verwijst naar de debatten die in Nederland worden gevoerd over de euthanasievragen die door minderjarigen worden geformuleerd. In Nederland kan de minderjarige tussen 16 en 18 jaar, met toestemming van de ouders, euthanasie vragen. Het lid is, wat de grond van de zaak betreft, voorstander van een dergelijke oplossing, maar vindt ze in de huidige stand van de discussie politiek niet haalbaar.

Nog een ander lid is zeer gevoelig voor de situatie van de minderjarigen, meer bepaald inzake euthanasie. In dergelijke situaties moet meer rekening gehouden worden met de mening en de ervaringen van de kinderen, ook indien ze nog geen 16 jaar zijn. Spreekster is er voorstander van dat de arts gevolg kan geven aan de euthanasievraag van een minderjarige — zelfs indien die jonger is dan 16 jaar — op voorwaarde dat de ouders bij het besluitvormingsproces worden betrokken. Het zou absoluut voorbarig zijn de minderjarige het recht toe te kennen de arts op een autonome wijze te vragen euthanasie toe te passen of hem te helpen bij zelfdoding zonder het uitdrukkelijke akkoord van de ouders.

De indiener van amendement nr. 6 merkt op dat het niet zijn bedoeling is het debat over euthanasie bij kinderen te openen. Door de huidige leeftijdsgrens tot

tions voulant reconnaître au patient de 16 ans le droit d'accepter ou de refuser des actes médicaux.

Un membre partage les préoccupations de l'intervenant précédent et se dit conscient des problèmes humains qui se posent pour les mineurs confrontés à ce type de situation. Il fait cependant remarquer que la proposition de loi permet au majeur ou au mineur émancipé d'introduire une demande d'euthanasie, ce qui prouve que les auteurs tentent de prendre en compte, au maximum, ce que vise l'amendement n° 6.

Le commissaire estime qu'il n'est pas possible, dans la définition des conditions, de faire référence à une condition d'âge. Il faut se référer à des notions juridiques clairement définies. Par conséquent, il n'est pas souhaitable d'élargir vers le bas le champ des personnes pouvant demander l'euthanasie, car cela impliquerait l'abandon du recours aux notions juridiques de patient majeur ou mineur émancipé. Cela poserait également des problèmes délicats pour concilier les droits du mineur avec ceux des personnes exerçant l'autorité parentale.

Pour l'orateur, seule la notion d'état de nécessité permet d'apporter une réponse à la situation des mineurs non émancipés.

Une autre membre se rallie à la position défendue par l'orateur précédent. L'intervenante se réfère aux débats menés aux Pays-Bas concernant les demandes d'euthanasie formulées par des mineurs, où une telle possibilité est prévue pour les mineurs âgés de 16 à 18 ans, en accord avec les parents. La commissaire se déclare favorable, sur le fond, à une telle solution mais estime qu'elle n'est, en l'état actuel des débats, politiquement pas réaliste.

Un autre membre encore est très sensible à la situation des mineurs, notamment en matière d'euthanasie. Il faut, dans de telles situations, davantage tenir compte de l'avis et du vécu des enfants, même de moins de 16 ans. L'intervenante se dit favorable à la possibilité pour le médecin de donner suite à une demande d'euthanasie d'un mineur — même de moins de 16 ans — à condition d'associer les parents au processus de décision. Il serait tout à fait prématuré de reconnaître au mineur le droit de demander, de manière autonome, au médecin de pratiquer un acte euthanasique ou l'assistance au suicide sans l'accord explicite des parents.

L'auteur de l'amendement n° 6 fait remarquer qu'il n'a pas voulu lancer le débat de l'euthanasie des enfants. Il souhaite simplement élargir le groupe des

16 jaar te verlagen, wenst hij de groep patiënten te verruimen op wier euthanasievraag de arts kan ingaan. Spreker meent dat de plaats en rol van de jongeren in de huidige samenleving pleiten in het voordeel van een grotere autonomie voor de minderjarige die zich in een uitzichtloze medische situatie bevindt en die ondraaglijk lijdt.

De minderjarige van 16 jaar moet autonoom kunnen beslissen de euthanaserende handeling te vragen, zelfs tegen de wil van de ouders in, die echter wel bij de beslissing moeten worden betrokken. Spreker verwijst naar de wetgeving inzake abortus, waarin geen toestemming van de ouders wordt gevraagd indien het verzoek van de minderjarige uitgaat.

Een lid verklaart dat hij altijd al voorstander is geweest van het verlenen van meer rechten aan de minderjarigen onder de 16 jaar, onder meer voor politieke aangelegenheden. Hij ijvert voor het toekennen van stemrecht aan jongeren onder de 16 jaar, maar er is sterk maatschappelijk verzet tegen zulke stappen voorwaarts. Dat voorbeeld illustreert volgens spreker voldoende hoe delicaat het is om de leeftijdsgrens van 18 tot 16 jaar te verlagen om jongeren op jongere leeftijd verantwoordelijkheid te geven door hen meer autonomie toe te kennen.

Wat de grond van de zaak betreft, staat het commissielid positief tegenover het voorgestelde amendement. Hij vindt het nochtans voorbarig dat de wetgever zich over dit punt uitsprekt. Spreker is ervan overtuigd dat het verlenen van het recht op euthanasie aan meerderjarigen door de publieke opinie in het algemeen wordt aanvaard. Hij twijfelt er echter aan dat er in de burgermaatschappij eenzelfde consensus kan worden gevonden voor de verlaging van de leeftijdsgrens zoals in amendement nr. 6 wordt voorgesteld.

Het lid meent anderzijds dat, zelfs indien de nieuwe wet het recht op euthanasie niet toekent aan patiënten tussen 16 en 18 jaar, de bestaande praktijken zullen worden voortgezet en dat het toch mogelijk is dat een arts die wordt geconfronteerd met een uitzichtloze situatie en het ondraaglijk lijden van een minderjarige, conform zijn deontologie, zal oordelen dat een handeling van euthanasie moet worden gesteld. Die arts zal door de nieuwe wet echter niet beschermd worden, terwijl zijn situatie niet anders zal zijn dan wanneer hij nu met een euthanasievraag wordt geconfronteerd.

Voor een ander lid is er een fundamenteel verschil tussen de discussie over amendement nr. 6 en die over amendement nr. 227. Zwangere vrouwen vallen onder de nieuwe wet indien de tekst zonder amendement nr. 227 wordt aangenomen. De niet-ontvoogde minderjarigen tussen 16 en 18 jaar daarentegen blij-

patients pour lequel le médecin peut donner suite à une demande d'euthanasie en abaissant la limite d'âge à 16 ans. L'intervenant considère que la place et le rôle des jeunes dans la société actuelle plaident en faveur d'une plus grande autonomie laissée au mineur se trouvant dans une situation médicale sans issue et victime d'une souffrance insupportable.

Il faut que le mineur âgé de 16 ans puisse décider, de façon autonome, de demander l'acte euthanasique, même à l'encontre de la volonté de ses parents, tout en veillant à ce que ceux-ci soient associés à la décision. L'intervenant fait un parallèle avec la législation sur l'avortement qui n'exige pas l'accord des parents lorsque la demande émane d'un mineur.

Un membre dit avoir toujours été favorable à l'octroi de droits plus étendus aux mineurs âgés de 16 ans, notamment en matière politique. Il se bat pour que l'on accorde le droit de vote aux jeunes dès l'âge de 16 ans mais il existe une résistance sociale importante à l'encontre de telles avancées. Selon l'intervenant, cet exemple illustre à suffisance combien il est délicat d'abaisser la limite d'âge de 18 à 16 ans lorsque l'on veut responsabiliser les jeunes plus tôt en leur octroyant une plus grande autonomie.

Sur le fond, le commissaire se dit favorable à l'amendement proposé. Il pense cependant qu'il est prématuré que le législateur se prononce sur ce point. L'intervenant est convaincu que la reconnaissance du droit à l'euthanasie pour les personnes majeures est largement admise dans l'opinion publique. Il doute cependant qu'il y ait un même consensus au sein de la société civile pour abaisser la limite d'âge comme le propose l'amendement n° 6.

Par ailleurs, même si la nouvelle loi ne reconnaît pas de droit à l'euthanasie pour les patients entre 16 et 18 ans, le membre pense que les pratiques existantes continueront d'exister et qu'il est possible qu'un médecin, conformément à sa déontologie, face à une situation sans issue et de souffrance insupportable d'un mineur, estime qu'un acte euthanasique doit être posé. Le médecin ne bénéficiera pas de la protection de la nouvelle loi, mais sa situation ne sera pas différente de celle à laquelle il est confronté aujourd'hui face à des demandes d'euthanasie.

Pour un autre membre, il y a une différence fondamentale entre la discussion relative à l'amendement n° 6 et celle de l'amendement n° 227. Pour les femmes enceintes, si le texte est voté en l'état, sans adopter l'amendement n° 227, elles tombent sous le coup de la nouvelle loi. Par contre, pour les mineurs non émanci-

ven, indien amendement nr. 6 niet wordt aangenomen, buiten het toepassingsveld van de wet.

Spreeker meent dat de bevolking het toekennen van het recht op euthanasie aan deze categorie patiënten zeer slecht zou opnemen. De tegenstanders van het voorstel zouden dit zeker als argument gebruiken ter ondersteuning van hun standpunt dat de euthanasiewetgeving te ver gaat en eigenlijk slechts een eerste stap is naar de banalisering van de euthanasie. Daarom sluit het commissielid zich aan bij de vorige sprekers en stelt hij voor amendement nr. 6 niet aan te nemen.

De indiener van dit laatste amendement is van oordeel dat de wetgever zijn verantwoordelijkheid op zich moet nemen inzake het recht op euthanasie van minderjarigen tussen 16 en 18 jaar en dat hij daarvoor niet moet wachten op een evaluatie van de nieuwe wet, omdat dit een belangrijke vooruitgang inzake de rechten van de minderjarigen met verschillende jaren zou vertragen. Spreeker vindt het bovendien een gevaarlijke redenering dat de situatie van de minderjarigen moet worden geregeld met verwijzing naar de deontologie van de arts en de noodtoestand: waarom moet de euthanasie voor meerderjarigen wettelijk geregeld worden als het huidige recht een bevredigende oplossing biedt voor de euthanasie van minderjarigen?

Een lid raadt aan uiterst voorzichtig te zijn bij een eventuele uitwerking van een wettelijke regeling van euthanasie voor minderjarigen. Uit haar contacten met zorgverstrekkers is gebleken dat kinderen op het einde van hun leven nog een bron van vreugde betekenden voor hun familie en dat het «leven tot de laatste snik» zeker waard was geleefd te worden.

Een vorige spreekster onderstreept dat, niettegenstaande de vooruitgang in de palliatieve zorg, de pijn in ongeveer 10 % van de gevallen niet efficiënt kan worden bestreden en dat kinderen op het einde van hun leven vaak een meer volwassen gedrag vertonen dan veel volwassenen.

Amendementen nrs. 30 en 31

De heer Destexhe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 30) dat ertoe strekt om in het eerste lid de woorden «om euthanasie verzoekt» te vervangen door de woorden «vraagt om zijn overlijden te bespoedigen». De indiener acht het begrip «euthanasie» verwarrend.

De heer Destexhe dient een tweede amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 31) dat ertoe strekt het tweede lid van artikel 3 te wijzigen.

Die amendementen hielden echter geen rekening met amendement nr. 14.

Ze worden bijgevolg ingetrokken.

pés de 16 à 18 ans, si l'amendement n° 6 n'est pas adopté, ils restent en dehors du champ d'application de la loi.

L'intervenant estime que la population interpréterait très mal le fait que l'on ouvre le droit à l'euthanasie à cette catégorie de patients. Les opposants à la proposition ne manqueraient pas d'en tirer argument pour soutenir que la loi sur l'euthanasie va beaucoup trop loin et qu'elle ne constitue qu'un premier pas vers une banalisation de l'euthanasie. Pour ces raisons, le commissaire s'aligne sur les préopinants et propose de ne pas retenir l'amendement n° 6.

L'auteur de ce dernier amendement pense que le législateur doit prendre ses responsabilités sur la question du droit à l'euthanasie des mineurs de 16 à 18 ans sans attendre une évaluation de la nouvelle loi, ce qui retarderait de plusieurs années une avancée importante en matière de droits des mineurs. L'intervenant pense également que l'argument selon lequel la situation des mineurs doit être réglée par référence à la déontologie du médecin et l'état de nécessité est dangereux: si le régime juridique actuel offre une solution suffisante pour les cas d'euthanasie de mineurs, pourquoi faut-il alors régler légalement l'euthanasie pour les majeurs?

Une membre recommande la plus grande prudence avant de légiférer en matière d'euthanasie de mineurs. Des contacts qu'elle a eus avec des praticiens des monde soignant, il est apparu que des enfants en fin de vie ont encore apporté de grandes joies à leur famille et que «la vie jusqu'au bout» a vraiment valu la peine d'être vécue.

Une précédente oratrice souligne que, malgré les progrès des soins palliatifs, dans environ 10 % des cas, la douleur ne peut être combattue efficacement et que des enfants en fin de vie font souvent preuve de beaucoup plus de maturité que de nombreux adultes.

Amendements n^{os} 30 et 31

M. Destexhe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 30), tendant à remplacer, à l'alinéa 1^{er}, les mots «l'euthanasie» par les mots «de hâter son décès». L'auteur estime en effet que le terme «euthanasie» prête à confusion.

M. Destexhe dépose un second amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 31), visant à modifier le deuxième alinéa de l'article 3.

Ces amendements ne tenaient cependant pas compte de l'amendement n° 14.

Ils sont dès lors retirés.

Amendementen nrs. 176 A en B

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 176) ertoe strekkende de structuur van artikel 3 aan te passen teneinde een reële dialoog tussen de patiënt en de arts verplicht te maken vooraleer de voorwaarden voor de euthanasievraag te regelen. De indiener stelt eveneens voor toe te voegen dat de patiënt helder moet zijn.

Amendement nr. 186

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 186) ertoe strekkende in het Strafwetboek een bepaling in te voegen waardoor de wet de bijzondere omstandigheden kan omschrijven waarin de noodtoestand kan worden ingeroepen. Die noodtoestand is momenteel een begrip uit de rechtspraak.

Deze oplossing is voor één van de indieners absoluut noodzakelijk, vooral omdat tal van problemen — vaak de moeilijkste situaties — buiten het toepassingsveld van de euthanasiewet zijn gehouden (bijvoorbeeld euthanasie bij minderjarigen). In al deze situaties zal het begrip noodtoestand ingeroepen worden om de daad van de arts te beoordelen.

Een lid is van oordeel dat het wetsvoorstel het grootste deel van de euthanasiegevallen zal regelen. De voorgestelde tekst verwijst met opzet niet naar de noodtoestand. De auteurs wilden immers voorkomen dat het begrip noodtoestand door een interpretatie *a contrario* van de wet niet toepasbaar zou zijn op alle gevallen die niet gedekt zijn door de wet op de euthanasie. De noodtoestand kan in al deze gevallen eventueel worden ingeroepen, maar dat zal niet automatisch gebeuren.

Een van de indieners van het amendement nr. 186 meent dat de voorgestelde tekst van artikel 3 slechts theoretische waarborgen biedt voor de bescherming van de rechten van de patiënt. Er is immers in geen enkele specifieke sanctie voorzien voor een euthanasie zonder naleving van de procedure die in het wetsvoorstel wordt beschreven. In dit geval zou de sanctie worden bepaald volgens de regels van het gemeen recht.

Voor de spreker is het onmogelijk vol te houden dat er in het gemeen recht thans een sanctie bestaat die beantwoordt aan de wettelijkheids- en proportionaliteitsvoorwaarden ten opzichte van een strafrechtelijke bepaling die door de wetgever nog moet worden goedgekeurd.

Volgens een lid wordt in het voorstel dezelfde wetgevingstechniek toegepast als in de wet van 3 april 1990 tot legalisering van abortus in bepaalde omstan-

Amendements n° 176 A et B

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 176), qui a pour but d'adapter la structure l'article 3 afin d'imposer un dialogue réel entre le patient et le médecin avant de régler, dans la disposition, les conditions de la demande d'euthanasie. L'auteur propose également d'ajouter que le patient doit être lucide.

Amendement n° 186

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 186) qui a pour but d'insérer une disposition dans le Code pénal selon laquelle la loi peut définir les circonstances constitutives de l'état de nécessité qui est, actuellement, une notion jurisprudentielle.

Pour l'un des auteurs, cette solution s'impose d'autant plus que de nombreux problèmes — souvent les situations les plus délicates — ont été laissés en dehors du champ d'application de la loi sur l'euthanasie (par exemple l'euthanasie des mineurs). Dans toutes ces situations, c'est la notion d'état de nécessité qui sera invoquée pour apprécier l'acte posé par un médecin.

Un membre estime que la proposition de loi réglera la très large majorité des cas d'euthanasie. C'est à dessin que le texte proposé ne fait pas référence à l'état de nécessité. Les auteurs voulaient en effet éviter qu'une interprétation *a contrario* de la loi rende la notion d'état de nécessité inapplicable à toutes les situations non couvertes par la loi sur l'euthanasie. Dans tous ces cas, l'état de nécessité pourra éventuellement jouer mais cela ne sera pas automatique.

L'un des auteurs de l'amendement n° 186 estime que le texte de l'article 3 proposé présente des garanties purement théoriques du respect des droits du patient. Il n'y a en effet aucune sanction spécifique qui est prévue en cas d'euthanasie pratiquée sans respecter la procédure décrite dans la proposition de loi. Dans ce cas, la sanction serait définie en application du droit commun.

Pour l'intervenant, il est impossible de soutenir qu'il existe aujourd'hui, dans le droit commun, une sanction répondant aux conditions de légalité et de proportionnalité, par rapport à une disposition pénale qui doit encore être votée par le législateur.

Pour un membre, la technique législative retenue dans la proposition est la même que celle qui a été suivie dans la loi du 3 avril 1990 légalisant

digheden. Volgens artikel 350, lid 2, van het Strafwetboek is er geen overtreding wanneer bij de abortus bepaalde voorwaarden in acht worden genomen. Dit artikel bevat geen specifieke strafrechtelijke sanctie wanneer bij de abortus niet alle vereiste voorwaarden worden nageleefd.

Spreker meent dat voor euthanasie hetzelfde systeem wordt voorgesteld en het parket zal beoordelen wanneer niet aan alle wettelijke voorwaarden is voldaan.

Vorige spreker merkt op dat abortus uit het strafrecht werd gelicht, wat voor euthanasie niet wordt voorgesteld. Na de uitwisseling van argumenten concludeert hij echter dat de indieners van het voorstel wel degelijk de bedoeling hebben euthanasie effectief uit de strafwet te halen.

Een vorige spreker herinnert eraan dat er volgens de voorgestelde tekst geen inbreuk is wanneer een reeks voorwaarden vervuld zijn. Wanneer daarentegen niet alle voorwaarden vervuld zijn, komt men opnieuw in de huidige toestand terecht.

Voor een ander lid heeft de wet tot depenalisering van abortus een veel duidelijker structuur dan voorliggend voorstel. Het eerste lid van artikel 350 van het Strafwetboek stelt immers het principe voorop dat abortus een inbreuk is, waarna in het tweede lid de voorwaarden worden bepaald waarin abortus kan worden toegestaan.

Het voorliggende voorstel zou deze structuur moeten overnemen en duidelijk moeten maken dat euthanasie principieel verboden is om vervolgens de voorwaarden vast te leggen waarin er geen inbreuk is.

Een lid verklaart dat hij de logica van vorige spreker niet begrijpt. In het begin van de besprekingen verdedigde zij de stelling dat de regeling van de euthanasie niet in het Strafwetboek mocht komen omdat dit het principe dat het verboden is te doden in gevaar zou kunnen brengen. Nu wordt voorgesteld heel deze materie in een specifieke wet te regelen, verwijt ze de indieners van het voorstel dat ze hun tekst niet vasthaken aan de bepalingen van het Strafwetboek.

Eén van de indieners van amendement nr. 186 is van oordeel dat de oplossing die in het amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. (Stuk Senaat, nr. 2-244/4) wordt voorgesteld, onduidelijk is. Aangezien er geen consensus bestaat over een depenalisering van euthanasie, stellen de indieners een alternatieve oplossing voor die in werkelijkheid echter dezelfde draagwijdte heeft.

Vorige spreker antwoordt dat het voorstel dat ter tafel ligt er wel degelijk toe strekt euthanasie uit de strafwet te halen. Daarover is er nooit onduidelijkheid geweest.

l'avortement dans certaines conditions. L'article 350, alinéa 2, du Code pénal dispose qu'il n'y a pas d'infraction lorsqu'une interruption de grossesse est pratiquée en respectant certaines conditions. Cet article ne prévoit pas de sanction pénale spécifique lorsqu'une interruption de grossesse est pratiquée sans respecter toutes les conditions requises.

L'intervenant estime que le même système est proposé en matière d'euthanasie et le parquet appréciera lorsque toutes les conditions légales n'étaient pas remplies.

Le précédent orateur fait remarquer que l'avortement a été dépénalisé, ce qui n'est pas la piste proposée pour l'euthanasie. Il conclut cependant, des arguments échangés, que l'intention véritable des auteurs de la proposition est de totalement dépénaliser l'euthanasie dans les faits.

Un précédent intervenant rappelle que le texte proposé stipule qu'il n'y a pas d'infraction si une série de conditions sont remplies. Par contre, si ces conditions ne sont pas toutes remplies, on revient à la situation actuelle.

Pour une autre membre, la loi dépénalisant l'avortement a une structure plus claire que celle de la proposition à l'examen. En effet, l'article 350 du Code pénal pose, à son alinéa 1^{er}, le principe selon lequel l'avortement est une infraction pour ensuite définir, à l'alinéa 2, les conditions dans lesquelles l'avortement peut être admis.

La proposition à l'examen devrait suivre cette structure en rappelant que l'euthanasie est en principe interdite et en prévoyant par la suite les conditions dans lesquelles il n'y a pas d'infraction.

Un membre déclare ne pas comprendre la logique de l'intervenante précédente. Au début des discussions, elle soutenait que la réglementation de l'euthanasie ne pouvait être reprise dans le Code pénal car cela mettrait en péril le principe de l'interdiction de tuer. Maintenant que la proposition entend régler la matière par une loi spécifique, elle reproche aux auteurs de ne pas raccrocher leur texte aux dispositions du Code pénal.

L'un des auteurs de l'amendement n° 186 estime que la solution proposée dans l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts (doc. Sénat, n° 2-244/4) est ambiguë. Comme il n'existe pas de consensus autour d'une dépénalisation de l'euthanasie, les auteurs proposent une solution alternative qui, dans les faits, a la même portée.

Le précédent intervenant répond que l'objet de la proposition à l'examen est bien de dépénaliser l'euthanasie. Il n'y a jamais eu d'ambiguïté sur ce point.

Een lid vestigt er de aandacht op dat amendement nr. 14 niet raakt aan de strafrechtelijke kwalificatie van de euthanasie, die nog altijd als een moord wordt beschouwd. Daartegenover staat echter dat de arts die gevolg geeft aan een euthanasievraag, geen inbreuk pleegt wanneer hij bepaalde voorwaarden in acht neemt.

Spreeker stelt vast dat een deel van de commissieleden wenst dat de tekst van het voorstel in specifieke sancties voorziet wanneer niet voldaan is aan een of meer van de voorwaarden opdat euthanasie niet als een inbreuk wordt beschouwd. Het lid herinnert eraan dat alle wettelijke voorwaarden in acht moeten worden genomen opdat euthanasie niet als een inbreuk wordt beschouwd. Als dat niet het geval is, keert men terug naar het gemeen recht.

Eén van de indieners van amendement nr. 186 vindt deze redenering juridisch onjuist: als men vorige spreker volgt, zou de arts die een actieve euthanasie heeft uitgevoerd en alle in het voorstel opgesomde voorwaarden heeft nageleefd, maar verzuimd heeft de procureur des Konings te informeren, van moord kunnen worden beschuldigd. In de elementen die moord tot moord maken wordt evenwel nergens verwezen naar de verplichting om de patiënt te informeren, een tweede arts te raadplegen ... Spreker vreest dan ook dat de gevallen van euthanasie die worden uitgevoerd zonder dat aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan, zullen uitlopen op de vrijspraak van de daders.

Amendement nr. 177

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 177). De indiener verwijst naar de tekst van haar amendement en van haar verantwoording.

Amendement nr. 163

De heer Dallemagne en mevrouw Nyssens dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 163) dat ertoe strekt om in de voorgestelde § 1, eerste streepje, van de Franse tekst het woord «formation» te vervangen door het woord «formulation». Het woord «formulation» is taalkundig juister. Bovendien verwijst dit woord rechtstreeks naar het volgende streepje, waar de kenmerken van het verzoek worden vastgesteld.

Amendement nr. 174

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 163 van de heer Mahoux een subsidiair amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 174), dat ertoe strekt in § 1, eerste streepje, van het voorgestelde

Un membre fait remarquer que l'amendement n° 14 ne touche pas à la qualification pénale de l'euthanasie qui reste considérée comme un meurtre. Par contre, il est prévu que le médecin qui donne suite à une demande d'euthanasie en respectant certaines conditions ne commet pas d'infraction.

L'intervenant constate qu'une partie des commissaires voudrait que le texte de la proposition prévoie des sanctions spécifiques lorsque l'on ne respecte pas une ou plusieurs des conditions imposées pour que l'euthanasie ne soit pas considérée comme une infraction. Le membre rappelle que toutes les conditions légales doivent être respectées pour qu'il n'y ait pas infraction. Si tel n'est pas le cas, on retourne au droit commun.

L'un des auteurs de l'amendement n° 186 estime ce raisonnement juridiquement inexact: si l'on suit l'orateur précédent, le médecin qui aurait pratiqué une euthanasie active en respectant toutes les conditions prévues dans la proposition mais en omettant la déclaration au procureur du Roi serait passible de meurtre. Or, dans les éléments constitutifs du meurtre, il n'est nulle part fait référence à l'obligation d'informer le patient, de consulter un deuxième médecin ... L'intervenant craint dès lors que les euthanasies pratiquées sans respecter les conditions légales débouchent sur l'acquiescement de leurs auteurs.

Amendement n° 177

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 177). L'auteur se réfère au texte de son amendement et de sa justification.

Amendement n° 163

M. Dallemagne et Mme Nyssens déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/10, amendement n° 163) tendant à remplacer au § 1^{er}, 1^{er} tiret, proposé, le mot «formation» par le mot «formulation», qui paraît plus adéquat sur le plan linguistique, et renvoie directement au tiret suivant, qui caractérise la demande.

Amendement n° 174

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 174), qui est subsidiaire à l'amendement n° 163 de M. Mahoux et qui vise à remplacer au § 1^{er}, premier tiret, de l'article 3

artikel 3 de woorden «op het ogenblik van zijn verzoek» te vervangen door de woorden «wanneer hij om euthanasie verzoekt».

Amendement nr. 174 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 175

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 175), dat ertoe strekt de voorwaarden waarin euthanasie mag worden uitgevoerd, te verscherpen. De auteur wenst de bezorgdheid weg te nemen van een aantal verenigingen die zich bezighouden met patiënten die niet helder zijn. Om de tekst duidelijker te maken, stelt ze voor dat de vraag naar euthanasie door heldere, bewuste patiënten moet worden geformuleerd.

Een lid wijst er met betrekking tot amendement nr. 175C op dat er geen overeenstemming is tussen de voorgestelde Nederlandse en Franse tekst van artikel 3, § 1, eerste streepje. In de Franse tekst dient te worden gelezen «*au moment de la demande*» in plaats van «*lors de la formulation de la demande*».

Amendement nr. 183

Mevrouw Leduc dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat nr. 2-244/12, amendement nr. 183) om te preciseren dat de euthanasievraag van de patiënt niet tot stand mag komen als gevolg van enige externe druk.

Amendement nr. 219

De heer Dallemagne dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 219) om de tekst van § 3 te verduidelijken. Volgens de indiener betreft de voorgestelde paragraaf 4 de hypothese waarin de patiënt niet spoedig zal overlijden. Daar moet *a contrario* uit afgeleid worden dat de voorgestelde § 3 betrekking heeft op de situatie op het einde van het leven. Het amendement wil de tekst duidelijker maken door te preciseren dat § 3 betrekking heeft op de hypothese dat de patiënt spoedig zal overlijden.

Amendement nr. 187

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 187) dat ertoe strekt te preciseren dat zowel aan de materiële grondvoorwaarden als aan de procedurele voorwaarden moet worden voldaan opdat de arts door de wet gemachtigd wordt om de euthanasie uit te voeren.

proposé, les mots «lors de la formation de la demande» par les mots «lorsqu'il demande l'euthanasie».

L'amendement n° 174 est retiré.

Amendement n° 175

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 175), visant à rendre plus strictes les conditions dans lesquelles une euthanasie peut être pratiquée. L'auteur souhaite relayer les inquiétudes d'une série d'associations s'occupant de patients qui ne sont pas lucides. Pour clarifier le texte, elle propose de prévoir que la demande d'euthanasie doit émaner d'un patient lucide.

En ce qui concerne l'amendement n° 175C, un membre fait remarquer qu'il n'y a pas concordance entre le texte néerlandais et le texte français de l'article 3, § 1^{er}, premier tiret proposé. Il faut lire, dans le texte français «au moment de la demande» au lieu de «lors de la formation de la demande».

Amendement n° 183

Mme Leduc présente à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 183) qui a pour but de préciser que la demande d'euthanasie du patient ne peut résulter d'aucune pression extérieure.

Amendement n° 219

M. Dallemagne dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 219) qui vise à améliorer la clarté du texte du § 3. Selon l'auteur, le § 4 proposé vise l'hypothèse dans laquelle le décès n'interviendra pas à brève échéance. *A contrario*, il faut en déduire que le § 3 proposé vise l'hypothèse d'une situation de fin de vie. Pour clarifier le texte, l'amendement a pour but de préciser que le § 3 vise l'hypothèse dans laquelle le décès interviendra à brève échéance.

Amendement n° 187

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 187), qui a pour but de préciser que les conditions matérielles et les conditions de procédure doivent être remplies simultanément pour que le médecin soit autorisé, par la loi, à pratiquer l'euthanasie.

Amendement nr. 192

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 192) dat een uitbreiding beoogt van de onverenigbaarheidsoorzaken in hoofde van de getuige die aanwezig moet zijn wanneer de patiënt zijn euthanasievraag formuleert. Het amendement heeft tot doel ook alle personen uit te sluiten die een materieel of immaterieel belang hebben of kunnen hebben bij het overlijden van de patiënt.

Amendement nr. 224

Mevrouw Vanlerberghe merkt op dat subamendement nr. 224 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12), dat ze samen met andere commissieleden op amendement nr. 14 heeft ingediend, vervalt als de amendementen nrs. 204 en 206 (Stuk Senaat, nr. 2-244/12) van mevrouw de T' Serclaes worden aangenomen.

Amendement nr. 216

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 216), dat ertoe strekt de procedure voor de terminale patiënt (§ 3) aan te passen aan de procedure voor de niet-terminale patiënt (§ 4). De arts moet in beide gevallen een algemene beoordeling geven van de situatie.

Amendement nr. 212

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 212) om een grotere rechtszekerheid te waarborgen in alle gevallen van euthanasie die niet door het voorstel worden gedekt.

De indieners vinden het onaanvaardbaar euthanasie toe te staan voor niet-terminale patiënten. Ze stellen voor, voor deze patiënten en voor alle situaties die niet in het wetsvoorstel worden bedoeld, het begrip noodtoestand te gebruiken, omdat alleen dat begrip de patiënt voldoende waarborgen kan bieden en het uitzonderlijke karakter van de euthanasie bewaart.

Amendement nr. 226

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dient op amendement nr. 14 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 226), dat ertoe strekt beter te waarborgen dat een beroep wordt gedaan op een tweede arts, die de patiënt moet onderzoeken. Daarom wordt voorgesteld de identiteit van deze

Amendement n° 192

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 192), qui a pour but de rendre plus larges les causes d'incompatibilité dans le chef du témoin qui doit être présent lorsque le patient formule sa demande d'euthanasie. Le but de l'amendement est d'exclure également les personnes qui ont un intérêt matériel ou immatériel au décès du patient.

Amendement n° 224

Mme Vanlerberghe fait remarquer que le sous-amendement n° 224 (doc. Sénat, n° 2-244/12), qu'elle a déposé avec d'autres commissaires à l'amendement n° 14, deviendra sans objet si les amendements n°s 204 et 206 (doc. Sénat, n° 2-244/12) de Mme de T' Serclaes sont adoptés.

Amendement n° 216

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 216), qui a pour but d'aligner la procédure pour le patient terminal (§ 3) sur celle prévue pour le patient non terminal (§ 4). Il faut que le médecin examine dans les deux cas la situation de manière globale.

Amendement n° 212

Mme Nyssens et M. Thissen déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 212), visant à garantir une plus grande sécurité juridique pour tous les cas d'euthanasie non couverts par la proposition de loi.

Pour les auteurs, il est inacceptable d'autoriser l'euthanasie de patients qui ne sont pas en phase terminale. Ils proposent, pour ces patients, ainsi que pour toutes les situations non visées par la proposition de loi, de faire jouer la notion d'état de nécessité qui seule offre des garanties suffisantes au patient et conserve à l'acte euthanasique son caractère exceptionnel.

Amendement n° 226

Mme Vanlerberghe et consorts déposent à l'amendement n° 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 226), visant à mieux garantir le recours au deuxième médecin qui sera chargé d'examiner le patient. À cet effet, il est proposé de mentionner l'identité de ce deuxième

tweede arts in het verslag te vermelden, zodat er een schriftelijke neerslag is.

Amendement nr. 228

De heer Destexhe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 228) ertoe strekkende de aanhef van het 4^o van het voorgestelde artikel 3, § 3, te doen luiden als volgt: «zo de patiënt dat wil en indien er geen verplegend team is ...».

In het 5^o van § 3 wordt immers bepaald dat het advies van de patiënt moet worden ingewonnen voor een gesprek met de naasten, maar in het 4^o van § 3 wordt geen advies gevraagd voor het gesprek met de leden van het verplegend team.

De indiener van het amendement stelt voor in beide gevallen dezelfde formule te gebruiken.

Een lid brengt in herinnering dat tijdens het debat onderstreept werd dat de patiënt zijn advies over zijn naasten moet kunnen geven, maar dat het gesprek dat de arts met zijn medewerkers kan hebben een zaak is van deze arts, die hierover in eer en geweten oordeelt.

Dat is conform de logica van de tekst, waarin eveneens bepaald wordt dat de arts alle voorwaarden kan stellen die hij nodig acht om zijn verantwoordelijkheid op zich te kunnen nemen, aangezien hij voor de rechter rekenschap zal moeten afleggen voor zijn daad.

De indiener van amendement nr. 228 betwist deze logica omdat hij van oordeel is dat de arts die beslist het verplegend team te raadplegen, de vertrouwelijke dialoog met zijn patiënt in zekere zin verraadt.

Spreker is, in tegenstelling tot vorige spreker, van oordeel dat de arts volgens de Code van medische plichtenleer, de enige bewaarder is van de vertrouwelijke mededelingen van de patiënt.

De vorige spreker antwoordt dat de medewerkers van de arts uiteraard door het medisch beroepsgeheim gebonden zijn.

De zin van de tekst is dat de arts een maximum aan informatie probeert in te winnen en beslist bij welke medewerkers hij dat doet om zijn oordeel te kunnen vormen.

De indiener van amendement nr. 228 vindt het ontoelaatbaar dat men voorbijgaat aan de wens van de patiënt als die expliciet zegt dat de arts niet meer het verplegend team over zijn euthanasievraag mag spreken.

Stemmingen

Amendement nr. 176 (A en B) van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

médecin dans le rapport pour disposer d'une trace écrite.

Amendement n° 228

M. Destexhe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 228), tendant à insérer au § 3, 4^o, de l'article 3 proposé, les mots «si telle est la volonté du patient» avant les mots «s'il existe une équipe soignante en contact régulier».

En effet, il est prévu, au 5^o du § 3, de demander l'avis du patient quant à un entretien avec les proches, mais cet avis n'est pas prévu au 4^o du § 3, pour l'entretien avec les membres de l'équipe soignante.

L'auteur de l'amendement propose que la même formule soit utilisée dans les deux cas.

Un membre rappelle que l'on a souligné, au cours de la discussion, que le patient doit pouvoir donner son avis à propos de ses proches, mais que l'entretien que le médecin peut avoir avec ses collaborateurs est l'affaire de ce médecin, qui apprécie ce point en âme et conscience.

Ceci est conforme à la logique du texte, qui prévoit également que le médecin peut poser toutes les conditions qu'il juge utiles pour pouvoir assumer sa responsabilité puisque c'est lui qui devra rendre compte de son acte devant le juge.

L'auteur de l'amendement n° 228 conteste cette logique car il estime que, pour certaines matières, le médecin qui décide de consulter l'équipe soignante trahit, en quelque sorte, le colloque singulier qu'il a avec son patient.

Contrairement au précédent orateur, l'intervenant estime que, selon le Code de déontologie médicale, le médecin est l'unique dépositaire des confidences que lui a faites le patient.

Le précédent orateur répond que les collaborateurs du médecin sont évidemment liés par le secret médical.

Le sens du texte est que le médecin essaie de récolter un maximum d'informations et décide, pour ce faire, auprès de quels collaborateurs il le fait pour forger son jugement.

L'auteur de l'amendement n° 228 trouve inadmissible qu'il puisse être passé outre à la volonté qu'un patient exprimerait explicitement que le médecin ne s'entretienne pas de sa demande avec l'équipe soignante.

Votes

L'amendement n° 176 (A et B) de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

Amendement nr. 186 (A en B) van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 109 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 131 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 stemmen tegen 9 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 132 van de heer Dubié wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 96 van mevrouw Lindekens c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 63 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 2 bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 72 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 2 bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 156 van mevrouw van Kessel en de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 113 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 114 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 119 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 5 bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 93 van de heer Galand wordt ingetrokken.

Amendement nr. 155A van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 159 A van mevrouw De Roeck c.s. wordt eenparig aangenomen door de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 177 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 64 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 115A van de heer Vankrunkelsven wordt eenparig verworpen door de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 121 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 154 van de heer Vandenberghe vervalt.

L'amendement n° 186 (A et B) de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 8.

L'amendement n° 109 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 131 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 132 de M. Dubié est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 96 de Mme Lindekens et consorts est retiré.

L'amendement n° 63 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 72 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 2 et 8 abstentions.

L'amendement n° 156 de Mme van Kessel et M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 113 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 114 de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 119 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 5 et 7 abstentions.

L'amendement n° 93 de M. Galand est retiré.

L'amendement n° 155A de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 159 A de Mme De Roeck et consorts est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 177 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 64 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 115A de M. Vankrunkelsven est rejeté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 121 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 154 de M. Vandenberghe est devenu sans objet.

Amendement nr. 161 van de heer Galand wordt ingetrokken.

Amendement nr. 163 van de heren Dallemagne en Thissen wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 174 van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Amendement nr. 175 (A, B en C) wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 40 van de heer Remans wordt ingetrokken.

Amendement nr. 105 van de heer Remans wordt aangenomen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 118 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 122 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 183 van mevrouw Leduc c.s. wordt aangenomen met 19 stemmen bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 65 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 66 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 22 stemmen tegen 6.

Amendement nr. 73 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 164 van mevrouw De Schampheleere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 123 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 152 van de heer Vandenberghe wordt verworpen bij 18 stemmen tegen 8 en 2 onthoudingen.

Amendement nr. 153A van de heer Vandenberghe wordt verworpen bij 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 153B van de heer Vandenberghe wordt verworpen bij 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 153C van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 213 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 219 van de heer Dallemagne c.s. wordt verworpen 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 161 de M. Galand est retiré.

L'amendement n° 163 de MM. Dallemagne et Thissen est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 174 de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 175 (A, B et C) est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 40 de M. Remans est retiré.

L'amendement n° 105 de M. Remans est adopté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 118 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 122 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 183 de Mme Leduc et consorts est adopté par 19 voix et 7 abstentions.

L'amendement n° 65 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 66 de Mme de T' Serclaes est adopté par 22 voix contre 6.

L'amendement n° 73 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 164 de Mme De Schampheleere est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 123 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 152 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 153A de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 153B de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 153C de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 213 de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 219 de M. Dallemagne et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

Amendement nr. 150 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 227 van de heer Vankrunkelsven wordt ingetrokken.

Amendement nr. 151 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 110 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 17 stemmen tegen 4 bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 155B van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 160 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 3 bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 187 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 20 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 165 van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Amendement nr. 172 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 74 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 20 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 173 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 209A van de heer Galand c.s wordt aangenomen met 22 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 209B van de heer Galand c.s wordt aangenomen met 22 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 127 van de heer Dallemagne wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 168 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 34 van de heer Galand wordt ingetrokken.

Amendement nr. 157 van de heren Galand en Dubié wordt ingetrokken.

Amendement nr. 192 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 149 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 150 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 10.

L'amendement n° 227 de M. Vankrunkelsven est retiré.

L'amendement n° 151 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 110 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 17 voix contre 4 et 7 abstentions.

L'amendement n° 155B de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 160 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 187 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 20 voix contre 8.

L'amendement n° 165 de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 172 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 74 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 20 voix contre 8.

L'amendement n° 173 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 209A de M. Galand et consorts est adopté par 22 voix et 6 abstentions.

L'amendement n° 209B de M. Galand et consorts est adopté par 22 voix et 6 abstentions.

L'amendement n° 127 de M. Dallemagne est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 168 de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 34 de M. Galand est retiré.

L'amendement n° 157 de MM. Galand et Dubié est retiré.

L'amendement n° 192 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 149 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

Amendement nr. 162A van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 126 van de heer Dallemagne wordt verworpen met 16 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 178 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 9 bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 193 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 194 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 124 van de heer Dallemagne wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 125 van de heer Dallemagne wordt verworpen met 17 stemmen tegen 9 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 169 van de heer Galand en mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 179 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 180 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 181 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 166A van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 9 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 133 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 17 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 41 van de heer Remans wordt ingetrokken.

Amendement nr. 70 van de heer Galand wordt ingetrokken.

Amendement nr. 71 van de heer Galand wordt ingetrokken.

Amendement nr. 75 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 106 van de heer Remans c.s. wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 115B van de heer Vankrunkelsven wordt aangenomen met 20 stemmen bij 8 onthoudingen.

L'amendement n° 162A de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 126 de M. Dallemagne est rejeté par 16 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 178 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 193 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 194 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11.

L'amendement n° 124 de M. Dallemagne est rejeté par 16 voix contre 11.

L'amendement n° 125 de M. Dallemagne est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 169 de M. Galand et Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 179 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 180 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 181 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 166A de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 133 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 41 de M. Remans est retiré.

L'amendement n° 70 de M. Galand est retiré.

L'amendement n° 71 de M. Galand est retiré.

L'amendement n° 75 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 106 de M. Remans et consorts est adopté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 115B de M. Vankrunkelsven est adopté par 20 voix et 8 abstentions.

Amendement nr. 203 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 148 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 11 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 170 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 171 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 188 (A, B, C en D) van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 stemmen tegen 9 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 201 van mevrouw van Kessel c.s. wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 202A van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 16 stemmen tegen 10 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 202B van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 25 stemmen tegen 2.

Amendement nr. 76 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 7 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 182 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 208 van de heren Galand en Vankrunkelsven wordt verworpen met 17 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 77 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 134 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 17 stemmen tegen 5 bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 204 van mevrouw de T' Serclaes wordt aangenomen met 22 stemmen tegen 6.

Amendement nr. 159B van mevrouw De Roeck c.s. wordt eenparig aangenomen door de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 146 van de heer Vandenberghe wordt ingetrokken.

Amendement nr. 147 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 189 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 stemmen tegen 7 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 214 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

L'amendement n° 203 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 148 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 170 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 171 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 10.

L'amendement n° 188 (A, B, C et D) de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 201 de Mme van Kessel et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 202A de M. Vankrunkelsven est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 202B de M. Vankrunkelsven est rejeté par 25 voix contre 2.

L'amendement n° 76 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 7 et 2 abstentions.

L'amendement n° 182 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 208 de MM. Galand et Vankrunkelsven est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 77 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 134 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 17 voix contre 5 et 6 abstentions.

L'amendement n° 204 de Mme de T' Serclaes est adopté par 22 voix contre 6.

L'amendement n° 159B de Mme De Roeck et consorts est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 146 de M. Vandenberghe est retiré.

L'amendement n° 147 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 189 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 7 et 1 abstention.

L'amendement n° 214 de Mme de T' Serclaes est retiré.

Amendement nr. 224A van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 145 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 32 van de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 143 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 190 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 205 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 19 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 135A van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 17 stemmen tegen 3 bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 135B van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 15 stemmen tegen 11 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 78 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 144 van de heer Vandenberghe vervalt.

Amendement nr. 195 van de heer Vandenberghe en mevrouw van Kessel wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 206 van mevrouw de T' Serclaes wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 6.

Amendement nr. 216 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 11.

Amendement nr. 224A van de heer Vandenberghe c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 33 van de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 142 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 8 bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 167 van mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 10 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 191 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 207 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 10 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 210 van de Heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

L'amendement n° 224A de Mme Vanlerberghe et consorts est retiré.

L'amendement n° 145 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 32 de M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 143 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 190 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 205 de M. Vandenberghe est rejeté par 19 voix contre 8.

L'amendement n° 135A de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 135B de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 15 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 78 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 144 de M. Vandenberghe est devenu sans objet.

L'amendement n° 195 de M. Vandenberghe et Mme van Kessel est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 206 de Mme de T' Serclaes est adopté par 18 voix contre 6.

L'amendement n° 216 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 224A de M. Vandenberghe et consorts est retiré.

L'amendement n° 33 de M. Galand est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 142 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 8 et 4 abstentions.

L'amendement n° 167 de Mme de T' Serclaes et M. Galand est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 191 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 207 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 210 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 12.

Amendement nr. 54 van mevrouw Lindekens c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 60 van de heer Remans wordt aangenomen met 16 stemmen tegen 1 bij 11 onthoudingen.

Amendement nr. 79 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 141 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 19 stemmen tegen 8 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 184 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 211 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 stemmen tegen 6 bij 5 onthoudingen.

Amendement nr. 228 van de heer Destexhe wordt verworpen met 26 stemmen tegen 1 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 120 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 80 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10.

Amendement nr. 162B van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 139 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 140 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 stemmen tegen 8 bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 166B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 212 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 81 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 19 stemmen tegen 8 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 138 van de heer Vandenberghe vervalt.

Amendement nr. 128 van de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 4 bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 162C van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 196 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 21 stemmen bij 6 onthoudingen.

L'amendement n° 54 de Mme Lindekens et consorts est retiré.

L'amendement n° 60 de M. Remans est adopté par 16 voix contre 1 et 11 abstentions.

L'amendement n° 79 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 141 de M. Vandenberghe est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 184 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 211 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 6 et 5 abstentions.

L'amendement n° 228 de M. Destexhe est rejeté par 26 voix contre 1 et 1 abstention.

L'amendement n° 120 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 80 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 162B de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 139 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 140 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 166B de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 212 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 81 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 138 de M. Vandenberghe est devenu sans objet.

L'amendement n° 128 de M. Galand est rejeté par 16 voix contre 4 et 8 abstentions.

L'amendement n° 162C de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 196 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 21 voix et 6 abstentions.

Amendement nr. 215 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 209C van de heer Galand wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 6 bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 218 van mevrouw Nyssens c.s. wordt verworpen met 19 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 220 van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt aangenomen met 21 stemmen tegen 6 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 223 (A en B) van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt aangenomen met 21 stemmen tegen 6 bij 1 onthoudingen.

Amendement nr. 225 van mevrouw Nyssens c.s. wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 226 van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt aangenomen met 20 stemmen tegen 7 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 222 van mevrouw De Roeck c.s. wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 6 bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 224B van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 6 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 221 van mevrouw Leduc c.s. wordt aangenomen met 19 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 82 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8.

Amendement nr. 217 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 12.

Amendement nr. 137 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 9 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 185 (A, B, C, D) wordt verworpen met 18 stemmen tegen 7.

Amendement nr. 209D van de heer Galand c.s. wordt aangenomen met 19 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 83 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 1 bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 115C van de heer Vankrunkelsven wordt ingetrokken.

Amendement nr. 44 van mevrouw van Kessel en de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 1 onthouding.

L'amendement n° 215 de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 209C de M. Galand est adopté par 18 voix contre 6 et 3 abstentions.

L'amendement n° 218 de Mme Nyssens et consorts est rejeté par 19 voix contre 8.

L'amendement n° 220 de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 21 voix contre 6 et 1 abstention.

L'amendement n° 223 (A et B) de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 21 voix contre 6 et 1 abstention.

L'amendement n° 225 de Mme Nyssens et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 226 de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 20 voix contre 7 et 1 abstention.

L'amendement n° 222 de Mme De Roeck et consorts est adopté par 18 voix contre 6 et 4 abstentions.

L'amendement n° 224B de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 18 voix contre 6 et 2 abstentions.

L'amendement n° 221 de Mme Leduc et consorts est adopté par 19 voix et 9 abstentions.

L'amendement n° 82 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 8.

L'amendement n° 217 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 12.

L'amendement n° 137 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 185 (A, B, C, D) est rejeté par 18 voix contre 7.

L'amendement n° 209D de M. Galand et consorts est adopté par 19 voix et 6 abstentions.

L'amendement n° 83 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 1 et 7 abstentions.

L'amendement n° 115C de M. Vankrunkelsven est retiré.

L'amendement n° 44 de Mme van Kessel et M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 8 et 1 abstention.

Amendement nr. 48 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 stemmen tegen 2 bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 59 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 102 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 8 bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 111 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 112 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 stemmen tegen 8 bij 1 onthouding.

Amendement nr. 1A van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne vervalt.

Amendement nr. 6A van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 22 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 30 van de heer Destexhe wordt ingetrokken.

Amendement nr. 6B van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 22 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 1B van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne vervalt.

Amendement nr. 1C van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne vervalt.

Amendement nr. 31 van de heer Destexhe wordt ingetrokken.

De amendementen nr. 1 D, E, F, G, H, I en J van de heer Vankrunkelsven vervallen.

Artikel 3, zoals voorgesteld in het gesubamendeerde amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s., wordt aangenomen met 17 stemmen tegen 10 bij 1 onthouding.

Vormverbeteringen

Een lid herinnert eraan dat er overeengekomen was de term «verzoek» te vervangen door «vraag».

Een ander lid stelt voor om in het tweede lid van § 4 de woorden «van de arts» te vervangen door de woorden «van die arts» (de ce médecin), vóór de woorden «op het document».

De verenigde commissies zijn het met deze twee suggesties eens.

Ze beslissen ook om, met het oog op een uniforme terminologie, in de Nederlandse tekst systematisch de

L'amendement n° 48 de Mme Nyssens et Thissen est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 59 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 102 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 111 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 112 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 1A de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne est devenu sans objet.

L'amendement n° 6A de M. Vankrunkelsven est rejeté par 22 voix et 2 abstentions.

L'amendement n° 30 de M. Destexhe est retiré.

L'amendement n° 6B de M. Vankrunkelsven est rejeté par 22 voix et 2 abstentions.

L'amendement n° 1B de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne est devenu sans objet.

L'amendement n° 1C de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne est devenu sans objet.

L'amendement n° 31 de M. Destexhe est retiré.

Les amendements n°s 1 D, E, F, G, H, I et J de M. Vankrunkelsven sont devenus sans objet.

L'article 3 contenu à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts, tel que sous-amendé, est adopté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

Corrections formelles

Un membre rappelle qu'il avait été convenu que le terme «requête» serait remplacé par celui de «demande».

Une autre membre propose quant à elle de remplacer, au § 4, alinéa 2, les mots «van de arts» par les mots «van die arts» (de ce médecin), avant les mots «op het document».

Les commissions réunies se rallient à ces deux suggestions.

Elles décident également, dans un souci d'uniformité de la terminologie, d'utiliser systématiquement

termen «fysiek of psychisch lijden» te gebruiken als vertaling van de woorden «souffrance physique ou psychique».

In de Franse tekst van het eerste lid van § 4 worden de woorden «par écrit» ingevoegd tussen de woorden «est actée» en de woorden «par une personne majeure», teneinde deze tekst in overeenstemming te brengen met de Nederlandse versie van dezelfde alinea.

Tot slot werden er nog enkele vormverbeteringen aangebracht in de Franse en Nederlandse versie van het tweede lid van dezelfde paragraaf.

Artikel 3bis

Amendementen nrs. 129 en 130

De heer Galand dient op amendement nr. 14 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 129) dat ertoe strekt een artikel 3bis nieuw in te voegen, alsook een subamendement op het subamendement nr. 129 (stuk Senaat, nr. 2-244/9, amendement nr. 130), om er een tekstverbetering in aan te brengen.

Deze amendementen vervallen als gevolg van de stemming over artikel 3.

Amendement nr. 136

De heer Vandenberghe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/10, amendement nr. 136), dat beoogt een nieuw artikel 3bis in te voegen met betrekking tot de noodtoestand. Dit artikel voegt een nieuw artikel 72 in het Strafwetboek in, waarin wordt gesteld dat de wet de bijzondere omstandigheden kan beschrijven waarin de noodtoestand kan worden ingeroepen.

Artikel 2 van het verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) bepaalt: «Het recht van eenieder op leven wordt beschermd door de wet. Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd, tenzij bij wege van tenuitvoerlegging van een vonnis dat is uitgesproken door een rechtbank, wegens een misdrijf waarop de wet de doodstraf heeft gesteld.»

De Europese Commissie voor de Rechten van de Mens heeft uitdrukkelijk erkend dat dit artikel voor de overheid niet alleen een negatieve onderhoudsverplichting inhoudt, maar ook een positieve prestatieverplichting, namelijk de plicht voor de overheid om het leven te beschermen (ECRM, 12 juli 1978, nr. 7154/75, DR, 14, blz. 31).

Telkens wanneer er van levensbeëindiging sprake is, is artikel 2 aldus in het geding. Wanneer de overheid in gebreke blijft om aangepaste maatregelen te nemen teneinde een imminente bedreiging van het

dans le texte néerlandais, les termes «fysiek of psychisch lijden» pour traduire les mots «souffrance physique ou psychique».

À l'alinéa 1^{er} du § 4, dans le texte français, les mots «par écrit» sont insérés entre les mots «est actée» et les mots «par une personne majeure», afin de mettre ce texte en concordance avec la version néerlandaise du même alinéa.

Enfin, quelques corrections formelles ont été apportées à l'alinéa 2 du même paragraphe, tant en français qu'en néerlandais.

Article 3bis

Amendements n^{os} 129 et 130

M. Galand a déposé à l'amendement n^o 14 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/9, amendement n^o 129) tendant à insérer un article 3bis nouveau, ainsi qu'un sous-amendement à ce sous-amendement n^o 129 (doc. Sénat, n^o 2-244/9, amendement n^o 130), en vue d'y apporter une correction formelle.

Ces amendements sont sans objet, compte tenu de ce qui a été décidé dans le cadre de l'article 3.

Amendement n^o 136

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/10, amendement n^o 136) visant à insérer un nouvel article 3bis relatif à l'état de nécessité. Cet article insère un nouvel article 72 dans le Code pénal précisant que la loi peut spécifier les circonstances particulières dans lesquelles l'état de nécessité peut être invoqué.

L'article 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH) prévoit: «Le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi. La mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement, sauf en exécution d'une sentence capitale prononcée par un tribunal au cas où le délit est puni de cette peine par la loi.»

La Commission européenne des droits de l'homme a explicitement reconnu que cet article impliquait pour l'État non seulement une obligation négative d'entretien, mais aussi une obligation positive de prestation, à savoir le devoir pour l'État de protéger la vie (CEDH, 12 juillet 1978, n^o 7154/75, DR, 14, p. 31).

Chaque fois qu'il est question de fin de vie, c'est donc l'article 2 qui est en cause. Lorsque l'État omet de prendre les mesures adaptées en vue d'écartier une menace imminente sur la vie ou qu'il ne poursuit pas

leven af te wenden, of de daders van een levensberoving te vervolgen, kan hij wegens schending van het EVRM worden veroordeeld.

Het «recht op leven» behoort de mens niet toe. De mens kan er geen afstand van doen. (Zie Velaers, J., Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie, in «Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood», Maklu, 1996, blz. 477.)

In juridische termen betekent dit dat het grondrecht op leven van «openbare orde» is. De strafrechtelijke bescherming van het leven is dat eveneens. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor degene die hem van zijn leven berooft. De toestemming van het slachtoffer is geen rechtvaardigingsgrond. Artikel 2 EVRM als dusdanig interpreteren dat het geen grond verschaft om de individuele persoon te verbieden zichzelf van het leven te benemen en een ander te vragen hem daarbij behulpzaam te zijn, gaat voorbij aan dit openbare orde-karakter.

De Raad van Europa verwoordt dit uitdrukkelijk in haar aanbeveling 1418 (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt er uitdrukkelijk dat de lidstaten:

«9.c) het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien:

i) het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens dat bepaalt: «niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd»;

ii) de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii) de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben.»

Sommigen stellen dat wanneer men actief opzettelijk levensbeëindigend handelen («euthanasie») beoordeelt in het licht van het EVRM, men dan niet alleen aandacht moet besteden aan artikel 2 van het EVRM dat voor de Staat een plicht inhoudt om het leven te beschermen, maar ook aan artikel 3 dat uitdrukkelijk stelt dat niemand aan een onmenselijke of vernederende behandeling kan worden onderworpen.

les auteurs d'un meurtre, il peut être condamné pour violation de la CEDH.

Le «droit à la vie» n'appartient pas à l'être humain. L'être humain ne peut pas y renoncer. (Cf. Velaers, J., Het leven, de dood en de grondrechten. Juridische beschouwingen over zelfdoding en euthanasie, in «Over zichzelf beschikken? Juridische en ethische bijdragen over het leven, het lichaam en de dood», Maklu, 1996, p. 477.)

En termes juridiques, cela signifie que le droit naturel à la vie est «d'ordre public». La protection pénale de la vie l'est également. L'être humain ne peut accepter de créer une immunité pénale pour celui qui le prive de sa vie. L'autorisation de la victime ne constitue pas une cause de justification. Prétendre que l'article 2 de la CEDH ne fournit aucune raison d'empêcher l'individu de se priver de sa propre vie ni de demander qu'une autre personne lui vienne en aide pour ce faire, est une interprétation qui passe outre à ce caractère d'ordre public.

Le Conseil de l'Europe l'affirme explicitement dans sa recommandation 1418 (1999) relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil y demande explicitement que les États membres:

«9. c) maintiennent «l'interdiction de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:

i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que la «mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement»;

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.»

Certains affirment que, lorsqu'on juge un acte mettant fin à la vie de manière active et intentionnelle («euthanasie») à la lumière de la CEDH, il ne faut pas seulement tenir compte de l'article 2 de la CEDH qui oblige l'État à protéger la vie, mais aussi de l'article 3 qui stipule explicitement que personne ne peut être soumis à des traitements inhumains ou dégradants.

Men kan zich uiteraard de vraag stellen of het lijden van een ongeneeslijke zieke kan worden beschouwd als een «onmenselijke en vernederende behandeling» waarvoor de Staat verantwoordelijk is. Is het lijden immers niet uitsluitend te wijten aan de ziekte, aan de «condition humaine»?

Anderzijds kan men het ermee eens zijn dat, wanneer de absolute strafbaarstelling van euthanasie onrechtstreeks tot gevolg heeft dat sommige patiënten die onmenselijk lijden en waarvoor geen andere pijnstillende middelen of palliatieve zorgen baten, niet op hun verzoek uit dit lijden worden verlost, dit vanuit dit juridisch oogpunt als een onmenselijke handeling kan worden beschouwd.

De Staat staat aan het einde van een mensenleven dus voor een dilemma. Vanuit het EVRM heeft hij een dubbele verplichting: enerzijds het leven beschermen (artikel 2 van het EVRM) en anderzijds de mens van onmenselijke en vernederende behandelingen vrijwaren (artikel 3 van het EVRM). Wanneer een stervende patiënt onmenselijk lijdt en dit lijden niet kan worden verlicht met pijnstillers of palliatieve zorg, maar alleen door euthanaserend handelen, is het voor de Staat onmogelijk de beide grondrechten — de bescherming van het leven en het verbod van onmenselijke of vernederende behandelingen — te verzoenen.

De legitimering van euthanasie in uitzonderlijke gevallen is dus geen kwestie van zelfbeschikking, van persoonlijke vrijheid, van morele autonomie. Ze kan volgen uit de onmogelijkheid voor de Staat om in een aantal situaties twee grondrechten tegelijkertijd te beschermen.

Voor dit conflict van grondrechten biedt het EVRM zelf geen oplossing. Van een principiële voorrang van het ene grondrecht op het andere is geen sprake.

Dit conflict van grondrechten beantwoordt echter aan de juridische figuur van de noodtoestand, zoals die ook in het Belgisch strafrecht bekend is. Er is een noodtoestand wanneer de strafwet wordt geschonden ter vrijwaring van een rechtsgoed dat «hoger» is dan het door de overtreden strafbepaling beschermde rechtsgoed (Van den Wyngaert, C., *Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen*, Antwerpen, Maklu, 1991, I, blz. 201). Wie een rechtsgoed redt, ten koste van een ander doch minder waardevol rechtsgoed, handelt niet wederrechtelijk, voorzover het delictueel gedrag het enige middel was om het hoger rechtsgoed te vrijwaren (Dupont, L. en Verstraeten, R., *Handboek Belgisch Strafrecht*, Acco, blz. 229).

Het Hof van Cassatie heeft deze theorie uitdrukkelijk erkend in zijn arrest van 13 mei 1987:

«Overwegende dat het arrest op grond van die feitelijke toedracht van de zaak zonder de artikelen 71 of 458 van het Strafwetboek te schenden, heeft kunnen

On peut évidemment se demander si la souffrance d'un malade incurable peut être considérée comme un «traitement inhumain ou dégradant» dont l'État serait responsable. En effet, la souffrance n'est-elle pas exclusivement due à la maladie, à la «condition humaine»?

D'autre part, il se peut que la pénalisation de l'euthanasie ait pour conséquence indirecte que l'on ne puisse répondre à la demande de certains patients, soumis à une souffrance inhumaine que ni les autres analgésiques ni les soins palliatifs ne peuvent apaiser, de les libérer de leur souffrance. D'un point de vue juridique, on peut alors considérer ce refus comme un traitement inhumain.

À la fin d'une vie humaine, l'État se trouve face à un dilemme. La CEDH lui impose une double obligation: d'une part, protéger la vie (article 2 de la CEDH) et d'autre part préserver l'être humain de traitements inhumains et dégradants (article 3 de la CEDH). Lorsqu'un patient mourant endure une souffrance inhumaine qui ne peut être apaisée par des analgésiques ou des soins palliatifs, mais uniquement par un acte euthanasique, l'État se voit dans l'impossibilité de réconcilier les deux droits fondamentaux: la protection de la vie et l'interdiction des traitements inhumains ou dégradants.

La légitimation de l'euthanasie dans des cas exceptionnels n'est donc pas une question d'autodétermination, de liberté personnelle ni d'autonomie morale. Elle peut découler de l'impossibilité pour l'État de garantir simultanément deux droits fondamentaux dans certaines situations.

La CEDH ne propose pas de solution à ce conflit de droits fondamentaux. Il n'est pas question d'une prééminence de principe d'un droit sur l'autre.

Ce conflit correspond pourtant à la forme juridique de l'état de nécessité, qui apparaît également dans le droit pénal belge. Il y a état de nécessité lorsque la loi pénale est enfreinte en vue de préserver une valeur «supérieure» à la valeur protégée par la disposition pénale qui est enfreinte. (Van den Wyngaert, C., *«Strafrecht en strafprocesrecht in hoofdlijnen»*, Antwerpen, Maklu, 1991, I, p. 201). La personne qui sauve un bien aux dépens d'un autre de moindre valeur, n'agit donc pas illégalement, pour autant que le comportement délictueux constitue le seul moyen de préserver le bien de valeur supérieure (Dupont, L. en Verstraeten, R., *«Handboek Belgisch Strafrecht»*, Acco, p. 229).

La Cour de cassation a explicitement reconnu cette théorie dans son arrêt du 13 mai 1987:

«Considérant que l'arrêt se basait sur l'état de fait de l'affaire sans préjudice des articles 71 ou 458 du Code pénal, elle a pu décider que l'état de nécessité

beslissen dat de door verweerder aangevoerde noodtoestand moest in aanmerking genomen worden, aangezien verweerder, gelet op de respectieve waarde van de met in elkaar conflict verkerende plichten en gelet op de dreiging van een ernstig kwaad voor anderen, redenen had om te oordelen dat hem ter vrijwaring van een hoger belang, dat hij verplicht of gerechtigd was vóór alle andere te beschermen, geen andere weg openstond dan de feiten te plegen die hem worden verweten.»

In de concrete context van het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een geneesheer op verzoek van de betrokkenen, veronderstelt «noodtoestand» dat de arts een gewetensprobleem heeft. Bijzondere omstandigheden plaatsen hem in een conflict van plichten: de plicht het leven te eerbiedigen versus de plicht bijstand te verlenen en te helpen tot het uiterste. Wegens de bijzondere omstandigheden — bijvoorbeeld ondraaglijk lijden en falen van alle symptoomcontrole —, kan helpen en bijstaan in een concreet geval betekenen: levensbeëindigend handelen, dus iets doen dat strijdig is met de eerste plicht. De arts zal hier oordelen en afwegen en in deze beoordeling kan hij in geweten menen dat de hoger genoemde bijzondere omstandigheden voldoende ernstige redenen zijn om uitzonderlijk te kiezen in dit geval voor de tweede plicht.

Er zij opgemerkt dat noodtoestand dus betrekking heeft op een gewetensprobleem in hoofde van de arts (in tegenstelling tot het begrip «noodsituatie» in de abortuswet van 1990, waar de noodsituatie betrekking heeft op een fysische of psychische toestand van de zwangere vrouw, die deze vrouw als zodanig percipieert).

Het louter subjectieve inroepen door de patiënt van een subjectief aangevoelde noodsituatie, gevolgd door procedurele handelingen, kan echter niet volstaan om euthanasie van haar strafbaar karakter te ontdoen: de arts moet zich, in het licht van de toestand van de patiënt, werkelijk in een noodtoestand bevinden vooraleer hij de bescherming van het leven prijsgeeft omwille van de waardigheid van het menselijk sterven van de patiënt. Staatsraad Messine sprak tijdens de hoorzittingen terecht dat de «raisons» een belangrijker rol spelen dan de «conditions».

Ook professor Adams stelde duidelijk dat het strafrecht meer is dan een doel-middel alleen: het meet zich ook een moreel oordeel aan en legt de algemene ethische norm vast. Euthanasie is geen «gewone» handelingsoptie temidden van andere medische handelingen. Indien dat wel het geval zou zijn, dan zou de arts een verzoek tot euthanasie niet mogen weigeren. Omdat euthanasie geen gewone handelingsoptie is, moet het verbod van euthanasie in het strafrecht worden behouden.

Artikel 2 van het EVRM sluit, samengelezen met artikel 3 EVRM evenwel niet uit dat er wetgevend

allégué par une personne ne peut être écarté, dès lors que, eu égard à la valeur respective des devoirs en conflit et en présence d'un mal grave et imminent pour autrui, cette personne a pu estimer qu'il ne lui était pas possible de sauvegarder autrement qu'en commettant les faits qui lui sont reprochés, un intérêt plus impérieux qu'elle avait le devoir ou qu'elle était en droit de sauvegarder avant tous les autres.»

Dans le cas concret d'un médecin qui met intentionnellement fin à la vie d'un patient à la demande de celui-ci, «l'état de nécessité» suppose que le médecin a un problème de conscience. Des circonstances particulières le placent face à un conflit de devoirs: le devoir de respecter la vie contre le devoir d'apporter une aide jusqu'au bout. En raison de ces circonstances particulières — par exemple la souffrance insupportable et l'échec de tous les moyens de maîtrise des symptômes —, apporter une aide peut signifier dans un cas concret mettre fin à la vie, c'est-à-dire poser un acte en contradiction avec le premier devoir. Le médecin jugera. Ce faisant, il pourra estimer en âme et conscience que les circonstances particulières susmentionnées constituent des raisons suffisamment sérieuses pour opter à titre exceptionnel pour le deuxième devoir.

Il convient de faire remarquer que l'état de nécessaire se rapporte à un problème de conscience dans le chef du médecin (contrairement à la notion de «situation de détresse» dans la loi relative à l'avortement de 1990, qui recouvre un état physique ou psychique de la femme enceinte tel que perçu par cette femme).

Le fait que le patient invoque de manière purement subjective une situation de détresse ressentie de manière subjective, suivie d'actes procéduraux, ne peut toutefois suffire à enlever à l'euthanasie son caractère punissable: le médecin doit réellement se trouver dans un état de nécessité, eu égard à la situation du patient, avant de renoncer à la protection de la vie au bénéfice de la dignité du décès du patient. M. Messine, conseiller d'État, a eu raison de dire lors des auditions que les raisons jouent un rôle plus important que les conditions.

Le professeur Adams affirmait aussi clairement que le droit pénal est plus qu'un objectif ou un moyen: il implique un jugement moral et fixe la norme éthique. L'euthanasie ne constitue pas une «simple» option thérapeutique parmi d'autres traitements médicaux. Si c'était le cas, le médecin ne pourrait pas refuser une demande d'euthanasie. Puisque l'euthanasie n'est pas une simple option thérapeutique, le Code pénal doit continuer de l'interdire.

Si on le lit parallèlement à l'article 3, l'article 2 de la CEDH n'exclut cependant pas qu'on puisse légiférer

kan opgetreden worden met betrekking tot het euthanasierend handelen. Om artikel 2 van het EVRM te respecteren, kan de strafbaarstelling van euthanasie niet worden opgeheven, maar de wetgever kan wél het conflict van de grondrechten vervat in artikel 2 en 3 EVRM juridisch vorm geven, door de hieraan corresponderende rechtsfiguur van de «noodtoestand» in het kader van het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de betrokkene nader te omschrijven. Dit is de strekking van het wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levens-einde (Stuk Senaat, nr. 2-160/1) en van het in het kader van het in bespreking zijnde wetsvoorstel neergelegde amendement nr. 113.

Het lid wenst niet dat België door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zou worden veroordeeld omwille van een euthanasiewetgeving die in strijd zou zijn met het EVRM. Het is derhalve aangegeven om een juridische zindelijkheid aan de dag te leggen en rekening te houden met de uitgangspunten die werden geëxpliciteerd in de diverse hoorzittingen. De wet dient immers het leven te beschermen en mag niet aan individuele oordelen worden onderworpen. Spreker verwijst voor het overige naar de schriftelijke verantwoording van amendement nr. 136 en naar de reeds gegeven uiteenzettingen over deze aangelegenheid.

Een lid is het absoluut oneens met de opvatting van de vorige spreker, als zou euthanasie een marktproduct zijn. Dit is een kaakslag voor de patiënt die ondraaglijke fysieke of psychische pijn lijdt en zich in een toestand bevindt waarin hij niet meer medisch kan geholpen worden. Wanneer de draagkracht van de patiënt uitgeput is, mag hij volgens het lid om euthanasie vragen. Hiervoor moet men begrip kunnen opbrengen.

Een lid verwijst naar wat hij al gezegd heeft over de compatibiliteit van een eventuele wet betreffende de euthanasie met het EVRM.

Met betrekking tot de resoluties van de Raad van Europa, waarnaar spreker trouwens voor de tweede keer is afgevaardigd, moet benadrukt worden dat de Raad van Europa een vergadering is van parlementsliden uit alle hoeken. Er worden resoluties gestemd met enkel morele en politieke waarde.

Op het niveau van de Raad van Europa zijn wetteksten van tel die door de vergadering worden gestemd, zoals bijvoorbeeld het Europees Verdrag inzake bio-ethiek, voor zover zij door een aantal lidstaten worden ondertekend en bekrachtigd.

Wat artikel 2 van het EVRM betreft, heeft spreker al uitgelegd waarom deze bepaling volgens hem geen hinderpaal vormt voor een wetgeving op de euthanasie, vermits de bescherming die door deze overeenkomst wordt opgelegd betrekking heeft op de relatie

en matière d'euthanasie. Pour respecter l'article 2 de la CEDH, le législateur ne peut dépénaliser l'euthanasie. Il peut par contre donner une forme juridique au conflit entre droits fondamentaux contenus dans les articles 2 et 3 de la CEDH en définissant plus précisément la figure juridique qui y correspond, à savoir «l'état de nécessité» dans le cadre de la demande du patient de mettre intentionnellement fin à sa vie. C'est la portée de la proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (doc. Sénat, n° 2-160/1) ainsi que de l'amendement n° 113 déposé dans le cadre de la présente proposition de loi.

Le membre ne souhaite pas que la Cour européenne des droits de l'homme condamne la Belgique à cause d'une législation relative à l'euthanasie qui serait contraire à la CEDH. C'est pourquoi il vaut mieux faire preuve d'une certaine rationalité juridique en tenant compte des points de vue exprimés lors des auditions. La loi doit en effet protéger la vie et ne peut être soumise aux jugements individuels. Pour le surplus, l'orateur renvoie à la justification écrite de l'amendement n° 136 et aux explications fournies à cette occasion.

Un membre ne partage absolument pas le point de vue de l'orateur précédent qui affirme que l'euthanasie serait un produit commercial. C'est une gifle pour le patient qui endure une souffrance physique ou psychique et se trouve dans une situation telle que la médecine ne peut plus rien pour lui. Lorsque les ressources du patient sont épuisées, celui-ci peut, selon le membre, demander l'euthanasie. Il convient de se montrer compréhensif à son égard.

Un autre membre rappelle ce qu'il a déjà exposé à propos de la compatibilité d'une éventuelle loi sur l'euthanasie avec la CEDH.

En ce qui concerne tout d'abord les résolutions du Conseil de l'Europe, il faut souligner que celui-ci, auquel l'intervenant est d'ailleurs délégué pour la deuxième fois, est une assemblée de parlementaires venant de tous les horizons. Il vote des résolutions dépourvues de valeur autre que morale et politique.

Ce qui compte au niveau du Conseil de l'Europe, ce sont les textes législatifs qui sont approuvés par l'assemblée, comme la CDH, la convention européenne de bioéthique, pour autant qu'elles soient signées et ratifiées par un certain nombre d'États membres.

En ce qui concerne l'article 2 CEDH, l'intervenant a déjà expliqué pourquoi il estimait que cette disposition ne fait pas obstacle à une législation sur l'euthanasie, puisque toute la protection imposée par cette convention est conçue par rapport à l'intervention de

tussen de Staat en de burgers. Als men het heeft over een onmenselijke en mensonterende behandeling en over de wettelijke bescherming van eenieders recht op leven, dan wil men daardoor vermijden dat de Staten tegenover hun burgers maatregelen nemen die tot de dood leiden.

Het gaat er onder meer om de doodstraf te verbieden, wat overigens tot een wijziging van het Belgische Strafwetboek heeft geleid.

Het is dus niet de bedoeling van het EVRM de persoon te beschermen tegen een vraag die hij zelf binnen het bestaande wettelijke stelsel formuleert en waarbij de handeling trouwens niet door de Staat, maar door een individueel persoon, in dit geval de arts, wordt gesteld.

Het Hof heeft overigens nooit uitspraak gedaan inzake abortus, hoewel ook sommige parlementairen vonden dat abortus moord was omdat ze het embryo een rechtspositie toekenden.

Hetzelfde geldt voor euthanasie. Hoewel euthanasie er al lang wordt toegepast, werd Nederland nog nooit veroordeeld.

Voor het overige wordt in landen waar het debat nog maar pas is begonnen, zoals in Frankrijk en in Zwitserland, niet het EVRM als belangrijkste argument naar voren geschoven, maar wel de argumenten die we kennen en die hier al anderhalf jaar worden ingeroepen.

We zullen zien wat er gebeurt als de wet wordt goedgekeurd en de zaak aanhangig wordt gemaakt, maar spreker zegt ervan overtuigd te zijn dat het Hof van Justitie niet zal optreden in deze aangelegenheid, niet alleen omdat deze buiten het EVRM valt, maar ook omdat de Europese instanties er veeleer toe neigen de maatschappelijke zelfbeschikking van elk land te respecteren, met inachtneming van een zekere subsidiariteit. De visie op leven en dood kan van land tot land natuurlijk sterk verschillen. Men zal er dus nooit in slagen in scherpe debatten als deze een maatschappelijke homogeniteit tot stand te brengen.

Dat blijkt duidelijk in het domein van de bio-ethiek waar de poging van het Europees Parlement en van het Europees Hof — waaraan ook spreker heeft meegewerkt — om een Europees octrooi op het levend materiaal tot stand te brengen, op verzet stootte van een aantal landen, die omwille van hun visie op hun eigen autonomie de Europese Unie het recht ontzeggen om terzake wetgevend op te treden. Het gaat hier om de discussie over het vrije verkeer, enerzijds, en het subsidiariteitsbeginsel inzake gezondheids- en maatschappelijke aspecten, anderzijds.

Ook wat het huwelijk of de rechtspositie van de homoseksuelen betreft, zou men omwille van het ge-

l'État à l'égard des citoyens. Lorsqu'on parle de traitements inhumains et dégradants, lorsqu'il est prévu que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi, c'est pour empêcher que les États ne prennent à l'encontre des citoyens, des mesures aboutissant au décès de la personne.

Il s'agit, notamment, d'interdire la peine de mort, ce qui a d'ailleurs entraîné une modification du Code pénal belge.

La CEDH ne vise pas du tout la protection de l'individu par rapport à des demandes qu'il formulerait lui-même dans le cadre de systèmes législatifs qui seraient mis au point et où l'acte serait d'ailleurs posé, non par l'État, mais par une personne individuelle, en l'occurrence le médecin.

Cela est tellement vrai que jamais la Cour n'a statué dans le domaine de l'avortement, alors même que certains parlementaires ont considéré que l'avortement était un crime, en donnant un statut à l'embryon.

La même observation vaut pour l'euthanasie. Les Pays-Bas n'ont fait l'objet d'aucune condamnation, alors qu'on l'y pratique depuis longtemps.

Du reste, dans les pays où l'on commence à débattre de la question, comme la France ou la Suisse, ce n'est pas l'argument tiré de la CEDH qui est avancé au premier chef, mais bien les arguments que l'on connaît et qui sont invoqués ici depuis un an et demi.

On verra ce qui se passera, si la loi est votée et qu'un recours est introduit, mais l'intervenant se dit convaincu que la Cour de Justice n'interviendra pas dans ce domaine, non seulement parce que la CEDH ne vise pas ce type de situation, mais, en outre, parce que l'évolution des instances européennes va plutôt vers le respect de l'autonomie sociétale de chacun des pays, conformément à une sorte de principe de subsidiarité. La conception de la vie et de la mort peut évidemment être très différente d'un pays à l'autre. Dès lors, moins que jamais on en arrivera à créer une homogénéité sociétale dans des débats aussi pointus que celui-ci.

Cela apparaît clairement en matière de bioéthique où la tentative — à laquelle l'intervenant a participé — du Parlement européen et de la Cour européenne de mettre au point un système de brevet européen sur le vivant est déjà battue en brèche par certains pays, au nom de la vision qu'ils ont de leur propre autonomie, dénié à l'Union européenne le droit de légiférer dans ce secteur. C'est là tout le débat entre, d'une part, la libre circulation et, d'autre part, l'aspect subsidiaire, en se fondant sur des éléments de santé ou sociétaux.

De même, dans des domaines comme celui du mariage, ou du statut des homosexuels, il faudrait,

lijkheidsprincipe, naar een zekere harmonisering moeten streven.

Ook daar reageert elk land in functie van de eigen bevolking en van de gekozenen en is men er nog niet in geslaagd een homogene visie te ontwikkelen inzake een aantal ethische problemen.

Dat is de reden waarom het Hof steeds geweigerd heeft stelling te nemen in deze aangelegenheden en telkens onder meer procedureargumenten heeft ingeroepen.

Spreeker herinnert ook aan zijn eerdere uiteenzetting over het begrip menselijke waardigheid, die een juridische betekenis moet krijgen en die tegenover de idee staat dat de Staat het leven van de menselijke persoon moet beschermen.

Vanaf het ogenblik dat iemand niet meer verder wil leven omdat dit afbreuk doet aan zijn eigen waardigheid, ontstaat er een waardeconflict. Tenzij men het begrip waardigheid en zelfbeschikking niet de minste juridische betekenis zou toekennen — maar waarom komt het dan voor in alle internationale overeenkomsten sedert 1948? — moet men de wil van de persoon eerbiedigen.

Spreeker meent dus dat het argument dat steunt op de onverenigbaarheid tussen de in voorbereiding zijnde wetgeving en de internationale overeenkomsten niet opgaat.

De noodtoestand heeft er een fundamenteel andere betekenis dan die welke aan de basis ligt van het voorstel.

Spreeker verwijst naar wat eerder hierover werd gezegd.

Het zijn de parlementairen die moeten kiezen, maar als ze vasthouden aan artikel 3 zoals het werd goedgekeurd, dan betekent dit dat deze opvatting niet wordt weerhouden.

Een lid erkent dat het vanuit een Europees rechtssociologisch standpunt verbazing kan wekken dat men in bepaalde domeinen de gemeenschappelijke waarden niet wenst te verdedigen.

Een dergelijke houding is in tegenspraak met de grote verklaringen die over de Europese constructie worden afgelegd.

Niettemin is het wenselijk dat de landen van de Unie, ondanks hun verschillen, van dezelfde cultuur blijven deel uitmaken, ook om zin te geven aan het EVRM — dat deel uitmaakt van onze rechtsorde — nu steeds meer landen zich bij deze overeenkomst willen aansluiten.

Spreekster wil niet vooruitlopen op de eventuele uitspraak van het Europese Hof over de in voorbereiding zijnde wetgeving.

pour des raisons d'égalité, tendre à une certaine harmonisation.

Cependant, là aussi, chaque pays réagit en fonction de sa propre population et de ses élus, et l'on n'est pas encore arrivé à une homogénéité dans la vision d'un certain nombre de problèmes éthiques qui sont du même type.

C'est pourquoi la Cour a toujours évité d'intervenir dans ces domaines et d'en débattre, en utilisant des arguments de procédure, d'intérêt pour agir, etc.

L'intervenant rappelle également son exposé antérieur sur la notion de dignité de l'être humain, à laquelle il faut donner un contenu juridique, et qui entre en conflit avec l'idée que l'État doit protéger la vie de la personne humaine.

À partir du moment où quelqu'un ne veut pas continuer à vivre, parce qu'il estime que cela porte atteinte à sa propre dignité, il y a là un conflit de valeurs. À moins de ne pas donner à cette notion de dignité et d'autonomie le moindre sens juridique — mais alors, pourquoi l'indiquer dans toutes les conventions internationales depuis 1948 — il faut respecter la volonté de la personne.

L'intervenant estime donc que l'argument tiré de l'incompatibilité de la législation en préparation avec les conventions internationales doit être écarté.

En ce qui concerne la notion d'état de nécessité, il s'agit d'une conception fondamentalement différente de celle qui inspire la proposition.

L'intervenant renvoie à tout ce qui a été dit précédemment à ce sujet.

Il appartient aux parlementaires de choisir mais, si l'on s'en tient à l'article 3 tel qu'il a été adopté, cette conception n'a pas été retenue.

Un membre reconnaît qu'il peut paraître étonnant, du point de vue de la sociologie du droit au niveau européen, que l'on ne veuille pas défendre des valeurs communes en certaines matières.

Cette attitude tranche singulièrement avec les grands discours que l'on entend sur la construction de l'Europe.

Il est cependant souhaitable que les pays de l'Union continuent, en dépit de leurs différences, à participer à une même culture, si l'on veut aussi continuer à donner un sens à la CEDH — qui fait partie de notre ordre juridique — au moment où de plus en plus de pays veulent adhérer à cette convention.

L'intervenante ne veut pas préjuger de la manière dont la Cour européenne pourrait un jour se prononcer sur la législation en préparation.

Het artikel *3bis* dat wordt voorgesteld door het amendement dat nu wordt besproken, biedt volgens spreekster een interessante oplossing die, wat de terminale fase betreft, tot een ruime overeenstemming had kunnen leiden en ook in andere debatten haar nut had kunnen bewijzen.

Iedereen weet dat de verschoningsgronden ertoe leiden dat diegene die de handeling stelt, niet wordt gestraft.

De verdienste van deze originele juridische oplossing, enigszins ingegeven door de hoorzitting met professor Dalcq, is dat ze het begrip noodtoestand eindelijk in de strafwet opneemt en naar een bijzondere wet verwijst die de omstandigheden omschrijft waarin een verschoningsgrond, zoals de noodtoestand, kan worden ingeroepen. Daardoor kan rekening worden gehouden met een waardeconflict zonder de noodtoestand, in een specifiek domein zoals dat van de euthanasie, in het Strafwetboek te moeten omschrijven.

Vergeleken met de oorspronkelijke teksten, die zowel door de auteur van het amendement als door spreekster werden ingediend, is dit een betere oplossing, omdat de objectivering van de noodtoestand volgens sommigen inhoudt dat hij wordt geschrapt, zodat alleen nog een machtiging door de wet overblijft.

Een spreker onderstreept dat het voorstel precies in naam van de rechten van de mens werd ingediend. Bovendien toont dit aan dat er verschillende opvattingen bestaan. Deze opvattingen lijken onverzoenbaar vermits de uiteengezette standpunten diametraal tegenover elkaar staan.

Wat ten slotte de Europese eenmaking betreft, komen de zes indieners op voor een Europa dat de rechten van de mens eerbiedigt en voor een Europa dat tolerant is voor alle opvattingen.

Het voorliggende wetsvoorstel verplicht niemand ertoe het eens te zijn met zijn inhoud, maar diegenen die dit om redenen van menselijkheid noodzakelijk achten, kunnen er een beroep op doen.

Het wetsvoorstel tracht de noodzakelijke bescherming van de menselijke persoon te verzoenen met de eerbied voor zijn zelfbeschikking en zijn waardigheid.

Een ander lid vindt dat iedereen — behalve misschien de niet-democratische partijen — opkomt voor een Europa dat begaan is met de rechten van de mens, met de eerbied voor het filosofische en ideologische pluralisme.

Dat is trouwens de betekenis zelf van het EVRM, dat deel uitmaakt van het gemeenschappelijk erfgoed van alle Europeanen tot ver buiten het institutionele Europa dat we kennen.

En ce qui concerne l'article *3bis* proposé par l'amendement en discussion, l'intervenante estime qu'il s'agit d'une solution intéressante, qui aurait pu, en ce qui concerne la phase terminale, aboutir à un large accord et aurait également pu servir dans d'autres débats.

On sait que les causes de justification aboutissent au résultat que l'auteur de l'acte n'est pas sanctionné.

Le mérite de cette solution juridique originale, quelque peu inspirée par l'audition du professeur Dalcq, était de reprendre enfin la notion d'état de nécessité dans le Code pénal, et de renvoyer à une loi particulière pour spécifier les circonstances dans lesquelles une cause de justification telle que l'état de nécessité pouvait être invoquée, en exprimant le conflit de valeurs sans objectiver l'état de nécessité dans le Code pénal dans une matière particulière comme celle de l'euthanasie.

Par rapport aux textes initiaux déposés tant par l'auteur de l'amendement que par l'intervenante, cette solution est meilleure, puisque certains prétendent qu'en objectivant l'état de nécessité, on le supprime et on prévoit simplement une autorisation de la loi.

Un intervenant souligne que c'est précisément au nom des droits de l'homme que la proposition a été déposée. En outre, ceci montre les différences qui existent entre les conceptions des uns et des autres. Ces conceptions paraissent inconciliables puisque les points de vue développés sont diamétralement opposés.

Enfin, en ce qui concerne la construction Européenne, les six auteurs sont défenseurs d'une Europe qui respecte les droits de l'homme et qui soit une Europe de tolérance par rapport à l'opinion des uns et des autres.

La proposition de loi à l'examen ne fait obligation à personne d'adhérer son contenu, mais permet à ceux qui le jugent nécessaire pour des raisons d'humanité de bénéficier de son application.

Elle tente de concilier la nécessaire protection de l'individu, et le respect de son autonomie et de sa dignité.

Un autre membre pense que chacun — sauf peut-être les partis non démocratiques — défend une Europe soucieuse des droits de l'homme et du respect du pluralisme philosophique et idéologique.

C'est d'ailleurs le sens même de la CEDH dans son ensemble, qui appartient au patrimoine commun de tous les Européens, bien au-delà de l'Europe institutionnelle que nous connaissons.

Voor het overige vinden de ethische debatten plaats in de Raad van Europa, in verdraagzaamheid en wederzijds respect.

Uit de woorden van de vorige spreker zou men kunnen opmaken dat er twee kampen zijn: diegenen die de verdraagzaamheid prediken en diegenen die dit niet doen.

Spreekster vindt dat het debat zeker niet in die termen mag worden gezien.

Leven in een pluralistische maatschappij veronderstelt dat eenieder de opvattingen van de anderen respecteert.

In de Raad van Europa verlopen de debatten in dit pluralistisch perspectief.

De weinige niet-Europese landen die een wetgeving over euthanasie of over hulp bij zelfdoding hebben opgesteld, hebben de strengste voorzorgen genomen en beperken zich tot de terminale fase. De Australische wet plaatste de palliatieve zorgverlening in de procedure voorop.

Spreekster verwijst naar wat een vorige spreker zei over de plicht van de Staten om de mensenrechten na te leven.

Men zou kunnen zeggen dat onze Staat op dit ogenblik, bij gebrek aan wetgeving, deze verplichting niet nakomt.

Men weet dat euthanasie wordt toegepast buiten elke regelgeving om en dat de burgers dus niet beschermd zijn.

Een lid merkt op dat in de aanbeveling 1418 (1999) van de Raad van Europa wordt gesproken over het «absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven ...». Volgens deze formule is derhalve ook de noodtoestand uit den boze. Verder wordt gesteld dat de wens om te sterven «nooit een juridische grond mag zijn voor de dood door toedoen van een derde ...». Ook hier wordt de noodtoestand niet vermeld als mogelijke uitzondering. Hetzelfde geldt voor de passus die stelt dat de wens om te sterven «op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor de handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben».

Het lid is het niet eens met de opvatting van diegenen die veeleer voorrang geven aan een algemeen dogma — de eerbied voor het leven — in de plaats van aan personen. Bovendien wenst spreker, conform het EVRM, het principe van het «recht op leven» uitdrukkelijk te verdedigen, maar meent hij dat nergens sprake is van een «plicht op leven».

Een vorige spreekster verklaart dat we geen principiële discussie over het recht op leven moeten voeren. In het EVRM gaat het om de eerbied voor de lichamelijke integriteit, een fundamenteel en onaantastbaar principe dat de menselijke persoon beschermt tegen

C'est du reste au niveau du Conseil de l'Europe que des débats éthiques sont menés, avec toute la tolérance et l'écoute mutuelle que cela suppose.

Les propos du précédent intervenant laissent supposer qu'il y aurait, d'un côté, ceux qui défendent la tolérance et, de l'autre, ceux qui ne le feraient pas.

L'intervenante estime que le débat ne se situe absolument pas dans cette perspective.

Vivre dans une société pluraliste suppose chez chacun une tolérance par rapport aux conceptions des autres.

Les débats au Conseil de l'Europe se déroulent dans cette perspective pluraliste.

Les rares pays non européens qui ont légiféré soit en matière d'euthanasie, soit en matière de suicide assisté, se sont entourés de précautions extrêmes et se limitent à la phase terminale. La loi australienne met les soins palliatifs en avant dans la procédure.

Une intervenante revient à la démonstration d'un précédent orateur à propos du devoir des États de respecter les droits de l'homme.

On pourrait dire qu'à l'heure actuelle, faute de législation, notre État ne remplit pas cette obligation.

On sait qu'à l'heure actuelle, l'euthanasie se pratique en dehors de toute norme, et que, dès lors, les citoyens ne sont pas protégés.

Un membre fait remarquer que, dans la recommandation 1418 (1999) du Conseil de l'Europe, on parle de «l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie». D'après cette formule, l'état de nécessité est dès lors également inadmissible. La recommandation dit ensuite que le désir de mourir «ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers». Cet extrait ne mentionne pas non plus l'état de nécessité comme exception possible. C'est vrai également pour le passage qui précise que le désir de mourir «ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort».

Le membre n'est pas d'accord avec ceux qui donnent plutôt la priorité à un dogme général — le respect de la vie — plutôt qu'aux personnes. L'orateur souhaite en outre défendre explicitement, conformément à la CEDH, le «droit à la vie» tout en étant d'avis qu'il n'est nulle part question d'une «obligation de vivre».

Une précédente oratrice déclare qu'il ne s'agit pas de s'engager dans une discussion de principe sur le droit à la vie. Il s'agit, dans la CEDH, du respect de l'intégrité physique, qui est un principe fondamental et intangible, protégeant l'individu contre des atteintes

bedreigingen voor zijn eigen leven. Wat ter discussie staat, is het feit dat de persoon zelf bijvoorbeeld niet meer wenst te leven. Dat is het geval bij zelfdoding die in ons recht niet strafbaar is.

Professor Dalcq heeft in dat verband een interessante juridische uiteenzetting gehouden. Hij vond de hulp bij zelfdoding niet strafbaar vermits zelfdoding dat ook niet was. Het Europees Hof van Straatsburg heeft België niet veroordeeld omdat het Belgische recht geen bepaling bevatte die zelfdoding veroordeelde.

Zelfs de grondwetgever van 1830 die toch een bepaalde filosofie aankleefde, heeft daarin niet voorzien.

Het probleem rijst dus niet in die zin, vermits iedereen erkent dat een arts in uitzonderlijke omstandigheden op een euthanasievraag mag ingaan.

De meningen lopen wel uiteen over de technieken die aangewend moeten worden.

Volgens professor Messine nochtans blijft de kwestie van de verenigbaarheid met het EVRM en dus ook de discussie erover bestaan, welke techniek ook wordt gebruikt.

De Australische wet werd door het Australisch grondwettelijk hof opgeschort, precies omdat ze volgens het hof indruiste tegen de mensenrechten.

Het EVRM heeft in ons land kracht van wet, maar het is omdat de rechtbanken de bepalingen van de strafwet niet toepassen, dat er sedert de jaren 50 niet meer vervolgd werd inzake euthanasie.

De manier waarop het beroep van arts is georganiseerd, leidt ertoe dat het gerecht niet op de hoogte is van ontsporingen inzake euthanasie, behalve wanneer er klacht wordt ingediend.

De vraag is dus hoe, eventueel bij wet, de geneeskunst het best wordt georganiseerd zodat de bestaande misbruiken zoveel mogelijk verdwijnen.

Men moet erop toezien dat de eventuele toestemming die de wet geeft, niet in een fundamenteel conflict treedt met het respect voor de fysieke integriteit, een recht waardoor iedereen zich beschermd weet.

Dat is een van de fundamentele redenen waarom Duitsland zich zo terughoudend toont tegenover een wetgeving, gezien de donkere periode in zijn geschiedenis.

Een lid verwijst naar een arrest van het Hof van Cassatie van 18 mai 1999 dat foltering en onmenselijke of ontorende behandelingen in de zin van het EVRM als volgt definieert: «elke handeling waarbij op doelbewuste wijze hevige pijn of ernstig leed van

tes malfaisantes à sa propre vie. Est en discussion le fait que la personne elle-même, par exemple, ne souhaite plus vivre. C'est le cas du suicide qui, dans notre droit, n'est pas punissable.

Le professeur Dalcq a fait une démonstration juridique intéressante à ce sujet, considérant que l'assistance au suicide n'était pas punissable, puisque le suicide en tant que tel ne l'était pas non plus. La Cour européenne de Strasbourg n'a pas condamné la Belgique parce que le droit belge ne comportait pas de disposition condamnant le suicide.

Même le constituant de 1830, dont on pourrait dire qu'il était dominé par une certaine philosophie, ne l'a pas prévu.

Ce n'est donc pas en ce sens que le problème se pose, puisque chacun reconnaît qu'il peut y avoir des situations exceptionnelles justifiant, dans le chef du médecin, une réponse positive à une demande d'euthanasie.

Ce sur quoi les uns et les autres diffèrent, c'est sur la technique à utiliser.

Selon le professeur Messine, toutefois, quelle que soit cette technique, cela reviendrait au même quant à la question de la compatibilité avec la CEDH, le débat reste entier.

Si la loi australienne a été abrogée par la cour constitutionnelle australienne, c'est précisément parce que, selon cette cour, elle était en contradiction avec les droits de l'homme.

La CEDH a force de loi dans notre pays, mais c'est parce que les tribunaux n'appliquent pas les dispositions du Code pénal que, depuis les années 50, aucune poursuite n'a été engagée en matière d'euthanasie.

La manière dont est organisée la pratique médicale ne permet pas qu'arrivent à la connaissance de la justice, sauf par dépôt d'une plainte, des cas de dérive en matière d'euthanasie.

Le problème est donc de savoir comment, éventuellement par une loi, organiser la bonne pratique médicale pour que les abus existants soient réduits dans toute la mesure du possible.

Il faut veiller à ce que la permission éventuelle de la loi n'entre pas en conflit fondamental avec le respect de l'intégrité physique, qui constitue une protection pour chacun.

C'est l'une des raisons fondamentales pour lesquelles l'Allemagne a tant de réticences pour légiférer, compte tenu de la période sombre qu'elle a connue dans son histoire.

Un membre se réfère à un arrêt de la Cour de cassation du 18 mai 1999, qui donne la définition suivante de la torture et des traitements inhumains et dégradants au sens de la CEDH: «tout acte par lequel une douleur aiguë ou des souffrances graves, physiques ou

fysieke of psychische aard wordt toegepast met het oog bijvoorbeeld op het bekomen van informatie of bekentenissen van het slachtoffer, de bestraffing van het slachtoffer of het onder druk zetten of intimideren van het slachtoffer».

Dit volstaat om duidelijk aan te tonen wat de bedoeling is van artikel 3 van het EVRM. Het gaat er niet om een persoon tegen zichzelf te beschermen, maar te verhinderen dat de Staat tegenover deze persoon handelingen stelt die onaanvaardbaar zijn op menselijk vlak.

Spreker verwijst daarenboven naar het reeds genoemde artikel 9 van het Europees Verdrag over bio-ethiek dat binnenkort door België zal worden goedgekeurd.

Dit artikel staat niet ver af van de wilsbeschikking.

Een aantal overeenkomsten, die na het EVRM werden gesloten, erkennen dus uitdrukkelijk het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt en zijn vrije wilsuiting daaromtrent.

Een spreker verwijst naar de vroegere uiteenzettingen met betrekking tot de noodtoestand. Niettemin wenst hij te benadrukken dat het beginsel van het «recht op leven», dat tot uiting komt in het EVRM geen dogma is, zoals een lid suggereerde, maar een waarde. De vaders van het EVRM hadden immers geleerd uit de ervaringen van het nazi-regime in Duitsland dat een wettelijk systeem in stand hield waarin de rechtsbescherming afhankelijk werd gemaakt van de kwaliteit van het leven. Zonder te willen suggereren dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 deze richting opgaat, kan men verwijzen naar het zgn. «T4-programma» dat in Duitsland werd uitgevoerd. Men dreigt hier derhalve terecht te komen op een hellend vlak, wat onaanvaardbaar is.

Het lid verwijst naar de verklaringen van de Duitse minister van Justitie naar aanleiding van de stemming in de Tweede Kamer in Nederland over het euthanasievoorstel. Zij heeft zich niet laten leiden door dogmatische beschouwingen, maar heeft een rechtsgevoel vertolkt dat in de meeste landen van de Raad van Europa bestaat. Het bewijs daarvan wordt geleverd door de recente weigering van het Europese Patentbureau om een patent te verstrekken aan de universiteit van Michigan voor een euthanaticum, precies op basis van artikel 2 van het EVRM.

Het EVRM heeft tot een grote humanisering van de rechtscultuur en van de beschaving geleid. Het zou verstandig zijn mocht de voorgenomen wetgeving omtrent de euthanasie zich op dezelfde morele hoogte bevinden als het EVRM.

Een lid ontkent dat hij ooit artikel 2 van het EVRM een dogma zou genoemd hebben. Wel meent spreker dat de algemene theorie van het «recht op leven» een dogma kan zijn, wanneer mensen niet voorgaan op

morales, sont intentionnellement infligées, par exemple dans le but d'obtenir des renseignements ou des aveux de la victime, de la punir ou de faire pression sur elle, ou de l'intimider».

Cela seul suffit à montrer clairement le but que poursuit l'article 3 de la CEDH. Il ne s'agit pas de protéger une personne contre elle-même, mais d'empêcher que l'État n'accomplisse à son encontre des actes inacceptables sur le plan humain.

L'intervenant renvoie en outre à l'article 9 déjà cité de la Convention européenne de bioéthique, qui devrait être prochainement approuvée par la Belgique.

Cet article n'est pas tellement éloigné du testament de vie.

On voit donc bien qu'une série de conventions postérieures à la CEDH reconnaissent précisément le droit à l'autonomie du patient, en ce qui concerne l'expression de sa libre volonté.

Un orateur fait allusion aux explications précédentes concernant l'état de nécessité. Il insiste sur le fait que le «droit à la vie» dont il est question dans la CEDH n'est pas un dogme, comme un membre le suggérait, mais une valeur. Les pères de la CEDH avaient en effet retenu la leçon du régime nazi en Allemagne qui maintenait un système légal dans lequel la protection juridique dépendait de la qualité de la vie. Sans vouloir suggérer que la proposition de loi n° 2-244/1 va dans cette direction, on peut évoquer le «programme T4» mis en œuvre en Allemagne. On risque ici de se retrouver sur une pente glissante, ce qui est inacceptable.

Le membre renvoie aux déclarations du ministre allemand de la Justice à la suite du vote de la Seconde Chambre des Pays-Bas relatif à la proposition sur l'euthanasie. Elle ne s'est pas laissée inspirer par des considérations dogmatiques mais a traduit un sentiment juridique qui existe dans la plupart des pays du Conseil de l'Europe. La preuve nous en est fournie par le récent refus de l'Office européen des brevets d'octroyer un brevet à l'université du Michigan pour un traitement euthanasique et ce, précisément en vertu de l'article 2 de la CEDH.

La CEDH a amené une grande humanisation de la culture juridique et de la civilisation. Il serait judicieux que la législation prévue relative à l'euthanasie se situe à la même hauteur morale que la CEDH.

Un membre nie avoir affirmé que l'article 2 de la CEDH était un dogme. Il est d'avis que la théorie générale du «droit à la vie» peut être un dogme lorsque les personnes ne passent pas avant une théorie de

een dergelijke theorie. Bovendien herhaalt hij dat er, zijns inziens, een onderscheid bestaat tussen het «recht op leven» en de «plicht op leven».

Een ander lid merkt allereerst op dat het mogelijk is dat het Europese Octrooibureau een dergelijke maatregel genomen heeft. Maar het bureau kan zich ook vergissen, zoals onlangs gebeurde toen het een ontdekking breveteerde, terwijl iedereen weet dat alleen uitvindingen gebreveteerd kunnen worden.

Bovendien werd daarnet nog maar eens verwezen naar het nazi-regime. Spreker verklaart dat hij bij het opstellen van het wetsvoorstel zijn inspiratie niet in «Mein Kampf» heeft gezocht.

Een spreker vindt het vanzelfsprekend dat het recht de uitdrukking is van een geheel van waarden op een bepaald moment en dus evolueert. Dat is nu juist het probleem in dit debat: het uitdrukken van gemeenschappelijke waarden die op dit ogenblik bestaan in een samenleving waarin het begrip persoonlijke vrijheid tot grote ontplooiing is gekomen.

Dit begrip vloeit voort uit de Westerse beschaving en geschiedenis.

Het gaat om een lovenswaardige opvatting over de persoon, omdat ze steunt op de vrijheid van eenieder, maar waaraan andere elementen moeten worden gekoppeld.

Het probleem is dat men een beroep doet op een derde — de arts die moet genezen, verzorgen en begeleiden — voor een handeling die de vrijheid van de patiënt belichaamt.

Het vrijheidsconcept dreigt volgens spreekster te verglijden naar een ander meer pejoratief begrip, dat van het individualisme.

Spreekster zegt erg getroffen te zijn door het feit dat personen van joodse oorsprong die in het verleden zwaar hebben geleden, het meest bezwaar hebben tegen een eventuele wettelijke regeling, omdat ze de tekst in een andere context plaatsen.

Een lid merkt op dat het in het nazi-programma T4 niet om euthanasie ging, maar om moord, vermits men de personen die ter dood gebracht waren niet om hun mening had gevraagd.

Een ander lid begrijpt dat het gevaarlijk is om historische vergelijkingen te maken. Zij wijst er evenwel op dat men zich in Duitsland nu nog steeds, zovele jaren na de holocaust, afvraagt hoe dit in 's hemelsnaam mogelijk is geweest zonder dat er een algemeen maatschappelijk protest is geweest. Er was immers sprake van het vernietigen van een «minderwaardig leven» omdat dit niet paste in het programma van de heersers.

Er is immers een lange weg afgelegd, die begonnen is met de zogenaamde «romantische zelfmoord» en

ce genre. En outre, il répète qu'il existe à son avis une différence entre le «droit à la vie» et «l'obligation de vivre».

Un autre membre observe tout d'abord, en ce qui concerne l'Office européen des brevets, qu'il est possible que celui-ci ait pris la mesure dont il a été question. Mais il arrive à cet office de se tromper comme, par exemple, lorsqu'il a accepté tout récemment la brevetabilité d'une découverte, alors qu'il est bien connu que l'on ne peut breveter que des inventions.

De plus, il vient d'être fait référence, une fois de plus, au régime nazi. L'intervenant déclare que, lors de la rédaction de la proposition de loi, il n'a pas trouvé sa source d'inspiration dans «Mein Kampf».

Un membre déclare qu'il est évident que le droit est l'expression, à un moment donné, d'un contexte de valeurs et qu'il est évolutif. C'est là toute la difficulté d'exprimer, dans le présent débat, les valeurs qui sont communes en ce moment dans la société, où le concept de la liberté de la personne a atteint une maturité énorme.

Ce concept est issu de la civilisation occidentale et de son histoire.

On en arrive à une conception de la personne qui est louable, parce qu'elle s'inspire de l'idée de la liberté de chacun, mais qui doit être juxtaposée avec d'autres éléments.

Le problème, en l'occurrence, est que l'on fait appel à un tiers — le médecin, qui est là pour guérir, soigner et accompagner — afin de poser un acte qui est l'expression de la liberté du patient.

Le concept de liberté risque ici de glisser vers un autre, plus péjoratif aux yeux de l'intervenante, qui est celui d'individualisme.

L'intervenante se dit très frappée du fait que ceux qui ont des origines juives, et qui ont eu dans leur histoire des épisodes lourds à porter, sont ceux qui manifestent le plus de réticences à l'égard d'une législation éventuelle, parce qu'ils apprécient le texte au regard d'un autre contexte.

Un membre fait observer que dans le programme nazi T4, il ne s'agissait pas d'euthanasie, mais d'assassinat, car on ne demandait pas l'avis des personnes qui étaient mises à mort.

Un autre intervenant comprend qu'il est dangereux de procéder à des comparaisons historiques. Elle indique cependant que les Allemands se demandent toujours, tant d'années après l'holocauste, comment celui-ci a bien pu avoir lieu sans protestation de la société. Il était en effet question de la destruction d'une «vie de moindre valeur» parce qu'elle ne cadrait pas avec le programme des dirigeants.

On a en effet parcouru un long chemin qui a commencé par le «suicide romantique» et a ensuite

vervolgens heeft geleid naar de zogenaamde «balanszelfmoord», een theorie van Nietzsche die stelt dat, indien aan een leven meer nadelen dan voordelen verbonden zijn, men pas echt authentiek is indien men zelfmoord pleegt. Op deze wijze is de «vrijwillige euthanasie» eerst gepropageerd geweest. Dan is het mogelijk dat er een maatschappelijke context bestaat volgens welke zelfmoord en euthanasie een volstrekt normale zaak zijn en zelfs een teken zijn van authenticiteit. In een dergelijk klimaat kán er geen algemeen protest komen tegen een afnemende rechtsbescherming van het menselijk leven, vermits het rechtsbesef van de bevolking wordt aangetast.

Spreekster wil gewoon op het gevaar wijzen dat een dergelijke evolutie zich opnieuw voordoet, waarmee zij geenszins beweert dat het voorstel nr. 2-244/1 op dezelfde hoogte kan worden gesteld als de gruwelen van de holocaust.

Een lid repliceert dat het precies de bedoeling is van het wetsvoorstel de rechtsbescherming van het menselijk leven te verbeteren. Thans is er immers een gedoogbeleid, zonder dat er een specifieke normering voorhanden is.

Stemmingen

De amendementen nrs. 129 en 130 van de heer Galand zijn overbodig geworden.

Het amendement nr. 136 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 15 stemmen tegen 9 bij 1 onthouding.

Artikel 4

Amendement nr. 15

Mevrouw Leduc licht het artikel 4 van voorliggend wetsvoorstel toe in het licht van amendement nr. 15, dat door de indieners van het voorstel werd ingediend na de hoorzittingen (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 15).

Hierin wordt gesteld dat handelsbekwame meerderjarigen en ontvoogde minderjarigen, voor het geval ze hun wil niet meer kunnen uiten, de voorkeur voor of de bezwaren tegen bepaalde medische handelingen kunnen — niet moeten — kenbaar maken. Daarmee wordt aangegeven dat men zich bijvoorbeeld kan verzetten tegen therapeutische hardnekkigheid, maar men kan ook zijn wil te kennen geven dat een arts het leven zou beëindigen indien de betrokken persoon niet meer bij bewustzijn is en de toestand het gevolg is van een ernstige, ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en deze toestand onomkeerbaar is. Dit geheel wordt de wilsverklaring genoemd.

mené au «suicide rationnel», une théorie de Nietzsche qui dit que, si la vie présente plus d'inconvénients que d'avantages, on ne devient vraiment authentique que si l'on se suicide. C'est de cette façon que «l'euthanasie volontaire» a d'abord été propagée. Il se peut alors que le contexte social légitime entièrement le suicide et l'euthanasie, qui constitueraient des signes d'authenticité. Ce genre de climat est incapable d'engendrer une protestation générale contre l'affaiblissement de la protection juridique de la vie humaine, puisqu'il nuit au sentiment de justice de la population.

L'oratrice veut simplement dire qu'il existe un risque de voir cette évolution se produire à nouveau. Elle affirme en aucun cas que la proposition n° 2-244/1 puisse être comparée aux horreurs de l'holocauste.

Un membre réplique que cette proposition a justement pour objectif de renforcer la protection juridique de la vie humaine. Il existe aujourd'hui une politique de tolérance sans aucune norme spécifique.

Votes

Les amendements n^{os} 129 et 130 de M. Galand sont devenus sans objet.

L'amendement n° 136 de M. Vandenberghe est rejeté par 15 voix contre 9 et 1 abstention.

Article 4

Amendement n° 15

Mme Leduc commente l'article 4 de la présente proposition de loi à la lumière de l'amendement n° 15, qui a été déposé par les auteurs de la proposition après les auditions (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 15).

Celui-ci prévoit que tout majeur ou mineur émancipé, capable, peut — et non doit —, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, déclarer ses préférences ou ses objections pour certains types de prise en charge médicale. Cela signifie qu'il peut, par exemple, s'opposer à l'acharnement thérapeutique. Il peut également exprimer préalablement sa volonté qu'un médecin interrompe sa vie s'il est inconscient et que cette situation est irréversible et atteint d'une affection d'origine accidentelle ou pathologique grave et incurable. Ceci constitue la déclaration.

Daarin kunnen — opnieuw: niet moeten — één of meerdere gemandateerden worden aangewezen die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt en erop toezien dat de wilsverklaring van de patiënt wordt uitgevoerd. De betrokkene is op het ogenblik van de uitvoering van zijn wens immers niet meer bij bewustzijn. Wanneer meerdere gemandateerden worden aangewezen, wordt een rangorde bepaald, zodat bij afwezigheid of overlijden van een gemandateerde een andere diens plaats inneemt. De behandelende arts of de leden van het verplegend team komen hiervoor evenwel niet in aanmerking.

De wilsverklaring moet schriftelijk worden opgesteld en dient te gebeuren — op straffe van nietigheid — voor twee meerderjarige getuigen, waarvan ten minste één niet met de patiënt verwant is. Deze wilsverklaring moet uiteraard gedateerd en ondertekend worden. Ook de getuigen moeten vermeld worden.

Wanneer een patiënt niet meer in staat is om zélf een schriftelijke wilsverklaring op te stellen, moeten de redenen hiervoor opgetekend worden en kan de wilsverklaring op een andere wijze geschieden. Wanneer dit slechts tijdelijk is, moet de wilsverklaring schriftelijk worden opgesteld vanaf het ogenblik dat de betrokkene hiertoe in staat is.

Met de wilsverklaring wordt slechts rekening gehouden voor zover ze is opgesteld minder dan vijf jaar vóór het ogenblik waarop de betrokkene zich niet meer kan uiten. Tenslotte wijst het lid erop dat de wilsverklaring op elk ogenblik en op elke wijze kan worden ingetrokken; de precieze regels hieromtrent worden bij koninklijk besluit opgesteld.

Een lid oordeelt dat het helemaal niet duidelijk is in hoeverre een arts al dan niet gevolg moet geven aan een wilsverklaring, die weliswaar niet verplicht is zoals vorige spreekster heeft uitgelegd. Uit de hoorzittingen is gebleken dat een dergelijke wilsverklaring nooit een «bevel» kan zijn voor de betrokken geneesheer. Welke is, volgens de indieners van amendement nr. 15, de precieze draagwijdte van de wilsverklaring ten aanzien van de arts?

De vorige spreekster antwoordt dat de behandelende arts moet nagaan of alle voorwaarden, die worden opgesomd in artikel 3, wel vervuld zijn. Indien dit niet het geval is, zal aan die wilsverklaring geen gevolg worden gegeven. Wanneer dit integendeel wél het geval is, is de wilsverklaring bindend en dient ze te worden uitgevoerd.

Een vorige interveniënt meent dat dit een louter fictieve beschrijving is van een situatie die niet aan de werkelijkheid beantwoordt. Overeenkomstig artikel 3 is het immers de bedoeling dat de arts en de patiënt samen tot de overtuiging komen. Daarvan is geen sprake in artikel 4, vermits de wilsverklaring niet wordt opgesteld *in abstracto*, zonder dat samen met

La déclaration peut — et non doit — désigner un ou plusieurs mandataires, classés par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient et qui veillent à l'exécution de la déclaration de volonté du patient. En effet, le patient n'est plus en état de conscience au moment de l'exécution de sa volonté. Lorsque plusieurs mandataires sont désignés, on les classe par ordre de préférence, de manière à ce que chaque mandataire remplace celui qui le précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient et les membres de l'équipe soignante ne peuvent être désignés comme mandataire.

La déclaration doit, à peine de nullité, être établie par écrit, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins ne pourra avoir aucun lien de parenté avec le patient. Elle doit évidemment être datée et signée par le déclarant et les témoins.

Lorsqu'un patient n'est plus à même de rédiger une déclaration écrite, les raisons doivent en être énoncées. La déclaration peut alors se faire sous une autre forme. Si l'incapacité est temporaire, le patient devra rédiger la déclaration dès qu'il en aura la capacité.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Enfin, le membre rappelle que la déclaration peut être révoquée par tout moyen et à tout moment. Les modalités précises seront fixées par arrêté royal.

Un membre estime qu'on ne sait pas clairement dans quelle mesure un médecin doit ou non donner suite à la déclaration qui, il est vrai, n'est pas obligatoire, comme l'a expliqué l'oratrice précédente. Les auditions ont fait apparaître que cette déclaration ne pouvait jamais constituer un «ordre» pour le médecin. Quelle est, selon les auteurs de l'amendement n° 15, la portée exacte de la déclaration vis-à-vis du médecin?

L'oratrice précédente répond que le médecin traitant est tenu de vérifier si toutes les conditions énumérées à l'article 3 sont remplies. Si ce n'est pas le cas, la déclaration n'aura pas de suite. Si par contre toutes les conditions sont remplies, la déclaration acquiert un caractère contraignant. Elle doit donc être exécutée.

Un intervenant précédent estime qu'il s'agit d'une description purement fictive d'une situation qui ne correspond pas à la réalité. Selon l'article 3, le médecin et le patient doivent en effet aboutir à une conviction. L'article 4 n'en parle pas du tout, puisque la déclaration est rédigée *in abstracto*, sans que le patient n'aboutisse avec le médecin à une conviction

een arts tot een bepaalde overtuiging wordt gekomen. Op het ogenblik dat de wilsverklaring wordt toegepast, is de betrokkene immers niet meer in staat zijn wil te uiten.

Een lid antwoordt dat precies daarom werd voorzien in een artikel 4 dat een heel andere situatie betreft dan deze bedoeld in artikel 3.

Artikel 3 heeft betrekking op bewuste personen. In artikel 4 wordt iemand de mogelijkheid geboden een persoon te mandateren die hem zal vervangen, ook bij het gesprek, als hij onbewust zal zijn.

Vermits de zieke onbewust is, moet voor het gesprek met de zieke uiteraard in een gewijzigde procedure worden voorzien; de gesprekspartner is in dat geval de gemandateerde.

Een lid is van mening dat de samenlezing van de artikelen 3 en 4 heel wat vragen oproept. Hoe kan de wilsverklaring van artikel 4 samen worden gelezen met de zorgvuldigheidsvereisten die artikel 3 bepaalt? Een indiener van amendement nr. 15 heeft immers verklaard dat de wilsverklaring slechts zal worden uitgevoerd indien aan de vereisten van artikel 3 is voldaan. Hoe kan men bijvoorbeeld nagaan of het verzoek werkelijk overwogen is, wanneer men weet dat de patiënt op het ogenblik van de euthanasie niet meer bij bewustzijn is en op het ogenblik van de redactie van de wilsverklaring nog niet weet in welke omstandigheden hij zal terecht komen? Hoe kan men toetsen of het euthanasieverzoek is tot stand gekomen zonder enige druk, indien volgens amendement nr. 15 sommige gemandateerden in de plaats van de patiënt kunnen optreden? Hoe kan men nagaan of iemand die niet meer bij bewustzijn is fysiek of psychisch ondraaglijk lijdt?

De vorige spreker herinnert eraan dat de tekst de onbewuste patiënt op het oog heeft, wiens toestand volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is en die lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Het gaat dus niet op hier de voorwaarden in te roepen die gelden voor een bewuste patiënt.

De vorige spreekster blijft erbij dat het toepassingsveld van de voorgestelde regeling niet duidelijk is. Heeft het «niet bij bewustzijn» zijn ook betrekking op bewusteloze personen, op dementen of op mentaal gehandicapten?

Een lid wijst erop dat, wanneer sommigen stellen dat het onmogelijk is om na te gaan of een persoon die niet bij bewustzijn is al dan niet lijdt, zij weinig kennis hebben van de medische toestand van, bijvoorbeeld, mensen met een hersentumor. Dergelijke personen zijn op een zeker ogenblik niet meer bij bewustzijn, maar de wijze waarop zij huilen wijst erop dat zij onderhevig zijn aan verschrikkelijke pijnen.

déterminée. Au moment de l'exécution de la déclaration, le patient n'est en effet plus en état d'exprimer sa volonté.

Un membre répond que c'est précisément pour cela que l'on a prévu un article 4, qui concerne une situation différente de celle prévue à l'article 3.

Dans l'article 3, on vise les personnes conscientes. Dans l'article 4, on donne la possibilité à quelqu'un de mandater une personne qui, quand il sera inconscient, le remplacera, y compris en matière de dialogue.

La procédure est évidemment modifiée en ce qui concerne le dialogue avec le malade, puisque celui-ci est inconscient; l'interlocuteur est, à ce moment-là, la personne mandatée.

Un membre est d'avis que les articles 3 et 4 soulèvent de nombreuses questions. Comment concilier la déclaration dont il est question à l'article 4 avec les critères de prudence définis à l'article 3? Un des auteurs de l'amendement n° 15 a en effet expliqué que la déclaration ne serait exécutée que si les conditions de l'article 3 étaient remplies. Comment peut-on par exemple vérifier si la demande est mûrement réfléchie, lorsque l'on sait qu'au moment de l'euthanasie, le patient n'est plus conscient et qu'au moment de la rédaction de la déclaration, il ne sait pas encore dans quelle situation il se trouvera? Comment vérifier que la demande d'euthanasie s'est faite sans aucune pression, puisque selon l'amendement n° 15, certains mandataires peuvent agir au nom du patient? Comment vérifier que quelqu'un qui n'est plus conscient endure une souffrance physique ou psychologique insupportable?

Le précédent orateur rappelle que le texte vise les cas où le patient est inconscient, que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science, et qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Il n'est donc pas pertinent d'évoquer ici les conditions qui sont mises à l'égard d'un patient conscient.

L'oratrice précédente maintient que le champ d'application de la réglementation proposée n'est pas clair. L'«état d'inconscience» concerne-t-il également les personnes démentes ou les handicapés mentaux?

Un membre fait remarquer que ceux qui affirment qu'il est impossible de vérifier si une personne inconsciente souffre ou non, connaissent mal la situation médicale des patients ayant une tumeur cérébrale, par exemple. Il arrive un moment où ces personnes deviennent inconscientes, mais la manière dont elles pleurent prouve qu'elles endurent d'effroyables souffrances.

Wilsonbekwamen vallen niet onder het toepassingsgebied van de voorgestelde regeling. Bedoeld wordt dat mensen die, ten gevolge van een ziekte of een ongeval, niet meer in staat zijn hun wil te uiten reeds op voorhand kunnen kenbaar maken dat zij niet in inhumane omstandigheden wensen te sterven.

De vorige spreekster meent dat uit de voorgaande tussenkomsten blijkt dat de artikelen 3 en 4 los staan van mekaar en dat de zorgvuldigheidsvoorwaarden die werden bepaald in artikel 3, geen betrekking hebben op de wilsverklaring van artikel 4.

Een lid herhaalt dat het duidelijk is dat de omstandigheden niet dezelfde zijn vermits de patiënt in het ene geval bewust is en in het andere niet. Het argument over de zorgvuldigheidscriteria dat zopas werd uiteengezet, is dus niet terzake. Over de vraag of de criteria al dan niet voldoende bescherming bieden, kan iedereen natuurlijk zijn eigen opvattingen blijven hebben.

De vorige spreekster repliceert dat, volgens haar, dit voorgestelde artikel 4 niet toepasbaar zal blijken. Men moet immers weten aan welke precieze voorwaarden de euthanasie, die wordt gepleegd op basis van een wilsverklaring, moet voldoen. Het lid wijst er op dat artikel 4, in tegenstelling tot artikel 3, geen inleidende zin bevat die zegt dat er geen sprake is van een strafrechtelijk misdrijf indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Wanneer het de bedoeling is om de euthanasie op basis van een wilsverklaring voorwaardelijk uit het strafrecht te halen, zoals de indieners van amendement nr. 15 beweren, moet men noodzakelijkerwijs de artikelen 3 en 4 samen lezen.

De grote vraag is wat de precieze draagwijdte is van de woorden «buiten bewustzijn». Vele geneesheren zullen stellen dat personen die zich in comateuze toestand bevinden, of mensen met een hersentumor die het moeilijk hebben zichzelf uit te drukken of verlamd zijn, hieronder vallen. Vallen demente bejaarden onder deze terminologie?

Een lid verwijst naar amendement nr. 16 van de zes indieners dat in het voorstel een nieuw artikel *4bis* invoegt en dat samen met het amendement nr. 15 moet worden gelezen.

Dit artikel vult artikel 4 aan, vermits er sprake is van een onbewuste patiënt, van een toestand die volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is en van een ernstige en ongeneeslijke door een ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening.

Het artikel bepaalt een aantal voorwaarden waarin de arts tot euthanasie kan besluiten. Hij kan weigeren in te grijpen, ook al is aan de voorwaarden voldaan, maar hij kan niet tot euthanasie overgaan als niet is voldaan aan deze voorwaarden.

In de mate van het mogelijke worden dezelfde voorwaarden toegepast op de onbewuste patiënt,

La loi proposée ne s'applique pas aux incapables. Nous voulons que les personnes qui, à la suite d'une maladie ou d'un accident, ne sont plus à même d'exprimer leur volonté, puissent déclarer de manière anticipée qu'elles ne souhaitent pas mourir dans des circonstances inhumaines.

L'oratrice précédente estime que les interventions précédentes ont montré que les articles 3 et 4 n'ont pas de lien entre eux et que les critères de prudence définis à l'article 3 ne concernent pas la déclaration dont il est question à l'article 4.

Un membre répète qu'il est clair que les circonstances ne sont pas les mêmes puisque dans un cas, le patient est inconscient et dans l'autre non. L'argument qui vient d'être développé au sujet des critères de minutie n'est donc pas pertinent. Chacun conserve bien évidemment, pour le surplus, son appréciation quant au caractère suffisamment protecteur ou non de ces critères.

L'oratrice précédente réplique que, selon elle, cet article 4 sera inapplicable. On doit en effet savoir à quelles conditions précises doit satisfaire l'euthanasie pratiquée à la suite d'une déclaration. L'intervenante fait observer que, contrairement à l'article 3, l'article 4 ne contient pas de phrase introductive précisant qu'il n'est pas question de délit pénal si certaines conditions sont remplies. Si, comme ils l'affirment, les auteurs de l'amendement n° 15 ont l'intention de dépénaliser sous certaines conditions l'euthanasie faisant suite à une déclaration, il faut nécessairement lire les articles 3 et 4 en parallèle.

Toute la question est de connaître la portée exacte du mot «inconscient». De nombreux médecins diront que sont inconscientes les personnes en état comateux ou celles atteintes d'une tumeur au cerveau qui éprouvent des difficultés à s'exprimer ou sont paralysées. Les personnes âgées dementes sont-elles considérées comme inconscientes?

Un membre renvoie à l'amendement n° 16 des six auteurs, qui introduit un article *4bis* nouveau dans la proposition et doit être lu en parallèle avec l'amendement n° 15.

Cet article apporte certains éléments qui complètent l'article 4, puisqu'il y est question d'un patient inconscient, d'une situation irréversible selon l'état actuel de la science et d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable.

L'article fixe un certain nombre de conditions auxquelles le médecin peut décider de pratiquer l'euthanasie. Il peut refuser de la faire bien que les conditions soient réunies, mais il ne peut pas la pratiquer si ces conditions ne sont pas remplies.

On a calqué les conditions sur celles applicables pour le patient inconscient, dans la mesure où cela

want het gaat natuurlijk om twee verschillende situaties.

Het antwoord op een aantal vragen van vorige sprekers vindt men dus in het voorgestelde artikel 4bis.

Een lid stelt vast dat op de vraag, wat wordt bedoeld met «niet meer bij bewustzijn», wordt geantwoord dat het gaat om personen die «niet meer bij bewustzijn» zijn. Nochtans is dit een zeer concrete vraag. Vallen personen die lijden aan de ziekte van Alzheimer nu al of niet onder het toepassingsgebied? Dementen zijn bijvoorbeeld niet meer bewust van hun handelen, en zijn daardoor rechtsonbekwaam. Men dreigt door het amendement nr. 15 een nieuwe categorie van personen in te voeren die in het gemeene recht niet bestaat, zonder dat hier een grondige verantwoording wordt gegeven. Dit is geen ernstige wetgeving.

Het lid wenst enkele algemene opmerkingen te maken bij het voorgestelde artikel 4, dat handelt over de wilsbeschikking, voorheen ook wel het «levenstestament» genoemd. Uit de hoorzittingen is gebleken dat hieromtrent heel wat problemen kunnen worden opgeworpen.

Professor Vanneste heeft altijd beweerd dat een wilsbeschikking slechts een adviserende waarde kan hebben, en geenszins een bindend karakter mag worden toegedicht. Bovendien meent hij dat de constructie om een gemandateerde aan te wijzen juridisch niet verantwoord is omdat de gemandateerde volledig in de plaats komt van de lastgever. Dergelijke juridisch-technische benaderingen kunnen slechts een indicatie zijn. Uiteindelijk dient alles te worden afgewogen aan de medische analyse en het oordeel van de arts.

Professor Schotsmans heeft erop gewezen dat het volstrekt onvoorspelbaar is hoe een gezond iemand zal reageren wanneer deze in bepaalde omstandigheden terecht komt die niet kunnen voorzien worden. Hij spreekt over de wilsverklaring als «de kille dood op papier». De besluitvorming omtrent het levenseinde is te belangrijk om op een bureaucratische wijze te benaderen op grond van een geschreven stuk papier. Hij heeft het over een vertrouwenspersoon die mee betrokken moet worden in de evaluatie van de arts, veeleer dan over een gemandateerde.

Dokter Philippart, die werd gehoord namens de Orde der geneesheren, heeft eveneens een aantal vragen gesteld, die een antwoord verdienen. Hij heeft het volgende gesteld:

«Eerst en vooral kan haar inhoud, voor zover ze alle mogelijkheden van levensbeëindiging vermeldt, inderdaad nuttig en indicatief zijn als het ogenblik gekomen is, maar de arts, die toch een belangrijke rol speelt, moet bij de redactie al zijn mening kunnen geven en op de grenzen van zijn optreden kunnen wijzen.

était possible, puisqu'il s'agit évidemment de deux situations différentes.

La réponse à un certain nombre de questions posées par de précédents intervenants se trouve donc dans l'article 4bis proposé.

Un membre constate qu'à la question de savoir ce que l'on entend par «inconscient», on répond qu'il s'agit de personnes «inconscientes». Il s'agit pourtant d'une question très concrète. Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer sont-elles oui ou non concernées par cette loi? Les déments ne sont, par exemple, plus conscients de leur actes et sont donc incapables. L'amendement n° 15 risque de créer une nouvelle catégorie de personnes qui n'existe pas dans le droit commun, sans pour cela donner une justification approfondie. Ce n'est pas une législation sérieuse.

Le membre souhaite faire quelques remarques au sujet de l'article 4 proposé qui traite de la volonté, parfois appelé «testament de vie». Les auditions ont montré que ce sujet suscitait de nombreux problèmes.

Le professeur Vanneste a toujours affirmé qu'une volonté ne pouvait avoir qu'une valeur consultative à laquelle on ne peut en aucun cas attribuer un caractère contraignant. Il estime en outre que la construction permettant de désigner un mandataire n'est pas juridiquement fondée car le mandataire se substitue entièrement au mandant. De telles approches juridico-techniques ne peuvent constituer qu'une indication. En fin de compte, c'est l'analyse médicale et le jugement du médecin qui seront déterminants.

Le professeur Schotsmans a indiqué qu'il était absolument impossible de prévoir comment une personne en bonne santé réagirait lorsqu'elle viendrait à se trouver dans des circonstances imprévisibles. Il parle de la déclaration comme de «la mort froide sur papier». La prise de décisions relatives à la mort est trop importante pour en avoir une approche bureaucratique basée sur un bout de papier. À un mandataire, il préférerait une personne de confiance qui serait impliquée dans l'évaluation faite par le médecin.

Le docteur Philippart, qui a été entendu au nom de l'Ordre des médecins, a également soulevé plusieurs questions qui méritent des réponses. Voici ce qu'il affirmait:

«D'abord son contenu, dans la mesure où il évoque toutes les possibilités de vie finissante, peut en effet être utile et indicatif le moment venu mais, le médecin étant un acteur indispensable, devrait pouvoir, dès le moment de la rédaction, exprimer clairement son propre point de vue et la limite de ses interventions.

Overigens houdt deze verklaring geen rekening met een mogelijke veranderde geestesgesteldheid van de opsteller of met zijn bewustzijnsniveau.

Is er geen reeks van intermediaire toestanden mogelijk tussen volledig bewustzijn en volledig onbewustzijn? Op dezelfde wijze zijn belangrijke veranderingen in de gemoedstoestand van de opsteller van een wilsverklaring mogelijk tussen het moment dat hij de verklaring opstelt, bijvoorbeeld na een overlijden dat hem bijzonder getroffen heeft, en het moment van zijn eigen levenseinde. De overtuiging die hij gisteren had, kan zich wijzigen als hij geconfronteerd wordt met zijn eigen levenseinde, een realiteit die hij zich vroeger niet kon voorstellen.»

Dokter Haché had eveneens grote twijfels omtrent de wilsverklaring, omdat hij wees op het evolutief karakter van het inzicht daarover. Immers, men kan in omstandigheden terechtkomen waarin men zodanig goed wordt opgevangen dat men aan deze wilsbeschikking geen gevolg wenst te geven.

Mevrouw Henry heeft het volgende gesteld: «Vooraleer te denken aan een bepaalde verplichting om voorafgaande richtlijnen uit te voeren die waard zijn wat ze waard zijn, zijn we verplicht om de patiënt te verzorgen en hem een zekere levenskwaliteit te verzekeren.»

Zij heeft onderstreept dat dit ook in moeilijke situaties goed mogelijk is.

Mevrouw Hermans heeft gesproken over de rol van de gemandateerde, en ging hierbij in tegen de stelling van professor Vanneste door het volgende te verklaren: «Daarom is de gemachtigde niet zomaar iemand die een testament ten uitvoer brengt. Hij vervangt de persoon tijdens gesprekken omdat deze niet meer kan praten.» Hierbij moet men zich afvragen hoe dit concreet wordt ingevuld.

Ook de verklaring van dokter Vincent is zeer belangrijk: «De meeste mensen zijn, vlak voordat ze sterven, buiten kennis. Zeg niet dat levenstestamenten of wilsbeschikkingen een oplossing bieden. Deze bieden geen echte oplossing, ook al vormen ze een stukje van de puzzel. Zoals u weet, kan in richtlijnen niet direct worden voorzien in de uiteenlopende toestanden waarin iemand terecht kan komen. Soms worden we inderdaad geconfronteerd met families die een dergelijk document laten zien of zeggen dat de patiënt nooit op de intensieve care opgenomen had willen worden, dat hij dit allemaal niet had gewild, terwijl er toch een goede kans bestaat om hem erdoor te halen! Als u ons werk laat doen, hebben dergelijke patiënten een goede kans om uiteindelijk weer een bevredigend leven te leiden.»

«Maar het is ook waar dat een levenstestament tamelijk kort is. Wat mij betreft zou het levenstestament, als het ook maar een beetje compleet moet zijn, een tekst van vier pagina's moeten bevatten. En dan

Par ailleurs, cette déclaration ne présume pas du changement possible de l'état d'esprit du déclarant ni du niveau de sa conscience.

Entre la lucidité parfaite et l'inconscience complète, n'y a-t-il pas une gamme d'états intermédiaires? De même, entre l'état de pensée au moment de la rédaction souvent survenue au lendemain d'une mort qui a frappé le déclarant et celui du moment où débute sa propre fin de vie, d'importants changements sont possibles. La conviction d'hier peut s'évaporer au contact de sa propre réalité, ce dont le patient n'aurait pu prendre conscience d'avance.»

Le docteur Haché émettait également de sérieux doutes quant à la déclaration en raison du caractère évolutif de la manière de l'envisager. Il se peut en effet que la prise en charge soit d'une telle qualité que l'on ne souhaite plus donner suite à cette déclaration.

Mme Henry a déclaré ce qui suit: «Avant de penser à une certaine obligation d'exécuter les directives anticipées qui valent ce qu'elles valent, nous avons l'obligation de soigner et d'apporter une qualité de vie au patient.»

Elle a souligné que c'était également possible dans des situations difficiles.

Mme Hermans a évoqué le rôle du mandataire en réagissant contre les affirmations du professeur Vanneste: «Par conséquent, le mandataire n'est pas un simple garant de l'exécution testamentaire. Il prend la place de la personne privée de parole pour dialoguer.» Il faut se demander ce que cela signifie concrètement.

Les explications du docteur Vincent sont également très importantes: «La plupart des personnes sont inconscientes en fin de vie. Ne venez pas nous dire que la réponse, c'est le testament de vie ou les directives. Cela, ce n'est pas vraiment la solution, même si c'est peut-être une petite pièce à ajouter au puzzle. Comme vous le savez, les directives, au départ, ne peuvent pas prévoir toutes les situations dans lesquelles on peut se trouver. Effectivement, nous sommes parfois confrontés à des familles qui montrent ce document ou disent que le patient n'a jamais voulu de soins intensifs, qu'il n'a jamais voulu tout cela, alors qu'il a pourtant de bonnes chances de s'en sortir!»

«C'est aussi vrai que le testament de vie est quelque chose d'assez court. Pour moi s'il devait être un tant soi peu complet, le testament de vie devrait être un texte de quatre pages. Et encore, ce texte de quatre

nog bestaat het risico dat die tekst van vier pagina's niet alle elementen regelt.»

Dokter Vandeville heeft eveneens onderlijnd dat de wilsverklaring slechts een indicatieve en geen imperatieve waarde kan hebben. Psycholoog Diricq is van mening dat men met de wilsverklaring rekening moet houden, maar dat dit niet het enige element kan zijn omdat de afstand tussen het opstellen ervan en de werkelijke besluitvorming te groot is.

Mevrouw Aubry heeft eveneens vele problemen in verband met de wilsverklaring aangewezen. Zij heeft enkele voorbeelden gegeven, onder meer dat van een MS-patiënt, waaruit bleek dat op het beslissende ogenblik telkens weer de opvattingen werden gewijzigd om zich met een «lager niveau» van leven tevreden te stellen.

Dokter Clumeck heeft gewezen op de moeilijkheid om de wilsverklaring — «le fantasma de mort» zoals hij het noemde — te controleren en noemde het slechts een indicatie. Dokter Van Den Eynden heeft dan weer de aandacht gevestigd op het feit dat, voor zover hem bekend is, nog geen wetenschappelijk onderzoek heeft plaatsgevonden op het vlak van de wilsverklaring, de uitwerking ervan of de toepassingsvoorwaarden. Volgens dokter Distelmans is de wilsverklaring een zeer waardevol element, maar niet het ultieme document.

De heer Dalcq heeft hieromtrent het volgende verklaard: «Er rijst terzake wellicht een nog groter juridisch probleem. De rol van de gemandateerde wordt slechts gerechtvaardigd voor zover de mandaatgever niet meer in staat is om zijn wil te uiten. Maar volgens De Page 'is de tijdens de lastgeving optredende onbekwaamheid van de mandaatgever een oorzaak die een einde stelt aan het contract'. Men kan geen gemandateerde meer zijn van iemand die niet meer bij bewustzijn is. Het voorstel voorziet echter juist alleen in dat geval in een mandaat.»

Ook hij is derhalve van mening dat de wilsverklaring slechts indicatief kan zijn en dat de arts hoe dan ook een onafhankelijk oordeel moet vellen. Hij besluit als volgt:

«Dergelijke wilsverklaringen vormen voor mij slechts een bijzondere toepassing van het probleem van de instemming van de patiënt met de hem verleende zorg. In de rechtspraak is formeel aanvaard dat een arts aan zijn patiënt geen behandeling kan opdringen of hem een ingreep kan doen ondergaan dan met zijn vrije en geïnformeerde toestemming. Dat moet in principe ook zo zijn wanneer het gaat over het stellen van een einde aan het leven van een patiënt. Maar de patiënt moet dan wel voldoende bij bewustzijn zijn om daarmee op geldige wijze te kunnen instemmen. Wat is de waarde van een wilsverklaring die wordt afgelegd door een persoon die in goede gezondheid verkeert?»

pages risque de ne pas prendre en compte tous les éléments.»

Le docteur Vandeville a également souligné que la déclaration ne pouvait avoir qu'une valeur indicative et non impérative. Mme Diricq, psychologue, pense qu'il faut tenir compte de la déclaration mais que celle-ci ne peut constituer le seul élément car l'intervalle est trop important entre la rédaction de la déclaration et la prise de décision réelle.

Mme Aubry a également souligné de nombreux problèmes relatifs à la déclaration. Parmi plusieurs exemples, elle a cité celui d'un patient souffrant de sclérose en plaques. Au moment de se décider, celui-ci changeait d'avis à chaque fois et acceptait un niveau de qualité de vie chaque fois inférieur.

Le docteur Clumeck a montré la difficulté de contrôler la déclaration — «le fantasma de la mort», comme il l'appelle — et a précisé qu'il ne s'agissait que d'une indication. Le docteur Van Den Eynden a attiré l'attention sur le fait qu'à sa connaissance, aucune étude scientifique n'avait encore été consacrée à la déclaration, son élaboration ni ses conditions d'exécution. Selon le docteur Distelmans, la déclaration est un élément très précieux, sans pour autant constituer le document ultime.

M. Dalcq a eu à ce sujet les mots suivants: «Il y a peut-être à cet égard une difficulté juridique plus grave encore. Le rôle du mandataire ne se justifie que dans la mesure où le mandant n'est plus capable d'exprimer sa volonté. Or, selon De Page, 'l'incapacité du mandant survenant au cours du mandat constitue une cause de cessation du contrat'. On n'est plus mandataire de quelqu'un qui n'est pas conscient. Or, la proposition ne prévoit le mandat que dans cette hypothèse.»

C'est la raison pour laquelle il estime lui aussi que la déclaration ne peut être qu'indicative et que le médecin doit en tout cas émettre un jugement indépendant. Il conclut comme suit:

«L'existence de telles déclarations d'intention ne constitue à mes yeux qu'une application particulière du problème du consentement du patient aux soins qui lui sont donnés. La règle est formellement admise dans la jurisprudence qu'un médecin ne peut imposer un traitement à son patient ou lui faire subir une intervention active qu'avec son consentement libre et éclairé. Il doit en être de même, en principe, s'il s'agit de mettre fin à la vie du patient, mais encore faut-il que le patient soit suffisamment conscient pour donner un consentement valable. Quelle est la valeur d'un consentement anticipé, donné par une personne en bonne santé?»

Het lid vergelijkt deze laatste situatie met de toestemming bij het huwelijk zonder te weten met wie men zal huwen. De regel van de «informed consent» wordt hier derhalve volledig opzij geschoven.

Professor Vermeersch is voorstander van een wilsverklaring, maar stelt «dat de zogenaamd meest progressieven in het Raadgevend Comité voor de bioethiek nooit hebben gezegd dat de voorafgaande wilsverklaring noodzakelijkerwijze door de arts moet worden gevolgd».

Dokter Van Camp legt het verband met de aard van de ziekte. Staatsraad Messine tenslotte heeft verwezen naar de roman «*Jean Barois*» van Roger Martin du Gard, ... «een filosofische roman in de vorm van een dialoog waarvan de hoofdpersoon, die grootgebracht is in de katholieke godsdienst, als adolescent zijn geloof verliest, een bittere antiklerikaal wordt en een soort testament schrijft waarin hij verkondigt dat hij elke priester verbiedt hem te benaderen op zijn sterfensuur. Heel zijn leven lang bewaart hij die houding die hij telkens wanneer hij kan, publiekelijk hernieuwt. En dan, op een dag van zijn doodstrijd, is hij het die om bijstand van een priester vraagt.»

Spreker hecht derhalve veel waarde aan de wilsverklaring, maar stelt vast dat geen enkele expert die tijdens de hoorzittingen aan bod is gekomen, hieraan een dwingend karakter wenst te geven. Bovendien hebben verschillende personen gewezen op de juridische problemen in verband met de vertrouwenspersoon, met name wat betreft de herroeping van het mandaat.

Wat nu specifiek artikel 4 betreft, zoals voorgesteld in amendement nr. 15, wenst het lid te wijzen op enkele algemene problemen en enkele punctuele vragen op te roepen.

1. Algemeen

Het eerste lid betreft de mogelijkheid om schriftelijk zijn voorkeur of bezwaren te uiten tegen «bepaalde medische handelingen», voor het geval men zijn wil niet meer kan uiten. Noch het oorspronkelijke voorstel, noch het amendement geven enige toelichting bij deze bepaling, die volgens spreker nochtans onduidelijk is. Volgens de letterlijke lezing gaat het inderdaad om een op zich positieve bepaling: ze is immers gegrond op de toestemming van de patiënt — een algemeen patiëntenrecht — en aldus op zijn recht op fysieke integriteit.

Toch rijzen belangrijke vragen bij de invoering van deze bepaling in het voorstel. Het is geenszins duidelijk wat bedoeld wordt met «bepaalde medische handelingen»: valt euthanasie hier ook onder? Indien dit het geval is, en men derhalve de euthanasie als «een medische handeling beschouwt», dan is het tweede lid van artikel 4 een aanvulling op het eerste lid. Het eerste lid heeft dan betrekking op personen

Pour l'intervenant, cette déclaration est comparable au fait d'accepter de se marier sans savoir qui on va épouser. On passe ici tout à fait outre la règle du consentement informé.

Le professeur Vermeersch est favorable à la déclaration anticipée, tout en affirmant «que les membres les plus progressistes du Comité consultatif de bioéthique n'ont jamais dit que le médecin était obligé de suivre la déclaration d'intention anticipée».

Le docteur Van Camp établit le lien avec la nature de la maladie. M. Messine, conseiller d'État, renvoie enfin au roman «*Jean Barois*» de Roger Martin du Gard, ... «roman philosophique sous forme de dialogue dont le héros, élevé dans la religion catholique, perd la foi au cours de son adolescence, devient un anticlérical farouche, et écrit une forme de testament dans lequel il proclame qu'il interdit à tout prêtre d'approcher de lui à l'heure de sa mort. Tout au long de sa vie, il se tient à cette attitude qu'il renouvelle chaque fois qu'il le peut, publiquement. Et puis, le jour où il agonise, c'est lui qui demande le secours du curé.»

L'orateur accorde dès lors une grande valeur à la déclaration, mais constate qu'aucun des experts entendus lors des auditions ne souhaite lui conférer un caractère contraignant. Plusieurs personnes ont, par ailleurs, souligné les problèmes juridiques que soulève la personne de confiance, notamment en ce qui concerne la révocation du mandat.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'article 4, tel que proposé dans l'amendement n° 15, le membre souhaite évoquer quelques problèmes généraux ainsi que quelques questions ponctuelles.

1. Problèmes généraux

Le premier alinéa prévoit la possibilité, pour le cas où le patient ne pourrait plus manifester sa volonté, de déclarer par écrit ses préférences ou ses objections pour «certains types de prise en charge médicale». Ni la proposition initiale, ni l'amendement ne donnent la moindre explication relative à cette phrase, que l'orateur trouve pourtant peu claire. D'après une lecture littérale, il s'agit en soi d'une disposition positive: elle se fonde en effet sur le consentement du patient — un des droits fondamentaux du patient — et partant, sur son droit à l'intégrité physique.

L'insertion de cette disposition dans la proposition suscite néanmoins des questions importantes. On ne sait pas du tout clairement ce qui signifie «certains types de prise en charge médicale»: l'euthanasie en fait-elle partie? Si l'on considère effectivement que l'euthanasie est un «type de prise en charge médicale», le deuxième alinéa de l'article est un ajout au premier alinéa. Le premier alinéa concerne alors les

die hun wil niet meer kunnen uiten en het tweede lid op personen die buiten bewustzijn zijn. Dit zijn twee verschillende categorieën. Dit toont de wazigheid aan van het amendement, dat geenszins het toepassingsgebied afbakt van de voorgestelde wet.

Indien daarentegen met «bepaalde medische handelingen» niet euthanasie wordt bedoeld, betreft het lid dus alle medische handelingen voor het geval men zijn wil niet kan uiten (en dus niet enkel indien men buiten bewustzijn is). Dit is bevreemdend, omdat dit aldus een algemeen patiëntenrecht invoert in de euthanasiewet. Nochtans werden de amendementen van spreker met betrekking tot de medische beslissingen bij het levenseinde en palliatieve zorg door de meerderheid weggestemd, omdat dit zagezegd aan de orde diende te komen in een aparte patiëntenrechtenwet. Waar zit hier de logica?

Als de meerderheid consequent is, dient ze ofwel het eerste lid te schrappen en in te voegen in een aparte patiëntenrechtenwet, omdat de euthanasiewet enkel de euthanasie op het oog heeft. Het voorgestelde artikel 4*bis* (i.v.m. de voorwaarden voor de arts) betreft immers enkel de wilsverklaring m.b.t. de euthanasie. Ofwel moet men de amendementen van de fractie van het lid aanvaarden die het toestemmingsrecht van de patiënt bij zogenaamde «MBL's» ook verankeren buiten de hypothese dat men zijn wil niet meer te kennen kan geven.

Voorts wijst het lid erop dat de bepaling niets zegt over de «informed consent». Hoe kan een patiënt met kennis van zaken zijn wilsverklaring opstellen en voorkeuren of bezwaren uiten tegen bepaalde medische handelingen, zonder dat hieraan een overleg met de arts voorafgaat? Wanneer dit expliciet wordt bepaald in artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, dat zelfs de consultatie van één of twee andere artsen verplicht maakt, waarom ontbreekt dan een gelijkwaardige bepaling bij het opstellen van de wilsverklaring?

De libellering «voor het geval hij zijn wil niet meer kan uiten» verdient tevens nadere toelichting wil men het toepassingsgebied precies omschrijven. Zijn de dementen of diegenen die lijden aan de ziekte van Alzheimer betrokken in het eerste, dan wel in het tweede lid? Welke zijn de juridisch relevante criteria om onder het eerste of het tweede criterium te vallen? De verantwoording bij amendement nr. 15 bewaart over deze vragen het stilzwijgen.

Het tweede lid van het voorgestelde artikel 4 spreekt over personen die «onomkeerbaar buiten bewustzijn zijn», volgens de stand van de wetenschap. De beste kritiek hieromtrent werd gegeven in de toelichting van het wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging van de heer Monfils (Stuk Senaat, nr. 2-22/1):

personnes qui ne peuvent plus exprimer leur volonté et le deuxième les personnes en état d'inconscience. Il s'agit de deux catégories différentes. Cela montre bien le flou de l'amendement qui ne délimite en aucune façon le champ d'application de la loi proposée.

Si par contre l'euthanasie ne fait pas partie de «certains types de prise en charge médicale», l'alinéa concerne alors tous les types de prise en charge médicale dans le cas où le patient n'est plus à même d'exprimer sa volonté (donc pas uniquement dans le cas où celui-ci est en état d'inconscience). Ce faisant, on introduit un droit fondamental du patient dans la loi relative à l'euthanasie, ce qui est surprenant. La majorité a pourtant refusé les amendements de l'intervenant relatifs aux décisions médicales en fin de vie et aux soins palliatifs, soi-disant parce que ceux-ci feront l'objet d'une autre loi relative aux droits du patient. Où est la logique?

Si la majorité veut rester logique, elle doit soit supprimer le premier alinéa et l'insérer dans une loi relative aux droits du patient, car la loi relative à l'euthanasie ne concerne que l'euthanasie. L'article 4*bis* proposé ne concerne en effet (pour ce qui est des conditions que doit respecter le médecin) que la déclaration relative à l'euthanasie. Soit il faut adopter les amendements du groupe de l'orateur qui garantissent le droit du patient à autoriser les décisions médicales au sujet de la vie finissante même s'il n'est plus capable d'exprimer sa volonté.

L'intervenant fait, par ailleurs, remarquer que la disposition ne prévoit rien concernant le consentement informé. Comment un patient peut-il rédiger en connaissance de cause sa déclaration et préciser ses préférences ou ses obligations pour certains types de prise en charge médicale, sans s'être concerté au préalable avec le médecin? Pourquoi cette disposition est-elle absente quand il s'agit de la rédaction de la déclaration, alors qu'elle est explicitement prévue à l'article 3 de la présente proposition de loi, qui impose même la consultation d'un ou de deux médecins?

Il conviendrait d'explicitier les mots «pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté» si l'on veut délimiter précisément le champ d'application. Est-ce le premier ou le second alinéa qui s'applique aux déments ou aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer? Quels sont les critères juridiques pertinents pour savoir si l'on relève du premier ou du deuxième alinéa? La justification de l'amendement n° 15 ne donne aucune réponse à ces questions.

Le deuxième alinéa de l'article 4 proposé parle des personnes en état d'inconscience et de situation irréversible selon l'état actuel de la science. La meilleure critique relative à cette formule se trouve dans les développements de la proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie, de M. Monfils (doc. Sénat, n° 2-22/1):

«Moet er wetgeving worden gemaakt om een rechtsgrond te verlenen aan hetgeen genoemd wordt 'het levenstestament', dat wil zeggen het tot uitdrukking brengen door een valide persoon van zijn wil, voor het geval dat hij ongeneeslijk ziek zou worden en in de terminale fase ondraaglijk zou lijden? Ook hier menen wij dat het antwoord negatief moet zijn.

Op het ogenblik immers waarop die akte wordt opgemaakt, kent degene die ze opmaakt nog geen enkele van de parameters die hem zijn toevlucht tot die akte doen nemen.

Aangezien hij dan vanzelfsprekend in goede gezondheid verkeert, weet hij niet of en wanneer hij aan een zware aandoening zal lijden, hij weet niets af van de maatschappelijke omstandigheden waarin hij op dat ogenblik zal verkeren, hij weet nog niets af van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid en weet al evenmin hoe hij zal reageren op de ziekte.

De aanwijzingen die hij geeft over de omstandigheden van zijn eigen dood in geval van ernstige ziekte, zijn dus alleen maar gegrond op zuiver abstracte overwegingen en kunnen niet worden beschouwd als de uiting van een concreet verlangen voortvloeiend uit een beleefde situatie.»

Spreker zegt het volledig eens te zijn met deze passus. De vraag moet worden gesteld wie precies wordt beoogd in amendement nr. 15. Vallen de dementen onder de libellering van het voorgestelde artikel 4? Gaat het om diegenen die «buiten bewustzijn» zijn in de letterlijke betekenis van het woord? In dat geval moet worden gesproken over personen die zich in een comateuze toestand bevinden. Het lid is echter van mening dat een regeling voor deze categorie niet noodzakelijk is.

De medische ethiek en de internationale standaarden hebben voldoende richtlijnen en procedures ontwikkeld om adequaat om te gaan met uitzichtloze situaties bij wilsonbekwame patiënten. Spreker verwijst naar de tussenkomenst van professor Schotsmans hieromtrent.

«Classificaties van toestanden die leiden tot beperking van therapieën, alsook richtlijnen nopens het afbouwen van voeding- en vochttoediening zijn internationaal voldoende erkend. Geen enkele arts is gehouden tot medisch zinloze handelingen. Dit impliceert dat de medische praktijk een breed arsenaal van mogelijkheden heeft om adequaat in te gaan op probleemsituaties met wilsonbekwame patiënten. Dit alles kan gebeuren in een open klimaat van communicatie met de (eventuele) vertrouwenspersoon en de naastbestaanden, alsook met het verzorgend team, waarbij uiteraard eventueel vroeger uitgedrukte wensen van de patiënt ernstig in overweging worden genomen. De uiteindelijke beslissing berust bij de arts, maar het moet steeds een uitdrukking zijn van verantwoordelijkheid, zorg en nabijheid bij de wilsonbekwame terminale patiënt. Vooraf neerge-

«Faut-il légiférer pour reconnaître une quelconque valeur juridique à ce qu'on appelle le «testament de vie», c'est-à-dire l'expression, par une personne valide, de sa volonté, en cas de maladie incurable en phase terminale, causant des souffrances insupportables? Nous ne le croyons pas non plus.

En effet, au moment où est rédigé cet acte, l'auteur ne connaît encore aucun des paramètres qui le font recourir à cet acte.

Par définition en bonne santé, il ne sait ni si, ni quand il sera atteint d'une affection grave, il ignore le contexte social dans lequel il évoluera à ce moment, il ne peut préjuger ni de l'évolution de sa personnalité, ni de ses réactions face à la maladie.

Les recommandations qu'il émet sur les circonstances de sa propre mort en cas de maladie grave ne sont donc fondées que sur des considérations purement abstraites et ne peuvent être considérées comme l'expression d'une volonté concrète en réponse à une situation vécue.

L'intervenant dit être entièrement d'accord avec ce passage. Il faut se demander qui on vise précisément à l'amendement n° 15. Les déments entrent-ils dans le libellé de l'article 4 proposé? S'agit-il de ceux qui sont «inconscients» dans le sens littéral du mot? Dans ce cas, il faut parler de personnes se trouvant dans un état comateux. Le membre estime cependant qu'il n'y a pas lieu de prévoir une réglementation pour cette catégorie.

L'éthique médicale et les normes internationales ont développé suffisamment de directives et de procédures pour savoir comment agir de façon adéquate dans les situations sans issue de patients incapables d'exprimer leur volonté. L'orateur se réfère à l'intervention du professeur Schotsmans à ce sujet.

«Les classifications de situations entraînant la limitation des thérapies, et les directives relatives à la suppression de l'alimentation et de l'hydratation artificielles sont suffisamment reconnues sur le plan international. Un médecin n'est jamais tenu de poser des actes médicaux dépourvus de sens. Cela implique que la pratique médicale dispose d'un vaste arsenal de possibilités permettant de rencontrer des situations problématiques concernant des patients incapables en fin de vie. Tout cela peut se passer dans un climat ouvert de communication avec l'éventuelle personne de confiance et les proches, de même qu'avec le personnel soignant, et les éventuels souhaits antérieurs du patient seront bien sûr sérieusement pris en considération. La décision finale appartient au médecin, mais elle doit toujours rester une expression de responsabilité, de soin et d'assistance du patient inca-

legde wilsverklaringen kunnen echter nooit de complexiteit van het 'hier en nu' vatten noch een dwingende gedragscode opleggen omtrent onvoorzienbare situaties. De creativiteit van de zorg wordt in het dagelijkse medische handelingen steeds weer getoetst aan de wisselvalligheid van het bestaan. Het komt de arts niet toe te oordelen over de kwaliteit van het leven van medemensen (überhaupt nog minder als deze niet in staat is zijn wil te kennen te geven). Het algemene verbod op levensbeëindiging bij wilsonbekwamen is een *conditio sine qua non* om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te vrijwaren én dus eigenlijk ook om de democratische waarden van onze samenleving te beschermen. Niemand kan radicaal beschikken over een andere persoon, zelfs indien hij dit in een wilsbekwame toestand heeft gevraagd.» (Advies Raadgevend Comité bio-ethiek.)

Er bestaan derhalve internationaal erkende wegen om met dergelijke situaties om te gaan. Een wettelijke regeling is dan ook niet nodig.

Spreker herhaalt de volgende bezwaren :

— het is onduidelijk wat wordt bedoeld met «buiten bewustzijn», vermits ook dementie hieronder kan ressorteren;

— het is onmogelijk om zich op voorhand de situatie in te beelden waarin men kan verkeren; sommige mensen overwinnen een «uitzichtloze situatie»;

— de wilsverklaring kan slechts een waarde hebben als onomstotelijk vaststaat dat de actuele situatie overeenstemt met de situatie die de patiënt in gedachten had toen hij het «testament» opstelde; men zou dus in de behandelingsbeschikking zo concreet mogelijk de ziekte-toestand die men onwenselijk acht dienen te omschrijven;

— er is het risico van economische druk, zeker in het geval er geen gemandateerde werd aangesteld en dus de arts zelf kan beslissen; de tweede arts dient enkel vast te stellen dat «het buiten bewustzijn onomkeerbaar is»; deze druk op de gezondheidszorg kan er in resulteren dat er amper nog ruimte blijft voor een diepgaand respect voor de chronisch zieke patiënt;

— een wilsverklaring kan nooit gelijk worden gesteld met de toestemming van de betrokken persoon. Een wilsverklaring kan een instrument zijn om de besluitvorming door anderen te beïnvloeden, maar ten onrechte wordt in de voorgestelde tekst de indruk gewekt dat ze de toestemming vervangt om euthanaserend op te treden;

— het concept van een wilsverklaring heeft iets paradoxaals: wanneer de verklaring specifiek genoeg is om als echte wilsbeschikking gebruikt te worden, heeft ze veel tekortkomingen omdat vele hypothetische scenario's niet zijn opgenomen; anderzijds kan

pable de s'exprimer et se trouvant au stade terminal. Des déclarations déposées anticipativement ne peuvent cependant jamais saisir la complexité du «hic et nunc» ni imposer un code de comportement contraignant concernant des situations imprévisibles. Dans la pratique médicale quotidienne, la créativité des soins s'adapte constamment à l'épreuve des vicissitudes de l'existence. Il n'appartient pas au médecin de juger de la qualité de la vie de ses semblables (*a fortiori* lorsqu'ils ne sont pas en état de faire connaître leur volonté). L'interdit général portant sur l'arrêt actif de la vie des personnes incapables est en effet une condition *sine qua non* de garantie des droits des plus faibles et donc aussi, en fin de compte, protection des valeurs démocratiques fondamentales. Nul ne peut disposer radicalement d'une autre personne, même si elle l'a demandé lorsqu'elle était en état de le faire. (Avis du Comité consultatif de bioéthique.)

Il y a par conséquent des moyens reconnus au plan international pour traiter de telles situations. Une réglementation légale n'est donc pas nécessaire.

L'orateur rappelle les objections suivantes :

— on ne dit pas clairement ce que l'on entend par «inconscient», puisque la démence peut également relever de ce terme;

— il est impossible d'imaginer à l'avance la situation dans laquelle on peut se trouver; certaines personnes surmontent une situation «sans issue»;

— la déclaration anticipée ne peut avoir de valeur que s'il est établi de façon incontestable que la situation actuelle correspond à la situation à laquelle le patient pensait lorsqu'il a rédigé le testament. Dans les dispositions relatives au traitement, on devrait donc décrire aussi concrètement que possible l'état de maladie qu'on juge non souhaitable;

— il y a le risque de pression économique, certainement quand aucun mandataire n'a été désigné et que le médecin peut lui-même prendre la décision; le deuxième médecin doit se borner à constater que l'inconscience est irréversible; cette pression sur les soins de santé peut avoir pour conséquence qu'il ne reste pas beaucoup de places pour un respect profond du patient malade chronique;

— une déclaration anticipée ne peut jamais être mise sur le même pied que le consentement de la personne concernée. Une déclaration anticipée peut être un instrument pour influencer la prise de décision par d'autres, mais dans le texte proposé on laisse supposer à tort qu'elle remplace le consentement à une action d'euthanasie;

— le concept d'une déclaration anticipée a quelque chose de paradoxal; lorsque la déclaration est suffisamment explicite pour être considérée comme une véritable décision volontaire, elle présente beaucoup de lacunes parce que plusieurs scénarios possi-

een wilsverklaring zo algemeen opgesteld zijn, dat zij in een groot aantal situaties kan toegepast worden. Dit leidt tot vele misbruiken;

— bij het opmaken van de wilsverklaring moet men competent en medisch goed geïnformeerd zijn en mag men niet onder druk worden gezet. Hoe kan dit achteraf objectief worden bewezen of gecontroleerd? Het is op het ogenblik dat het document zou kunnen gehanteerd worden soms moeilijk na te gaan of bij het opmaken ervan aan deze criteria voldaan was;

— niet enkel de gemandateerde maar ook de naaste omgeving, zoals de familie, moeten worden geconsulteerd;

— de arts heeft niet langer de mogelijkheid om de ernst en de duurzaamheid van het verzoek te toetsen. Zijn de voorwaarden van artikel 3 volledig van toepassing? In hoeverre moeten ze gecombineerd worden met de voorwaarden van artikel 4?

— een regelmatige hernieuwing — bijvoorbeeld jaarlijks — van de wilsverklaring is noodzakelijk. De termijn van vijf jaar is immers veel te lang;

— de herroeping van de wilsverklaring is aan geen enkele vormvereiste onderworpen. Nochtans vervalt in het gemene recht het mandaat door de wilsonbekwaamheid van de lastgever, vermits deze op elk ogenblik de gemandateerde moet kunnen controleren. In het voorgestelde artikel 4 wordt het mandaat echter juist onherroepelijk op het ogenblik dat men buiten bewustzijn is. Dit zet een eeuwenoude traditie op de helling en zet de poort open naar misbruiken. Het gaat dan ook niet om een echt mandaat, in de juridische betekenis van het woord.

— de door het artikel 4 voorgestelde consultatie is al te miniem en garandeert geen toezicht, openheid en controleerbaarheid, vermits de tweede arts enkel moet nagaan of de bewusteloosheid onomkeerbaar is. Waarom is er voor de tweede hypothese een controle door de tweede arts vereist, terwijl dit niet wordt voorzien in de hypothese van het tweede lid, dat wil zeggen wanneer men zijn wil niet meer kan uiten?

— kan een mandataris de wilsverklaring herroepen indien de betrokkene bewusteloos is, bijvoorbeeld indien een derde vindt dat de besluitvorming van de gemandateerde niet beantwoordt aan de wil van de betrokken persoon?

— de regeling met betrekking tot de wilsverklaring betreft eigenlijk de euthanasie, ofschoon het woord niet voorkomt in artikel 4 (vergelijk met de formule van artikel 3: «er is geen misdrijf als de arts euthanasie toepast»). Belangrijk is evenwel het artikel samen te lezen met artikel 5 betreffende de aangifte, dat enkel geldt voor «euthanasie». Gezien deze terminologische inconsistentie in het voorstel, impli-

bles ne sont pas pris en compte; par ailleurs, une déclaration anticipée peut être rédigée de manière tellement générale que, dans un grand nombre de situations, elle ne peut être appliquée. Cela conduit à beaucoup d'abus;

— lors de la rédaction de la déclaration anticipée, ont doit être compétent, bien informé sur le plan médical et ne pas avoir été mis sous pression. Comment cela peut-il être prouvé et contrôlé objectivement après coup? Au moment où le document doit être utilisé, il est parfois difficile de vérifier si ces critères ont été respectés lors de sa rédaction.

— il ne faut pas seulement consulter le mandataire, mais également l'entourage proche, comme la famille;

— le médecin n'a pas la possibilité d'apprécier le sérieux et la constance de la demande. Les conditions de l'article 3 sont-elles entièrement d'application? Dans quelle mesure doivent-elles être combinées avec les conditions de l'article 4?

— un renouvellement régulier — par exemple annuel — de la déclaration anticipée est indispensable. Le délai de cinq ans est en tout cas beaucoup trop long.

— la révocation de la déclaration anticipée n'est soumise à aucune condition de forme. Cependant, en cas d'incapacité du mandant, le mandat relève du droit commun, puisque le mandant doit à tout moment pouvoir contrôler le mandataire. Or, dans l'article 4 proposé, le mandat devient irrévocable précisément au moment où on a perdu conscience. Cela remet en question une tradition séculaire et ouvre la porte aux abus. C'est pourquoi il ne s'agit pas d'un véritable mandat, dans le sens juridique du terme.

— la consultation proposée à l'article 4 est trop réduite et ne garantit aucun contrôle et aucune ouverture ou vérification puisque le deuxième médecin doit se borner à vérifier l'irréversibilité de l'inconscience. Pourquoi un contrôle par le deuxième médecin est-il exigé dans la deuxième hypothèse, et non dans l'hypothèse du deuxième alinéa, c'est-à-dire quand on ne peut plus exprimer sa volonté?

— un mandataire peut-il révoquer la déclaration anticipée lorsque l'intéressé est inconscient, par exemple si un tiers estime que le processus décisionnel du mandataire ne correspond pas à la volonté de la personne intéressée?

— la réglementation relative à la déclaration anticipée concerne en fait l'euthanasie, bien que le terme n'apparaisse pas à l'article 4 (comparez avec la formule de l'article 3: «le médecin qui pratique l'euthanasie ne commet pas d'infraction»). Il est cependant important de lire cet article en parallèle avec l'article 5 relatif à la déclaration, qui s'applique seulement à l'euthanasie. Cette incohérence terminolo-

ceert dit dat de arts geen aangifte dient te doen indien hij ingaat op de wilsverklaring tot levensbeëindiging.

2. Punctuele opmerkingen en vragen

Eerste lid

— wat wordt bedoeld met «zijn wil niet meer kan uiten»?

— dient ook in deze hypothese de wilsverklaring te worden afgelegd voor twee getuigen?

— sluit de term «bepaalde medische handelingen» de «levensbeëindiging op verzoek» uit of niet?

— de libellering van het artikel scheidt verwarring, vermits men spreekt over «schriftelijk zijn voorkeur kenbaar maken». Is dit dus gelijk aan de wilsverklaring, bedoeld in het derde lid van dit artikel? Indien dit niet het geval is, waarom is deze bepaling in dit artikel 4 opgenomen?

Tweede lid

— hier is sprake van «hij kan zijn wil te kennen geven», terwijl in het derde lid wordt gesproken over de «wilsverklaring». Vanuit juridisch-technisch oogpunt is het niet vanzelfsprekend dat met deze wilsverklaring de situatie in dit tweede lid wordt bedoeld;

— wat is de draagwijdte van de woorden «indien hij niet meer bij bewustzijn is»?

— om conform artikel 2 van het EVRM te zijn, moet duidelijk gemaakt worden dat de aandoening of ziekte «onbehandelbaar» is: ook in dit geval kan slechts op een verzoek tot actieve levensbeëindiging worden ingegaan als *ultimum remedium*, en geen enkele andere oplossing kan worden aangeboden;

— tevens dient de bepaling te worden aangevuld met de bepaling dat het moet gaan om een terminale fase;

— bovendien moet worden aangegeven dat de wilsverklaring vrijwillig, zonder druk, met kennis van de nodige informatie werd opgesteld;

— wat is de aard van de aandoening waaraan men lijdt?

— moet de bewusteloze toestand in oorzakelijk verband staan met de aandoening?

Derde lid

— het lid bepaalt dat de gemandateerde «toeziet dat de wilsverklaring van de patiënt wordt uitgevoerd». Dit lijkt in tegenspraak met de toelichting, die stelt dat de wilsverklaring enkel een indicatieve waarde heeft voor de arts.

— Het is niet duidelijk of rechtspersonen kunnen optreden als gemandateerde. Kan bijvoorbeeld het

logique dans la proposition implique que le médecin ne doit pas faire de déclaration s'il donne suite à une déclaration anticipée d'interruption de vie.

2. Remarques ponctuelles et questions

Premier alinéa

— que veut dire «ne plus pouvoir exprimer sa volonté»?

— dans cette hypothèse, la déclaration anticipée doit-elle aussi être effectuée devant deux témoins?

— les termes «certains types d'actes médicaux» excluent-ils ou non «l'euthanasie à la demande»?

— le libellé de l'article prête à confusion puisqu'on parle de «déclarer ses préférences par écrit». Est-ce un équivalent de la déclaration anticipée, visée au troisième alinéa de cet article? Sinon, pourquoi cette disposition figure-t-elle dans cet article?

Deuxième alinéa

— on dit ici «il peut faire connaître sa volonté», alors que dans le troisième alinéa on parle de «déclaration». Du point de vue juridico-technique, il n'est pas évident que cette déclaration vise la situation envisagée au deuxième alinéa.

— quelle est la portée de l'expression «s'il n'est plus conscient»?

— pour être conforme à l'article 2 de la CEDH, il faut faire apparaître clairement que l'affection ou la maladie «ne peut être traitée»: dans ce cas aussi on ne peut accéder à une demande d'interruption active de la vie qu'à titre de remède ultime et si aucune autre solution ne peut être offerte;

— la disposition doit également être complétée par la stipulation qu'il doit s'agir d'une phase terminale.

— de plus, il faut indiquer que la déclaration anticipée a été établie volontairement, sans contrainte, en disposant des informations nécessaires;

— quelle est la nature de l'affection dont on souffre?

— l'état inconscient doit-il avoir un lien causal avec l'affection?

Troisième alinéa

— L'alinéa dispose que le mandataire «veillera à l'exécution de la déclaration du patient». Cela semble en contradiction avec les développements, suivant lesquels la déclaration anticipée n'a qu'une valeur indicative pour le médecin.

— On ne précise pas clairement si des personnes morales peuvent agir comme mandataires. L'hôpital

ziekenhuis waarin men zich bevindt als gemandateerde worden aangegeven?

— Er is geen bepaling die stelt dat noch de arts, noch de gemandateerde gebonden zijn door de wilsverklaring;

— Evenmin wordt gesteld dat de gemandateerde geen rechtstreeks of onrechtstreeks belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt.

Vierde lid

— wat is de draagwijdte van de woorden «op straffe van nietigheid»? Zal men er dan helemaal niet of slechts gedeeltelijk rekening mee houden? Is hier sprake van een absolute of een relatieve nietigheid?

— kunnen de getuigen tevens de gemandateerden zijn?

— er is geen bepaling voorhanden die stelt dat de getuigen geen rechtstreeks of onrechtstreeks belang mogen hebben, en evenmin de arts, noch de tweede arts of een lid van het verplegend team kunnen zijn.

— vanwaar is de bepaling «minstens één niet met de patiënt verwant is» afkomstig? Wat indien een broer met zijn vriendin samenleeft?

Vijfde lid

— wat wordt precies bedoeld met «als betrokkene niet in staat is te tekenen»? Wat is de verhouding van deze terminologie met de woorden «voor het geval hij niet meer zijn wil kan uiten» (eerste lid), «voor het geval hij in een toestand van bewusteloosheid is»? Dit impliceert immers dat ook bij een reeds comateuze patiënt een derde de wilsverklaring voor hem kan opstellen. Wie vermeldt deze redenen? Wie stelt de wilsverklaring dan op?

— welke situatie wordt bedoeld met het «tijdelijk niet in staat zijn om te tekenen»? Vanwaar komt dit onderscheid?

Zesde lid

— vanwaar is de termijn van vijf jaar afkomstig?

— is het niet beter in een jaarlijkse bevestiging van de wilsverklaring te voorzien?

Zevende lid

— de wilsverklaring kan op alle mogelijke manieren worden teruggetrokken, maar wat indien de patiënt reeds comateus is, bijvoorbeeld naar aanleiding van een plots ongeval, terwijl hij zinnens was zijn wilsverklaring terug te trekken?

— hoe moet men het bewijs leveren van de intrekking? Nergens wordt gesteld dat dit «duidelijk en ondubbelzinnig» moet gebeuren. Wat is de draagwijdte van de onderzoeksplicht van de arts?

dans lequel on se trouve peut-il, par exemple, être désigné comme mandataire?

— Aucune disposition n'indique que ni le médecin, ni le mandataire ne sont liés par la déclaration anticipée;

— On ne précise pas davantage que le mandataire ne peut avoir aucun intérêt direct ou indirect au décès du patient.

Quatrième alinéa

— quelle est la portée des mots «sous peine de nullité»? N'en tiendra-t-on dès lors pas du tout compte ou en partie seulement? S'agit-il d'une nullité absolue ou relative?

— les témoins peuvent-ils aussi être les mandataires?

— aucune disposition ne stipule que les témoins ne peuvent avoir aucun intérêt direct ou indirect, ni être le médecin, le deuxième médecin ou un membre de l'équipe soignante.

— d'où provient la disposition «un au moins qui n'est pas apparenté au patient»? Qu'en est-il du frère qui cohabite avec son amie?

Cinquième alinéa

— qu'entend-on exactement par «si l'intéressé n'est pas en état de signer»? Quel lien y a-t-il avec les mots «pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté» (premier alinéa), «pour le cas où il serait dans un état d'inconscience»? Cela implique en effet qu'un tiers peut rédiger une déclaration même pour un patient déjà dans le coma. Qui mentionne ces raisons? Qui rédige la déclaration?

— quelle situation vise-t-on par «incapacité temporaire de signer»? D'où vient cette distinction?

Sixième alinéa

— d'où provient le délai de cinq ans?

— n'est-il pas préférable de prévoir une confirmation annuelle de la déclaration?

Septième alinéa

— la déclaration anticipée peut être révoquée de toutes les manières possibles, mais que se passe-t-il si le patient est déjà dans le coma, par exemple à la suite d'un accident soudain, alors qu'il avait l'intention de révoquer sa déclaration anticipée?

— comment doit-on prouver la révocation? On n'indique nulle part que cela doit se faire de façon «claire et explicite». Quelle est la portée du devoir d'enquête du médecin?

Achtste lid

— wat wordt precies bedoeld met de woorden «via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen mededelen»? Hoe functioneert dat systeem concreet? Gaat het hier om gewone informatie, die door bepaalde personen kan worden geraadpleegd?

— wie zijn de «betrokken artsen»? Dit is niet duidelijk uit het artikel.

Een lid bestempelt de woorden van de vorige spreker als een zeer belangrijke bijdrage omdat ze het probleem juridisch benaderen en niet inhoudelijk, waar de verschillende posities nu stilaan genoegzaam gekend zijn.

Met een aantal van deze opmerkingen moet zeker worden rekening gehouden.

Spreker herinnert er allereerst aan dat de wil van de zieke, of hij zich nu uitspreekt wanneer hij zich in de toestand bevindt (artikel 3), of via een wilsbeschikking, in geen geval dwingend is, vermits de arts in elk geval zijn vrijheid behoudt.

Vermits het mandaat geen uitwerking meer heeft als de mandaatgever onbewust is, zou men beter spreken over «vertrouwenspersoon» dan over gemandateerde.

Wat de kwestie van de weloverwogen toestemming betreft, verwijst spreker naar de ervaring die hij opdeed in zaken waarin hij optrad als geneeskundig expert.

In die context is de problematiek van de weloverwogen toestemming inderdaad bijzonder belangrijk.

De vorige spreker heeft opgeworpen dat een onbewuste persoon per definitie geen weloverwogen toestemming kan geven.

Spreker werd als arts en chirurg meermaals met een dergelijke situatie geconfronteerd.

In zijn medische praktijk heeft hij getracht de zieke zoveel mogelijk te informeren, zowel over de diagnose, als over de therapie en de chirurgische ingrepen, om zo een behandeling mogelijk te maken.

Als een persoon tijdens een chirurgische ingreep onder verdoving is, kan hij onmogelijk zijn toestemming geven, welke informatie hij ook vooraf heeft gekregen. Men kan natuurlijk altijd bepaalde zaken voorzien, maar alles voorzien is onmogelijk.

Er zijn dus bepaalde omstandigheden die onmogelijk kunnen worden voorzien en waarvoor tijdens de operatie onmogelijk de weloverwogen toestemming van de patiënt kan worden gevraagd.

Huitième alinéa

— que veulent dire exactement les mots «communiquer aux médecins concernés via les services du Registre national»? Comment fonctionne ce système concrètement? S'agit-il d'informations courantes qui peuvent être consultées par certaines personnes?

— qui sont les «médecins concernés»? Cela ne ressort pas clairement de l'article.

Un membre considère l'intervention du précédent orateur comme apportant une contribution importante, car elle aborde le problème de façon juridique, et non sur le fond, où la position des uns et des autres est connue.

Parmi les observations formulées, il en est une série qui devront certainement être prises en compte.

L'intervenant rappelle tout d'abord que, dans aucun cas, la volonté du malade, que ce soit à travers une expression dans la situation (art. 3), ou par le biais de la déclaration anticipée, n'a de caractère contraignant, puisque le médecin garde en tout état de cause sa liberté.

En ce qui concerne le mandat, puisqu'il est vrai que le mandat s.s., n'a plus d'effet si le mandant est inconscient, il vaudrait mieux parler de «personne de confiance» plutôt que de mandataire.

Quant à la question du consentement éclairé, l'intervenant se réfère à l'expérience qu'il a pu acquérir dans le cadre des affaires où il a été désigné comme expert médical.

Dans ce contexte, en effet, la problématique du consentement éclairé est extrêmement importante.

Le précédent intervenant a objecté qu'une personne inconsciente ne peut, par définition, donner un consentement éclairé.

L'intervenant a été confronté à de nombreuses reprises, en tant que médecin et chirurgien, à cette situation.

Il a tenté, au cours de sa pratique médicale, d'informer au maximum le malade, à la fois sur le diagnostic, sur les démarches thérapeutiques, sur les interventions chirurgicales, en tentant de rendre possible le traitement.

Par définition, lors d'une intervention chirurgicale, lorsque le malade se trouve anesthésié, et quelle que soit l'information qu'il a pu recevoir auparavant, il se trouve dans l'impossibilité de donner son consentement. On peut certes prévoir une série de choses susceptibles de se présenter, mais il est impossible de les prévoir toutes.

Il y a donc une série de circonstances où il est impossible de prévoir et donc, de réclamer au patient, de manière extemporanée, son consentement éclairé.

Daarenboven moet de therapeutische handeling mogelijk worden gemaakt. Het is niet zeker dat een zieke zich in de ideale omstandigheden bevindt om een ingreep te ondergaan als hij op de hoogte wordt gebracht van alle mogelijke complicaties.

Wat de twee eerste alinea's betreft, zijn er inderdaad omstandigheden waarin men op papier kan zetten welke behandeling men al dan niet wil.

Spreker verwijst naar een aantal gevallen waarmee hij werd geconfronteerd, meer bepaald in verband met transfusies bij getuigen van Jehovah.

Het betreft omstandigheden waarin de patiënt verklaart dat hij in geen geval een transfusie wil krijgen. Deze verklaring wordt meestal schriftelijk aan de arts overgemaakt en bij het medisch dossier gevoegd. Als het om een bewuste patiënt gaat, kan men hem vanzelfsprekend geen transfusie buiten zijn wil opdringen. Maar wat als in een soortgelijk geval de patiënt niet bewust is?

Dat kan bijvoorbeeld gebeuren als hij tijdelijk buiten bewustzijn is ten gevolge van een verkeersongeval en een transfusie noodzakelijk is.

Ook kan men met de patiënt zijn overeengekomen dat bij een ingreep een transfusie in de mate van het mogelijke zal worden vermeden en dan tijdens een ingreep vaststellen dat een transfusie noodzakelijk is om het leven van de buiten bewustzijn verkerende patiënt te redden.

In dergelijke gevallen kan het geschreven document niet als dwingend worden beschouwd.

Spreker preciseert ook dat hij hiermee niet de beschikkingen bedoelt die ouders voor hun minderjarig kind kunnen opstellen en die volgens hem in elk geval onaanvaardbaar zijn.

Bovendien betekent het feit dat de vertrouwenspersoon alles in het werk stelt om de wil van de patiënt te doen respecteren, geenszins dat er een recht of dwang zou bestaan om de wilsbeschikking uit te voeren.

De waarde van de wilsbeschikking, eventueel overgenomen door de vertrouwenspersoon, is vergelijkbaar met die van de beschikking van de zieke als hij bewust is.

Als de voorziene voorwaarden vervuld zijn, pleegt een arts, die euthanasie toepast overeenkomstig de procedure van artikel 4bis, geen inbreuk.

Door een termijn van vijf jaar op te leggen, wil men rekening houden met de mogelijke veranderingen die kunnen optreden, zowel in hoofde van de mandaatgever als van de vertrouwenspersoon.

Par ailleurs, il faut rendre l'acte thérapeutique possible. Il n'est pas certain que si l'on présente à un malade la totalité des complications susceptibles de survenir, on le mette dans les conditions idéales pour accepter et subir une intervention.

En ce qui concerne le premier et le deuxième alinéa, il existe effectivement des circonstances où l'on peut mettre sur papier ce que l'on souhaite ou non comme traitement.

L'intervenant fait référence à bon nombre de cas auxquels il a été confronté, et qui concernent le problème de la transfusion, notamment à l'égard de témoins de Jéhovah.

Il s'agit de situations où le patient déclare qu'en tout état de cause, il ne veut pas subir de transfusion. Cette déclaration est très souvent écrite, remise au médecin, et jointe au dossier médical. Lorsqu'un tel patient est conscient, il va de soi que l'on ne peut le transfuser contre sa volonté. Mais que faire, dans ce type de situation, lorsque le patient est inconscient?

Cela peut arriver, par exemple, quand il s'agit d'une inconscience temporaire consécutive à un accident de la circulation, et que la transfusion s'avère indispensable.

De même, on peut avoir convenu avec le patient que, lors d'une intervention, on évitera, autant que faire se peut, une transfusion, alors qu'il apparaît au cours de l'intervention, le patient étant inconscient, qu'elle est indispensable pour protéger sa vie.

Dans de tels cas, on ne peut considérer le document écrit précité comme contraignant.

L'intervenant précise en outre qu'il ne vise pas ici les cas de telles déclarations faites par les parents au sujet de leur enfant mineur et qui, en tout état de cause, ne lui paraissent pas acceptables.

Par ailleurs, le fait pour la personne de confiance de mettre tout en œuvre pour que la volonté du patient soit respectée ne signifie pas, dans son chef, l'existence de quelque droit ou moyen de contrainte pour que la volonté anticipative soit exécutée.

La déclaration anticipée, relayée éventuellement par la personne de confiance, a une valeur semblable à celle de la déclaration du malade lorsqu'il est conscient.

Si les conditions prévues existent, le médecin qui, suivant la procédure prévue à l'article 4bis, pratique une euthanasie, ne commet pas d'infraction.

Le délai de cinq ans est prévu pour tenir compte des changements susceptibles de survenir en ce qui concerne à la fois le déclarant et la personne de confiance.

De beschikking kan uiteraard op elk ogenblik worden ingetrokken en de zieke blijft natuurlijk meester van zijn beslissing.

Een ander lid stelt allereerst vast dat, in tegenstelling tot wat werd gezegd, het wetsvoorstel via de wilsbeschikking wel betrekking heeft op de onbewuste patiënten.

Vervolgens, als men zich op bestaande wetgevingen baseert, zijn parallellen zowel gemakkelijk als moeilijk te trekken.

Bij wilsbeschikkingen in sommige Amerikaanse Staten gaat het vaak om documenten die meerdere pagina's beslaan, zeer gedetailleerd en concreet zijn en waarvan het toepassingsveld beperkt is tot de beslissingen rond het levenseinde, met uitsluiting van de euthanasie: het stopzetten van de behandeling, therapeutische afbouw, het niet-beginnen met een behandeling, ...

Spreekster had gewild dat men in België ook geleidelijk te werk zou gaan.

Bovendien is het niet noodzakelijk voor iedereen gemakkelijk om vooraf een verklaring op te stellen over het soort medische zorgverlening die men al dan niet wenst.

Om welk soort medische zorgverlening gaat het?

Als het wetsvoorstel wordt aangenomen, moeten dan niet allereerst de artsen worden uitgenodigd om formules uit te werken teneinde de patiënten te helpen om hun wil uit te drukken?

De hoorzittingen hebben ook aan het licht gebracht dat veel personen wensen uit te drukken hoe ze het einde van hun leven zien. Het probleem is de vorm, de juridische waarde en de inhoud van dergelijke verklaringen, die nooit een dwingend karakter kunnen hebben.

Wat allereerst de vorm betreft, om welke juridische figuur gaat het hier? Een volmacht lijkt uitgesloten omwille van de redenen die al door de vorige spreker werden uiteengezet. Kan men een dergelijk document vergelijken met een handgeschreven testament dat geen enkele substantiële formaliteit vereist?

Maar een dergelijk testament moet in het algemeen volledig geschreven, gedateerd en ondertekend worden door de erflater en niet door een derde.

Een lid werpt op dat uit sommige gerechtelijke beslissingen is gebleken dat een handgeschreven testament geldig was, op voorwaarde dat bewezen was dat de hulp die een derde bij het opstellen ervan verleende, louter materieel was.

De vorige spreker vervolgt dat men zich ook kan afvragen of men schriftelijk over zijn leven kan beschikken. Deze vraag is nog relevanter voor artikel 4 dan voor de voorgaande artikelen.

Il va de soi que la déclaration est révocable à tout moment et que le malade en reste maître.

Un autre membre constate tout d'abord que, contrairement à ce qui a été dit, la proposition de loi touche bel et bien aux patients inconscients, par le biais de la déclaration anticipée.

Ensuite, si l'on veut s'inspirer de législations existantes, le parallèle est à la fois facile et difficile.

Les modèles de testament de vie utilisés dans certains États américains sont des documents de quelques pages, très détaillés et concrets, dont le champ d'application se limite aux décisions en fin de vie, à l'exclusion de l'euthanasie: arrêt de traitement, désescalade thérapeutique, non-commencement d'un traitement, ...

L'intervenante aurait souhaité qu'en Belgique aussi, on procède de façon progressive.

En outre, il n'est pas nécessairement aisé pour chacun de rédiger anticipativement une déclaration relative aux «types de prise en charge médicale» que l'on souhaite ou non.

De quel types de prise en charge médicale s'agit-il?

Si la proposition de loi est adoptée, la première chose à faire ne serait-elle pas d'inviter la profession médicale à préparer des formules en vue d'aider les patients à faire connaître leur volonté?

Par ailleurs, les auditions ont eu l'avantage de mettre en évidence que beaucoup de personnes désirent exprimer leurs souhaits quant à leur fin de vie. Le problème est la forme, la valeur juridique et le contenu de telles déclarations, qui ne peuvent jamais avoir de force contraignante.

En ce qui concerne tout d'abord la forme, de quelle figure juridique s'agit-il? Celle du mandat paraît exclue, pour les motifs déjà développés par un précédent intervenant. Peut-on comparer ce document à un testament olographe, qui ne requiert aucune formalité substantielle?

Mais un tel testament doit, en règle générale, être écrit en entier, daté et signé de la main du testateur, et non par un tiers.

Un membre réplique qu'il existe des décisions judiciaires qui ont considéré qu'un testament olographe était valable, si la preuve était rapportée que l'aide apportée par un tiers pour le rédiger était purement matérielle.

La précédente oratrice poursuit en indiquant que l'on peut aussi se demander si l'on peut ainsi disposer de sa vie par écrit. Cette question se pose de façon encore plus pertinente à propos de l'article 4 que des articles précédents.

Alleszins moet een persoon die zijn wensen omtrent zijn levenseinde schriftelijk kenbaar maakt, niet alleen handelingsbekwaam, maar ook helder van geest zijn.

Spreekster is niet zeker dat de tekst in dat opzicht voldoende controlewaarborgen biedt.

Kan een arts niet verklaren dat een persoon, op het ogenblik dat hij een dergelijk document opstelt, helder van geest is?

Men weet inderdaad dat personen die aan seniliteit lijden soms ook heldere momenten hebben.

Een lid antwoordt dat met een handgeschreven testament een soortgelijk probleem kan rijzen.

De vorige spreekster meent dat bijkomende voorzorgen nodig zijn als het niet gaat om bezittingen, maar om het leven.

Het betreft hier alleen maar een geschreven document, dat niet afdwingbaar is en ingetrokken kan worden.

Spreekster wenst dat men in deze paragraaf een onderscheid maakt tussen euthanasie en alle beslissingen rond het levenseinde die niet op euthanasie betrekking hebben.

De eerder genoemde beschikkingen die in bepaalde Amerikaanse Staten bestaan, beschrijven zeer precies om welke medische handelingen het gaat.

Het gaat hier inderdaad om patiëntenrechten. Het geval van de getuigen van Jehovah waarnaar een vorige spreker verwees, werd ook aangehaald tijdens de hoorzittingen over de patiëntenrechten die op 9 januari 2001 plaatsvonden in de commissie Volksgezondheid van de Kamer.

Het recht hecht weinig waarde aan de toestemming.

Spreekster begrijpt niet waarom de tekst preciseert dat aan de voorwaarden en procedure moet zijn voldaan op straffe van nietigheid.

Op welke manier zal dit worden toegepast? Het voorstel voorziet in geen specifieke sanctie, de dossiers zullen worden voorgelegd aan een evaluatiecommissie en zullen daarna eventueel naar justitie gaan die het gemeenrecht zal toepassen.

Wie zal de nietigheid vaststellen, vermits de beschikking geenszins een toestemming inhoudt en niet afdwingbaar is? Men kan geen juridische sanctie toepassen op een handeling die geen juridische waarde heeft.

Op een meer formeel niveau vraagt spreekster zich ook af of men niet beter kan spreken over «een einde stellen aan het leven», veeleer dan over het leven «beëindigen»?

Wat betreft de onomkeerbare toestand volgens de huidige stand van de wetenschap, stelt spreker voor

Il faut en tout cas que la personne qui met par écrit ses volontés quant à la fin de sa vie soit non seulement capable, mais lucide.

L'intervenante n'est pas sûre que le texte offre les garanties suffisantes de contrôle à cet égard.

Un médecin ne pourrait-il attester de la lucidité de la personne au moment où elle rédige un tel document?

On sait en effet que les personnes qui souffrent de sénilité ne sont parfois lucides que par intermittence.

Un membre réplique que le même problème se pose à l'égard d'un testament olographe.

La précédente oratrice estime que des précautions supplémentaires doivent être prises lorsqu'il s'agit de disposer, non de ses biens, mais de sa vie.

En l'occurrence, il s'agit simplement d'un écrit, sans force contraignante, et révocable.

L'intervenante voudrait que l'on fasse une distinction dans ce paragraphe entre l'euthanasie et toutes les décisions de fin de vie qui ne concernent pas celle-ci.

Les déclarations précitées qui existent dans certains États américains décrivent de façon précise les actes médicaux dont il s'agit.

Tout cela relève, il est vrai, des droits du patient. Le cas des témoins de Jehovah, évoqué par un précédent intervenant, l'a d'ailleurs été lors des auditions qui ont eu lieu ce 9 janvier 2001, à la commission de la Santé publique de la Chambre, sur le thème des droits du patient.

La valeur du consentement est peu relevante en droit.

L'intervenante ne comprend pourquoi le texte précise que les formalités sont prévues à peine de nullité.

Dans quel cadre celle-ci trouvera-t-elle à s'appliquer, puisque la proposition ne prévoit aucune sanction spécifique, que les dossiers passeront devant une commission d'évaluation puis, éventuellement, à la justice, qui appliquera le droit commun.

Qui constatera la nullité, puisque, de toute façon, la déclaration ne vaut pas consentement et n'a pas force contraignante? On ne peut donner une sanction juridique à un acte qui n'a pas de valeur juridique.

L'intervenante se demande aussi, sur un plan plus formel, s'il ne vaut pas mieux parler de «mettre fin à la vie», plutôt que d'«interrompre» la vie?

En ce qui concerne la situation irréversible selon l'état actuel de la science, l'intervenant suggère de

de formulering van artikel 98 van de medische plichtleer over te nemen.

Algemeen gesproken veronderstelt spreekster dat artikel 4 een dubbel doel nastreeft: het de patiënt mogelijk maken zijn wil schriftelijk kenbaar te maken, maar daarnaast ook de arts beschermen.

Dat laatste is de bedoeling van de wetgeving in de enkele landen waar de wilsbeschikking bestaat en waar de cultuur van de rechtsgedingen over medische aansprakelijkheid zo sterk ontwikkeld is dat de artsen zich hebben willen beschermen tegen vorderingen die de patiënt tegen hen kan instellen.

De belangrijkste doelstelling in deze landen was dus niet de patiënt een centrale plaats te geven in het hele verloop.

Minister Aelvoet verklaarde dat ze het ontwerp over de patiëntenrechten wil koppelen aan dat over de medische fouten en de aansprakelijkheid van de artsen. Spreekster vindt dit een interessante benadering.

Het komt er dus op aan te weten welke gevolgen het (niet) respecteren van de schriftelijke wilsverklaring van de patiënt zal hebben op het vlak van de medische aansprakelijkheid, en dus de juridische figuur af te lijnen waaraan de wilsbeschikking beantwoordt.

Een ander lid vindt dat de wilsbeschikking fundamentele vragen oproept, zowel over de opportuniteit van de voorgestelde regeling als over het bij amendement nr. 16 voorgestelde artikel 4*bis*, vooral als men het verband legt met artikel 3 dat reeds werd goedgekeurd en dat zowel op terminale als op niet-terminale patiënten betrekking heeft.

De wilsbeschikking kwam ook voor in bepaalde eerder ingediende voorstellen, andere hadden haar uitdrukkelijk achterwege gelaten, niet zonder grondige redenen.

Ze is eveneens opgenomen in het voorstel van de zes indieners, zoals gewijzigd door de ingediende amendementen.

Spreekster sluit zich aan bij de juridische opmerkingen en vragen van een vorige spreker.

Van haar kant wenst ze aan te dringen op de samenhang van de bepalingen over de wilsbeschikking met de voorstellen die minister Aelvoet heeft gedaan over de patiëntenrechten, en in het bijzonder over hoofdstuk 3 betreffende de vertegenwoordiging van de patiënt.

De amendementen die de zes senatoren op het wetsvoorstel indienden, introduceren om uiteenlopende redenen de wilsbeschikking.

reprendre la formulation utilisée à l'article 98 du Code de déontologie médicale.

De façon générale, l'intervenante suppose que l'article 4 à un double but: permettre au patient d'exprimer sa volonté par écrit, mais aussi protéger le médecin.

Ce dernier objectif est celui que poursuivent les législations dans les quelques pays où le testament de vie existe, et où la culture du procès en responsabilité médicale est à ce point développée que les médecins ont voulu se protéger contre les actions dont ils pourraient être l'objet de la part du patient.

L'intention première, dans ces pays, n'était donc pas de mettre le patient au centre du processus.

La ministre Aelvoet a déclaré vouloir lier son projet sur les droits du patient à celui relatif aux erreurs médicales et à la responsabilité des médecins. L'intervenante trouve cette approche intéressante.

Il importe donc de savoir quelles seront les conséquences, sur le plan de la responsabilité médicale, du (non-)respect des volontés que le patient aura mises par écrit, et, dès lors, de cerner la figure juridique à laquelle correspond la déclaration anticipée.

Un autre membre estime que la déclaration anticipée suscite des questions de fond, quant à l'opportunité de la disposition envisagée, et quant à son lien avec l'article 4*bis* proposé par l'amendement n° 16, tout en gardant à l'esprit le contenu de l'article 3, tel qu'il a été voté, qui vise à la fois les patients en phase terminale et ceux dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance.

La déclaration anticipée était reprise dans certaines des propositions initialement déposées, d'autres l'avaient explicitement exclue, pour des raisons non dépourvues d'intérêt.

La proposition des six auteurs, telle que modifiée par les amendements déposés, la reprend également.

L'intervenante se rallie aux observations et questions juridiques formulées par un précédent intervenant.

Elle souhaite, pour sa part, insister sur la question de la cohérence des dispositions relatives à la déclaration anticipée avec les propositions formulées par la ministre Aelvoet au sujet des droits du patient, et particulièrement au chapitre 3, relatif à la représentation du patient.

En effet, les amendements déposés par les six auteurs, qui modifient la proposition de loi, introduisent la notion de déclaration anticipée pour des raisons différentes.

Toen spreekster met nog een ander lid amendementen indiende over de informatie en de toestemming van de patiënt, omdat ze vond dat de instemming met een eventuele daad van euthanasie geplaatst moest worden in de ruimere context van de begeleiding bij het levenseinde, werd haar gezegd dat dit zou worden opgenomen in een afzonderlijke tekst die in de Kamer van volksvertegenwoordigers zou worden ingediend.

Via de wilsbeschikking wordt nu een van de elementen van de nota van mevrouw Aelvoet over de patiëntenrechten in artikel 4 opgenomen. In de wilsbeschikking is immers sprake van de voorkeur voor of de bezwaren tegen sommige medische handelingen.

Spreekster vindt het goed dat patiënten — bewuste en niet-bewuste — hun mening, hun bezwaren en hun afwijzing van therapeutische verbetering of van bepaalde behandelingen te kennen geven.

Artikel 4 voorziet nu in wat eerder werd ontzegd aan de bewuste en handelingsbekwame patiënten, namelijk dat ze schriftelijk kunnen laten weten welk soort medische zorgverlening ze verkiezen of afwijzen.

Een dergelijke wilsbeschikking veronderstelt een voorafgaand gesprek met een arts die de patiënt op indringende wijze de draagwijdte van zijn keuze duidelijk kan maken.

Het getuigt niet van samenhang hier slechts een klein gedeelte van een essentieel element van de patiëntenrechten op te nemen, namelijk het recht op informatie en op toestemming.

De nota van mevrouw Aelvoet is in dit opzicht bijzonder interessant omdat ze het geheel van de problemen die zich op het terrein voordoen, goed omschrijft. Deze problemen hebben natuurlijk niet alleen betrekking op het levenseinde of op de euthanasiehandeling, maar op de relaties tussen patiënt en arts in hun geheel, rekening houdend met de patiëntenrechten en met de weloverwogen toestemming, die op dit ogenblik geldt als een van de internationale normen inzake goed medisch handelen.

In het afzonderlijke hoofdstuk dat mevrouw Aelvoet wijdt aan de vertegenwoordiging van de patiënt, verwijst ze naar de verschillende situaties die zich kunnen voordoen.

Een patiënt kan vertegenwoordigd worden als hij minderjarig is en de ouders verantwoordelijk zijn, of als hij zich in een toestand van verlengde minderjarigheid bevindt en dus onder voogdij staat. In die gevallen is de juridische toestand duidelijk.

Deze situatie valt niet onder het toepassingsveld van het voorstel, dat niet van toepassing is op juridisch handelingsonbekwamen, namelijk op minder-

Lorsque l'intervenante a déposé avec un autre membre des amendements relatifs à l'information et au consentement du patient, estimant que la philosophie de la permission à un éventuel acte d'euthanasie devait se comprendre dans le contexte plus large de l'accompagnement de fin de vie, il a été répondu que tout cela ferait l'objet d'un texte séparé à examiner par la Chambre des représentants.

Mais il est clair qu'à l'article 4, on introduit, par le biais de la déclaration anticipée, l'un des éléments contenus dans la note sur les droits du patient, présentée par Mme Aelvoet, puisqu'on y parle de préférences ou d'objections pour un certain nombre de prises en charge médicales.

L'intervenante se dit favorable à ce que les patients — conscients ou inconscients — puissent faire connaître leur position, leurs objections et leur refus par rapport à l'acharnement thérapeutique et à certains traitements.

Or, à l'article 4, on prévoit ce que l'on a écarté pour des patients conscients et capables, à savoir indiquer par écrit ses préférences ou ses objections, pour ce que l'on appelle des prises en charge médicale.

Une telle expression de volonté suppose un dialogue préalable avec un médecin qui puisse éclairer le patient de façon approfondie sur la portée de ses choix.

Il est incohérent de n'introduire ici qu'une petite partie d'un élément essentiel, à savoir le droit à l'information et au consentement, qui font partie des droits du patient.

La note de Mme Aelvoet sur ce sujet est très intéressante, parce qu'elle situe bien l'ensemble des problèmes que l'on peut rencontrer sur le terrain, et qui ne concernent évidemment pas seulement la fin de vie ou l'acte précis d'euthanasie, mais l'ensemble des relations patient-médecin dans le cadre des droits du patient et du consentement éclairé, qui constitue une des normes internationales actuelles en termes de bonnes pratiques médicales.

Dans le chapitre distinct que Mme Aelvoet consacre à la représentation du patient, elle fait référence aux différentes situations qui peuvent exister en la matière.

La représentation du patient suppose soit que celui-ci est mineur, auquel cas la responsabilité est parentale, soit qu'il est placé sous minorité prolongée, et bénéficie d'une tutelle. Dans ces cas, la situation juridique est claire.

Ceci n'entre pas dans le champ d'application de la proposition, qui ne s'applique pas aux personnes non capables juridiquement, c'est-à-dire mineures (à

jarigen (met uitzondering van de ontvoogde minderjarigen) of op personen die onder voogdij zijn geplaatst.

De derde hypothese waarin de patiënt niet zelf zijn rechten uitoefent — en waarnaar mevrouw Aelvoet in haar nota verwijst — is het geval van de minderjarige op wie (nog) geen bijzonder beschermingsstatuut waarin het gemeen recht voorziet, van toepassing is maar die nochtans feitelijk niet in staat is tot wilsvorming (bijvoorbeeld de demente of de comateuze patiënt) of, wat zeldzamer is, tot wilsuiting.

Een wettelijke regeling van de vertegenwoordiging van deze patiënten mag hier niet ontbreken.

Bepaald wordt dat de rechten van de patiënt die niet in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in verband met zijn gezondheid en die niet valt onder het beschermingsstatuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamverklaring, in eerste instantie worden uitgeoefend door een vertrouwenspersoon. Deze vertrouwenspersoon moet door de patiënt aangewezen zijn op het ogenblik dat hij nog in staat was tot een redelijke beoordeling van zijn belangen. Deze aanwijzing moet gebeuren met een gedagtekend en door de patiënt en de vertrouwenspersoon ondertekend schriftelijk mandaat.

Bovendien moet uit het mandaat blijken dat de vertrouwenspersoon met het hem gegeven mandaat heeft ingestemd. Op het mandaat zijn voorts de algemene regels van het Burgerlijk Wetboek van toepassing.

Daarnaast kunnen in het mandaat nadere regelingen getroffen worden. Teneinde ervoor te zorgen dat het mandaat bekend is op het ogenblik dat het moet uitgeoefend worden, is het raadzaam eerst de nodige voorzorgsmaatregelen te nemen. Zo moet duidelijk worden medegedeeld, bijvoorbeeld aan de huisarts, dat een mandaat gegeven is en waar het contract bewaard wordt.

Het kan gebeuren dat de patiënt geen vertrouwenspersoon heeft aangewezen en of dat deze vertrouwenspersoon niet optreedt. In dat geval worden de rechten uitgeoefend door de echtgenoot, de geregistreerde partner of de partner.

Indien deze persoon de rechten niet wenst uit te oefenen of ontbreekt, dan worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een ouder, een meerderjarig kind, een meerderjarige broer of zus.

De nota van mevrouw Aelvoet voorziet voor deze personen in een cascadesysteem.

In de nota staat ook dat de patiënt zoveel mogelijk bij de uitoefening van zijn rechten moet worden betrokken.

Artikel 13, eerste paragraaf, eerste lid, van de al vrij uitvoerige tekst van de minister luidt als volgt: «Indien een meerderjarige patiënt niet in staat kan

l'exception des mineurs émancipés) ou placées sous minorité prolongée.

Le troisième cas visé par la note de Mme Aelvoet est celui de la personne majeure ne bénéficiant pas (encore) d'un statut de protection particulier prévu dans le droit commun mais qui, en fait, n'est néanmoins pas en mesure de déterminer sa volonté — par exemple le patient dément ou comateux — ou, cas plus rare, de l'exprimer.

Il s'imposait en l'occurrence de prévoir une réglementation légale pour la représentation de ces patients.

Il est prévu que les droits du patient qui n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé et qui ne relève pas du statut de protection de la minorité prolongée ou de l'interdiction sont exercés en premier lieu par une personne de confiance. Cette personne de confiance doit avoir été désignée par le patient au moment où celui-ci était encore apte à apprécier raisonnablement ses intérêts. Cette désignation doit se faire au moyen d'un mandat écrit, daté et signé par le patient et la personne de confiance.

En outre, le mandat doit attester que la personne de confiance a marqué son consentement sur le mandat qui lui a été conféré. Les règles générales du Code civil s'appliquent au mandat.

En outre, des dispositions particulières peuvent être prévues dans le mandat. Afin de s'assurer que le mandat est connu au moment où il doit être exercé, il est indiqué de prendre au préalable les mesures de précaution qui s'imposent. Ainsi, il faut signaler clairement, notamment à l'intention du médecin généraliste, qu'un mandat a été conféré et préciser l'endroit où le contrat est conservé.

Il peut arriver que le patient n'ait pas désigné une personne de confiance ou que cette personne de confiance n'intervienne pas. Dans ce cas, les droits sont exercés par l'époux(se), le partenaire enregistré ou le partenaire.

Si cette personne ne souhaite pas exercer ces droits ou si cette personne fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un parent, un enfant majeur, un frère ou une sœur majeur(e).

La note de Mme Aelvoet prévoit un système de cascade pour ces personnes.

Elle indique également que le patient doit être associé, autant que faire se peut, à l'exercice de son droit.

L'article 13 du texte, déjà assez élaboré, de la ministre prévoit, en son § 1^{er}, alinéa 1^{er}: «Les droits, tels que fixés par la présente loi, d'un patient mineur jugé

worden geacht op een redelijke beoordeling van zijn belangen inzake zijn gezondheid en niet valt onder de in artikel 12 bedoelde statuten, worden de rechten, zoals vastgesteld in deze wet, uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, verder «vertrouwenspersoon» genoemd.»

Het concept dat hier wordt gebruikt, is dus niet hetzelfde als de concepten in het voorstel dat wordt besproken. Artikel 4 van dit voorstel maakt melding van een wilsonbekwame patiënt en artikel 4bis van een patiënt die niet meer bij bewustzijn is.

De minister sluit niet uit dat de vertrouwenspersoon een familielid is; als er geen vertrouwenspersoon is, voorziet zij in een cascadesysteem waarbij de dichtste familieleden het eerst in aanmerking komen.

Zij bepaalt ook dat de arts het advies van de vertrouwenspersoon moet volgen. Het indicatieve karakter ervan vergt enige precisering.

Spreekster zou de voorkeur hebben gegeven aan een algemene wetgeving over de begeleiding van het levenseinde waarin staat dat het recht van de patiënt op informatie en op toestemming, de voorgaande wilsverklaring en de eventuele vertrouwenspersoon in ongeacht welke situatie, sleutelementen zijn.

Door parallel te werken voert men nu een onduidelijke bepaling in die meer problemen zal veroorzaken dan oplossen.

Vervolgens verwijst spreekster naar het advies nr. 9 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek «betreffende de actieve levensbeëindiging van wilsonbekwame personen». Men heeft het hier dus niet over patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

Men moet dus precies aangeven in welke medische en of juridische situatie men zich bevindt, wanneer men het heeft over de voorafgaande wilsverklaring en over de betekenis ervan in geval van euthanasie.

In bovenvermeld advies zijn de aanhangers van de stellingen 2 en 3 bijzonder voorzichtig. Zij zeggen klaar en duidelijk dat een voorafgaande wilsverklaring nooit even zwaar kan doorwegen als een schriftelijk verzoek van een patiënt die bij bewustzijn is. Dat lijkt voor de hand liggen, want wanneer een patiënt niet meer bij bewustzijn is, kan men zich er niet van verzekeren of zijn verzoek wel aan alle vereisten van artikel 3 voldoet.

Zij die aanvankelijk de patiënt die niet meer bij bewustzijn is, uit hun voorstellen hadden uitgesloten, hadden terecht opgemerkt dat de evolutie van iemand duidelijk is, wanneer hij bij bewustzijn is, maar niet langer kan worden geverifieerd of vastgesteld wanneer hij niet meer bij bewustzijn is.

Dat toont aan hoe complex en delicaat dergelijke situaties zijn en dat de gebruikte begrippen dus duidelijk moet worden omschreven.

inapte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé et ne relevant pas des statuts visés à l'article 12, sont exercés par la personne, ci-après dénommée «personne de confiance», que le patient aura préalablement désignée pour se substituer à lui.»

Le concept utilisé n'est donc pas le même que ceux figurant dans la proposition à l'examen, où il est question, à l'article 4, d'un patient qui ne peut manifester sa volonté, et à l'article 4bis, d'un patient inconscient.

La ministre n'exclut pas que la personne de confiance soit un membre de la famille et, s'il n'y a pas de personne de confiance, elle prévoit une cascade selon laquelle, en premier lieu, ce sont les membres de la famille les plus proches qui sont compétents.

Elle prévoit aussi que, s'il s'agit d'une personne de confiance, le médecin doit suivre son avis. Le caractère indicatif mérite donc d'être précisé.

L'intervenante aurait préféré une législation globale sur l'accompagnement de fin de vie, où l'on aurait indiqué que les droits du patient à l'information, au consentement, la déclaration anticipée et la personne de confiance éventuelle sont des éléments-clés, quelle que soit la situation.

Mais ici, travaillant parallèlement, on introduit une disposition ambiguë qui posera plus de problèmes qu'elle n'en résoudra.

L'intervenante se réfère ensuite à l'avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique «concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté». On ne parle donc pas ici des patients «inconscients».

Il faut dès lors bien préciser dans quel cas de figure médicale et/ou juridique on se trouve lorsqu'on parle de la déclaration anticipée, et de la portée qu'elle pourrait avoir par rapport à un acte d'euthanasie.

Dans l'avis précité, les tenants des positions 2 et 3 sont extrêmement prudents. Ils disent clairement que par rapport à une demande écrite formulée par un patient conscient, une directive anticipée ne peut avoir le même poids. Cela paraît évident puisque, lorsque le patient est inconscient, on ne peut s'assurer que sa demande présente toutes les qualités énumérées à l'article 3.

D'ailleurs, ceux qui avaient, initialement, exclu de leurs propositions le patient inconscient, avaient indiqué, à raison, que l'évolution d'un individu était évidente lorsqu'il était conscient, et qu'elle ne pouvait plus être vérifiée ni constatée lorsqu'il était inconscient.

Cela montre à quel point les situations sont complexes et délicates, et que les concepts utilisés doivent donc être clairement définis.

Spreekster verwijst naar de hoorzitting met mevrouw Sabine Henry, die het over de Alzheimerpatiënten had.

Een lid merkt op dat in het voorliggend voorstel patiënten worden bedoeld die niet meer bij bewustzijn zijn en wier toestand onomkeerbaar is.

Vorige spreekster antwoordt dat ze wil dat men precies weet welke situaties worden bedoeld.

Als men het heeft over een voorafgaande wilsverklaring voor het geval dat een persoon zijn wil niet meer kan uiten, wat betekent dat dan juist?

Dat is iets anders dan een patiënt die niet meer bij bewustzijn is en wiens toestand onomkeerbaar is geworden. Een Alzheimerpatiënt kan op een bepaald ogenblik beantwoorden aan de eerste definitie, maar nooit aan de tweede.

Mevrouw Henry heeft gezegd: «Soms meldt het gezin me dat de patiënt verklaard heeft dat, wanneer hij het hoofd verliest, het leven geen waarde meer heeft voor hem. Nochtans zei ditzelfde gezin mij later dat zij verwonderd waren om de patiënt nog te zien lachen, te zien plezier hebben in het leven wanneer men hem sprak over zijn moeder of wanneer men hem naar zijn geboortehuis brengt. Heeft men het recht om deze patiënt te verhinderen plezier te hebben? (...). Dat is wat mij stoort en wat niet beantwoordt aan mijn geweten, als ik het zo mag zeggen. Ik heb de indruk dat we verscheurd worden door, enerzijds, de zin om tegemoet te komen aan het verzoek van de persoon die zich uitgedrukt heeft wanneer hij nog bewust was en, anderzijds, de karakterverandering van de persoon door het verloop van de ziekte. Deze karakterverandering is niet altijd negatief: een autoritair persoon kan heel zacht worden. (...). Men kan dus soms een spectaculaire verandering meemaken. Kan men deze richtlijn die uitgedrukt werd vooraleer de persoon geworden is wat hij vandaag is, als geldig beschouwen? Daar zit het probleem.

Men moet haast een onderscheid maken tussen het medische aspect en het verloop van de ziekte zelf en denken dat de situatie ondanks alles geleefd wordt door de persoon, in zijn emotie en in zijn diepste zijn. Waar moet men voortaan voorrang aan geven? Daar ligt de hele problematiek. Ik denk dat we dit nog niet goed uitgewerkt hebben, dat we niet genoeg ervaring hebben om te kunnen beslissen of de eerste wens van de persoon zal behouden of zal genegeerd worden.»

Op de vraag of men de wil van de patiënt volgt, heeft mevrouw Henry geantwoord: «Ik zou zeggen dat men probeert de wens van de patiënt te respecteren, maar men moet deze wens tegelijkertijd onderzoeken. Want wanneer men zich vergist in de perceptie van het verzoek, zou dit zeer ernstig kunnen zijn. We zitten dus een beetje vast, als ik het zo mag stellen.

L'intervenante se réfère à l'audition de Mme Sabine Henry, qui s'est exprimée au sujet des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Un membre fait observer que, dans la proposition à l'examen, on vise l'inconscience irréversible.

La précédente intervenante répond que son souci est que l'on sache exactement quelles situations sont visées.

Ainsi, lorsqu'on parle d'une déclaration anticipée pour le cas où une personne n'est plus apte à manifester sa volonté, qu'est-ce que cela signifie exactement?

Cela est différent d'un patient en état d'inconscience irréversible. Un patient «Alzheimer» pourrait peut-être, à un moment ou l'autre, répondre à la première définition, mais jamais à la seconde.

Mme Henry a déclaré: «Parfois, la famille me rapporte que le patient a déclaré que s'il perd la tête, la vie ne vaut plus rien pour lui. Pourtant, cette même famille me dit plus tard son étonnement de voir le patient rire encore, éprouver du plaisir à vivre lorsqu'on lui parle de sa mère ou qu'on le conduit à sa maison natale. A-t-on le droit d'empêcher les patients de connaître ces plaisirs? (...) C'est cela qui me met mal à l'aise et ne répond pas à mon appel de conscience. J'ai l'impression que nous sommes un peu déchirés entre, d'une part, l'envie de rencontrer le souhait de la personne qui s'est exprimée quand elle était consciente et, d'autre part, le changement de caractère de cette même personne en raison de la progression de la maladie. Ce changement de caractère n'est d'ailleurs pas toujours négatif: quelqu'un d'autoritaire peut devenir très doux. (...) On peut donc parfois assister à un changement très spectaculaire. Peut-on alors toujours considérer comme valable cette directive qui a été donnée avant que la personne devienne ce qu'elle est aujourd'hui? C'est là toute la question.

Il faudrait presque scinder l'aspect médical et le déroulement de la maladie en elle-même et se dire que, malgré tout, cette situation est vécue par la personne, dans son émotion et dans son être profond. Dès lors, où donner la priorité? C'est là que réside toute la difficulté. Je pense que nous n'avons pas encore suffisamment approfondi, que nous n'avons pas assez d'expérience pour pouvoir décider si la volonté première de la personne sera maintenue ou plutôt abandonnée.»

À la question de savoir si l'on suit la volonté du patient, Mme Henry a répondu: «Je dirais que l'on tente de respecter la volonté du patient mais, en même temps, on a besoin de la vérifier. Car, si on se trompait dans la perception de cette demande, ce serait extrêmement grave. Nous sommes donc un peu coincés, si j'ose dire. Nous sommes dans l'impossibilité de perce-

We kunnen deze wens onmogelijk waarnemen en vooral moeilijk controleren. Volgens mij is deze beslissing veel te belangrijk om te negeren of licht te behandelen. Het gaat altijd over het leven van iemand. Omdat de persoon dement is, wil dat nog niet zeggen dat hij geen waarde meer heeft. In dat opzicht kan er nog veel gezegd worden.»

In verband met de opvang van patiënten haalt mevrouw Henry het voorbeeld aan van Duitsland: «Daar is men tot daden overgegaan. Men heeft eerst de moeilijkheden en de behoeften van de persoon en zijn gezin erkend. Men stelt eerst een verzorgingstoe-lage voor aan het gezin. Dat kan de toelage houden wanneer het zelf de verzorging op zich neemt of het kan er een professionele verzorger mee betalen om het te doen. Duitsland zit misschien dus toch een beetje voor op ons. Ik denk dat de concrete benaderingen ook in deze richting moeten evolueren.»

Mevrouw Henry heeft ook de notie afhankelijkheidsvergoeding aangehaald, waarmee families bejaarde personen kunnen ondersteunen. Het politieke debat is nu aan de gang.

Spreekster voegt eraan toe dat zij op een aantal punten zal terugkomen bij de bespreking van het artikel.

Zij zet haar uiteenzetting voort en herinnert eraan dat artikel 4 dubbelzinnig is omdat de eerste paragraaf de voorafgaande wilsverklaring uitbreidt tot situaties die veel breder zijn dan het uitvoeren van euthanasie.

Spreekster vraagt zich af wat de eerste alinea van het artikel precies betekent en wat moet worden verstaan onder de woorden «sommige types van medische opvang».

Zij beklemtoont nogmaals dat deze bepaling en de verwijzing naar een gevolmachtigde strijdig zullen zijn met de voorstellen in het derde hoofdstuk van de conceptnota van mevrouw Aelvoet over de vertegenwoordiging van de patiënt.

Verschillende leden hebben gepleit voor het uitbreiden van het voorstel tot een tekst over begeleiding van het levenseinde, waarin euthanasie een plaats zou kunnen krijgen als een uitzondering. Deze tekst zou dan een veel algemener kader bieden voor een aantal patiëntenrechten zoals de fundamentele rechten op informatie en toestemming. De twee rechten komen trouwens voor in de conceptnota van mevrouw Aelvoet.

Hier vindt men deze continuïteit en logica niet terug.

Vandaag kan iedereen zijn wensen ten aanzien van bepaalde medische handelingen al op papier zetten.

Het komt er echter op aan dat dit in de logica van de patiëntenrechten een continuüm en een geheel vormt, gebaseerd op het recht op informatie.

voir et surtout de vérifier cette volonté. Je crois que cette décision est trop importante pour être négligée ou traitée à la légère. Il s'agit toujours de la vie d'une personne à part entière. Ce n'est pas parce qu'elle est démente qu'elle n'a plus de valeur. À cet égard, il y aurait beaucoup de choses à dire.»

Enfin, à propos de la prise en charge des patients, Mme Henry cite le cas de l'Allemagne: «Là-bas, on est passé aux actes. On a d'abord reconnu les difficultés et les besoins de la personne et de sa famille. On propose donc à la famille une allocation pour les soins. Celle-ci peut garder l'allocation si elle preste ces soins ou elle peut payer un professionnel pour le faire. L'Allemagne est donc peut-être un peu plus en avance. Je pense que les démarches concrètes devraient aussi aller dans ce sens-là.»

Mme Henry a également évoqué la notion d'allocation-dépendance, qui permet aux familles de soutenir les personnes âgées. Ce débat politique est en cours.

L'intervenante ajoute qu'elle reviendra sur quelques points plus précis au cours de la discussion de l'article.

Elle poursuit son exposé en rappelant l'ambiguïté qui, selon elle, caractérise l'article 4, en ce qu'il élargit, au § 1^{er}, la déclaration anticipée à des situations plus générales que le seul acte d'euthanasie.

L'intervenante se demande ce que vise exactement l'alinéa 1^{er} de l'article, et ce qu'il faut entendre par les mots «certains types de prise en charge médicale».

Elle souligne une fois encore que cette disposition, ainsi que la référence à un mandataire, vont entrer en contradiction avec les propositions formulées par Mme Aelvoet au chapitre III de sa note conceptuelle, qui concerne la représentation du patient.

Plusieurs membres avaient plaidé pour que l'on élargisse la proposition, en en faisant un texte relatif à l'accompagnement de fin de vie, où l'exception d'euthanasie pourrait trouver sa place, mais qui constituerait un cadre beaucoup plus général et plus global, où un certain nombre de droits du patient (dont les deux droits fondamentaux à l'information et au consentement) seraient prévus. Ces deux droits figurent d'ailleurs dans la note conceptuelle de Mme Aelvoet.

On ne retrouve ici ni cette continuité ni cette logique.

Aujourd'hui, chacun peut certes déjà exprimer par écrit ses souhaits par rapport à certains actes médicaux.

Il importe cependant, dans la logique des droits du patient, que cela forme un continuüm et un tout, ayant pour point de départ le droit à l'information.

Het is zinvol om een document op te stellen waarin de betrokkene zijn wensen te kennen geeft over zijn verzorging voor het geval hij wilsonbekwaam zou worden.

Het spreekt voor zich dat dit berust op de twee andere fundamentele rechten, het recht op informatie en het recht op toestemming.

Buiten deze context verliest het voorgestelde artikel 4 zijn betekenis.

Wat is de waarde van een voorafgaande wilsverklaring als de auteur niet op de hoogte is van de consequenties ervan?

Op een gegeven ogenblik zou er dus een gesprek moeten plaatsvinden tussen de betrokkene en de huisarts.

Spreekster betreurt overigens dat het begrip ontvoogde minderjarige hier opnieuw wordt ingevoerd. Daarmee wordt een bres geslagen in de redenering van de zes auteurs die juist voor de minderjarigen erg beperkend is.

Hierdoor zouden er enorme problemen kunnen ontstaan omdat geen rekening wordt gehouden met het Internationaal Verdrag inzake de rechten van het kind dat van toepassing is op kinderen tot 18 jaar en dat geen onderscheid maakt op grond van het begrip ontvoogding.

Ook de draagwijdte van de schriftelijke verklaring verdient aandacht. Zij mag niet dezelfde waarde hebben als een herhaald en duurzaam verzoek, geformuleerd in het kader van een diepgaande dialoog tussen de patiënt en zijn arts en met inachtneming van de voorzorgsmaatregelen waarin artikel 3 voorziet.

Zelfs een conform artikel 3 schriftelijk bevestigde verklaring heeft geen bindende waarde, want een arts mag altijd weigeren euthanasie toe te passen.

Een voorafgaande wilsverklaring kan enkel een aanwijzing zijn voor een geestesgesteldheid op een bepaald ogenblik wat in strijd is met het derde lid van het artikel, dat de indruk geeft dat ze bindend is.

Wat het tweede lid betreft, merkt spreekster op dat de woorden «dat een arts zijn leven beëindigt» verschillen van de bewoordingen waarin artikel 2 euthanasie definieert.

Spreekster is van oordeel dat de bewoordingen «als hij niet meer bij bewustzijn is en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is» beter thuishoren in artikel 4*bis*, omdat dit artikel de daad rechtvaardigt waarmee de arts gevolg geeft aan de voorafgaande wilsverklaring. Al is dit artikel, althans volgens spreekster, bijzonder onduidelijk geformuleerd.

Il y a un sens à prévoir la rédaction d'un document où la personne donnerait des indications sur ses souhaits quant à des soins lorsqu'elle ne serait plus capable de manifester sa volonté.

Il est toutefois évident que cela repose sur les deux autres droits fondamentaux déjà cités, à savoir le droit à l'information et le droit au consentement.

Sorti de ce contexte, l'article 4 proposé perd de son sens.

Que peut valoir une déclaration anticipée, si son auteur n'est pas informé des conséquences qu'elle pourrait avoir pour lui?

Il faudrait donc, à un moment donné, une discussion entre la personne et, de préférence, le médecin généraliste, à ce sujet.

L'intervenante regrette par ailleurs que l'on réintroduise ici la notion de mineur émancipé. Cela introduit une brèche dans le discours des six auteurs, qui se veut très limitatif par rapport aux mineurs.

Cet élément pourrait susciter d'énormes problèmes et ne tient pas compte de la Convention internationale des droits de l'enfant, qui s'applique aux enfants jusqu'à l'âge de 18 ans, et ne fait pas de différence sur la base de la notion d'émancipation.

Il faut s'interroger aussi sur la portée de la déclaration écrite en question. En effet, il ne faudrait pas qu'elle puisse avoir la même valeur qu'une demande répétée et persistante, formulée dans le cadre d'un dialogue approfondi entre patient et médecin, et entourée d'une série de précautions, telle que prévue à l'article 3.

Même une demande confirmée par écrit conformément à l'article 3 est d'ailleurs dépourvue de force contraignante, puisque le médecin peut toujours refuser de pratiquer l'euthanasie.

Une déclaration anticipée ne peut être qu'indicative d'un état d'esprit à un moment donné, contrairement à la manière dont est rédigé, en particulier, l'alinéa 3 de l'article, qui donne à penser qu'elle est impérative.

En ce qui concerne l'alinéa 2, l'intervenante observe que les termes «qu'un médecin interrompe sa vie» sont différents de ceux qui figurent à l'article 2 pour définir l'euthanasie.

Quant aux termes «s'il est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science», l'intervenante estime qu'ils devraient figurer à l'article 4*bis*, puisque c'est cet article qui, sous une forme que l'intervenante juge particulièrement ambiguë, légitimerait l'acte par lequel un médecin donnerait suite à une déclaration anticipée.

Met betrekking tot het derde lid van artikel 4 heeft een vorige spreker goed uitgelegd op welke bezwaren het gebruik van de term «gevolmachtigde» stuit.

Het begrip «vertrouwenspersoon» zou hier beter passen, temeer daar het ook in de discussie over de patiëntenrechten voorkomt en dat de rol van deze persoon, volgens spreekster, strikt beperkt moet blijven tot het inlichten van de arts over het bestaan van een voorafgaande wilsverklaring.

Hem een andere rol toevertrouwen zou veel te ver gaan. Op die manier zou de vertrouwenspersoon in de plaats van de patiënt worden gesteld, gezien de ernst van de ingreep een weinig comfortabele positie.

De huisarts, die de patiënt goed kent, zou bovendien eveneens als referentiepersoon moeten kunnen optreden.

Spreekster ziet het nut niet in van het vierde lid. Het ligt voor de hand dat de wilsverklaring op onverschillig welk ogenblik kan worden opgesteld. Het vervolg van dat lid hoort veeleer thuis in artikel 4*bis*.

Spreekster begrijpt niet goed wat de hypothese betekent, zoals bedoeld in de eerste zin van het vijfde lid, aangezien hier in principe personen worden bedoeld die nog bekwaam zijn om schikkingen te treffen en die hun wil te kennen geven voor het geval bepaalde omstandigheden zich zouden voordoen.

Mocht hiermee de fysieke onmogelijkheid om te ondertekenen worden bedoeld, dan moet dat ook expliciet worden vermeld.

Spreekster vindt de termijn van vijf jaar in het zesde lid veel te lang.

Als men in de wilsverklaring een aanduiding wil zien van een zekere wil van de patiënt, dan zou het, volgens de logica van het herhaald verzoek, verkieslijk zijn dat die verklaring regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks wordt herhaald.

Het zevende lid van het artikel is pertinent. Men moet er zich wel van bewust zijn dat deze intrekking niet dezelfde betekenis heeft als deze in artikel 3 omdat ze maar kan gebeuren tot juist vóór de patiënt het bewustzijn verliest.

Spreekster vindt het laatste lid, gelet op de draagwijdte van de wilsverklaring, veel te administratief.

Ze is van oordeel dat de wilsverklaring beter door de huisarts wordt bewaard. Deze formule getuigt tevens van meer eerbied voor de dialoog tussen arts en patiënt.

Door de voorafgaande wilsverklaring terug te brengen tot een zuiver administratieve handeling mist men niet alleen de dagelijkse realiteit, maar ook het buitengewoon persoonlijke en gevoelige karakter van de problematiek.

En ce qui concerne l'alinéa 3 de l'article 4, un précédent orateur a bien indiqué quelles objections soulève l'utilisation du terme «mandataire».

La notion de «personne de confiance» serait plus adéquate, d'autant plus que c'est celle qui apparaît dans la discussion sur les droits du patient et que, aux yeux de l'intervenante, le rôle de la personne en question doit strictement se limiter à faire valoir auprès du médecin l'existence de la déclaration anticipée.

Lui confier un autre rôle irait beaucoup trop loin. Ce serait se substituer à la volonté du patient et mettre la personne de confiance dans une situation inconfortable et anormale, compte tenu de la gravité de l'acte dont il s'agit.

En outre, le médecin généraliste, qui connaît le patient, devrait aussi pouvoir intervenir comme personne de référence.

Quant à l'alinéa 4, l'intervenante n'aperçoit pas l'utilité de la première phrase. Il va de soi que la déclaration peut être faite à tout moment. La suite de l'alinéa aurait davantage sa place à l'article 4*bis*.

L'intervenante ne comprend pas davantage le sens de l'hypothèse visée à la première phrase de l'alinéa 5, puisque l'on vise ici, en principe, des personnes qui sont encore capables de prendre des dispositions et qui font connaître leur volonté pour le cas où certaines circonstances se présenteraient.

Si l'on vise une incapacité physique de signer, il faudrait le prévoir explicitement.

Quant au délai de cinq ans visé à l'alinéa 6, l'intervenante le juge beaucoup trop long.

Si l'on veut que la déclaration soit indicative d'une certaine volonté du patient, et dans la logique d'une répétition de la demande, il serait préférable qu'elle soit confirmée de façon plus régulière, par exemple tous les ans.

L'alinéa 7 de l'article est pertinent. Il faut cependant avoir à l'esprit que la révocation dont il s'agit n'a pas la même portée que celle prévue à l'article 3 puisqu'elle ne pourra avoir lieu, au plus tard, que juste avant que le patient ne devienne inconscient.

Quant au dernier alinéa, l'intervenante le trouve beaucoup trop administratif par rapport à la portée de la déclaration anticipée.

Elle estime qu'une meilleure formule, plus respectueuse du dialogue médecin-patient qui doit s'instaurer à ce sujet, serait de prévoir, s'il devait y avoir déclaration anticipée, que ce soit le médecin généraliste du patient qui en soit le détenteur.

Faire de la déclaration anticipée un acte purement administratif lui paraît méconnaître la réalité de terrain et le caractère éminemment personnel et sensible de la question.

Een beroep doen op de diensten van het Rijksregister biedt evenmin garanties voor het privé-leven van de patiënt.

Meer in het algemeen herinnert spreekster eraan dat het Raadgevend Comité voor bio-ethiek een ruime consensus heeft bereikt over de erkenning van de wettigheid van een voorafgaande wilsverklaring, met een voorkeur voor de aanwijzing van een vertrouwenspersoon.

Het comité was van oordeel dat een dergelijke voorafgaande wilsverklaring geen bindend karakter kon hebben voor de arts.

Blijft dan de vraag hoe met een dergelijke wilsverklaring rekening kan worden gehouden.

Over dit onderwerp was het Comité voor bio-ethiek verdeeld.

Spreekster vestigt er de aandacht op dat artikel 4 nog veel meer dan artikel 3, een enorme, zelfs buitensporig grote macht geeft aan een arts van wie de handeling gewettigd kan worden terwijl de patiënt er niet meer is om is zijn wil te kennen te geven en er al heel wat tijd sedert de opstelling of bevestiging van de wilsverklaring is verstreken. Eigenlijk is die verklaring een blanco cheque voor de arts.

Wanneer patiënten nu niet meer bij bewustzijn zijn en die situatie onomkeerbaar is, treden de artsen in gesprek met de familie, stellen ze zichzelf ethische vragen en kunnen zij in geweten, op grond van de noodtoestand, van oordeel zijn dat de situatie van de patiënt bijvoorbeeld rechtvaardigt dat de behandeling progressief wordt afgebouwd.

Waar zal de arts in de toekomst staan als de patiënt in zulke omstandigheden geen voorafgaande wilsverklaring heeft opgesteld?

Spreekster besluit dat zij het eens zou kunnen zijn met een afzonderlijk artikel over de voorafgaande wilsverklaring voor alle handelingen van levensbeëindiging of voor alle handelingen waarvoor de patiënt niet langer in staat is zijn wil te kennen te geven en waarin ook de amendementen worden opgenomen over het recht op informatie, op toestemming en op onthouding van therapeutische hardnekkigheid.

Met betrekking tot de voorafgaande wilsverklaring met een euthanasieverzoek over alle handelingen die artsen vandaag in geweten stellen, met name op afdelingen voor intensieve verzorging, is het zaak te weten in welke juridische situatie de voorgestelde tekst de arts zou plaatsen.

Met betrekking tot artikel 4 stelt een lid vast dat er, enerzijds, een fundamenteel antagonisme bestaat ten aanzien van de problematiek van de euthanasie en dat er, anderzijds, aan een reeks opmerkingen zonder enige twijfel gevolg kan worden gegeven om de tekst te verbeteren.

Recourir aux services du Registre national ne garantit pas non plus la vie privée du patient.

De manière plus générale, l'intervenante rappelle que le Comité consultatif de bioéthique avait abouti à un large consensus sur la reconnaissance de la légitimité d'une directive anticipée, avec une préférence pour la désignation d'une personne de confiance.

Le comité considérait que cette directive anticipée ne pouvait avoir aucune valeur contraignante pour le médecin.

Restait la question de savoir comment prendre en compte une telle directive. Peut-elle oui ou non fonder une demande d'euthanasie?

Le Comité de bioéthique était partagé à ce sujet.

L'intervenante attire l'attention sur le fait que, dans l'article 4 beaucoup plus que dans l'article 3, on donne un pouvoir énorme, voire disproportionné, à un médecin, dont l'acte peut être légitimé, alors que le patient n'est plus là pour exprimer sa volonté, et qu'il peut s'être écoulé un temps assez long depuis la rédaction ou la confirmation de celle-ci. Il s'agit d'un véritable blanc-seing donné au médecin.

Aujourd'hui, face à des patients en état d'inconscience irréversible, les médecins ont des discussions avec la famille, ils s'interrogent sur le plan éthique et peuvent estimer en conscience, sur la base de l'état de nécessité, que la situation du patient justifie, par exemple, une désescalade thérapeutique.

À l'avenir, dans quelle situation se trouvera le médecin si, dans les mêmes circonstances, le patient n'a pas fait de déclaration anticipée?

L'intervenante conclut qu'elle pourrait s'inscrire dans la logique d'un article autonome traitant de la déclaration anticipée pour tous les actes de fin de vie ou tous les actes pour lesquels le patient ne serait plus en état de manifester sa volonté, et reprenant les amendements relatifs au droit à l'information, au droit au consentement et au non-acharnement thérapeutique.

Mais, pour une déclaration anticipée visant un acte d'euthanasie et par rapport à tous les actes que les médecins posent aujourd'hui en conscience, notamment dans les services de soins intensifs, la question doit être de savoir dans quelle situation juridique le texte envisagé placerait le médecin.

Un membre constate, par rapport à l'article 4, qu'il existe, d'une part, un antagonisme de fond par rapport à la problématique de l'euthanasie et, d'autre part, une série d'observations auxquelles il est sans doute possible de donner suite pour améliorer le texte.

Spreker herhaalt dat de wilsverklaring noch in artikel 3, noch in artikel 4 een bindende waarde heeft.

Vorige spreekster merkt op dat de patiënt in de context van artikel 4 zijn wil niet meer kan bevestigen.

Spreker stelt vervolgens vast dat sommige sprekers willen dat uitermate zorgvuldig te werk wordt gegaan om de zieke te beschermen maar tegelijkertijd kritiek hebben op het overdreven administratieve karakter van de stappen die moeten worden ondernomen.

Spreker gaat ervan uit dat de procedure tegelijkertijd voldoende waarborgen moet bieden voor de zieke en niet mag beletten dat hem een concreet antwoord wordt geboden.

Met beide eisen dient rekening te worden gehouden. Het voorstel bepaalt de voorwaarden waaronder het toepassen van euthanasie geen inbreuk op het strafrecht is.

Doel van het voorstel is niet alle problemen te regelen die zich kunnen voordoen.

De overgrote meerderheid van de artsen is van mening dat, ongeacht de gezondheidstoestand van de patiënt, een document van zijn hand voor hen een hulp betekent. («Geneeskundige houding in België ten aanzien van patiënt in permanent vegetatieve toestand» Dirickx, Cosman, Tijdschrift voor geneeskunde 1998; Globale resultaten berekend voor alle geneesheren, zonder rekening te houden met hun taal-aanhoorigheid (Studie van de KU Leuven). «Voor 64% van de artsen zou de meest doorslaggevende factor in de beslissing met voeding te stoppen (...) de voorafgaande wilsverklaring zijn of de voorheen door de patiënt informeel meegedeelde opvatting.»)

Spreker is van oordeel dat met dit uitermate belangrijke element rekening dient te worden gehouden. Een document van de hand van de patiënt kan een hulp betekenen voor de arts, ook in omstandigheden die met het huidige wetsvoorstel niets te maken hebben.

Iedereen stelt vast dat het onmogelijk is om een oplossing te vinden voor alle problemen die zich kunnen voordoen.

Anderzijds zullen de zes indieners op een zo precies mogelijke wijze bepalen onder welke omstandigheden euthanasie geen inbreuk op de strafwet is. Dat is de betekenis van het werk dat de verenigde commissies op dit ogenblik verrichten.

Voor al het overige en voor alle gevallen die niet in dit wetsvoorstel worden bedoeld, bestaat een wetgeving die niet werd gewijzigd.

Men kan debatteren over de vraag of het wenselijk is in een tekst, die specifiek aan euthanasie is gewijd,

Quant à la valeur de la déclaration, l'intervenant répète qu'elle n'est pas contraignante, que ce soit dans le cadre de l'article 3 ou de l'article 4.

La précédente intervenante observe que le problème est que, dans le cadre de l'article 4, le patient n'est plus là pour confirmer sa «volonté».

L'orateur poursuit en constatant que certains intervenants expriment à la fois la volonté d'une minutie importante assurant la protection du malade et une critique par rapport au caractère excessif et trop administratif des démarches qui doivent être accomplies.

L'intervenant considère qu'il s'agit simplement d'une procédure qui doit, à la fois donner des garanties suffisantes au malade et, dans le même temps, ne pas empêcher qu'une réponse soit donnée à ce dernier.

Ces deux impératifs doivent être pris en compte. La proposition définit les conditions dans lesquelles il n'y a pas d'infraction si une euthanasie est pratiquée.

Elle n'a pas pour objectif de régler tous les problèmes susceptibles de se présenter.

Enfin, une grande majorité de médecins considèrent, quelle que soit la situation de malade, que l'existence d'un document émanant de ce dernier les aide. («Attitude médicale en Belgique concernant les patients en état végétatif permanent», Dirickx, Cosman, «Tijdschrift voor geneeskunde 1998»; *Résultats globaux calculés pour l'ensemble des médecins, sans tenir compte de l'appartenance linguistique* (Étude émanant de la KUL): «Pour 64% des médecins interrogés, le facteur décisif le plus important pouvant influencer une décision d'arrêt de l'alimentation (...) serait la directive anticipée, ou l'opinion informelle antérieure donnée par le patient.»)

L'intervenant estime qu'il s'agit là d'un élément extrêmement important à prendre en considération. L'aide résultant pour le médecin de la rédaction d'un document par le patient peut d'ailleurs concerner des circonstances qui ne sont pas l'objet direct de la présente proposition de loi.

Chacun constate qu'il est impossible de régler l'ensemble des problèmes susceptibles de se poser.

D'autre part, les six auteurs veulent déterminer de la façon la plus précise possible les conditions dans lesquelles l'euthanasie ne représente pas une infraction. Telle est la portée du travail que les commissions réunies accomplissent actuellement.

Pour le surplus, et pour tous les cas qui ne sont pas visés par la proposition de loi, une législation existe, qui n'a pas été modifiée.

On peut discuter de la question de savoir s'il est souhaitable, dans un texte qui a trait de manière

ook andere problemen te behandelen, zoals in het eerste lid van het voorgestelde artikel 4 gebeurt.

De wenselijkheid van de invoeging van dit lid in het voorstel betwisten en tegelijkertijd eisen dat er algemene bepalingen over de rechten van de patiënt in worden opgenomen, is echter tegenstrijdig.

Vorige spreekster antwoordt dat er waarschijnlijk een consensus bestaat over het belang van de voorafgaande wilsverklaring, ook voor de patiënt, die aldus niet langer bevreesd hoeft te zijn voor bijvoorbeeld therapeutische hardnekkigheid.

Hier gaat het om iets anders: wat is de betekenis van zulk een wilsverklaring in een wetsvoorstel over euthanasie?

Een lid merkt op dat er een groot verschil is tussen enerzijds een wilsverklaring en anderzijds een «euthanasieverklaring». De wilsverklaring is immers precies bedoeld voor situaties waarin men zijn wil niet meer kan uiten en een dialoog tussen de arts en de patiënt derhalve onmogelijk is. Overigens beveelt de resolutie 1418 (1999) van de Raad van Europa dergelijke wilsverklaringen aan, zij het dat deze betrekking zouden moeten hebben op alle medische handelingen bij het levenseinde. Een «euthanasieverklaring» — dat wil zeggen een vraag om het toepassen van euthanasie wanneer deze of gene specifieke situatie zich zou voordoen — wordt door de resolutie evenwel expliciet verworpen. De door het amendement nr. 15 voorgestelde regeling lijkt eerder op een «euthanasieverklaring» dan op de wilsverklaring die door de Raad van Europa wordt voorgesteld.

Het lid wijst op enkele onduidelijkheden die er bestaan in het amendement nr. 15, waarop zij reeds eerder heeft gewezen. Cruciaal is echter de vraag op welke categorieën van mensen een wilsverklaring, zoals bedoeld in het amendement, kan worden toegepast. Met andere woorden: wat wordt precies bedoeld met de uitdrukking «niet meer bij bewustzijn»? In de normale medische praktijk worden hiermee mensen bedoeld die zich in een comateuze toestand bevinden. Uit publieke verklaringen van de indieners van het amendement nr. 15 blijkt evenwel dat men een veel ruimer toepassingsgebied beoogt, zoals onder meer de wilsonbekwamen, dementen die niet meer in staat zijn hun wil te vormen, en ook mensen die niet meer in staat zijn hun wil te uiten, zoals bijvoorbeeld mensen die een hersentumor hebben en hun spraakvermogen hebben verloren. De VZW «Recht op waardig sterven» verspreidt zogenaamde «levenstestamenten», waarin de volgende zinsnede staat:

«... indien mijn lichamelijke of mentale toestand dermate is afgetakeld dat er geen redelijke hoop op genezing meer is, dat op mij de 'optie C' — de actieve euthanasie — wordt toegepast. Ik beslis dit nu volledig vrij en bewust en ik verwacht van mijn omgeving

spécifique à l'euthanasie, de traiter d'autres aspects du problème, comme on le fait à l'alinéa 1^{er} de l'article 4 proposé.

Mais il est contradictoire de contester, d'une part, l'opportunité d'insérer cet alinéa dans la proposition, et de réclamer, d'autre part, que l'on y inscrive des dispositions générales sur les droits du patient.

La précédente intervenante répond qu'il y a probablement un consensus sur l'intérêt d'une déclaration anticipée, y compris pour le patient qui peut ainsi évacuer certaines peurs relatives, par exemple, à l'acharnement thérapeutique.

Ce que l'on discute ici est autre chose: dans le cadre d'une proposition de loi sur l'euthanasie, quelle est la portée de la déclaration en question?

Un membre fait remarquer qu'il y a une grande différence entre, d'une part, une déclaration anticipée et, d'autre part, une «déclaration d'euthanasie». En effet, la déclaration anticipée vise les situations dans lesquelles on ne peut plus exprimer sa volonté et où le dialogue entre le médecin et le patient est dès lors impossible. La résolution 1418 (1999) du Conseil de l'Europe recommande d'ailleurs de telles déclarations anticipées, lesquelles devraient concerner tous les actes médicaux en fin de vie. Une «déclaration d'euthanasie» — c'est-à-dire une demande d'application de l'euthanasie quand telle ou telle situation spécifique se produit — est néanmoins explicitement rejetée par la résolution. La réglementation proposée par l'amendement n° 15 ressemble davantage à une «déclaration d'euthanasie» qu'à la déclaration anticipée proposée par le Conseil de l'Europe.

Le membre souligne quelques imprécisions de l'amendement n° 15, qu'il a déjà signalées auparavant. Une question cruciale est de savoir à quelle catégorie de personnes peut s'appliquer une déclaration anticipée, telle que visée dans l'amendement. En d'autres termes, que veut dire exactement l'expression «ne plus être conscient»? Dans la pratique médicale courante, on vise les personnes se trouvant dans le coma. Il ressort de déclarations publiques des auteurs de l'amendement n° 15 que l'on envisage un champ d'application beaucoup plus étendu, comme entre autres les personnes incapables de manifester leur volonté, les déments qui ne sont plus à même de former leur volonté ainsi que les personnes qui ne sont plus en état d'exprimer leur volonté, par exemple, les personnes souffrant d'une tumeur au cerveau et ayant perdu l'usage de la parole. L'ASBL *Recht op waardig sterven* diffuse des «testaments de vie», dans lesquels on trouve les phrases suivantes:

«... si mon état physique ou mental est altéré au point qu'il n'y a plus d'espoir raisonnable de guérison, que 'l'option C', — l'euthanasie active — me soit appliquée. Je décide cela maintenant, étant entièrement libre et conscient, et j'attends de mon entourage

en mijn artsen de onvoorwaardelijke eerbiediging en uitvoering van deze wilsbeschikking.»

Spreekster verwijst ook naar een interview met een commissielid in *Het Belang van Limburg* van 20 juni 2000, waarin zij verklaart:

«... Ik hou niet zo van de term ‘euthanasie’; ik verkiez de woorden ‘humaan sterven’. Ik heb vastgelegd dat dit mijn verlangen is van zodra ik niet meer wilsbekwaam ben, als ik mijn vermogen tot zelfstandig handelen verlies, bijvoorbeeld door dement te worden, en als ik de beheersing over mijn lichaamsfuncties kwijt ben.»

Volgens deze passus heeft de wilsverklaring zeker niet enkel betrekking op de terminale fase, en kan ze ook worden toegepast wanneer de betrokken persoon dement is geworden. Men zou dus maximum 5 jaar op voorhand kunnen beslissen dat men nooit dement wil worden en vragen dat men op dat ogenblik actief het leven zou beëindigen. Dit heeft niets meer te maken met ondraaglijke pijn of met een medisch uitzichtloze situatie, zoals artikel 3 bepaalt.

Nochtans is uit de hoorzittingen, en in het bijzonder uit de getuigenissen van de Vereniging van Alzheimerpatiënten, gebleken dat bij dementen weliswaar de persoonlijkheid verandert maar dat zij niettemin bijzondere personen blijven die een eigen leefwereld hebben, met eigen verlangens en een eigen wijze van uitdrukken. De voorgestelde tekst veroordeelt echter deze patiënten op basis van een stuk papier dat zij ooit, in een gezonde toestand, hebben opgesteld. De vraag moet derhalve worden gesteld of dementie een voldoende grond tot euthanasie kan zijn, en of een stuk papier belangrijker wordt dan de beleving die een demente persoon nog heeft.

Een ander lid stelt vast dat men bij de bespreking van het wetsvoorstel euthanasie systematisch de discussie tracht uit te breiden tot thema's die niet echt iets met de inhoud en doelstellingen van het voorstel te maken hebben.

Eerst wilde men de discussies over de palliatieve verzorging vooraf voeren, nadien vond men dat er eerst een reeks elementen zoals de definitie van therapeutische hardnekkigheid en hulp bij moesten worden geregeld.

Nu roept men de conceptnota van mevrouw Aelvoet in.

Het ontwerp over patiëntenrechten zal eerst in de Kamer worden besproken en de Senaat zal het slechts kunnen onderzoeken als hij het evocert.

Spreeker vindt het bovendien verwonderlijk dat men het heeft over het ontwerp van mevrouw Aelvoet, terwijl het op dit moment om niet meer gaat dan een intentienota waarover de Kamer zich zal buigen na een reeks hoorzittingen. Nadien zal mevrouw Ael-

voet et de mes médecins le respect inconditionnel et l'exécution de cette volonté.»

L'intervenante se réfère également à une interview avec un commissaire dans «*Het Belang van Limburg*» du 20 juin 2000, dans lequel elle déclare:

«... Je n'aime pas tellement le terme ‘euthanasie’; je préfère les termes ‘mourir humainement’. J'ai signalé que tel serait mon souhait dès que je ne serais plus capable d'exprimer ma volonté, si je perdais mon autonomie, par exemple en devenant démente, ainsi que la maîtrise de mes fonctions physiques.»

Selon ce passage, la déclaration anticipée ne se rapporte certainement pas uniquement à la phase terminale et peut aussi être appliquée quand la personne concernée est devenue démente. On devrait donc pouvoir décider au maximum cinq ans à l'avance qu'on ne veut jamais devenir dément et demander qu'à ce moment-là il soit activement mis fin à la vie. Cela n'a plus rien à voir avec la douleur insupportable ou une situation médicale sans issue, comme prévu à l'article 3.

Cependant, les auditions, et en particulier les témoignages de l'Association des patients «*Alzheimer*», ont montré que, même si la personnalité des déments change, ils n'en restent pas moins des personnes extraordinaires vivant dans leur univers propre, ayant leurs propres désirs et leur façon spécifique de les exprimer. Le texte proposé condamne cependant ces patients sur la base d'un papier qu'ils ont rédigé lorsqu'ils étaient en bonne santé. Il faut dès lors se poser la question de savoir si la démence peut être un motif suffisant pour pratiquer une euthanasie et si un morceau de papier prime par rapport au vécu d'une personne démente.

Un autre membre constate que l'on essaie systématiquement, à propos de cette proposition de loi sur l'euthanasie, d'étendre le débat à tout ce qui n'appartient pas vraiment au contenu et à l'objectif de celle-ci.

On a d'abord voulu faire du débat sur les soins palliatifs un préalable, puis on a estimé qu'il fallait régler une série d'éléments comme la définition de l'acharnement thérapeutique, le suicide assisté, etc.

On invoque maintenant la note conceptuelle de Mme Aelvoet.

Tout d'abord, le projet sur les droits du patient sera discuté en premier lieu à la Chambre et le Sénat n'en connaîtra que s'il l'évoque.

En outre, l'intervenant trouve étonnant que l'on parle du «projet» de Mme Aelvoet alors qu'à l'heure actuelle, il ne s'agit que d'une note d'intentions, sur laquelle la Chambre va se pencher après avoir procédé à des auditions, après quoi Mme Aelvoet

voet de zaak opnieuw onderzoeken en eventueel een wetsontwerp over de patiëntenrechten indienen.

Tenslotte staat in de regeringsverklaring uitdrukkelijk dat de regering zich niet zal mengen in ethische discussies die tot de bevoegdheid van het Parlement behoren.

In dit geval zijn de voortdurende verwijzingen naar de intenties van de minister van Volksgezondheid dus niet relevant.

Voorts verwondert het de spreker dat sommigen van oordeel zijn dat een individu niet bij machte is zelf zijn wil te bepalen in het licht van zijn eigen opvattingen over waardigheid en dat hij steeds moet worden bijgestaan, meer bepaald door de behandelende arts.

Spreker is van oordeel dat elk individu vrij moet kunnen leven op welke manier hij zijn wil te kennen geeft.

Wat de waarde van de wilsverklaring betreft, herhaalt hij nogmaals dat dit een element is waarover de arts beschikt en dat hij dat moet aanvullen om andere stappen te ondernemen en inlichtigen in te winnen, zoals in artikel *4bis* wordt bepaald.

Spreker sluit zich aan bij de opmerking van vorige spreker over de tegenstrijdigheid in het standpunt dat enerzijds aan het systeem verwijdt dat het te administratief is, maar anderzijds wil dat de patiënt beter wordt bijgestaan.

Met betrekking tot de grotere macht die aan de arts zou worden gegeven als de patiënt niet langer bij bewustzijn is, herinnert spreker eraan dat de wilsverklaring slechts een van de elementen is waarover de arts beschikt. De arts kan altijd beslissen niet op het verzoek in te gaan, ongeacht of de patiënt nog bij bewustzijn is of niet.

Zoals gezegd, bepaalt artikel *4bis* dat een aantal voorwaarden vervuld moeten zijn. Nu legt geen enkele wet de arts ook maar de minste verplichting van die aard op. Redelijkerwijze kan men dus niet beweren dat de voorgestelde tekst een blanco cheque voor de arts is.

In antwoord op een vorige spreker die geciteerd heeft uit de toelichting bij één van zijn vroegere wetsvoorstellen, waarin hij de motieven heeft uiteengezet waarom het hem niet wenselijk leek een wet te maken over de voorafgaande wilsverklaring, geeft spreker nu graag toe dat zijn standpunt is geëvolueerd en dat het hem wenselijk lijkt rekening te houden met de evolutie die zich ook in de samenleving heeft voorgedaan.

Destijds is niet gedacht aan een geregelde vernieuwing van de wilsverklaring en vond spreker een eenmalige verklaring te gevaarlijk, omdat die eventueel onder de druk van omstandigheden zou kunnen

réexaminera la question, avant de déposer éventuellement un projet de loi sur les droits du patient.

Enfin, la déclaration gouvernementale prévoit expressément que le gouvernement n'interférera pas dans les débats éthiques, qui sont du ressort du Parlement.

La référence permanente aux intentions de la ministre de la Santé publique n'est donc pas pertinente en l'occurrence.

Pour le surplus, l'intervenant s'étonne que certains considèrent qu'un individu n'est pas à même de déterminer lui-même ses volontés, en fonction de la conception qu'il a de sa propre dignité, et qu'il faudrait toujours qu'il soit encadré pour ce faire, notamment par le médecin traitant.

L'intervenant estime qu'il faut laisser à chaque individu sa liberté quant à la manière dont il conçoit sa déclaration de volonté.

En ce qui concerne la valeur de la déclaration, il répète une fois encore qu'il s'agit d'un élément que le médecin a en sa possession et qu'il doit d'ailleurs compléter par une série d'autres démarches et informations prévues à l'article *4bis*.

Enfin, l'intervenant se rallie à l'observation d'un précédent orateur, qui a relevé le caractère contradictoire de la position qui consiste, d'une part, à faire grief au système proposé d'être trop administratif, et, d'autre part, à vouloir que la démarche du patient soit davantage entourée.

Quant au pouvoir plus important qui serait donné au médecin dans le cas où le patient est inconscient, l'intervenant rappelle que la déclaration ne constitue qu'un élément en possession du médecin. Celui-ci peut, que le patient soit conscient ou inconscient, décider de ne pas faire droit à la demande.

En outre, comme déjà indiqué, l'article *4bis* exige le respect d'un certain nombre de conditions. À l'heure actuelle, aucune loi ne prévoit la moindre obligation de ce genre à l'égard du médecin. On ne peut donc raisonnablement soutenir que le texte proposé donne un blanc-seing au médecin.

Enfin, répondant à un précédent orateur qui avait cité les développements précédant l'une de ses propositions de loi antérieures, et où il exposait les motifs pour lesquels il ne lui semblait pas opportun de légiférer sur la déclaration anticipée, l'intervenant admet volontiers qu'il a évolué, et qu'il lui paraît souhaitable de tenir compte de l'évolution qui s'est fait jour également dans la société.

En outre, à l'époque, l'idée d'un renouvellement périodique de la déclaration n'avait pas été envisagée, et l'intervenant trouvait trop dangereux une déclaration unique, qui aurait été rédigée, éventuellement,

zijn opgesteld en geen rekening zou hebben gehouden met een mogelijke evolutie van de persoon.

De nu voorgestelde termijn van vijf jaar lijkt hem redelijk.

Voorts is het waarschijnlijk dat amendementen zullen worden ingediend op artikel 4 om tegemoet te komen aan de pertinente opmerkingen van verschillende commissieleden.

Een lid verklaart dat hij positief staat tegenover een voorafgaande wilsverklaring, omdat ze ervan getuigt dat de betrokkene vooraf heeft nagedacht over zijn leven en dood, en dus een hulp kan zijn bij de medische besluitvorming.

Als een dergelijke wilsverklaring bestaat, ziet men nu al moeilijk in hoe een arts ze naast zich zou kunnen neerleggen.

Het eerste lid van het voorgestelde artikel 4 is gebaseerd op de patiëntenrechten in een algemene context. Waarom heeft men deze logica niet voor het geheel van de tekst aanvaard?

Waarom wordt deze benadering vervolgens beperkt door termen als «kan» en «voor bepaalde medische handelingen»?

Het ligt voor de hand dat een patiënt niet over een toestemming moet beschikken om in zijn voorafgaande wilsverklaring te schrijven wat hij maar wenst.

Dreigt de manier waarop de tekst nu is geformuleerd niet de indruk te wekken dat de problematiek wordt omgekeerd, doordat hij laat doorschemeren dat sommige wensen over de verzorgingswijze niet kunnen worden geuit?

Het is toch de bedoeling dat de arts met de voorafgaande wilsverklaring rekening houdt.

Is het woord «kan» niet aan de arts gericht en zou de tekst dus niet wat duidelijker moeten worden geformuleerd?

Het zevende lid van het bij amendement nr. 15 voorgestelde artikel 4 bepaalt dat de wilsverklaring op elk moment kan worden ingetrokken.

Spreker vraagt zich af of intrekking in dit geval wel de gepaste rechtsfiguur is.

De herroeping of intrekking is eigenlijk een wijze van ontbinden eigen aan de contracten om niet, zoals de schenking; volgens professor Pierre Van Ommeslaghe is er sprake van herroeping of intrekking wanneer een voordeel wordt onttrokken aan een persoon die dat voordeel put uit een contract om niet.

Het ligt echter voor de hand dat hier geen sprake is van een contract. De voorafgaande wilsverklaring is geen contract, maar een eenzijdige wilsuiting.

Welke waarde heeft een dergelijke wilsuiting?

sous le coup des circonstances, et n'aurait pas tenu compte de l'évolution possible de la personne.

Le délai de cinq ans actuellement proposé lui paraît raisonnable.

Pour le surplus, il est probable que des amendements seront déposés à l'article 4, pour rencontrer les observations pertinentes formulées par plusieurs membres.

Un membre se déclare favorable à une déclaration anticipée, qui témoigne d'une réflexion préalable d'une personne sur sa vie et sa mort, et qui constitue une aide à la décision médicale.

Aujourd'hui, déjà, on voit mal comment un médecin pourrait faire fi d'une telle déclaration, lorsqu'elle existe.

En ce qui concerne l'article 4 proposé, l'alinéa premier part des droits du patient et d'un contexte global. Pourquoi, alors, ne pas avoir adopté cette logique pour l'ensemble du texte?

Pourquoi, ensuite, limiter cette approche, par exemple par les termes «peut» et «pour certains types de prises en charge»?

Il semble évident que le patient n'a pas besoin d'une autorisation pour indiquer tout ce qu'il souhaite dans sa déclaration anticipée.

La rédaction du texte ne risque-t-elle pas de donner l'impression d'une inversion de la problématique, laissant à entendre que certains souhaits sur la façon de soigner ne pourraient être exprimés?

Or, le but est que le médecin prenne en compte la déclaration anticipée.

Le terme «peut» ne s'adresse-t-il pas au médecin et, dès lors, le texte ne devrait-il pas être formulé plus clairement?

En ce qui concerne la révocation, l'alinéa 7 de l'article 4 proposé par l'amendement n° 15 stipule qu'elle peut intervenir à tout moment.

L'intervenant se demande si la révocation constitue en l'occurrence la figure juridique adéquate.

En effet, s'il s'agit d'un mode de dissolution propre aux contrats à titre gratuit, comme la donation, il y a révocation, selon le professeur Pierre Van Ommeslaghe, lorsqu'une personne se voit retirer un avantage qu'elle tient d'un contrat à titre gratuit.

Or, il est évident qu'il n'est pas question de contrat. La déclaration anticipée n'est pas un contrat, mais une manifestation unilatérale de volonté.

Quant à la manifestation de volonté, quelle est sa valeur?

Een voorgaande spreker heeft daarop de nadruk gelegd: zowel het voorafgaand verzoek als de voorafgaande wilsverklaring zijn een hypothese, een uitgangspunt, een voorwaarde voor het euthanasieproces en geen eenzijdige juridische akte, aangezien de patiënt zich niet verbindt, verplichtingen aangaat, maar wel zijn wil te kennen geeft.

Noch de verklaring, noch het verzoek op zich leggen de arts een verplichting op. Als de geldigheid wordt betwist, dan betreft het de geldigheid van de euthanasie zelf, van de beslissing van de arts en niet van de context waarin de patiënt zijn verzoek heeft geformuleerd of van het verzoek zelf.

Spreker is dus van oordeel dat de tekst duidelijker moet worden geformuleerd en dat hierbij rekening dient te worden gehouden met de suggesties die bij de bespreking ervan werden gedaan.

Met haar conceptnota zet mevrouw Aelvoet het werk voort dat de heer Colla al enige tijd geleden heeft aangevat; het is spijtig dat de verenigde commissies daarover niet langer hebben kunnen discussiëren.

De minister is evenwel ook gebonden door de regels van het parlementaire werk. Zelf had ze graag gehad dat beide assemblees de problematiek samen grondig hadden besproken, maar dat was niet mogelijk.

Een ander lid verklaart uit de hoorzittingen te hebben geleerd dat veel artsen het nuttig vinden over een schriftelijk document met aanwijzingen van de patiënt te beschikken voor het geval deze laatste zich niet meer kan uitdrukken. Ze hebben allemaal verklaard dat een dergelijk document nuttig is met het oog op het stopzetten of het niet toepassen van de behandeling. Bijzonder weinig artsen hadden het over euthanasie in de strikte betekenis van het woord.

Het probleem rijst vooral met personen die in vegetatieve toestand leven.

Spreekster heeft het reeds geciteerde artikel uit de Lancet herlezen en heeft er zes of zeven medische handelingen in gevonden die vallen onder de «ending of life decision».

Men moet het toepassingsgebied van het voorgestelde artikel dus goed aflijnen.

Het schijnt de bedoeling te zijn zich uitsluitend op de euthanasie te richten, met uitsluiting van het stopzetten of het niet toepassen van een behandeling en met uitsluiting van iedere handeling die de dood als neveneffect heeft.

Spreekster zegt ervan overtuigd te zijn dat een medische wetgeving over alle beslissingen die niet neerkomen op euthanasie, op dit ogenblik veel nuttiger is dan een strafrechtelijke tekst over de mogelijkheid euthanasie toe te passen wanneer een patiënt niet langer bij bewustzijn is.

Un précédent orateur y a insisté, la demande aussi bien que la déclaration anticipée constituent des hypothèses, des points de départ, des conditions du processus euthanasique, et non des actes juridiques unilatéraux, car il ne s'agit pas pour le patient de s'engager, de se donner des obligations, mais bien d'exprimer sa volonté.

Ni la déclaration, ni la demande ne créent elles-mêmes une obligation pesant sur le médecin. Si question de validité il y a, elle portera sur l'euthanasie elle-même, sur la décision du médecin, et non sur le contexte d'émergence de la demande du patient, ni sur la demande elle-même.

L'intervenant estime donc que la rédaction du texte devrait être clarifiée et tenir compte de plusieurs suggestions formulées dans le cadre de la discussion.

Quant à la note conceptuelle de Mme Aelvoet, il s'agit de la poursuite d'un travail initié par M. Colla voici déjà un certain temps, et il est dommage que les commissions réunies n'aient pu en débattre plus longuement.

Cependant, la ministre est aussi liée par les contraintes du travail parlementaire. Elle-même avait souhaité que les deux assemblées puissent examiner ensemble cette problématique en profondeur, mais cela n'a pas été possible.

Un autre membre dit avoir retenu des auditions que beaucoup de médecins estiment utile de disposer d'un document écrit fournissant des indications pour le cas où le patient ne pourrait plus s'exprimer. Tous ont dit qu'un tel document était utile dans une optique d'arrêt de traitement ou d'abstention de traitement. Très peu ont mentionné l'euthanasie au sens strict.

Le problème concerne essentiellement les personnes qui vivent en état végétatif.

L'intervenante a relu l'article déjà cité du Lancet et y a trouvé six ou sept actes médicaux entrant dans la «ending of life decision».

Il faut donc bien cerner le champ d'application de l'article proposé.

Il semble que le but soit de viser exclusivement l'euthanasie, à l'exclusion de l'arrêt ou de l'abstention de traitement et de tout acte ayant pour effet secondaire d'entraîner le décès.

Or, l'intervenante se dit convaincue que ce qui est actuellement le plus utile, c'est une législation d'ordre médical sur toutes les décisions qui ne sont pas des euthanasies, plutôt qu'un texte de droit pénal sur la possibilité de pratiquer l'euthanasie, lorsqu'un patient est inconscient.

Spreekster verwijst naar de Deense wet over de patiëntenrechten en naar het hoofdstuk «Levens-einde» van die wet waarin het levenstestament expliciet wordt vermeld en een veel bindender karakter heeft dan wat hier wordt voorgesteld, wanneer het gaat om de wil van de patiënt inzake het stopzetten of het niet toepassen van een behandeling.

Dit onderscheid is volgens spreekster absoluut noodzakelijk.

Wanneer men enkel een wet maakt over de euthanasie op grond van het levenstestament, dan beoogt men uitsluitend volkomen particuliere gevallen met een nog veel marginaler karakter dan in het kader van artikel 3.

Deze werkwijze dreigt de situatie nog te compliceren en roept in de medische wereld meer en meer vragen op over de werkbaarheid van de tekst (zie amendement nr. 287).

In antwoord op een vorige spreker verklaart een lid dat zij nooit heeft beweerd dat de mensen niet in staat zijn welk document dan ook op te stellen.

De vraag is welke waarde men aan zulk een document hecht en of veel mensen gebruik zullen maken van de mogelijkheid om een verklaring op te stellen.

In landen waar deze mogelijkheid bestaat, heeft men de ervaring dat slechts zeer weinig mensen er een beroep op doen.

Wat men ook mag zeggen, de meerderheid van de mensen, ook als ze over de nodige intellectuele capaciteiten beschikken, achten zich niet in staat om met een huisarts of in het ziekenhuis een dialoog van gelijke tot gelijke te voeren.

De samenleving is ook veel multicultureler geworden, wat de communicatie niet noodzakelijk vergemakkelijkt.

Het pleidooi voor de autonomie en de bekwaamheid van de patiënt op dit terrein houdt geen rekening met de realiteit en onderschat de macht van de arts in het algemeen en in het ziekenhuis in het bijzonder.

Spreekster heeft weliswaar verklaard dat het voorgestelde systeem voor de patiënten die niet langer bij bewustzijn zijn, een blanco cheque geeft aan de arts, maar zij preciseert dat zij wilde beklemtonen dat de arts die ten aanzien van een dergelijke patiënt in geweten handelt, daarover rekenschap moet afleggen voor het gerecht en dat zijn handeling eventueel onder het begrip noodtoestand kan vallen.

Als men in deze materie wetgevend optreedt, dan wijzigt men de situatie fundamenteel en creëert men voor de patiënt die niet langer bij bewustzijn is een onduidelijk situatie. Wat zal er immers gebeuren met de stopzetting van een behandeling, die door sommigen als een vorm van euthanasie wordt beschouwd?

L'intervenante se réfère à la loi danoise sur les droits du patient, et à son chapitre «Fin de vie», où l'on parle du testament de vie de façon explicite, en lui donnant une valeur plus contraignante que ce qui est envisagé ici, lorsqu'il s'agit de la volonté du patient dans le cadre d'un arrêt de traitement ou d'une abstention de traitement.

Cette distinction est absolument nécessaire aux yeux de l'intervenante.

Si on ne légifère que sur l'euthanasie au départ du testament de vie, on ne vise que des cas tout à fait particuliers, et plus marginaux encore que dans le cadre de l'article 3.

Une telle façon de procéder risque de compliquer encore les choses et suscite de la part du monde médical de plus en plus de questions sur le caractère praticable du texte (*cf.* l'amendement n° 287).

Un membre déclare, en réponse à un précédent intervenant, qu'elle n'a jamais prétendu que les gens seraient incapables de rédiger des documents, quels qu'ils soient.

Le problème réside dans la valeur que l'on accorde à ce type de document et dans la question de savoir si beaucoup de gens feront usage de la possibilité de le rédiger.

Il semble résulter de l'expérience des pays où cette possibilité existe que très peu de personnes y ont recours.

Quoi qu'on en dise, la plupart des gens, même s'ils disposent des capacités intellectuelles pour le faire, ne se sentent pas, face à un médecin généraliste ou à l'hôpital, en situation de mener un dialogue d'égal à égal.

La société est aussi devenue beaucoup plus multiculturelle, ce qui ne facilite pas nécessairement la communication.

Plaider à tout prix l'autonomie et la capacité du patient en la matière, c'est faire fi de la réalité de terrain, et sous-estimer le pouvoir des médecins, en particulier à l'intérieur des hôpitaux.

Quant à l'opinion exprimée par l'intervenante, et selon laquelle le système proposé pour les patients inconscients donnerait un blanc-seing au médecin, elle précise qu'elle a voulu souligner qu'à l'heure actuelle, le médecin qui, en conscience, agit à l'égard d'un tel patient doit en rendre compte devant la justice et pourra se voir appliquer la notion d'état de nécessité.

Si l'on légifère en la matière, on modifie fondamentalement la situation, et l'on crée par rapport au patient inconscient une situation ambiguë. Qu'advient-il en effet de l'arrêt thérapeutique, que certains considèrent comme une forme d'euthanasie?

Opgemerkt wordt dat sommige artsen onlangs precies om die reden werden aangeklaagd in omstandigheden waarover de pers heeft bericht.

De vorige spreekster antwoordt dat de inhoud van deze dossiers niet bekend is.

Men had beter een wettekst gemaakt die de artsen te respecteren richtlijnen biedt voor de begeleiding bij het levenseinde, wanneer er talrijke belangrijke beslissingen moeten worden genomen.

Een lid begrijpt niet waarom de helderheid van geest van de patiënt ten overstaan van de arts wordt onderschat.

Dit is zeker absurd in het geval van een wilsverklaring aangezien het daarbij niet gaat om een bedlegerige zieke. De persoon in kwestie is gezond en bij bewustzijn.

De vorige spreekster aarzelde overigens niet om een dialoog voor te stellen tussen de patiënt en zijn behandelende geneesheer.

Er bestaat dus een klaarblijkelijke contradictie tussen de verschillende argumenten die ze heeft aangehaald.

Het is niet verwonderlijk dat er momenteel zeer weinig wilsverklaringen zijn aangezien geen enkele wetgeving deze verklaringen officieel erkent.

Iedereen moet bovendien het recht hebben zich bij het opstellen van zo'n document te laten bijstaan door de raadgevers die hij zelf kiest. De wet mag hiervoor geen vooropgesteld en verplicht kader opleggen.

Een lid is het ermee eens dat alles in het werk moet worden gesteld om de inhoud van de relatie vast te stellen tussen de zieke en de arts en tussen elke burger en al wie over hem een vorm van gezag uitoefent.

De macht van de medische wereld is een realiteit. Het is de inhoud van die relatie die die macht in bijzondere omstandigheden mogelijk maakt.

Eenzijds pleit men voor het herstel van de inhoud van de relatie, terwijl men ditzelfde argument gebruikt om de mogelijkheid tot het opstellen van een wilsverklaring aan te vechten. Dat is paradoxaal.

Deze verklaring is nochtans de uitdrukking van de wil van de zieke en dus één van de elementen van de relatie waarvan sprake is.

Als men echter te ver gaat, bijvoorbeeld inzake het vertellen van de waarheid en het verstrekken van informatie, dan loopt men het risico het evenwicht te

Il est fait observer que c'est là la raison pour laquelle certains médecins ont été récemment inculpés, dans des circonstances qui ont été relatées par la presse.

La précédente intervenante réplique que l'on ne connaît pas le contenu de ces dossiers.

On eût été mieux inspiré de prévoir une législation permettant d'indiquer, pour les médecins, des lignes directrices à respecter dans le cadre général de l'accompagnement de fin de vie, où de nombreuses décisions difficiles doivent être prises.

Un membre ne comprend pas que l'on veuille sous-estimer la capacité de clairvoyance du patient par rapport au médecin.

Cela est d'autant plus absurde qu'en ce qui concerne la déclaration anticipée, on ne se trouve pas dans une situation où le malade est «couché» et le médecin «debout». Au contraire, la personne est consciente et debout.

La précédente intervenante n'a d'ailleurs pas hésité, ensuite, à suggérer un dialogue entre le patient et son médecin traitant.

Il existe donc une contradiction évidente entre les divers arguments qu'elle invoque.

Quant au fait qu'il y a actuellement très peu de déclarations anticipées, cela est évident, puisqu'aucune législation ne leur confère une reconnaissance officielle.

Pour le surplus, chacun doit pouvoir s'entourer des conseillers qu'il veut pour rédiger un tel document, et il ne faut pas imposer par la loi un encadrement prédéfini et obligatoire.

Un membre s'accorde avec l'idée qu'il faut mettre tout en œuvre pour rétablir les termes de l'échange entre le malade et le médecin et, de façon générale, entre chaque citoyen et quiconque exerce sur lui une forme de pouvoir.

Le pouvoir médical est une réalité. Il faut cependant que ces termes de l'échange rendent celui-ci possible, dans des circonstances qui sont particulières.

Le paradoxe est que l'on plaide pour le rétablissement des termes de l'échange, tout en utilisant cet argument pour critiquer la possibilité d'établir une déclaration anticipée.

Or, celle-ci est l'expression de la volonté d'un malade et donc l'un des éléments de l'échange en question.

D'autre part, si l'on va trop loin, par exemple en ce qui concerne la vérité, l'information, etc., on risque d'aboutir à un déséquilibre et de créer des situations

verstoren en situaties te doen ontstaan waarbij de arts geneigd is geen verantwoordelijkheid of initiatief te nemen.

De spreker is ervan overtuigd dat de manier waarop een individu zijn eigen bestaan en zijn eigen dood ziet, niet noodzakelijkerwijze wordt bepaald door zijn intellectuele vorming of zijn sociale toestand. Dit zou immers betekenen dat de vrijheid die men op dat vlak heeft, aan een zeer beperkt deel van de bevolking is voorbehouden.

De spreker deelt deze elitaire opvatting niet.

Het inzicht van een zieke in zijn eigen toestand is niet gebonden aan zijn schoolopleiding, maar heeft wel te maken met de manier waarop hij wordt ingelicht door degene die met die informatieplicht is belast.

De spreker weet uit ervaring dat vele zieken en hun gezinnen, ongeacht hun toestand en hun opleiding, vaak met onaanvaardbare situaties worden geconfronteerd.

Men kan niet tegelijk vragen dat alle problemen die te maken hebben met het levenseinde worden aangepakt en zeggen dat dit onmogelijk is.

De spreker vindt dat niet alle situaties die te maken hebben met het levenseinde in een wettekst kunnen worden behandeld.

Het voorstel blijft daarom beperkt tot de problematiek van de euthanasie en definieert de voorwaarden waaronder euthanasie niet als een misdrijf wordt beschouwd, terwijl de huidige wetgeving en de mogelijkheid om de noodtoestand in te roepen, in andere gevallen behouden blijft.

Een vorige spreker constateert dat op het merendeel van de vragen en de bezwaren die hij reeds naar voor heeft gebracht geen antwoord wordt gegeven door de indieners van amendement nr. 15.

Ten gronde, meent hij dat de discussie bijzonder mistig is omdat de wilsverklaring voortdurend wordt verward met de euthanasieverklaring. Hij is het eens met een vorige spreekster, die heeft gesteld dat het beter ware geweest een algemeen wettelijk kader uit te werken voor de wilsverklaring. De precisering van de omstandigheden waarin men niet meer in staat is zijn wil uit te drukken voor andere beslissingen dan euthanasie kan immers bijzonder zinvol zijn. Dergelijke wilsverklaringen bestaan overigens in andere landen, waar euthanasie nochtans uitdrukkelijk verboden is. Hier is echter sprake van een euthanasieverklaring, vermits het helemaal niet gaat om een medische handeling.

Bovendien meent het lid dat in deze aangelegenheid vaak ten onrechte met grote beginselen wordt gegooid. Volgens de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 en van amendement nr. 15 is het immers

où le médecin serait tenté de ne pas prendre de responsabilité ou d'initiative.

L'intervenant a la conviction que la manière dont un individu peut envisager sa propre existence et sa propre mort n'est pas nécessairement déterminée par son niveau de formation intellectuelle ou sa situation sociale, car sinon, cela signifierait que la liberté que l'on peut avoir en la matière serait réservée à une catégorie très limitée de la population.

L'intervenant ne partage pas cette approche élitiste des choses.

Si l'éclairage dont un malade peut disposer n'est pas nécessairement lié à sa certification scolaire, il l'est, par contre, à la capacité d'explicitation de la situation par celui qui est chargé d'informer.

Par expérience, l'intervenant sait que beaucoup de familles et de malades, quelle que soit leur situation et leur formation, ont été et sont confrontés à des situations tout à fait inacceptables.

Quant à traiter tous les problèmes de fin de vie, on ne peut à la fois demander cela et dire qu'il est impossible de le faire.

L'intervenant pense pour sa part que l'on ne peut traiter dans un texte législatif de l'ensemble des situations qui concernent la fin de vie.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la proposition se limite à la problématique de l'euthanasie et définit les conditions dans lesquelles elle ne constitue pas une infraction, étant entendu que dans les autres cas, la législation actuelle et la possibilité d'appliquer la notion d'état de nécessité, subsistent.

Un intervenant précédent note qu'aucune réponse n'a été donnée par les auteurs de l'amendement n° 15 à la plupart des questions et objections qu'il a déjà formulées.

Sur le fond, il estime que la discussion est particulièrement nébuleuse parce que la déclaration anticipée est continuellement confondue avec la déclaration d'euthanasie. Il est d'accord avec un orateur précédent, selon lequel il aurait été préférable d'élaborer un cadre légal général pour la déclaration anticipée. L'explicitation des circonstances dans lesquelles on n'est plus en état de manifester sa volonté pour d'autres décisions que l'euthanasie peut être particulièrement significative. De telles déclarations existent d'ailleurs dans d'autres pays, où l'euthanasie est pourtant expressément interdite. Il est cependant question ici d'une déclaration d'euthanasie, puisqu'il ne s'agit nullement d'un acte médical.

De plus, le membre estime que dans cette matière on jongle souvent à tort avec de grands principes. Selon les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 et de l'amendement n° 15, c'est le droit à l'autodétermi-

het zelfbeschikkingsrecht van de betrokken persoon dat centraal staat, in het kader van de menselijke autonomie. Niets is echter minder waar. Wanneer het zo is dat een derde persoon ertoe verplicht wordt de wil van een burger te volgen, is er geen sprake van autonomie maar van heteronomie: de wil van de ene is het bevel aan de andere. Hier is evenmin sprake van een conflict tussen twee vrijheden. Een geneesheer is immers niet zomaar vrij om al of niet in te gaan op het verzoek van een persoon om hem te doden. Echte vrijheid is de vrijheid in verantwoordelijkheid, waarbij men moet rekening houden met het wettelijk kader dat niet louter is gestoeld op private verlangens maar ook op de maatschappelijke weerslag.

Het lid merkt op dat uit persartikelen is gebleken dat de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 en van amendement nr. 15 een nieuw hoofdamendement hebben voorbereid dat de voorgestelde artikelen 4 en *4bis* zou vervangen. Mochten deze verklaringen aan de pers kloppen, dan zal spreker de nodige tijd vragen om het amendement ten gronde te bestuderen en om hierop eventueel subamendementen in te dienen.

Een lid verwijst naar de algemene toelichting die bij artikel 4 van voorliggend wetsvoorstel werd gegeven, die reeds gebeurde in het licht van amendement nr. 15, dat door de indieners van het voorstel werd ingediend na de hoorzittingen (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 15).

Niettemin meent zij dat tijdens de algemene bespreking van artikel 4 verschillende terechte vragen werden gesteld en opmerkingen werden gemaakt waarmee volgens de indieners dient rekening te worden gehouden. Zij kondigt dan ook de neerlegging aan van nieuwe amendementen, die in de plaats komen van amendement nr. 15. Volgens een van die amendementen zal artikel 4 uit twee paragrafen bestaan (zie *infra*, amendementen nrs. 291, 292 en 400).

De idee van de wilsbeschikking blijft evenwel centraal staan in dit amendement. De mensen moet immers de gelegenheid worden geboden om op voorhand hun wil te kennen te geven, wanneer men weet dat sommige ongeneeslijk zieken, die vaak niet meer bij bewustzijn zijn, in mensonterende omstandigheden overlijden. Vaak is geopperd, in opiniestukken en elders, dat de wilsverklaring een element kan zijn om te komen tot een juiste medische beslissing. Uit de praktijk blijkt dat de intentie van de betrokken persoon om over zijn eigen lot te beschikken vaak groeit na het meebeleven van of het medelijden met bepaalde situaties die door een patiënt worden ervaren.

Het argument, dat niet alle patiënten aan dezelfde ziekte overlijden en dat eenieder een andere draagkracht heeft wanneer hij met een bepaalde ziekte wordt geconfronteerd, kan niet ontcrachten dat een neergeschreven wilsbeschikking perfect kan uitdruk-

nation de la personne concernée qui est l'élément central, dans le cadre de l'autonomie humaine. Rien n'est moins vrai. Quand un tiers est obligé de suivre l'avis d'un citoyen, il n'est pas question d'autonomie mais d'hétéronomie: la volonté de l'un est l'ordre donné à l'autre. Il n'est pas davantage question d'un conflit entre deux libertés. En effet, un médecin n'est pas simplement libre d'accéder ou non à la demande d'une personne de la tuer. La vraie liberté est la liberté responsable, dans laquelle il faut tenir compte dans le cadre légal qui n'est pas seulement fondé sur des aspirations privées mais aussi sur les répercussions sociales.

Le membre fait remarquer qu'il ressort d'articles de presse que les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 et de l'amendement n° 15 ont préparé un nouvel amendement principal qui remplacerait les articles 4 et *4bis* proposés. Si ces déclarations à la presse sont exactes, l'orateur demandera le temps nécessaire pour étudier l'amendement à fond et éventuellement déposer des sous-amendements.

Un membre se réfère à l'exposé général de l'article 4 de la présente proposition de loi, qui a déjà eu lieu à la lumière de l'amendement n° 15, déposé par les auteurs de la proposition après les auditions (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 15).

L'intervenante estime cependant qu'au cours de la discussion générale de l'article 4, plusieurs questions pertinentes ont été posées et des remarques formulées, dont il convient, selon les auteurs, de tenir compte. C'est pourquoi elle annonce le dépôt de nouveaux amendements qui remplacent l'amendement n° 15, et selon lequel l'article 4 comprendra deux paragraphes (voir ci-après les amendements n° 291, 292 et 400).

L'idée de la déclaration anticipée reste l'élément central de l'amendement. En effet, les gens doivent avoir la possibilité de faire connaître leur volonté à l'avance, surtout quand on sait que certains malades incurables, qui souvent ne sont plus conscients, décèdent dans des circonstances indignes. On avance souvent, dans des ouvrages d'opinion et ailleurs, que la déclaration anticipée peut être un élément permettant d'aboutir à une décision médicale judicieuse. Il apparaît dans la pratique que souvent l'intention de la personne concernée de décider de son propre sort s'accroît lorsqu'elle a vécu, ou a été apitoyée par, certaines situations rencontrées par un patient.

L'argument selon lequel tous les patients ne meurent pas de la même maladie et chacun réagit différemment quand il est confronté à une maladie déterminée n'enlève rien au fait qu'une déclaration écrite peut parfaitement exprimer la façon dont on ne

ken op welke wijze men niet wil sterven. Men kan bijgevolg zeer goed op voorhand uitdrukken wat men niet wil ondergaan en de redenen aangeven waarom men een milde dood vraagt.

Het lid geeft aan dat het haar persoonlijke overtuiging is dat het mogelijk moet zijn actief het leven te beëindigen wanneer dit niet meer humaan is. Vanzelfsprekend is dit voor eenieder anders in te vullen. Spreekster heeft in een kranteninterview inderdaad gesteld dat, wat haarzelf betreft, dit betekent dat wanneer zij de controle over haar lichaamsfuncties verliest, het leven niet meer menselijk is en op actieve wijze kan beëindigd worden.

In het amendement dat zal worden neergelegd, zal derhalve worden gesteld dat men een wilsbeschikking kan opstellen volgens de eigen inzichten, eventueel — maar niet verplicht — volgens een voorgedrukt formulier vermits niet eenieder over dezelfde vaardigheden beschikt. In dergelijke wilsbeschikking kan men neerschrijven onder welke omstandigheden men eventueel euthanasie kan vragen. Uiteindelijk is het de geneesheer die oordeelt of al dan niet euthanasie kan worden toegepast, conform de zorgvuldigheids-criteria die in de wet werden verankerd.

Spreekster is het niet eens met diegenen die beweren dat zulks strijdig zou zijn met de authentieke vrijheid. Authentieke vrijheid kan er integendeel precies in bestaan om te zeggen dat, wanneer het leven niet meer humaan is en de betrokken persoon niet meer bij bewustzijn is, hij wenst te sterven. Ook de indieners van het voorstel nr. 2-244/1 hebben steeds beweerd dat euthanasie slechts de ultieme remedie mag zijn, wanneer de medische en de palliatieve zorg niets meer vermogen. Het is derhalve geen keuze tussen ofwel palliatieve zorg, ofwel euthanasie. In die zin zijn ook de indieners van het voorstel grote voorstanders van authentieke vrijheid.

Zij is het absoluut oneens met sommige leden van de oppositie, die publiekelijk verklaren dat de verenigde commissies in gesloten, geheime en nachtelijke vergaderingen in kastelen beslissingen nemen zonder te luisteren naar de kritiek en de opmerkingen die door de tegenstanders worden gemaakt. Integendeel, er wordt wel degelijk rekening gehouden met deze opmerkingen, waarvan getuige de aangepaste tekst van artikel 3 en het nieuw in te dienen hoofdamendement op de artikelen 4 en *4bis*.

In dit nieuwe hoofdamendement werd een zo groot mogelijke coherentie nagestreefd op het vlak van de gehanteerde begrippen tussen de artikelen 3 en 4. Onder meer het woord «mandataris», dat werd gehanteerd in het amendement nr. 15, wordt vervangen door het woord «vertrouwenspersoon». Deze treedt op voor de patiënt die niet meer bij bewustzijn is, d.w.z. een patiënt die zich in een vorm van comateuze

veut pas mourir. On peut par conséquent très bien exprimer à l'avance ce qu'on ne veut pas subir et donner les raisons pour lesquelles on demande une mort douce.

Le membre se dit personnellement convaincu qu'il faut pouvoir interrompre la vie de manière active quand elle n'est plus humaine. Il va de soi que cela se réalise différemment pour chacun. L'oratrice a déclaré lors d'une interview dans un journal que, pour elle, cela signifie que si elle perd le contrôle de ses fonctions vitales, la vie n'est plus humaine et il peut y être mis fin de manière active.

Dans l'amendement qui sera déposé, on indiquera donc que l'on peut rédiger une déclaration selon des propres vues, éventuellement, mais pas obligatoirement, sur un formulaire préimprimé, car chacun n'a pas les mêmes aptitudes. Dans une telle déclaration, on pourra mentionner dans quelles circonstances une euthanasie peut éventuellement être demandée. Finalement, c'est le médecin qui décidera si l'euthanasie peut ou non être pratiquée, conformément aux critères de prudence fixés par la loi.

L'intervenante n'est pas d'accord avec ceux qui affirment que cela serait en contradiction avec la liberté authentique. Celle-ci au contraire peut consister à dire que lorsque la vie n'est plus humaine et que l'intéressé n'est plus conscient, il souhaite mourir. Les auteurs de la proposition n° 2-244/1 ont aussi toujours affirmé que l'euthanasie ne pouvait être le remède ultime que lorsque les soins médicaux et palliatifs étaient impuissants. Ce n'est donc pas un choix entre soit les soins palliatifs, soit l'euthanasie. Dans ce sens également, les auteurs de la proposition sont de grands partisans de la liberté authentique.

Elle est en total désaccord avec certains membres de l'opposition qui déclarent publiquement que les commissions réunies prennent des décisions lors de réunions secrètes, nocturnes et à huis clos, dans des châteaux, sans écouter les critiques et les remarques formulées par les adversaires. Au contraire, il est sérieusement tenu compte de ces remarques, ce dont témoignent le texte adapté de l'article 3 et le nouvel amendement principal à déposer aux articles 4 et *4bis*.

Dans ce nouvel amendement principal, on a cherché à atteindre la plus grande cohérence possible au plan des notions utilisées dans les articles 3 et 4. Ainsi, le mot «mandataire» utilisé dans l'amendement n° 15 est remplacé par le mot «personne de confiance». Celle-ci intervient pour le patient qui n'est plus conscient, c'est-à-dire un patient qui se trouve dans une forme d'état comateux. On ne vise donc pas ici les

toestand bevindt. Daarmee worden niet demente personen, patiënten die lijden aan de ziekte van Alzheimer of personen met een handicap bedoeld.

Verder verduidelijkt het lid dat de wilsverklaring een element in de ganse medische besluitvorming is, en derhalve geen imperatief doch slechts een indicatief karakter heeft. Voor de wilsverklaringen in het algemeen werd geen wettelijk kader uitgewerkt. Hier gaat het enkel om de uitdrukking van de wil van een gezond persoon die verzoekt om euthanasie wanneer hij niet meer bij bewustzijn is en deze situatie onomkeerbaar is. Vanzelfsprekend kan een dergelijke wilsverklaring te allen tijde worden aangepast. Bij koninklijk besluit zal nader worden bepaald hoe deze wilsverklaring kan worden opgesteld, bevestigd en geregistreerd bij de diensten van het Rijksregister.

De arts dient na te gaan of alle wettelijke voorwaarden voor de euthanasie wel vervuld zijn. Ook het verplegend team moet op een actieve wijze worden betrokken bij de besluitvorming, conform hetgeen is bepaald in artikel 3.

Een mede-indiener van het nieuwe aangekondigde amendement wijst erop dat dit niets wezenlijks verandert aan de filosofie van amendement nr. 15.

Hij denkt dus dat over de grond van de zaak de meningsverschillen zullen blijven bestaan.

Anderzijds was het belangrijk tegemoet te komen aan de opmerkingen zowel van de tegenstanders van het principe als van de indieners van het wetsvoorstel.

In de eerste plaats leek het gepast de artikelen 4 en 4*bis* samen te brengen in een enkel artikel, dat uit twee delen zal bestaan.

Een eerste paragraaf behandelt de mogelijkheid tot het opstellen van een wilsverklaring, de inhoud van deze verklaring met betrekking tot de bijzondere problematiek waarover het gaat (ook al bevat ze nog andere zaken) en de manier waarop ze moet worden opgesteld, waarbij de Koning bepaalt hoe ze moet worden geregistreerd.

In paragraaf 2 worden, net als in artikel 3, de voorwaarden opgesomd die de arts moet respecteren opdat de euthanasie niet als een misdrijf kan worden beschouwd.

Deze voorwaarden zijn verbonden met drie groepen van parameters: het bestaan van een wilsverklaring, de vaststellingen van de arts met betrekking tot de toestand van de zieke en de te volgen procedure.

De persoon die door de zieke wordt aangewezen, wordt niet langer «gemandateerde» genoemd, maar «vertrouwenspersoon». Het gaat niet om een mandaat in de juridische zin van het woord: er was dus een terminologische aanpassing nodig van de oorspronkelijke tekst.

personnes démentes, les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou les personnes handicapées.

De plus, le membre précise que la déclaration anticipée est un élément dans le processus décisionnel médical global et qu'elle a dès lors un caractère non pas impératif mais seulement indicatif. Aucun cadre légal n'a été créé pour la déclaration anticipée en général. Il s'agit ici seulement de l'expression de la volonté d'une personne bien portante qui demande l'euthanasie pour le jour où elle ne sera plus consciente et où cette situation sera irréversible. Il va de soi qu'une telle déclaration peut en tout temps être adaptée. Un arrêté royal déterminera les modalités selon lesquelles cette déclaration pourra être rédigée, confirmée et enregistrée dans les services du Registre national.

Le médecin doit vérifier si toutes les conditions légales de l'euthanasie sont remplies. L'équipe soignante doit également être associée de manière active au processus décisionnel, conformément aux dispositions de l'article 3.

Un autre membre, cosignataire du nouvel amendement annoncé, signale que celui-ci ne change rien de fondamental par rapport à la philosophie de l'amendement n° 15.

Il pense donc que, sur le fond, les divergences d'opinions existantes subsisteront.

Par contre, il importait de pouvoir rencontrer certaines observations formulées tant par les opposants au principe, que par ceux qui avaient déposé la proposition de loi.

Tout d'abord, il a paru opportun de réunir les articles 4 et 4*bis* en un seul et même article, comportant deux parties.

Un premier paragraphe traite de la possibilité de rédiger une déclaration anticipée, du contenu de cette déclaration par rapport à la problématique spécifique dont il s'agit (même si elle peut aussi contenir autre chose), et de la manière dont elle doit être rédigée, laissant au Roi le soin de régler la question de la conservation.

Le paragraphe 2 rappelle, en parallèle avec l'article 3, les conditions que le médecin doit observer pour qu'il n'y ait pas d'infraction lorsqu'il pratique une euthanasie.

Ces conditions sont liées à trois groupes de paramètres: l'existence d'une déclaration anticipée, les constats faits par le médecin au sujet de la situation de son malade et la procédure à suivre.

La personne indiquée par le malade est dénommée non plus «mandataire» mais «personne de confiance». Il ne s'agit pas d'un mandat, au sens juridique du terme: des adaptations terminologiques du texte initial étaient donc nécessaires.

Een lid wijst erop dat in de verklaringen van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 er zich een wending heeft voorgedaan, in die zin dat zij thans stellen dat wanneer er nog een palliatieve oplossing mogelijk is, het recht op euthanasie zich niet opent. Voor zijn fractie is dit een cruciaal element in de hele discussie, vermits ook zij van mening is dat één van de voorwaarden voor euthanasie moet zijn dat geen palliatieve zorg meer mogelijk is. Het is in die zin dat enkele amendementen werden ingediend, onder meer de amendementen nrs. 150, 151 en 152 (Stuk Senaat, 2-244/10):

Amendement nr. 150 (subamendement op amendement nr. 14)

Dit amendement heeft tot doel de voorgestelde § 1, eerste lid, aan te vullen met een vierde streepje, luidend als volgt:

«— er naar heersend medisch inzicht geen enkele andere mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te behandelen en zijn waardigheid te waarborgen;»

Amendement nr. 151 (subamendement op amendement nr. 14)

Dit amendement strekt ertoe de voorgestelde § 1, eerste lid, aan te vullen met een vijfde streepje, luidend als volgt:

«— elke morele medische, curatieve en palliatieve bijstand die nodig is om het fysiek of geestelijk lijden van de patiënt te lenigen en zijn waardigheid te waarborgen, aan de patiënt werd verleend;»

De indiener van het amendement verklaart dat het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt slechts een ultimum remedium kan zijn.

De arts die zich op de noodtoestand wil beroepen dient dan ook vast te stellen dat de patiënt effectief elke mogelijke bijstand werd verleend om zijn fysiek of geestelijk lijden te lenigen en zijn waardigheid te waarborgen.

Pas indien blijkt dat deze hulp niet volstaat, kan de uitzonderlijke daad van het opzettelijk levensbeëindigend handelen een noodtoestand uitmaken voor de arts.

Amendement nr. 152 (subamendement op amendement nr. 14)

Dit amendement heeft tot doel in het voorgestelde § 1, derde streepje, de woorden «en ondraaglijke» te vervangen door de woorden «ondraaglijke en onbehandelbare».

Deze amendementen zijn evenwel bij de stemming verworpen door de meerderheid van de leden van de

Un membre signale qu'un revirement s'est produit dans les déclarations des auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 en ce sens qu'ils considèrent maintenant que le droit à l'euthanasie ne s'ouvre pas lorsqu'une solution palliative est encore possible. Pour son groupe, c'est un élément capital de la discussion, puisqu'il estime également que l'une des conditions de l'euthanasie doit être que les soins palliatifs ne soient plus possibles. C'est dans ce sens que quelques amendements ont été déposés, entre autres les amendements n° 150, 151 et 152 (doc. Sénat 2-244/10):

Amendement n° 150 (sous-amendement à l'amendement n° 14)

Cet amendement a pour but de compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, proposé, par un quatrième tiret, rédigé comme suit:

«— selon les conceptions médicales en vigueur, il n'existe aucun moyen de traiter la douleur du patient ni de préserver sa dignité;»

Amendement n° 151 (sous-amendement à l'amendement n° 14)

Cet amendement a pour but de compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, proposé, par un cinquième tiret, rédigé comme suit:

«— toute assistance morale, médicale, curative et palliative nécessaire pour soulager les souffrances physiques ou morales du patient et préserver sa dignité, a été donnée au patient;»

L'auteur de l'amendement déclare que l'acte d'interrompre volontairement la vie du patient, à sa demande, ne peut être qu'un remède ultime.

Le médecin qui souhaite invoquer l'état de nécessité doit par conséquent constater que toute l'assistance possible a effectivement été donnée au patient pour atténuer ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité.

Si cette aide s'avère insuffisante, alors seulement l'acte exceptionnel d'interruption volontaire de la vie relèvera de l'état de nécessité pour le médecin.

Amendement n° 152 (sous-amendement à l'amendement n° 14)

Cet amendement a pour but de remplacer au § 1^{er}, troisième tiret, les mots «et insupportable» par les mots «insupportable et impossible à traiter».

Lors du vote, ces amendements ont toutefois été rejetés par la majorité des membres des commissions

Verenigde Commissies. Daaruit volgt onvermijdelijk dat de meerderheid de zienswijze van deze amendementen derhalve niet deelt. Men mag derhalve diegenen, die publiekelijk stellen dat de indieners van het wetsvoorstel het niet eens zijn met de stelling dat eerst alle palliatieve mogelijkheden moeten worden uitgeput alvorens men kan overgaan tot euthanasie, niet verwijten dat ze de waarheid niet spreken.

De voorzitter zou graag hebben dat er niet systematisch wordt verwezen naar «de meerderheid» aangezien sommige leden van de meerderheid een aantal amendementen van de oppositie hebben goedgekeurd.

Met betrekking tot het begrip authentieke vrijheid herhaalt de vorige spreker zijn visie dat de wil die door een patiënt wordt uitgedrukt niet noodzakelijk een uiting is van vrijheid. De discussie is net dat de vrijheid van een mens veel ruimer is dan zijn wil, vermits men bij het bepalen van de grenzen van de vrijheid ook rekening moet houden met omstandigheden en de wil van anderen. Er bestaat geen vrijheid zonder verantwoordelijkheid. Spreker verwijst naar de voorbereidende werken van het Burgerlijk Wetboek, waarin op basis van deze opvatting tot het begrip «aansprakelijkheid» is gekomen. Het herleiden van de vrijheid tot de wil is derhalve een verarming van dit begrip.

Verder benadrukt het lid dat het standpunt van zijn fractie niét is dat mensen moeten lijden. Nochtans is het dit standpunt dat voortdurend — ten onrechte — in de media naar voor wordt gebracht als het standpunt van de partij waarvan het lid deel uitmaakt. In een editoriaal is reeds geschreven dat, indien de christen-democraten willen lijden, ze dat lijden dan maar zelf moeten dragen maar dat ze dat niet mogen opleggen aan anderen. Dit is geen karikatuur meer van het standpunt dat spreker inneemt, maar heeft er zelfs niets meer mee te maken.

Een ander lid hoopt dat er in de toekomst niet enkel zal worden verwezen naar de wettekst, maar ook naar de voorbereidende werkzaamheden.

Met betrekking tot de spottende opmerkingen brengt de spreker bepaalde opmerkingen in herinnering die bij de aanvang van de besprekingen werden geformuleerd aan het adres van de indieners van het wetsvoorstel en waarbij hun standpunt op een totaal onaanvaardbare wijze werden vergeleken met toestanden uit het verleden. Tijdens de commissievergaderingen werden herhaaldelijk onaanvaardbare provocerende opmerkingen gemaakt.

De spreker wil tevens opnieuw verwijzen naar de inhoud van artikel 3, in het bijzonder paragraaf 3, 1^o, waaruit kan worden afgeleid dat het gaat om een toestand waarover door de zieke en de arts is overlegd.

réunies. Il en résulte de façon inéluctable que la majorité ne partage pas le point de vue de ces amendements. On ne peut donc reprocher à ceux qui déclarent publiquement que les auteurs de la proposition de loi ne sont pas d'accord avec la thèse selon laquelle toutes les possibilités palliatives doivent être épuisées avant de pouvoir passer à l'euthanasie, de ne pas dire la vérité.

Le président souhaite qu'il ne soit pas systématiquement fait référence à «la majorité», étant donné que certains membres de la majorité ont voté pour certains amendements émanant de membres de l'opposition.

Au sujet de la notion de liberté authentique, l'intervenant précédent rappelle son opinion suivant laquelle la volonté exprimée par un patient n'est pas nécessairement une expression de liberté. La discussion porte précisément sur le fait que la liberté d'une personne est beaucoup plus étendue que sa volonté, puisque quand on définit les limites de la liberté, on doit également tenir compte des circonstances et de la volonté d'autrui. Il n'y a pas de liberté sans responsabilité. L'intervenant se réfère aux travaux préparatoires du Code civil, dans lequel on est arrivé, sur la base de cette conception, à la notion de «responsabilité». Réduire la liberté à la volonté revient à appauvrir cette notion.

De plus, le membre souligne que le point de vue de son groupe n'est pas que les gens doivent souffrir. C'est pourtant ce point de vue qui est continuellement — et à tort — avancé dans les médias comme celui du parti auquel le membre appartient. On a déjà écrit dans un éditorial que si les sociaux-chrétiens voulaient souffrir, ils devaient le supporter eux-mêmes mais ne pas l'imposer aux autres. Ce n'est même plus une caricature du point de vue de l'orateur, cela n'a aucun rapport.

Un autre membre déclare qu'il espère que dans le futur, il sera fait référence, non seulement au texte de la loi, mais aussi aux travaux préparatoires de celles-ci.

En ce qui concerne les propos satiriques dont il a été question, l'intervenant rappelle certains propos tenus, au début de la discussion, à l'égard des auteurs des propositions de loi, propos qui comparaient, de manière absolument inadmissible, leurs prises de position à d'autres situations survenues dans le passé. À plusieurs reprises au sein des présentes commissions, des attaques tout à fait inacceptables ont ainsi été formulées.

L'intervenant souhaite également revenir sur le contenu de l'article 3, et spécialement son § 3, 1^o, dont il résulte qu'il s'agit d'un constat concerté entre le malade et le médecin.

Het is niet waar dat er geen rekening werd gehouden met de palliatieve zorg en — de spreker benadrukt dit — met de gevolgen ervan.

Amendementen nrs. 291 en 400

Het amendement nr. 15 wordt ingetrokken ten voordele van de amendementen nrs. 291 en 292 (Stuk Senaat, nr. 2-244/15).

De volgende amendementen, die als subamendement op het amendement nr. 15 werden ingediend, worden eveneens ingetrokken, vermits zij overbodig zijn geworden.

— amendement nr. 241 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 268 van mevrouw de T' Serclaes

— amendement nr. 242 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 243 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 288 van mevrouw de T' Serclaes

— amendement nr. 289 van mevrouw de T' Serclaes

— amendement nr. 286 van mevrouw Nyssens

— amendement nr. 244 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 269 van mevrouw de T' Serclaes

— amendement nr. 199 van mevrouw de T' Serclaes

— amendement nr. 229 van mevrouw Nyssens

— amendement nr. 230 van mevrouw Nyssens c.s.

— amendement nr. 245 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 246 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 247 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 248 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 249 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 250 van de heer Vandenberghe c.s.

— amendement nr. 279 van mevrouw Nyssens

— amendement nr. 280 van mevrouw Nyssens

Dire que l'on n'aurait pas tenu compte des soins palliatifs et — l'intervenant y insiste — de leurs conséquences ne paraît pas conforme à la réalité.

Amendements n° 291 et 400

L'amendement n° 15 est retiré au profit des amendements n°s 291 et 292 (doc. Sénat, n° 2-244/15).

Les amendements suivants, déposés comme sous-amendements à l'amendement n° 15, sont également retirés puisqu'ils sont devenus sans objet.

— amendement n° 241 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 268 de Mme de T' Serclaes

— amendement n° 242 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 243 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 288 de Mme de T' Serclaes

— amendement n° 289 de Mme de T' Serclaes

— amendement n° 286 de Mme Nyssens

— amendement n° 244 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 269 de Mme de T' Serclaes

— amendement n° 199 de Mme T' Serclaes

— amendement n° 229 de Mme Nyssens

— amendement n° 230 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 245 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 246 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 247 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 248 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 249 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 250 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 279 de Mme Nyssens

— amendement n° 280 de Mme Nyssens

- amendement nr. 251 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 281 van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 287 van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 200 van mevrouw de T' Serclaes
- amendement nr. 231 (A et B) van mevrouw - Nyssens c.s.
- amendement nr. 252 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 253 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 254 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 255 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 256 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 282 van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 257 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 258 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 283 van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 284 van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 270 van mevrouw de T' Serclaes
- amendement nr. 285A van mevrouw Nyssens
- amendement nr. 232 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 259 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 260 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 262 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 265A van de heer Vandenberghe
- amendement nr. 261 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 271 van mevrouw de T' Serclaes
- amendement nr. 35 van de heer Galand
- amendement nr. 158 van de heren Dubié en Galand
- amendement nr. 233 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement n° 251 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 281 de Mme Nyssens
- amendement n° 287 de Mme Nyssens
- amendement n° 200 de Mme de T' Serclaes
- amendement n° 231 (A et B) de Mme Nyssens et consorts.
- amendement n° 252 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 253 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 254 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 255 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 256 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 282 de Mme Nyssens
- amendement n° 257 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 258 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 283 de Mme Nyssens
- amendement n° 284 de Mme Nyssens
- amendement n° 270 de Mme de T' Serclaes
- amendement n° 285A de Mme Nyssens
- amendement n° 232 de Mme Nyssens et consorts
- amendement n° 259 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 260 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 262 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 265A de M. Vandenberghe
- amendement n° 261 de M. Vandenberghe et consorts.
- amendement n° 271 de Mme de T' Serclaes
- amendement n° 35 de M. Galand
- amendement n° 158 de MM. Dubié et Galand
- amendement n° 233 de Mme Nyssens et consorts.

- amendement nr. 234 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 235 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 263 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 265B van de heer Vandenberghe
- amendement nr. 272 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 264 van de heer Vandenberghe c.s.
- amendement nr. 273 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 236 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 274 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 237 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 239 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 238 van mevrouw Nyssens c.s.
- amendement nr. 275 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 277 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 276 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 278 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere
- amendement nr. 290 van mevrouw de T' Serclaes.

*
* *

De hoofdindienster van amendement nr. 15 verwijst naar de algemene toelichting die zij heeft gegeven bij artikel 4, die reeds gebeurde in het licht van het amendement nr. 15. Als gevolg van die algemene bespreking van dit voorgestelde artikel werd het amendement nr. 15 teruggetrokken en werden de amendementen nrs. 291 en 292 ingediend. Bij de redactie van het amendementen nrs. 291 en 292 werd rekening gehouden met de opmerkingen en suggesties die tijdens de algemene bespreking van artikel 4 werden gemaakt.

Een lid is van mening dat het amendement nr. 291 heel wat nuttige wijzigingen aanbrengt in het voorgestelde artikel 4, zoals de vervanging van de

— amendement n° 234 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 235 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 263 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 265B de M. Vandenberghe

— amendement n° 272 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 264 de M. Vandenberghe et consorts.

— amendement n° 273 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 236 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement nr. 274 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 237 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 239 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 238 de Mme Nyssens et consorts.

— amendement n° 275 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 277 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 276 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 278 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere

— amendement n° 290 de Mme de T' Serclaes.

*
* *

L'auteur principal de l'amendement n° 15 se réfère aux développements donnés à l'article 4, qui ont déjà eu lieu à la lumière de l'amendement n° 15. À la suite de la discussion générale de l'amendement proposé, l'amendement n° 15 a été retiré et les amendements n° 291 et 292 ont été déposés. Lors de la rédaction des amendements n° 291 et 292, il a été tenu compte des remarques et suggestions formulées au cours de la discussion générale de l'article 4.

Un membre estime que l'amendement n° 291 apporte bien des modifications utiles à l'article 4 proposé, comme le remplacement de « mandataire »

«mandataris» door de «vertrouwenspersoon» en de schrapping van de passus volgens welke de mandataris erop moet toezien dat de wilsverklaring wordt uitgevoerd. Niettemin blijft het voorgestelde artikel vatbaar voor uiteenlopende interpretaties, hetgeen zowel inhoudelijke als juridisch-technische moeilijkheden oplevert.

Zo blijft de vraag open of het nu gaat om een wilsverklaring, die betrekking kan hebben op alle medische handelingen, of om een euthanasieverklaring, die enkel betrekking heeft op euthanasie. In de eerste paragraaf wordt in het algemeen over «bepaalde medische handelingen» gesproken. Hij voert derhalve een algemeen patiëntenrecht in, dat bijzonder ruim is omschreven. Spreekster is altijd al van mening geweest dat een globale, ruimere regeling met betrekking tot de medische beslissingen bij het naderend levenseinde nodig is, waarvan getuige het wetsvoorstel nr. 2-160/1 en tal van amendementen die op voorliggend wetsvoorstel worden ingediend. Thans wordt een aanzet gegeven in die richting, maar daarbij moet worden opgemerkt dat, volgens de indieners van het amendement, euthanasie wordt beschouwd als een medische handeling zoals een andere.

Volgens de voorgestelde regeling kan euthanasie worden toegepast bij mensen die hun wil niet meer kunnen uiten. Dit gaat heel ver, vermits daar ook psychiatrische patiënten, personen die lijden aan de ziekte van Alzheimer of demente mensen onder vallen. Euthanasie kan bijgevolg straffeloos worden toegepast op wilsonbekwamen. Dit is onaanvaardbaar.

Vele vragen blijven eveneens open in verband met de term «niet meer bij bewustzijn zijn». De indieners van het amendement nr. 291 hebben weliswaar uitgelegd wat de draagwijdte is van deze term, maar uiteindelijk is het enkel het dispositief van de tekst die een juridische waarde heeft. Wanneer men de comateuze toestand beoogt, dan moet dit ook zo worden omschreven in de tekst.

Is het mogelijk dat een rechtspersoon optreedt als vertrouwenspersoon, of dient het te gaan om een natuurlijke persoon? Is het bijvoorbeeld toegelaten dat alle wilsverklaringen worden gedeponereerd bij een VZW, die voor een bepaalde streek toezicht kan houden op alle euthanasiegevallen?

Quid met de totstandkoming van de wilsverklaring? Nergens wordt bepaald dat zij zonder externe druk moet tot stand komen. Evenmin wordt iets gezegd over het materieel belang, dat de getuigen mogelijk kunnen hebben. Over dit alles zullen amendementen worden ingediend.

De hoofdindienster van het amendement nr. 291 herhaalt dat de indieners van dit amendement in eerste instantie de lijdende mens centraal willen stellen. Het is dan ook logisch dat bepaald wordt dat een gezond persoon — veelal na traumatische ervaringen

par «personne de confiance» et la suppression de la phrase suivant laquelle le mandataire doit veiller à l'exécution de la déclaration anticipée. Il n'en demeure pas moins que l'article proposé est susceptible d'interprétations divergentes, ce qui suscite des difficultés tant de contenu que juridico-techniques.

Ainsi, subsiste la question de savoir s'il s'agit d'une déclaration anticipée, qui peut concerner tous les actes médicaux, ou d'une déclaration d'euthanasie, qui ne concerne que l'euthanasie. Dans le premier paragraphe, on parle de façon générale de «certains types d'actes médicaux». Ce paragraphe introduit dès lors un droit général du patient, dont la définition est particulièrement étendue. L'intervenante a toujours estimé qu'une réglementation globale plus large, portant sur les décisions médicales nécessaires à l'approche de la fin de la vie, était nécessaire, ce dont témoignent la proposition de loi n° 2-160/1 et nombre d'amendements à la présente proposition de loi. On donne maintenant une impulsion dans cette voie, mais il faut faire remarquer que, selon les auteurs de l'amendement, l'euthanasie est considérée comme un acte médical semblable à un autre.

Selon la réglementation proposée, l'euthanasie peut être pratiquée chez des personnes qui ne peuvent plus exprimer leur volonté. Cela va très loin puisque les patients psychiatriques, les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou les personnes démentes sont concernées. L'euthanasie peut dès lors être pratiquée impunément sur des personnes incapables d'exprimer leur volonté. C'est inacceptable.

Beaucoup de questions subsistent au sujet de l'expression «ne plus être conscient». Les auteurs de l'amendement n° 291 ont certes expliqué quelle était la portée de cette expression mais, en fin de compte, seul le dispositif du texte a une valeur juridique. Si on vise l'état comateux, il doit également figurer dans le texte.

Une personne morale peut-elle intervenir en tant que personne de confiance, ou doit-il s'agir d'une personne physique? Est-il admis, par exemple, que toutes les déclarations anticipées soient déposées auprès d'une ASBL qui peut exercer un contrôle sur tous les cas d'euthanasie dans une région déterminée?

Qu'en est-il de la rédaction de la déclaration anticipée? On n'indique nulle part qu'elle doit être effectuée sans pression externe. Il est encore moins question de l'intérêt matériel que peuvent avoir les témoins. Des amendements seront déposés à propos de ces questions.

L'auteur principal de l'amendement n° 291 rappelle que ses auteurs veulent en premier lieu mettre la personne souffrante en position centrale. Il est donc logique de prévoir qu'une personne en bonne santé — souvent après des expériences traumatisantes dans

in de naaste omgeving — zijn verzet tegen therapeutische hardnekkigheid op schrift kan stellen, voor de omstandigheden wanneer geen hulp meer kan baten. Men kan ook een euthanasieverzoek op schrift stellen, wanneer deze omstandigheden zich zouden voordoen. Dergelijke wilsverklaring is dan ook slechts één element in de ganse beslissingsprocedure.

De vorige spreker merkt op dat, volgens deze interpretatie, een wilsverklaring ook kan gelden voor de patiënten die niet terminaal zijn maar die hun wil niet kunnen uiten, bijvoorbeeld omdat het spraakvermogen is verloren gegaan.

De hoofdindienster van het amendement nr. 291 repliceert dat deze wilsverklaring in essentie zal worden gebruikt voor patiënten die om euthanasie verzoeken.

De vorige spreker vervolgt dat het niet duidelijk is of, volgens de libellering van het amendement, een schriftelijk verzoek tot euthanasie aan de hand van een wilsverklaring nu enkel mogelijk is volgens de voorwaarden en regels van artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, dan wel of het kan worden toegepast op eenieder die niet meer bij machte is zijn wil te uiten. Dit is een bijzonder dubbelzinnig standpunt. Spreker zou graag zien dat de indieners van het amendement nr. 291 precies afbakenen welke categorie van personen nu al dan niet onder het toepassingsveld valt. De huidige libellering laat immers verschrikkelijke dingen toe.

Een lid meent dat de vorige spreker bewust interpreteert wat zij wil lezen. De correcte interpretatie van het artikel 4, zoals geamendeerd door het amendement nr. 291 is, dat een patiënt die bij bewust zijn is zijn wil op papier zet voor het geval hij buiten bewustzijn komt. Het is een praktisch vervangmiddel voor een persoon die zijn wil niet meer kan uiten. De wilsverklaring kan slechts worden toegepast wanneer de betrokkene buiten bewustzijn is. Dan nog is het slechts een element in de ganse besluitvorming.

Een ander lid merkt op dat men opnieuw terecht komt in het debat waarbij aan een geestelijk gezonde persoon het recht wordt ontzegd over zijn eigen lot te beslissen in het vooruitzicht van het geval dat hij daartoe niet meer in de mogelijkheid zou zijn.

Op het ogenblik dat hij de beslissing neemt, is hij daartoe bekwaam. Wanneer hij later niet meer bij bewustzijn is of wanneer hij niet meer in staat is zich te uiten, moet men binnen de vastgestelde voorwaarden, rekening houden met de beslissing die hij heeft genomen op het ogenblik dat hij hiertoe bekwaam was en zijn toekomstige toestand kon inschatten.

Men kan beweren dat de persoon in kwestie misschien op zijn beslissing is teruggekomen, maar het omgekeerde is ook mogelijk. Wie kan hierover oordelen? De beste oplossing is dat men de beslissing respecteert die hij heeft genomen toen hij nog in staat was om over zijn toekomst te oordelen.

l'entourage proche — puisse consigner par écrit son opposition à tout acharnement thérapeutique dans des circonstances où toute aide est inutile. On peut également faire une demande d'euthanasie écrite lorsque ces circonstances se présenteraient. Une telle déclaration anticipée n'est donc qu'un élément de l'ensemble du processus décisionnel.

L'intervenante précédente fait remarquer que selon cette interprétation, une déclaration peut concerner également les patients qui ne sont pas en phase terminale, mais qui ne peuvent exprimer leur volonté, par exemple parce qu'ils ont perdu l'usage de la parole.

L'auteur principal de l'amendement n° 291 répond que cette déclaration sera essentiellement utilisée pour les patients demandant l'euthanasie.

L'intervenante précédente poursuit en disant que le libellé de l'amendement ne permet pas de savoir si une demande écrite d'euthanasie s'appuyant sur une déclaration anticipée n'est actuellement possible que selon les conditions et modalités de l'article 3 de la présente proposition de loi ou si elle peut s'appliquer à toute personne qui n'est plus capable d'exprimer sa volonté. C'est une position particulièrement ambiguë. L'intervenante souhaiterait que les auteurs de l'amendement n° 291 indiquent avec précision quelles catégories de personnes entrent ou non dans son champ d'application. En effet, le libellé actuel permet des choses terribles.

Un membre estime que l'intervenante précédente interprète consciemment ce qu'elle souhaite lire. L'interprétation correcte de l'article 4, tel qu'amendé par l'amendement n° 291, est qu'un patient conscient consigne sa volonté par écrit pour le cas où il deviendrait inconscient. C'est un substitut pratique pour une personne qui ne peut plus exprimer sa volonté. La déclaration anticipée ne peut s'appliquer que lorsque l'intéressé est inconscient. Et ce n'est alors encore qu'un élément dans le processus décisionnel global.

Un autre membre constate que l'on se retrouve à nouveau dans le débat où l'on conteste à une personne saine d'esprit le droit de disposer de sa personne pour le cas où elle n'en aurait plus la possibilité.

Or, au moment où elle prend la décision, elle en est capable. Dès lors, qu'elle devienne ensuite inconsciente ou n'ait plus la possibilité de s'exprimer, elle peut s'être projetée préalablement dans ce type de situation future, et avoir pris sa décision, qui doit être prise en compte, moyennant le respect des conditions fixées.

On peut prétendre que la personne serait peut-être revenue sur sa décision, mais on peut aussi supposer le contraire. Qui pourrait en juger? Dès lors, il vaut mieux s'en tenir à ce que la personne envisageait pour son avenir lorsqu'elle était encore en état de le faire.

Volgens een spreekster blijkt uit het debat dat er, niettegenstaande de suggestie van amendement nr. 291 om de artikelen 4 en *4bis* samen te brengen in één tekst, een probleem blijft bestaan omdat in het nieuwe voorgestelde artikel 4 nog altijd twee zaken door elkaar worden gehaald: via de wilsverklaring wordt er immers een ruimer toepassingsveld ingevoerd dan de strikte vraag om euthanasie, waaraan de zes indieners zich steeds wensten te houden.

Sinds het begin pleit de spreker voor een meer globaal kader, waarbij rekening wordt gehouden met de rechten van de patiënt.

Er wordt één enkele korte bepaling ingevoerd, die meer aansluit bij de algemeen aanvaarde logica inzake patiëntenrechten waarmee iedereen het eens kan zijn. Vanzelfsprekend heeft vandaag reeds iedereen het recht een verklaring te schrijven met betrekking tot de behandeling die men al dan niet wenst te ondergaan, het afzien van behandeling of het stopzetten ervan indien men niet meer in staat is zijn wensen kenbaar te maken.

De spreekster verkiest de eerste paragraaf te schrappen en de tweede paragraaf aan te vullen met de woorden: «De arts die euthanasie toepast ten gevolge van een wilsverklaring ...» De rest maakt deel uit van de problematiek van de patiëntenrechten en van de voorstellen die mevrouw Aelvoet hierover heeft gedaan.

Een lid kondigt een nieuw amendement aan dat ertoe strekt de woorden «of zijn bezwaren tegen» te schrappen in het eerste lid van de eerste paragraaf van artikel 4, zodat enkel mogelijk wordt dat de betrokken persoon zijn voorkeur voor bepaalde medische handelingen kan uitdrukken.

Twee andere leden steunen dit voorstel, waardoor, naar hun mening, elke dubbelzinnigheid op dit vlak wordt uitgesloten. Wat in de toekomstige wetgeving op de patiëntenrechten zal worden opgenomen, zal derhalve niet meer voorkomen in de wet op de euthanasie.

Een lid wijst erop dat een tweede aspect van de tekst een probleem oplevert. De Grondwet verleent elke burger het recht zijn mening te formuleren over wat er met hem dient te gebeuren. Uit het gebruik van het woord «kan» zou kunnen worden begrepen dat deze toelating van de wetgever zeer strikt moet worden geïnterpreteerd.

De spreker geeft de voorkeur aan de volgende formulering: «Als de patiënt heeft verklaard dat (...), en de arts verzekert dat (...) en de voorwaarden bepaald in artikel 3 naleeft, is er geen misdrijf.»

Een ander lid wenst enkele algemene opmerkingen te maken bij het nieuwe amendement nr. 291 dat werd ingediend door de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1.

Une intervenante déclare que le débat montre que, nonobstant l'effort qui a été fait, par le dépôt de l'amendement n° 291, pour rassembler en un seul texte les articles 4 et *4bis*, il subsiste un problème, parce que, dans le nouvel article 4 proposé, on continue à mélanger deux choses: on introduit en effet, par le biais de la déclaration anticipée, un champ d'application beaucoup plus large que la question précise de l'euthanasie, à laquelle les six auteurs ont toujours voulu se tenir.

Depuis le début, l'intervenant plaide pour un cadre plus global, où les droits du patient seraient pris en compte.

Ici, on introduit une seule disposition, très courte, qui se rattache davantage à la logique des droits du patient, et avec laquelle chacun peut s'accorder: il est évident que toute personne a, aujourd'hui, le droit d'écrire une déclaration indiquant ce qu'elle souhaite ou non comme traitement, abstention ou arrêt de traitement, pour le cas où elle ne serait plus capable de manifester sa volonté.

L'intervenante pense qu'il serait préférable de supprimer le § 1^{er}, et de compléter le § 2 en y indiquant, par exemple: «un médecin qui pratique une euthanasie à la suite d'une demande faite dans une déclaration anticipée, ...». Le reste appartient à la problématique des droits du patient et aux propositions formulées par Mme Aelvoet à ce sujet.

Un membre annonce un nouvel amendement, ayant pour but de supprimer les mots «ou ses objections» dans l'article 4, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de telle manière que l'intéressé ait uniquement la possibilité d'exprimer sa préférence pour certains traitements médicaux.

Deux autres membres se rallient à cette proposition, car elle permet de supprimer toute équivoque sur ce point. Ce qui sera réglé dans la loi qui est annoncée en matière des droits du patient, ne devra donc plus figurer dans la loi sur l'euthanasie.

Un membre rappelle qu'un deuxième aspect du texte suscite une difficulté. En tout état de cause, la Constitution permet à tout citoyen de formuler ses opinions par rapport à ce qu'il souhaite pour lui-même. L'utilisation du terme «peut» pourrait laisser entendre qu'en dehors de la permission ainsi octroyée par le législateur, il ne pourrait pas le faire.

L'intervenant aurait préféré une formule du type: «Au cas où le patient a déclaré que (...), et que le médecin s'assure que (...) et respecte les conditions prévues à l'article 3, il n'y a pas infraction.»

Un autre membre souhaite formuler quelques considérations générales sur le nouvel amendement n° 291 déposé par les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1.

Enkele wijzigingen die werden aangebracht in de tekst ten opzichte van het amendement nr. 15 komen inderdaad tegemoet aan de juridisch-technische bezwaren die door het lid werden geuit.

— De bepaling, waarin gesteld wordt dat een arts ingevolge een wilsverklaring het «leven kan beëindigen» («interrompre la vie»), werd vervangen door de term «euthanasie toepassen».

— De term «gemandateerde» werd vervangen door de term «vertrouwenspersoon».

— De kwalificatie van de getuigen werd gewijzigd.

— De alinea met betrekking tot het «niet in staat zijn om te tekenen» werd herschreven.

— De bepaling met betrekking tot het «tijdelijk» niet in staat zijn te tekenen, werd geschrapt.

— De wilsverklaring kan ingetrokken worden op elk moment; de bepaling «op alle mogelijke manieren» werd geschrapt.

— Artikel 4*bis* werd geïntegreerd in artikel 4, onder een § 2.

— Aan de procedurele voorwaarden wordt toegevoegd dat de behandelende geneesheer de vertrouwenspersoon op de hoogte dient te brengen van de raadpleging van de tweede arts.

Dit zijn positieve verbeteringen, maar er zijn nog heel wat inhoudelijke en juridisch-technische moeilijkheden die niet worden opgelost door het aangepaste amendement nr. 291.

Wat de eerste paragraaf betreft, moeten het eerste en het tweede lid samen worden gelezen, aldus één van de indieners van het amendement nr. 291. Niettemin kunnen nog enkele opmerkingen worden gemaakt. Zo wordt gesteld dat hij «daarin» onder meer zijn wil te kennen kan geven. Wat wordt precies bedoeld met het woord «daarin»? Er is geen duidelijke verwijzing naar het eerste lid. Bovendien wordt pas vanaf het derde lid de term «wilsverklaring» opgenomen. Nu dit lid een eigen juridische term invoert, is het noodzakelijk dat hier coherentie is. Het is spreker niet helemaal duidelijk in welke mate deze passus al dan niet gehandhaafd zal blijven.

Wat het tweede lid betreft — dat de toepasselijkheid regelt van de euthanasie na een wilsverklaring — blijft spreker bij zijn oordeel dat de term «niet meer bij bewustzijn is» («inconscient») veel ruimer is dan de comateuze toestand, een term die nochtans wel in de verantwoording bij het amendement wordt aangegeven. Er kan worden verwezen naar de taalkundige betekenis van het gehanteerde begrip volgens het woordenboek Van Dale, maar ook naar de juridische draagwijdte van dit begrip, dat ruimer is en meer dekt dan enkel de comateuze toestand. Dit wordt onder

Quelques modifications apportées au texte par rapport à l'amendement n° 15 rencontrent en effet les objections juridico-techniques exprimées par le membre.

— La disposition selon laquelle un médecin «peut interrompre la vie» sur la base d'une déclaration anticipée est remplacée par les mots «peut pratiquer l'euthanasie».

— La terme «mandataire» est remplacé par «personne de confiance».

— La qualification des témoins est modifiée.

— L'alinéa relatif au fait de «ne pas être en état de signer» est remanié.

— La disposition relative à l'incapacité «temporaire» de signer est supprimée.

— La déclaration anticipée peut être retirée à tout moment; l'expression «par tout moyen» est supprimée.

— L'article 4*bis* est intégré à l'article 4, sous un § 2.

— Dans les conditions de procédure, on ajoute que le médecin traitant doit informer la personne de confiance de la consultation du deuxième médecin.

Ce sont des corrections positives, mais beaucoup de difficultés tant de fond que juridico-techniques ne sont pas rencontrées dans l'amendement n° 291 adapté.

Selon un des auteurs de l'amendement n° 291, les premier et deuxième alinéas du premier paragraphe doivent se lire ensemble. Quelques remarques peuvent néanmoins encore être formulées. On stipule que, «daarin», «là-dedans», il peut notamment faire connaître sa volonté. Que vise-t-on exactement? Il n'y a aucune référence précise au premier alinéa. De plus, le mot «déclaration» n'apparaît qu'à partir du troisième alinéa. Dès lors que l'on introduit un nouveau terme juridique, un minimum de cohérence s'impose. Selon l'orateur, il n'est pas évident que ce passage sera conservé.

Au deuxième alinéa — qui règle l'applicabilité de l'euthanasie après une déclaration — l'intervenant maintient son point de vue selon lequel l'expression «n'est plus conscient» est beaucoup plus étendue que l'état comateux, terme qui figure pourtant dans la justification de l'amendement. On peut se référer à la signification grammaticale de la notion utilisée selon le dictionnaire Van Dale, mais aussi à la portée juridique de ce concept, plus large et qui couvre davantage que le seul état comateux. Cela apparaît clairement dans la responsabilité aquilienne, sur laquelle on

meer duidelijk in de Aquiliaanse aansprakelijkheid, waarop zal worden teruggekomen in de amendementen die het lid aankondigt.

Bovendien wordt in het tweede lid niet aangegeven of er een oorzakelijk verband dient te zijn tussen de aandoening en de coma. Volstaat het dat een gehandicapte plots in een coma valt, onafhankelijk van zijn aandoening of ziekte? *Quid* indien de coma ontstond ingeval van een mislukte zelfmoordpoging? Wordt dit beschouwd als een »ongeval«, waardoor de voorwaarden vervuld zijn?

Wat gebeurt er met de voorwaarden van artikel 3, § 1? Spreker meent dat deze voorwaarden dienen te zijn vervuld. Het gaat immers niet op dat bij euthanasie op een wilsonbekwame de voorwaarden minder stringent zijn dan bij een wilsbekwame.

Er wordt evenmin duidelijk gemaakt of de aandoening of ziekte «onbehandelbaar» moet zijn. Dit is niet hetzelfde als een «onomkeerbare situatie». Spreker verwijst naar de amendementen die hij op artikel 3 heeft ingediend. Er dienen objectieve redenen voorhanden te zijn om de noodtoestand te kunnen invoeren. Bij de comateuze toestand bestaan er bovendien internationale standaarden om behandelingen af te bouwen en te verklaren dat de coma is beëindigd, hetgeen tot het overlijden zal lijden, zoals professor Schotsmans heeft uiteengezet. Een actieve levensbeëindiging is derhalve vrijwel nooit wenselijk in dergelijke gevallen.

Het tweede lid vermeldt tenslotte niet dat de patiënt zich in de stervensfase bevindt.

In het derde lid dient volgens spreker bepaald te worden dat ook de getuigen bij de wilsverklaring niet als vertrouwenspersoon kunnen optreden. Daarenboven is het nog steeds mogelijk dat een rechtspersoon als vertrouwenspersoon optreedt. Dit is onaanvaardbaar, omdat men bepaalde instellingen zal hebben die systematisch als vertrouwenspersoon zullen optreden, hetgeen dit begrip bureaucratiseert.

Met betrekking tot het vierde lid, moet men zich de vraag stellen wat het juridische nut is van de bepaling volgens welke de wilsverklaring op elk moment kan worden opgesteld, nu het zesde lid duidelijk aanduidt onder welke voorwaarden met de wilsverklaring rekening kan worden gehouden (namelijk minder dan vijf jaar voordien opgesteld of bevestigd). Er moet ook toegevoegd worden dat de verklaring vrijwillig, bewust en zonder enige externe druk werd opgesteld, teneinde te vermijden dat men een «doodvonnis» onder druk ondertekent.

Waarom dient vervolgens enkel één van de getuigen geen »materieel belang« te hebben bij het overlijden van de patiënt? Mag een tweede getuige wel materieel belang hebben? Volgens het lid is het beter te spreken van «rechtstreeks of onrechtstreeks»

reviendra dans les amendements annoncés par le membre.

Le deuxième alinéa ne précise en outre pas s'il doit exister une relation de cause à effet entre l'affection et le coma. Suffit-il qu'un handicapé tombe subitement dans le coma, indépendamment de son affection ou de sa maladie? Qu'advient-il si le coma est consécutif à une tentative ratée de suicide? Considère-t-on cela comme un «accident», auquel cas les conditions sont remplies?

Qu'advient-il des conditions énoncées à l'article 3, § 1^{er}? L'intervenant estime que ces conditions doivent être remplies. On ne peut admettre que les conditions soient moins strictes pour une euthanasie pratiquée sur une personne incapable d'exprimer sa volonté que sur une personne capable de le faire.

Il n'est pas davantage précisé si l'affection ou la maladie doit être «impossible à traiter». Ce n'est pas la même chose qu'une «situation irréversible». L'intervenant renvoie aux amendements qu'il a déposés à l'article 3. Il faut des raisons objectives pour pouvoir invoquer l'état de nécessité. Comme l'a expliqué le professeur Schotsmans, il existe, en cas de coma, des normes internationales pour réduire les traitements et déclarer que le coma est terminé, ce qui conduira au décès. Une interruption active de la vie n'est donc presque jamais souhaitable dans de tels cas.

Enfin, le deuxième alinéa ne mentionne pas que le patient se trouve en phase terminale.

Pour l'intervenant, le troisième alinéa doit préciser que les témoins de la déclaration anticipée ne peuvent eux non plus intervenir comme personne de confiance. De plus, il est toujours possible qu'une personne morale soit personne de confiance. C'est inacceptable car certaines institutions se présenteront systématiquement comme personne de confiance, ce qui bureaucratise ce principe.

Quand au quatrième alinéa, il faut s'interroger sur l'utilité de la disposition selon laquelle la déclaration anticipée peut être établie à tout moment, alors que le sixième alinéa précise clairement à quelles conditions la déclaration de volonté peut être prise en compte (à savoir, avoir été établie ou confirmée moins de cinq ans auparavant). Il faut ajouter également que la déclaration doit être établie librement, consciemment et sans aucune pression extérieure afin d'éviter que certains signent sous pression un «arrêt de mort».

Par ailleurs, pourquoi faut-il qu'un seul des témoins n'ait aucun «intérêt matériel» au décès du patient? Un deuxième témoin peut-il y avoir intérêt matériel? Selon l'intervenant, il est préférable de parler d'intérêt «direct» ou «indirect». On est en effet

belang. Er bestaat immers ook de zgn. «zorgmoeheid», hetgeen eveneens een belang — maar geen materieel belang — bij het overlijden impliceert.

Er dient te worden bepaald dat ook artsen of medisch team niet als getuige mogen optreden. Er moet bovendien in een cumulverbod worden voorzien tussen de getuigen en de vertrouwenspersoon.

Het vijfde lid voert een specifieke regeling in voor het geval de persoon fysiek niet in staat is zijn wilsverklaring af te leggen. In dat geval kan een ander meerderjarig persoon dit voor hem doen, in het bijzijn van een tweede meerderjarige persoon. Beiden worden aangewezen door de patiënt. Gaat het hier om bijkomende of vervangende voorwaarden? Dienen, met andere woorden, de voorwaarden bij een «gewone wilsverklaring» vervuld te zijn?

Kunnen de in dit lid bedoelde personen optreden als getuige of als vertrouwenspersoon? Het kan heel gevaarlijk zijn als hier geen cumul wordt voorzien.

Opnieuw moet de vraag worden gesteld waarom het verbod op de mogelijkheid van materieel voordeel niet geldt bij de tweede meerderjarige persoon. Waarom wordt in dit lid gesproken over «materieel voordeel», terwijl men voor de getuigen het «materieel belang» vooropstelt? Is er een verschil tussen beide termen?

Wat het zesde lid betreft, herhaalt het lid zijn kritiek dat de termijn van vijf jaar te lang is en te arbitrair. Er moet verder duidelijk worden bepaald dat de wilsverklaring niet bindend is voor de arts. Dit is essentieel in het ganse voorstel. Nergens wordt het indicatief karakter van de wilsverklaring benadrukt. Minstens moet toegevoegd worden dat enkel met de wilsverklaring «kán rekening worden gehouden» in plaats van «er wordt rekening gehouden».

Bovendien kan volgens spreker met de wilsverklaring enkel rekening gehouden worden indien de patiënt voldoende geïnformeerd was over zijn ziekte.

Het zevende lid verwijst naar de wetgeving inzake het orgaandonorschap en de registratie ervan. Indien dit gebeurt, moet men evenwel ook dezelfde termen respecteren. Aldus kan, in het kader van de wetgeving tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de wilsverklaring enkel aan het Rijksregister worden meegedeeld op verzoek van de betrokkene. Het kan immers niet worden betwist dat een schriftstuk met betrekking tot de omstandigheden van het overlijden behoort tot de privacy van de betrokken persoon. Het is dan ook vereist dat één en ander in de wet dient te worden geregeld, en niet zomaar in een koninklijk besluit mag worden geschreven. Bovendien dient minimaal het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer te worden ingewonnen.

parfois confronté à une «lassitude des soins», ce qui implique également un intérêt — mais non matériel — au décès.

Il faut préciser que les médecins ou l'équipe médicale ne peuvent, eux non plus, intervenir en tant que témoin! Il faut en outre prévoir une interdiction de cumul entre les fonctions de témoin et de personne de confiance.

Le cinquième alinéa instaure un régime spécifique pour le cas où la personne n'est physiquement plus à même d'établir sa déclaration de volonté. Dans ce cas, une autre personne majeure peut faire la déclaration à sa place, en présence d'une deuxième personne majeure. Ces deux personnes sont désignées par le patient. Sont-ce des conditions supplémentaires ou supplétives? Autrement dit, les conditions prévues pour une «déclaration anticipée ordinaire» doivent-elles être remplies?

Les personnes visées dans cet article peuvent-elles intervenir en tant que témoin ou personne de confiance? Il peut être très dangereux de ne prévoir aucun cumul entre ces fonctions.

Il faut à nouveau se demander pourquoi l'interdiction d'un éventuel intérêt matériel ne vaut pas pour la deuxième personne majeure. Pourquoi le texte néerlandais de cet alinéa parle-t-il de «materieel voordeel», alors que pour les témoins, il est question de «materieel belang»? Y a-t-il une différence entre les deux termes?

Quant au sixième alinéa, l'intervenant réitère sa critique selon laquelle le délai de cinq ans est trop long et trop arbitraire. Il faut en outre préciser que la déclaration anticipée ne lie pas le médecin. C'est un élément essentiel de la proposition toute entière. Le caractère indicatif de la déclaration n'est souligné nulle part. Il convient d'ajouter au moins que la déclaration «peut être prise en compte» et non qu'elle «est prise en compte».

L'intervenant considère par ailleurs que l'on ne peut tenir compte de la déclaration anticipée que si le patient était suffisamment informé de sa maladie.

Le septième alinéa fait référence à la législation relative au don d'organes et à l'enregistrement de la volonté du donneur. Dans ce cas, il faut aussi respecter les mêmes termes. Autrement dit, dans le cadre de la législation sur la protection de la vie privée, la déclaration anticipée ne peut être transmise au Registre national qu'à la demande de l'intéressé. On ne peut en effet contester qu'un écrit relatif aux circonstances du décès relève bel et bien de la vie privée de la personne concernée. Il s'impose dès lors de régler ces modalités dans la loi et non simplement par arrêté royal. Il faut en outre à tout le moins solliciter l'avis de la Commission de protection de la vie privée.

Het zevende lid spreekt eveneens over de «betrokken artsen». Het kan toch enkel gaan om de behandelende arts. Wie anders wordt bedoeld met «betrokken artsen»? Waarom dan niet kiezen voor een systeem van registratie bij de huisarts? Ook de federale regering streeft ernaar een compleet medisch dossier bij de huisarts samen te stellen.

Tenslotte is het spreker niet helemaal duidelijk hoe men het intrekken van een wilsverklaring bij het Rijksregister concreet zal organiseren. Welke is de publiciteit hieromtrent? Is het zeker dat de wilsverklaring niet tegen de betrokkene zal worden gebruikt wanneer deze ze heeft ingetrokken?

Het lid heeft ook tal van bedenkingen bij de tweede paragraaf, zoals voorgesteld door het amendement nr. 291.

Wat het eerste lid betreft, meent de spreker dat de opbouw van deze paragraaf verkeerd is bekeken in functie van de opbouw van het integrale wetsvoorstel. De indieners gaan er immers van uit dat euthanasie op comateuze patiënten ingevolge een wilsverklaring een «overtreffende trap» van euthanasie is.

Omdat de betrokkene zijn wil niet kan uiten, moeten de grondvoorwaarden van artikel 3 integraal worden nageleefd. Enkel nadat vaststaat dat dit het geval is, moet gespecificeerd worden dat in dit geval enkele bijkomende grondvoorwaarden moeten worden nageleefd, zowel naar inhoud als naar procedure. Dit verzekert een analoge opbouw van artikel 4 met artikel 3, hetgeen onduidelijkheden vermijdt.

Wat wordt bedoeld met de toevoeging «en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd»? Volgens deze lezing dient men dus inderdaad ook artikel 3, § 1, na te leven — wat positief is —, maar *quid* met artikel 3, § 2 en § 3? Dient de arts bij een niet-terminale patiënt nog een derde arts te raadplegen? Dient men zich te vergewissen van de aanhoudende en ondraaglijke pijn? Dient hij een maand te laten verlopen?

In strafrecht moet men zeer precies legifereren en kan het niet volstaan om in de toelichting te bepalen dat de procedures *mutatis mutandis* worden nageleefd. Dit creëert immers dubbelzinnigheid en onduidelijkheid. Vandaar dat spreker erop aandringt dat in de voorwaarden wordt ingeschreven dat de arts zich moet vergewissen dat de voorwaarden van artikel 3, § 1, werden nageleefd. Verder dient gespecificeerd te worden wat exact wordt bedoeld met de term «buiten bewustzijn» en dat er een oorzakelijk verband moet zijn tussen de aandoening en de coma.

Men moet eveneens toevoegen dat de arts zich ervan vergewist dat de wilsverklaring inderdaad pas van maximaal 5 jaar geleden dateert. Het is boven-

Le septième alinéa parle également des «médecins concernés». Il ne peut pourtant s'agir que du médecin traitant. Qui d'autre est visé par «médecins concernés»? Pourquoi alors ne pas opter pour un système d'enregistrement chez le médecin généraliste? Le gouvernement fédéral souhaite, lui aussi, la tenue d'un dossier médical complet par le médecin généraliste.

Enfin l'intervenant ne voit pas très bien comment s'organiserait concrètement le retrait d'une déclaration anticipée au Registre national. Quelle est la publicité prévue à cet égard? Est-il certain que la déclaration ne sera pas utilisée contre l'intéressé lorsqu'il l'aura retirée?

L'intervenant formule également de nombreuses observations à propos du deuxième paragraphe, tel que proposé par l'amendement n° 291.

Quant au premier alinéa, l'intervenant estime que ce paragraphe est mal construit au regard de l'ensemble de la proposition de loi. Les auteurs considèrent en effet que l'euthanasie pratiquée sur des patients comateux à la suite d'une déclaration anticipée constitue un «degré superlatif» d'euthanasie.

Puisque l'intéressé ne peut exprimer sa volonté, les conditions fondamentales énoncées à l'article 3 doivent être intégralement remplies. Ce n'est que lorsqu'il est établi que tel est bien le cas, qu'il faut spécifier que, dans ce cas, quelques conditions supplémentaires doivent aussi être remplies, tant pour le contenu que pour la procédure. Cela confère une structure analogue aux articles 4 et 3 et permet d'éviter des imprécisions.

Qu'entend-on par l'ajout de «et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi»? Selon cette lecture, il convient donc également de respecter les dispositions de l'article 3, § 1^{er} — ce qui est positif — mais *quid* de l'article 3, §§ 2 et 3? Devant un patient non en phase terminale, le médecin doit-il encore consulter un troisième médecin? Doit-il s'assurer de la présence d'une douleur persistante et insupportable? Doit-il laisser s'écouler un délai d'un mois?

En droit pénal, il faut légiférer de manière très précise et il ne peut suffire de préciser dans l'exposé des motifs que les procédures sont respectées *mutatis mutandis*. Ce procédé est source d'ambiguïté. C'est pourquoi l'intervenant insiste pour que l'on inscrive dans les conditions que le médecin doit s'assurer que les conditions de l'article 3, § 1^{er}, sont respectées. Il convient en outre de spécifier ce qu'on entend exactement par le terme «inconscient» et de préciser qu'il doit exister un lien de cause à effet entre l'affection et le coma.

Il faut également ajouter que le médecin s'assure que la déclaration anticipée ne date effectivement qu'au maximum de cinq ans auparavant. On peut par

dien maar de vraag op welke wijze de juistheid van de datum wordt gecontroleerd. Om tegenwerpelijk te zijn aan derden moet een stuk immers «vaste datum» hebben en volstaan een loutere handtekening en datering niet.

Met betrekking tot het tweede lid, maakt de spreker verschillende opmerkingen:

— Inzake de raadpleging van de tweede arts: deze moet volgens het amendement nr. 291 enkel zich uitspreken over de «onomkeerbaarheid» van de coma, hetgeen een louter formele medische diagnose is, terwijl zelfs in Nederland de tweede arts zich moet uitspreken over het vervuld zijn van de grondvoorwaarden. Het louter «op de hoogte brengen» van de vertrouwenspersoon van deze raadpleging is bovendien te afstandelijk en volstaat uiteraard niet.

— Inzake de raadpleging van het verplegend team: ook het advies van de geraadpleegde arts dient met het verplegend team te worden besproken.

— Inzake de raadpleging van de vertrouwenspersoon: deze moet ook het advies van het verplegend team kunnen vernemen en bespreken.

— Inzake de raadpleging van de familie: de voorgestelde tekst bepaalt dat de arts slechts met de naasten dient te overleggen als er een vertrouwenspersoon is aangewezen, en dan nog enkel met die naasten die door deze vertrouwenspersoon worden aangewezen. Er bestaat hier een groot gevaar voor manipulatie, vermits niet wordt bepaald dat vertrouwenspersoon «geen materieel belang mag hebben».

— De erfgenaam-vertrouwenspersoon kan dus samen met (een) «gelijkgezinde(n)» een voor de patiënt nadelige positie innemen. Spreker wenst dat de arts steeds met de naasten moet overleggen. Hoe rijmt men de door het amendement nr. 291 voorgestelde tekst overigens met het amendement nr. 56 waarbij gesteld werd dat de arts enkel met de naasten overlegt die door de patiënt werden aangewezen?

Met betrekking tot het derde lid, merkt het lid op dat niet enkel het verslag van de geraadpleegde arts, maar ook de adviezen van het verplegend team, van de vertrouwenspersoon en van de naasten dienen opgenomen te worden in het verslag.

Concluderend, zegt de spreker niet tegen een wilsverklaring voor comateuze patiënten te zijn, voor zover deze slechts een indicatief karakter heeft. Dit heeft evenwel een andere draagwijdte dan een euthanasieverzoek op schrift. Internationale standaarden laten immers toe medische handelingen te staken voor vrijwel alle gevallen, zodat een euthanasieverzoek hier niet op zijn plaats is.

Een lid verklaart dat het standpunt van zijn fractie over het nieuwe voorgestelde artikel 4 als volgt kan worden samengevat:

1) De fractie betwijfelt het nut van de bepaling als het gaat om patiënten die niet bij bewustzijn zijn.

ailleurs se demander comment l'exactitude de la date est contrôlée. Pour être opposable aux tiers, un document doit en effet avoir «date certaine», une simple date et signature ne suffisent pas.

Quant au deuxième alinéa, l'intervenant formule plusieurs remarques:

— Quant à la consultation du deuxième médecin, lequel, en vertu de l'amendement n° 291, doit seulement se prononcer sur l'«irréversibilité» du coma, ce qui constitue seulement un diagnostic médical formel, alors que même aux Pays-Bas, le deuxième médecin doit se prononcer sur la question de savoir si les conditions sont remplies. Le simple fait d'«informer» la personne de confiance de cette consultation est en outre trop réservé et ne suffit pas;

— À propos de la consultation de l'équipe soignante: l'avis du médecin consulté doit lui aussi être discuté avec l'équipe soignante;

— Quant à la consultation de la personne de confiance: celle-ci doit aussi pouvoir apprendre et commenter l'avis de l'équipe soignante;

— À propos de la consultation de la famille, le texte proposé prévoyant que le médecin doit seulement consulter les proches si une personne de confiance est désignée et seulement les proches désignés par cette personne de confiance. Il existe ici un grand risque de manipulation, puisqu'il n'est pas spécifié que la personne de confiance «ne peut avoir d'intérêt matériel»;

— L'héritier-personne de confiance peut donc adopter, en accord avec une ou plusieurs «personnes partageant les mêmes idées», une position défavorable au patient. L'intervenant souhaite que le médecin consulte toujours les proches. Comment concilier d'ailleurs le texte proposé par l'amendement n° 291 et l'amendement n° 56 qui prévoit que le médecin ne doit consulter que les proches désignés par le patient?

Quant au troisième alinéa, l'intervenant fait remarquer que le rapport doit contenir non seulement le rapport du médecin traitant mais aussi les avis de l'équipe soignante, de la personne de confiance et des proches.

En conclusion, l'intervenant dit ne pas être opposé à une déclaration anticipée pour les patients comateux, pour autant que celle-ci n'ait qu'un caractère indicatif. Elle a toutefois une autre portée qu'une demande d'euthanasie consignée par écrit. Les normes internationales permettent en effet d'arrêter les actes médicaux dans presque tous les cas, si bien qu'une demande d'euthanasie n'est pas à sa place ici.

Un membre déclare que la position de son groupe, en ce qui concerne le nouvel article 4 proposé, peut être résumée comme suit:

1) Il doute tout d'abord de l'utilité de la disposition, lorsqu'il s'agit de patients inconscients.

De huidige praktijk en in het bijzonder de NTBR-regels, de therapeutische afbouw, het stopzetten van de behandeling en het afzien van behandeling beantwoorden in vrijwel alle gevallen aan de doelstelling, namelijk een waardig levenseinde voor de patiënten die niet meer in staat zijn hun wil te uiten.

2) De woorden «niet bij bewustzijn zijn» zijn dubbelzinnig». Zij worden zeer weinig gebruikt in het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, dat het veeleer heeft over de persoon die niet in staat is zijn wil te uiten op het ogenblik dat de medische handeling moet worden uitgevoerd.

Wat betekenen de woorden «niet bij bewustzijn zijn» vanuit medisch oogpunt?

3) In het ziekenhuismilieu wordt gezegd dat de economische druk groter is wanneer het gaat om patiënten die niet bij bewustzijn zijn.

4) Er zullen enorme problemen rijzen met betrekking tot de medische aansprakelijkheid.

Sedert enkele weken wijzen de media op de toename van de medische betwistingen ten gevolge van de trend bij patiënten om een rechtszaak aan te spannen inzake de medische aansprakelijkheid. De draagwijdte van de verklaring en de gevolgen ervan op het vlak van de medische aansprakelijkheid moeten dus zeer precies in de wet worden omschreven.

Sommige punten blijven duister, zoals de aanwending van het begrip getuige, een begrip dat in het recht een welomschreven inhoud heeft.

Naast de vraag over het nut van de aanwezigheid van getuigen kan men zich afvragen of dit wel de juiste juridische vorm is in de betrokken context.

5) Door het bevorderen van transparantie en het stimuleren van wilsverklaringen over het stopzetten of afzien van een behandeling of van therapeutische hardnekkigheid, zullen er meer problematische situaties worden opgelost dan door het legaliseren van de wilsverklaring om euthanasie toe te laten.

Men kan zich zelfs afvragen of een dergelijke wettelijke regeling noodzakelijk is om tegemoet te komen aan de wens van de patiënten die therapeutische hardnekkigheid afwijzen.

6) Op juridisch vlak kan men spreken van de invoering van een hybride systeem, ook al kan het weglaten van de term «gemandateerde» en van een formule met een te dwingende inhoud als positief worden beschouwd.

Men blijft een systeem verdedigen waarbij aan een document zonder juridische waarde, gevolgen van juridische aard worden verbonden, bijvoorbeeld door het centraliseren van de verklaringen in het Rijksregister.

Les pratiques actuelles, et notamment le code NTBR, la désescalade thérapeutique, l'arrêt de traitement, et l'abstention de traitement, répondent dans presque tous les cas au but recherché, à savoir une fin de vie digne pour les patients qui ne sont plus en état d'exprimer leur volonté.

2) Le mot «inconscient» est ambigu. Il est très peu utilisé dans les avis du Comité consultatif de bioéthique, qui parle plutôt de personne incapable d'exprimer sa volonté au moment où l'acte médical devrait être posé.

Que signifie le mot inconscient dans une optique médicale?

3) En milieu hospitalier, on insiste sur le fait que les pressions économiques sont encore plus fortes lorsqu'il s'agit de patients inconscients.

4) Les problèmes en ce qui concerne la responsabilité médicale seront énormes.

Depuis quelques semaines, les médias montrent combien le contentieux médical est en train de grossir, en raison d'une tendance des patients à ester en justice pour mettre en cause la responsabilité médicale. Le texte doit donc être très précis sur la valeur de la déclaration et ses conséquences en matière de responsabilité médicale.

Certains points demeurent obscurs, comme par exemple le recours à la notion de témoins, qui a un contenu bien précis en droit.

Outre la question de l'utilité de la présence de témoins, se pose celle de savoir si cette figure juridique est bien celle qui convient dans le présent contexte.

5) Permettre plus de transparence et favoriser les déclarations des patients sur toutes les décisions d'arrêt ou d'abstention de traitement et de non-acharnement thérapeutique devrait permettre de résoudre beaucoup plus de situations qu'une légalisation des déclarations anticipées visant à permettre l'euthanasie.

On peut même se demander si une telle légalisation est nécessaire pour répondre au souhait des patients, qui ne veulent pas d'acharnement.

Sur le plan juridique, le texte organise un système hybride, même si la suppression du terme «mandataire» et d'une formule évoquant une trop grande force contraignante sont des éléments positifs.

On continue à s'inscrire dans un système où l'on tire des conséquences juridiques d'un document qui n'aurait pas de valeur juridique, par exemple en organisant une centralisation des déclarations au Registre national des personnes physiques.

Deze documenten hebben dus een zekere waarde en de arts moet daarover een houding bepalen die zijn medische aansprakelijkheid met zich brengt.

Een ander lid vindt, net zoals vorige sprekers, dat het begrip «niet bij bewustzijn zijn» duidelijk moet worden gepreciseerd. In de verantwoording bij amendement nr. 291 spreekt men over coma.

Als men een onomkeerbare coma bedoelt, rijzen er vragen over het nut van de tekst en kan men zich bovendien afvragen of er op het terrein geen problemen zullen ontstaan voor de patiënten die zich in deze toestand bevinden, maar die geen wilsverklaring hebben afgelegd.

De artsen verklaren dat ze momentueel in een dergelijke situatie overleg plegen met de naaste familie en dat ze alle mogelijke voorzorgen nemen om er zeker van te zijn dat het wel degelijk om een onomkeerbare situatie gaat.

In deze gevallen beroept men zich op de interne ziekenhuisregels, die een reeks criteria vastleggen. De artsen beslissen naar eer en geweten over het stopzetten of het afzien van een behandeling.

Men moet rekening houden met de wijziging die de wetgever aanbrengt. De wetgever bepaalt de voorwaarden waaronder geen sprake is van een misdrijf wanneer het gaat om een patiënt die niet bij bewustzijn is en die een wilsverklaring heeft afgelegd.

Bestaat het gevaar niet dat de arts in de andere gevallen een zekere therapeutische harnekigheid aan de dag zal leggen om te vermijden dat er tegen hem klachten worden ingediend?

Tevens mag men niet uit het oog verliezen dat artikel 2 euthanasie omschrijft als het opzettelijk levensbeëindigend handelen.

Amendement nr. 293

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 293), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 4 te doen vervallen.

De hoofdindieners herhaalt zijn bezwaren tegen de wilsverklaring zoals deze is opgevat door de indieners van het amendement nr. 291. Hij verwijst naar zijn tussenkomst naar aanleiding van de algemene bespreking van artikel 4.

Amendement nr. 294

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 294), dat een nieuwe tekst voor artikel 4 voorstelt.

Een van de medeondertekenaars merkt op dat één van de eerste voorwaarden die moet worden inge-

Ces documents auront donc une certaine valeur et le médecin devra adopter par rapport à eux une position qui engagera sa responsabilité médicale.

Un autre membre estime, comme de précédents intervenants, que la notion d'«inconscient» doit être précisée clairement. Dans la justification de l'amendement n° 291, il est question de coma.

Si c'est bien le coma irréversible que l'on vise, on s'interroge sur l'utilité du texte et surtout, il est permis de se demander si celui-ci ne va pas susciter des difficultés sur le terrain pour les patients qui se trouvent dans cet état et qui n'ont pas fait de déclaration anticipée.

Les médecins exposent qu'à l'heure actuelle, dans cette situation, ils se concertent avec les proches et prennent toutes les précautions utiles pour s'assurer qu'il s'agit bien d'une situation irréversible.

On applique alors des règles internes à l'hôpital, qui fixent une série de critères. C'est en conscience que l'on décide, par exemple, d'un arrêt ou d'une abstention de traitement.

Il faut tenir compte du changement qu'apporte l'intervention du législateur, qui définit les conditions dans lesquelles il n'y a pas infraction, lorsqu'il s'agit d'un patient inconscient qui a fait une déclaration anticipée.

Le médecin ne risque-t-il pas, dès lors, dans les autres cas, de faire de l'acharnement thérapeutique, pour éviter les dépôts de plaintes dont il pourrait être l'objet?

Il ne faut pas perdre de vue, en outre, que l'article 2 définit l'euthanasie comme le fait de mettre fin intentionnellement à la vie de quelqu'un.

Amendement n° 293

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc., Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 293), visant à supprimer l'article 4 proposé.

L'auteur principal répète ses objections à la déclaration anticipée telle que conçue par les auteurs de l'amendement n° 291. Il fait référence à son intervention dans la discussion générale de l'article 4.

Amendement n° 294

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc., Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 294), qui propose un texte nouveau pour l'article 4.

Un des cosignataires explique que la transparence est une des premières conditions que doit comporter

bouwd in een wetgeving betreffende de medische besluitvorming in het naderend levenseinde de transparantie is. Vandaar dat uitdrukkelijk wordt gesteld dat de patiënt tegenover zijn zorgverlener recht op alle hem betreffende informatie heeft, die nodig is om een inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand, de verdere evolutie ervan en over de mogelijke behandeling en zorgverlening, in een voor hem begrijpelijke taal. Op verzoek van de patiënt wordt de informatie schriftelijk bevestigd.

Wanneer een beslissing wordt genomen tot staken of nalaten van een medische behandeling, wanneer een therapie wordt afgebouwd of wanneer een naar huidig medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensverkortend gevolg wordt toegepast, worden een aantal bepalingen voorzien met betrekking tot de inhoud van het medisch dossier van de betrokkene. Deze worden opgesomd in de tweede paragraaf van het voorgestelde artikel 4.

De derde paragraaf heeft betrekking op de opstelling van schriftelijke richtlijnen voor bepaalde medische handelingen, met uitzondering van het actief levensbeëindigend handelen, voor het geval de betrokkene niet zélf meer in staat zou zijn zijn wensen kenbaar te maken. Deze richtlijnen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op het verzet tegen de therapeutische hardnekkigheid, zoals de Raad van Europa suggereert. Dit document is niet bindend voor de arts. Er kan slechts rekening mee worden gehouden indien het van recente datum is en de patiënt het verloop van zijn ziekte ten volle kan inschatten. Voor de medische beslissingen bij het levenseinde is het bovendien vereist dat de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevindt.

Tenslotte wordt in de vierde paragraaf voorgesteld dat de Orde van geneesheren op een uniforme wijze de voorwaarden moet vaststellen voor het staken of nalaten van medische behandelingen, het toepassen van pijnbestrijding met levensverkortend effect en dergelijke meer.

Het lid geeft enige toelichting bij de globale onderbouw van het door het amendement nr. 294 voorgestelde artikel 4. Zij benadrukt dat de patiënt steeds recht heeft op informatie omtrent zijn gezondheidstoestand en het verloop ervan, en dat men zich er steeds van dient te vergewissen dat de patiënt werd geïnformeerd bij het stellen van medische handelingen (zowel voor als bij het levenseinde), en dit in elk geval als de patiënt hiervoor al dan niet schriftelijke richtlijnen heeft opgesteld, en niet langer in staat is zijn wil te kennen te geven.

Euthanasie kent als grondvoorwaarde de vrije wil van de betrokkene. Niemand mag het leven van een ander opzettelijk beëindigen, zelfs niet onder het mom van een zogenaamd principieel toegelaten medische handeling. Om die reden is een transparante

une législation sur la prise de décisions médicales relatives à la fin de vie. C'est pourquoi il est explicitement prévu que le patient a le droit d'obtenir de son dispensateur de soins toutes les informations le concernant qui lui sont indispensables pour connaître son état de santé, l'évolution de celui-ci et les possibilités de traitement et de soins, dans un langage clair et compréhensible pour lui. À la demande du patient, ces informations sont confirmées par écrit.

Quand est prise une décision d'arrêter ou de s'abstenir d'appliquer un traitement médical, d'arrêter progressivement une thérapie ou encore d'appliquer un traitement analgésique justifié par l'état actuel du savoir médical et ayant pour effet d'abrèger la vie, certaines dispositions relatives au contenu du dossier médical de l'intéressé sont prévues. Elles sont énoncées au deuxième paragraphe de l'article 4 proposé.

Le troisième paragraphe porte sur l'élaboration de directives écrites relatives à certains actes médicaux, à l'exception de l'acte actif d'interruption de vie, pour le cas où l'intéressé ne serait plus lui-même en état de faire connaître ses souhaits. Ces directives concernent, par exemple, le refus de l'acharnement thérapeutique, comme le suggère le Conseil de l'Europe. Ce document n'a pas de valeur obligatoire pour le médecin. Il ne peut être pris en compte que s'il est de date récente et si le patient peut comprendre pleinement l'évolution de sa maladie. Pour les décisions médicales relatives à la fin de vie, il est en outre requis que le patient se trouve dans une situation médicalement sans issue.

Le quatrième paragraphe, enfin, prévoit que l'Ordre des médecins fixe de manière uniforme les conditions dans lesquelles l'arrêt ou l'abstention de traitements médicaux, l'application d'un traitement analgésique ayant pour effet d'abrèger la vie, etc. peuvent être pratiqués.

L'intervenante donne quelques explications sur la structure générale de l'article 4 proposé par l'amendement n° 294. Elle souligne que le patient a toujours le droit d'obtenir des informations sur son état de santé et l'évolution de celui-ci et qu'il faut toujours s'assurer que le patient a été informé avant de poser des actes médicaux (tant avant qu'au moment de la fin de vie), et en tout cas, lorsque le patient a donné des directives écrites ou non et n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

La condition de base de l'euthanasie est le libre arbitre du patient. Nul ne peut mettre intentionnellement fin à la vie d'autrui, pas même sous le couvert d'un soi-disant acte médical en principe autorisé. C'est pourquoi il faut une réglementation trans-

regeling van alle zogenaamde medische beslissingen bij het levenseinde, met nadruk op de patiëntenrechten, noodzakelijk.

De medische ethiek heeft voldoende richtlijnen en procedures ontwikkeld om adequaat om te gaan met uitzichtloze situaties bij wilsonbekwame patiënten.

De wettelijke erkenning van de wilsverklaring met het verzoek tot actieve levensbeëindiging is onaanvaardbaar. Het algemeen verbod op levensbeëindiging bij mensen die hun wil niet kunnen uitdrukken is een grondvoorwaarde om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te beschermen. De vrije wil van de betrokkene staat, op het moment dat hij de wilsverklaring opstelt, geenszins voldoende vast met betrekking tot de concrete ziektesituatie. Zelfs als de wilsverklaring ooit een volkomen juiste en duidelijke weergave zou kunnen zijn geweest van de bewuste en goed geïnformeerde keuze van een patiënt, dan was dit een keuze die gemaakt is in een bepaalde tijd, met de medische en sociale mogelijkheden en onmogelijkheden van die tijd.

Evenmin kan worden toegelaten dat een mandataris in deze situatie deze vrije wil in de plaats van de patiënt zou vertolken. Een voorafgaande wilsverklaring kan nooit een concrete noodtoestand vooraf omschrijven: nooit is men zeker dat de vrije wil zoals uitgedrukt in de wilsverklaring nog gelijk is aan de wil van de patiënt op het ogenblik dat hij deze wil niet meer kan uitdrukken.

Zelfs al is de wilsverklaring slechts «van indicatieve waarde», dan nog kan zij een belangrijke sociale druk op de arts niet uitsluiten en is er ook het risico van de economische druk op de gezondheidszorg, waarbij er amper nog ruimte blijft voor een diepgaand respect voor de chronisch zieke of bewusteloze patiënt. Dit is nog sterker het geval, nu het voorstel niet bepaalt dat er steeds een vertrouwenspersoon dient te worden aangesteld. In dat geval dient de arts zelf te oordelen, met als onvoldoende waarborg de consultatie van een tweede geneesheer, die zich enkel dient uit te spreken over het onomkeerbaar karakter van het «buiten bewust zijn».

De eminente waarde van het leven is de natuurlijke grondslag van alle rechten van de menselijke persoon. Op geen enkele manier mag men de geringste twijfel laten bestaan dat de wil van de patiënt niet overeenstemt met zijn wil in de concrete situatie waarin hij niet langer zelfstandig een verzoek tot opzettelijk levensbeëindigend handelen kan uiten. Het is immers onmogelijk om de ernst en duurzaamheid van het verzoek te toetsen; evenmin kan nagegaan worden of er sprake is van ondraaglijke pijn in hoofde van de

parente sur les décisions médicales relatives à la fin de vie, mettant l'accent sur les droits du patient.

L'éthique médicale a développé suffisamment de directives et de procédures pour faire face de manière adéquate à des situations sans issue auxquelles sont confrontés certains patients incapables de manifester leur volonté.

La reconnaissance légale de la déclaration anticipée avec demande d'euthanasie active est inadmissible. L'interdiction générale de mettre fin à la vie des personnes qui ne peuvent exprimer leur volonté est une condition essentielle de la sauvegarde des droits des plus faibles dans notre société. Au moment où le patient rédige sa déclaration, il n'est pas établi de manière suffisante qu'il dispose de son libre arbitre quant à sa situation pathologique concrète. Même si la déclaration de volonté a été un jour le reflet parfaitement exact, clair, etc. du choix délibéré et bien informé du patient, il n'en reste pas moins que ce choix a été fait à une époque déterminée et compte tenu de tout ce qui était possible et impossible à cette époque sur les plans médical et social.

On ne peut pas admettre non plus qu'en pareille situation, un mandataire se fasse l'interprète de la volonté du patient. Une déclaration anticipée antérieure ne peut jamais décrire à l'avance une situation concrète de détresse: on n'est jamais sûr que le libre arbitre exprimé dans une déclaration anticipée, correspond encore à la volonté du patient lorsqu'il n'est plus en mesure de l'exprimer.

Même si la déclaration anticipée n'a qu'une «valeur indicative», elle ne peut exclure que le médecin soit soumis à une importante pression sociale ni que se profile le risque de voir le secteur des soins de santé soumis à certaines pressions économiques, auquel cas on ne disposerait pratiquement plus d'aucune marge pour assurer le profond respect dû aux patients qui sont atteints d'une maladie chronique ou aux patients inconscients. C'est d'autant plus vrai maintenant, puisque la proposition de loi ne prévoit pas l'obligation de désigner une personne de confiance. Dans ce cas, le médecin doit juger lui-même, avec comme garantie insuffisante la consultation d'un deuxième médecin qui ne devra toutefois se prononcer que sur le caractère irréversible ou non de l'état d'inconscience.

La valeur éminente de la vie est le fondement naturel de tous les autres droits de la personne humaine. On ne peut en aucune façon laisser planer le moindre doute que la volonté exprimée par le patient n'est pas en concordance avec la volonté dans la situation concrète où il n'est plus en mesure de formuler une demande autonome d'interruption volontaire de sa vie. En effet, il n'est pas possible d'assurer que la demande est sérieuse et durable, pas plus qu'il n'est possible de vérifier si le patient éprouve ou non une

patiënt. Tenslotte kan niet verzekerd worden of de patiënt de beslissing in volle vrijheid heeft genomen op een moment dat hij daartoe nog bekwaam was.

Beslissingen over levensbeëindiging impliceren altijd een waardeoordeel, en dit waardeoordeel komt alleen toe aan de betrokkene zelf.

Aan een wilsverklaring met betrekking tot euthanasie kan dan ook geen enkele juridische waarde worden verbonden: zij dient van elke wettelijke regeling te worden uitgesloten.

In zijn negende advies met betrekking tot de wenselijkheid van een regeling met betrekking uit het levensbeëindigend handelen bij wilsbekwamen, stelt het Raadgevend Comité voor bio-ethiek:

«Vooraf neergelegde wilsverklaringen kunnen nooit de complexiteit van het «hier en nu» vatten noch een dwingende gedragscode opleggen omtrent onvoorzienbare situaties. De creativiteit van de zorg wordt in het dagelijkse medische handelen steeds werd getoetst aan de wisselvalligheid van het bestaan. Het komt de arts niet toe te oordelen over de kwaliteit van het leven van medemensen (*überhaupt* nog minder als deze niet in staat zijn hun wil te kennen te geven). Het algemene verbod op levensbeëindiging bij wilsonbekwamen is een *conditio sine qua non* om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te vrijwaren en dus eigenlijk ook om de democratische waarden te beschermen. Niemand kan radicaal beschikken over een andere persoon, zelfs indien hij dit in een wilsbekwame toestand heeft gevraagd.»

Toelichting bij de voorgestelde bepalingen van dit amendement.

— Met betrekking tot § 1

Het patiëntenrecht van de *informed consent* is onlosmakelijk verbonden met de problematiek van de medische handelingen in het algemeen en de medische beslissingen bij het levenseinde in het bijzonder.

De patiënt wordt het recht toegekend om die informatie te ontvangen waardoor hij een inzicht krijgt in zijn gezondheidstoestand en de verdere evolutie ervan. Het betreft een informatieverstrekking die enerzijds op zichzelf bestaat, en die met betrekking tot de medische beslissingen bij het levenseinde verplicht is (zie de bepalingen van § 2 en § 3).

De informatie heeft onder meer betrekking op de diagnose, op mogelijke therapeutische, palliatieve en curatieve behandelingen.

De informatie dient aan de patiënt te worden verschaft in een voor hem duidelijke en begrijpelijke taal. Op verzoek van de patiënt dient de zorgverlener de informatie schriftelijk te bevestigen.

douleur insupportable. Enfin, on ne peut pas garantir que le patient a pris sa décision en toute liberté à un moment où il en était encore capable.

Les décisions relatives à la fin de vie impliquent toujours un jugement de valeur qui appartient à l'intéressé seul.

Une déclaration anticipée concernant une demande d'euthanasie ne peut dès lors avoir aucune valeur juridique: elle doit être exclue de tout régime légal.

Dans son neuvième avis sur l'opportunité d'une réglementation en matière d'arrêt actif de la vie de personnes incapables d'exprimer leur volonté, le Comité consultatif de bioéthique a affirmé:

«Des déclarations anticipées ne peuvent jamais saisir la complexité de «l'ici et maintenant» ni composer un code de comportement contraignant concernant des situations imprévues. La créativité des soins dans la pratique médicale quotidienne est constamment adaptée aux vicissitudes de l'existence. Il n'appartient pas au médecin de juger de la qualité de la vie d'autrui (et *a fortiori* de la vie de celui qui n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté). L'interdit général portant sur l'arrêt actif de la vie des personnes incapables est en effet une condition *sine qua non* de garantie des droits des plus faibles dans notre société, et donc aussi, en fin de compte, de garantie de protection des valeurs démocratiques fondamentales. Personne ne peut déposer radicalement d'une autre personne, même si celle-ci l'a demandé alors qu'elle était en état d'exprimer sa volonté humaine.»

Justification des dispositions proposées dans le présent amendement.

— Concernant le § 1^{er}

Le consentement éclairé est un droit du patient qui est indissociablement lié à la problématique des actes médicaux en général et aux décisions médicales relatives à la fin de vie en particulier.

La disposition proposée confère au patient le droit d'obtenir l'information nécessaire pour connaître son état de santé et l'évolution future de celui-ci. La communication de l'information existe en tant que telle mais elle devient obligatoire lorsqu'il s'agit de décisions médicales en fin de vie (voir les dispositions des §§ 2 et 3).

L'information a trait notamment au diagnostic, aux éventuels traitements thérapeutiques, palliatifs et curatifs.

L'information doit être communiquée au patient dans un langage clair et compréhensible pour lui. À la demande du patient, le dispensateur de soins devra la confirmer par écrit.

— Met betrekking tot § 2

Ook uit de hoorzittingen bleek dat euthanasie slechts het «topje van de ijsberg» is, en werd gewezen op de complexiteit van de vele medische handelingen bij het levenseinde en het menswaardig sterven. Er werd vastgesteld dat de gezondheidszorg bij het naderend levenseinde vaak ook minder «humane» kanten vertoont: weinig of geen contact van de arts met de patiënt, weinig of geen overleg, weinig of geen informatie, de behandeling als onpersoonlijk, technisch gebeuren, het gevaar van de therapeutische hardnekkigheid. Een regeling die een aantal basisrechten bevat voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn of stervende zijn en ze als algemeen recht wettelijk erkent is dus noodzakelijk (concretisering van patiëntenrechten bij het naderende levenseinde).

Ook om nog een andere belangrijke reden is een wettelijke regulering met betrekking tot deze medische beslissingen bij het levenseinde in een «euthanasiewet» op haar plaats: aldus kan vermeden worden dat de in de praktijk clandestiene euthanasie in een zogenaamde schemerzone zou plaatsvinden onder de dekmantel van de principieel toegelaten medische handelingen, zoals het staken of nalaten van een medische handeling, de afbouw van een therapie of een naar medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensbekortend gevolg.

Het amendement bepaalt dat deze voornoemde toegelaten medische handelingen enkel kunnen worden toegepast in overeenstemming met de huidige medische inzichten, de medische deontologie, alsook met eerbiediging van de rechten van de patiënt.

Dit wordt gewaarborgd door het feit dat uit het medisch dossier van de overledene duidelijk moet blijken dat:

— de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissingen, en ermee instemde;

— ingeval de patiënt niet (meer) in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts was geraadpleegd;

— de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of naaste familie, zo mogelijk, op de hoogte werden gebracht van de voorgenomen beslissing en de gelegenheid hadden gekregen hun mening te kennen te geven.

Hierbij is het aangewezen dat de medische deontologie het beginsel uitwerkt dat een tweede arts bij deze besluitvorming moet worden betrokken.

Het amendement heeft aldus tot doel het beslissingsproces van principieel medisch toegelaten handelingen meer te objectiveren en de eventuele gerechtelijke controle achteraf te vergemakkelijken.

De verwijzing naar artikel 76bis van het Burgerlijk Wetboek, betreft een verwijzing naar een door de

— Concernant le § 2

Les auditions ont également montré que l'euthanasie n'est que le sommet de l'iceberg et ont fait apparaître toute la complexité des nombreux actes médicaux en relation avec la fin de vie et la mort dans la dignité. On a constaté que les soins de santé dispensés à l'approche de la mort présentent trop souvent des côtés moins humains: peu ou pas de contact entre le médecin et le patient, peu ou pas de concertation, peu ou pas d'information, caractère impersonnel et technique du traitement, risque d'acharnement thérapeutique. Il est donc nécessaire d'arriver à une réglementation contenant une série de droits fondamentaux des patients incurables ou mourants (concrétisation des droits des patients à l'approche de la fin de leur vie).

Une autre raison importante justifie d'inscrire une réglementation légale relative à ces décisions médicales en fin de vie dans une «loi sur l'euthanasie»: elle permettra d'éviter que l'euthanasie ne soit pratiquée clandestinement, dans une zone d'ombre, sous le couvert d'actes médicaux en principe autorisés, tels que l'interruption ou l'omission d'un acte médical, la cessation progressive d'une thérapie ou une forme médicalement justifiée de lutte contre la douleur ayant pour effet d'abrégé la vie.

Le présent amendement prévoit que ces actes médicaux autorisés ne peuvent être appliqués que s'ils sont conformes à l'état actuel des connaissances médicales, à la déontologie médicale et au respect des droits du patient.

Cela est garanti par le fait que le dossier médical de la personne décédée doit faire ressortir sans équivoque:

— qu'informé de la décision envisagée, le patient a donné son assentiment;

— qu'un collègue médecin au moins a été consulté si le patient n'était pas ou plus en état d'exprimer sa volonté;

— que la personne de confiance désignée par le patient lui-même ou sa famille proche ont, si possible, été informées de la décision envisagée ou ont eu l'occasion de donner leur avis.

À cet égard, il convient que la déontologie médicale élabore le principe suivant lequel un deuxième médecin doit être associé à cette prise de décision.

L'amendement vise donc à objectiver davantage le processus décisionnel relatif aux actes médicaux en principe autorisés et à en faciliter l'éventuel contrôle judiciaire *a posteriori*.

L'article 76bis du Code civil auquel il est fait référence et dont l'insertion a été proposée par les auteurs

indiens van dit amendement voorgestelde invoeging van een artikel 76bis, waarbij door middel van steekproeven toezicht kan worden uitgeoefend op de waarachtigheid van de overlijdensverklaring die, ook na het toepassen van een medische beslissing bij het levenseinde, moet worden opgemaakt door de arts.

— Met betrekking tot § 3

Bijna alle getuigen waren het er in de hoorzittingen over eens dat een wilsverklaring een belangrijk element kan zijn bij het nemen van medische beslissingen bij het levenseinde, ingeval de patiënt niet meer in staat is zijn wil kenbaar te maken; de wilsverklaring werd evenwel vooral nuttig geacht bij behandelings- en beleidsopties die voor de dagelijkse palliatieve en terminale zorg van veel groter belang zijn. Wil de patiënt nog kunstmatige voeding of vochttoediening? Wil de patiënt in de terminale fase nog reanimatie of kunstmatige ventilatie? Wil de patiënt dat de artsen elke mogelijke therapie alsnog blijven toepassen?

De wilsbeschikking kan aldus dienen als middel tot communicatie tussen patiënt, familie en hulpverleners (Van den Eynden). In dezelfde lijn ligt het idee van het «*protocole de détresse*» zoals dit toegepast wordt onder meer voor de eerstelijnsverzorging en de thuisverzorging (Cambron-Diez). Dit «*protocole de détresse*» biedt transparantie en zekerheid voor de patiënt in crisissituaties, en is een richtlijn voor geneesheer en verplegend personeel.

Om deze reden dient te worden bepaald dat de patiënt schriftelijke richtlijnen kan opstellen over de toepassing van de principieel toegelaten medische handelingen, als hijzelf niet meer in staat zou zijn zijn wensen kenbaar te maken.

Evenwel kan deze wilsverklaring geenszins een juridisch verbindende kracht in hoofde van de arts betekenen, en kan ze evenmin gebruikt worden met betrekking tot het verzoek van actieve levensbeëindiging.

Is een patiënt onbekwaam, dan moet immers aan de plicht van de Staat om het leven te beschermen onvoorwaardelijk voorrang worden verleend.

Het amendement bepaalt dus dat de wilsverklaring van recente datum moet zijn en opgesteld op een ogenblik waarop de patiënt de draagwijdte en het verloop van zijn ziekte ten volle kan inschatten. Bovendien dienen de inhoudelijke toelaatbaarheidsvoorwaarden die gelden bij het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek worden nageleefd, in die zin dat het moet gaan om een patiënt die zich in een medisch uitzichtloze terminale situatie bevindt.

De wilsverklaring kan ook worden opgesteld met betrekking tot andere medische handelingen, buiten de stervensfase, voor het geval de patiënt zijn wil niet te kennen kan geven. Ook in dit geval geldt dat de

du présent amendement permet de contrôler par sondage la véracité de la déclaration de décès à établir par le médecin, aussi après l'application d'une décision médicale en fin de vie.

— Concernant le § 3

Presque tous les témoins ont reconnu durant les auditions qu'une déclaration anticipée pouvait être un élément important dans la prise de décisions médicales en fin de vie, lorsque le patient n'est plus en état de manifester sa volonté. La déclaration a cependant surtout été jugée utile pour les choix de traitement et d'orientation qui sont beaucoup plus importants pour les soins palliatifs et terminaux au quotidien. Le patient veut-il encore être nourri ou hydraté artificiellement? Le patient en phase terminale veut-il encore être réanimé ou ventilé artificiellement? Le patient veut-il que les médecins continuent à appliquer toutes les thérapies possibles?

La déclaration anticipée peut donc être un moyen de communication entre le patient, la famille et les thérapeutes (Van den Eynden). C'est dans le même ordre d'idées que se situe le «*protocole de détresse*», tel qu'il est appliqué notamment pour les soins en première ligne et les soins à domicile (Cambron-Diez). Ce «*protocole de détresse*» garantit la transparence et la sécurité au patient en situation de crise et constitue une directive pour le médecin et le personnel soignant.

C'est la raison pour laquelle il convient de prévoir que le patient peut rédiger des directives écrites sur l'application des actes médicaux en principe autorisés, pour le cas où il ne serait plus lui-même en état de faire connaître ses souhaits.

Toutefois, cette déclaration anticipée ne peut avoir aucune force juridique contraignante pour le médecin ni être utilisée pour la demande d'euthanasie active.

Lorsqu'un patient est incapable, le devoir de l'État, qui est de protéger la vie, doit en effet primer de manière inconditionnelle.

L'amendement dispose donc que la déclaration anticipée doit être de date récente et avoir été rédigée lorsque le patient était en mesure de saisir pleinement la portée de sa maladie ainsi que son évolution. De plus, les conditions d'admissibilité de fond applicables à l'acte délibéré d'interruption doivent être remplies, en ce sens qu'il doit s'agir d'un patient en phase terminale et dont la situation médicale est sans issue.

La déclaration peut également porter sur d'autres actes médicaux, en dehors de la phase de décès, pour le cas où le patient ne serait plus en mesure de manifester sa volonté. Dans ce cas également, le patient

patiënt voldoende geïnformeerd dient te zijn (*informed request*), dat deze wilsverklaring werd opgesteld op recente datum en op een ogenblik waarop de patiënt de draagwijdte en het verloop van zijn ziekte ten volle kan inschatten, dat een collega-arts wordt geraadpleegd, en de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of de naaste familie op de hoogte werden gebracht van de voorgenomen beslissing en de gelegenheid hadden hun mening te kennen te geven (zie de aanhef van deze paragraaf «Onverminderd de bepalingen van § 2).

— Met betrekking tot § 4

Het derde voorstel van het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek en de hoorzittingen wezen uit dat de problematiek van de euthanasie en enig regulerend optreden hieromtrent noodzakelijk dient te worden benaderd in het perspectief van alle andere medische beslissingen bij het levenseinde.

Ook aan palliatieve zorg zijn grenzen, en in de hoorzittingen werd soms gewag gemaakt van «palliatieve hardnekkigheid». Inderdaad, palliatieve zorg sluit bepaalde medische behandelingen bij het levenseinde niet uit. Patiënten wensen bovendien beschermd te worden tegen therapeutische hardnekkigheid waarbij hun visie wordt veronachtzaamd.

In de hoorzittingen werd onder meer door professor Schotsmans en dokter Van den Eynden gepleit om naast de beschermingsvoorwaarden voor patiënten met betrekking tot deze medische beslissingen bij het levenseinde (MBL) ook in een regulering te voorzien door richtlijnen en codes te uniformiseren. Waar professor Vanneste en dokter Vandeville hierbij opteren om deze codes wettelijk verplicht op te leggen, meent Adams dat «als men onder het reguleren van de MBL's verstaat dat nieuwe wetgeving dit onderwerp eveneens extensief moet verdisconteren, inclusief een justitiële handhavingsregeling, men op het verkeerde pad is terecht gekomen».

Een repressief controlesysteem is inderdaad niet wenselijk, zolang er geen aanwijzingen zijn die een algemeen wantrouwen in de artsen rechtvaardigen. Het is essentieel dat het vertrouwen in de arts ook in deze omstandigheden wordt bestendigd: om die reden is het aan de beroepsgroep van de artsen om deze regulering, met inachtneming van de patiëntenrechten, door de medische deontologie vorm te geven. Deze opdracht dient in de wet te worden ingeschreven, opdat de voorwaarden voor medische beslissingen die een waardig levenseinde verzekeren nader zullen worden gepreciseerd.

Mevrouw Leduc c.s. dienen een amendement in als subamendement op het amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 400), dat ertoe strekt de woorden «zijn voorkeur voor of zijn bezwaren tegen bepaalde medische handelingen kenbaar maken» te vervangen door de woorden «in een wilsverklaring». Eén van de indieners van het amende-

ment moet voldoende geïnformeerd (demande éclairée), la déclaration doit avoir été rédigée à une date récente et à un moment où le patient pouvait mesurer pleinement la portée et l'évolution de sa maladie; un collègue médecin doit avoir été consulté et la personne de confiance désignée par le patient lui-même ou la famille proche doivent avoir été informées de la décision projetée et avoir eu l'occasion de donner leur avis (voir les premiers mots de ce paragraphe: «Sans préjudice des dispositions du § 2»).

— Concernant le § 4

La troisième proposition de l'avis du Comité consultatif de bioéthique ainsi que les auditions ont montré que la question de l'euthanasie et toute tentative de réglementation en la matière doivent s'envisager dans la perspective de toutes les autres décisions médicales en fin de vie.

Les soins palliatifs ont eux aussi leurs limites et d'aucuns ont fait état, durant les auditions, de «l'acharnement palliatif». En effet, les soins palliatifs n'excluent pas certains actes médicaux en fin de vie. Les patients souhaitent en outre être protégés contre l'acharnement thérapeutique qui ne tient pas compte de leur vision des choses.

Lors des auditions, des personnes telles que le professeur Schotsmans et le docteur Van den Eynden ont plaidé pour que, outre les conditions de protection du patient par rapport à ces décisions médicales en fin de vie, on prévoie aussi une régulation en uniformisant les directives et les codes. Alors que le professeur Vanneste et le docteur Vandeville préfèrent une imposition légale de ces codes, M. Adams considère que «si par régulation des actes médicaux en fin de vie, on entend que la nouvelle législation doit régler cette matière de manière extensive, y compris en prévoyant un régime de maintien judiciaire, on fait fausse route».

En effet, un système de contrôle répressif n'est pas souhaitable en l'absence d'indications justifiant une méfiance générale à l'égard des médecins. Il est essentiel que la confiance dans le médecin soit confirmée également dans ces circonstances. C'est pourquoi il appartient à la catégorie professionnelle des médecins de donner corps à cette réglementation, dans le respect des droits du patient, par le biais de la déontologie médicale. Cette mission doit être inscrite dans la loi afin que soient mieux précisées les conditions auxquelles doivent satisfaire les décisions médicales visant à assurer une fin de vie dans la dignité.

Mme Leduc et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 400) visant à remplacer les mots «déclarer par écrit ses préférences ou ses objections concernant sa prise en charge médicale» par les mots «déclarer par écrit, dans une déclaration anticipée». Un des auteurs de l'amendement souligne

ment benadrukt dat aan de mensen de wettelijke mogelijkheid moet worden gegeven om een dergelijke wilsverklaring op te stellen. De ervaring leert dat dit vaak gebeurt nadat men in de nabije omgeving mensen heeft zien lijden, en men tot het besef komt dat men dit zelf niet wenst mee te maken.

De patiënt moet, overeenkomstig de toekomstige wetgeving op de patiëntenrechten, geïnformeerd worden over de gevolgen van zijn ziekte en moet bijgevolg ook de mogelijkheid krijgen dienaangaande zijn wil te uiten. Het amendement nr. 400 heeft evenwel als doel alle misverstanden uit te sluiten en bepaalt dat de wilsverklaring, in het kader van deze wet, slechts de euthanasie als voorwerp kan hebben wanneer aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.

Een lid merkt op dat het tweede lid van de voorgestelde eerste paragraaf onzorgvuldig geredigeerd is. Het is immers niet de patiënt die in zijn wilsverklaring zijn medische toestand aan de arts moet uiteenzetten.

De omstandigheden waarin het in een wilsverklaring geformuleerde verzoek kan worden ingewilligd, moeten door de arts worden beoordeeld en moeten in paragraaf 2 worden omschreven.

De spreekster stelt andere mogelijke en kortere formuleringen voor zoals: «Elke meerderjarige kan in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat er euthanasie wordt toegepast op het ogenblik dat hij niet meer bij bewustzijn is.»

Amendement nr. 351

Mevrouw de T' Serclaes dient een sub-amendement in bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 351) ertoe strekkend het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«Art. 4. — § 1. Elke patiënt heeft recht op alle informatie die hem betreft en die nuttig kan zijn om zijn gezondheidstoestand en de ontwikkeling daarvan te begrijpen.

Deze informatie wordt hem meegedeeld in begrijpelijke termen, die aangepast zijn aan zijn situatie. Behoudens hoogdringendheid dient deze informatie correct en volledig te zijn.

Elke patiënt heeft het recht om vooraf, uit vrije wil en met kennis van zaken, zijn toestemming te geven voor alle handelingen verricht door een zorgverlener. Behoudens hoogdringendheid mag geen enkele medische handeling worden uitgevoerd, voortgezet of gestaakt zonder de vrije en met kennis van zaken gegeven toestemming van de patiënt. Deze toestemming mag op ieder ogenblik worden ingetrokken.

De patiënt mag schriftelijk, in de vorm die hem gepast lijkt, richtlijnen bepalen met betrekking tot de omstandigheden van zijn levenseinde voor het geval hij niet meer in staat zou zijn zijn wil te uiten. Hij kan

qu'il faut donner aux personnes la possibilité légale d'établir une telle déclaration. L'expérience apprend que cette décision est souvent prise après qu'on ait assisté aux souffrances de personnes de son entourage proche et qu'on ait pris conscience du fait qu'on ne souhaite pas vivre une telle situation.

Conformément à la législation prochaine relative aux droits des patients, le patient doit être informé des conséquences de sa maladie et doit, par conséquent, obtenir la possibilité d'exprimer sa volonté à ce sujet. L'amendement n° 400 vise toutefois à dissiper tous les malentendus et précise dans le cadre de la présente loi, que la déclaration anticipée ne peut avoir pour objet l'euthanasie que moyennant le respect de certaines conditions.

Un membre fait observer qu'un problème de rédaction se pose dans le deuxième alinéa du § 1^{er} proposé. En effet, ce n'est pas au patient à expliciter lui-même, dans sa déclaration anticipée, la situation médicale par rapport au médecin.

Les conditions dans lesquelles une réponse peut être donnée à la demande faite dans une déclaration anticipée relèvent du médecin et devront être précisées au § 2.

L'intervenante propose pour sa part d'autres formulations possibles, plus lapidaires, comme «Tout majeur peut indiquer, dans une déclaration anticipée, sa volonté d'un acte d'euthanasie pour le moment où il serait inconscient.»

Amendement n° 351

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 351) visant à remplacer l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Art. 4. — § 1^{er}. Tout patient a droit à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution.

Cette information lui est communiquée en des termes compréhensibles et appropriés à sa situation. Sauf urgence, cette information doit être correcte et complète.

Tout patient a droit à la manifestation de son consentement éclairé, préalable et libre concernant toute intervention d'un prestataire de soins. Sauf urgence aucun acte médical ne peut être posé, poursuivi ou arrêté sans le consentement libre et éclairé du patient. Ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le patient peut pour les cas où il ne serait plus en état d'exprimer ses souhaits, établir par écrit, de la manière qu'il juge appropriée, ses souhaits quant aux modalités de sa fin de vie. Il peut notamment disposer

met name bepalen dat hij geen behandeling wil ondergaan die tot doel heeft de werking van zijn vitale functies te verlengen, als de dood onafwendbaar is. Dit document heeft een indicatieve waarde voor de arts.

Hij kan ook een vertrouwenspersoon aanwijzen die de behandelende arts op de hoogte moet brengen van zijn wensen.

De verklaring en — eventueel — de naam van de vertrouwenspersoon worden bij voorkeur in het dossier van de patiënt bij de huisarts bewaard.

§ 2. De arts is de patiënt bij diens levenseinde alle morele en geneeskundige, curatieve of palliatieve hulp verschuldigd teneinde zijn fysieke of morele pijn te verlichten en zijn waardigheid te bewaren.

Hij onthoudt zich van elke daad die er redelijkerwijze niet kan toe bijdragen de gezondheid of de toestand van de patiënt te verbeteren, en meer bepaald van alle handelingen die gezien zijn toestand node-loos of buiten proportie lijken omdat zij rekening houdend met de meest recente stand van de geneeskunde, geen vooruitzicht op genezing of verlichting van zijn pijn bieden maar slechts strekken tot het uitsel van het overlijden.

Wanneer de patiënt definitief buiten bewustzijn raakt, beperkt de arts zich ertoe hem de nodige comfortzorg te verlenen.

In dat geval kan de arts beslissen over het starten of stopzetten van een behandeling nadat hij ten minste een collega heeft geraadpleegd en naar de wensen van de patiënt heeft gepeild in de wilsverklaring of bij de aangewezen vertrouwenspersoon, of bij gebreke daarvan bij de naasten of de wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt. »

Het eerste en het tweede lid van paragraaf 1 hebben betrekking op de rechten van de patiënt, met name het recht op informatie en het recht om met kennis van zaken toestemming te verlenen.

Het derde lid van paragraaf 1 heeft betrekking op het recht om schriftelijk richtlijnen te bepalen met betrekking tot de omstandigheden van zijn levenseinde.

In de tekst wordt de voorkeur geformuleerd om de wilsverklaring te bewaren in het dossier van de patiënt bij zijn huisarts. De indiener van het amendement acht een dialoog tussen de patiënt en zijn arts over de inhoud van het document wenselijk op het ogenblik dat de patiënt zich nog niet in de situatie bevindt waarop de verklaring betrekking heeft.

De indiener van het amendement benadrukt dat het amendement en in het bijzonder § 2 is gebaseerd op de Code van geneeskundige plichtenleer, die bepaalde richtlijnen geeft inzake de behandeling van patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

qu'il ne souhaite pas le recours à un traitement destiné à la prolongation de ses fonctions vitales si la mort est inéluctable. Un tel document a valeur indicative pour le médecin.

Il peut également désigner une personne de confiance chargée de mettre le médecin traitant au courant de ces souhaits.

Un tel document ainsi que le nom de la personne de confiance si une telle personne a été désignée, est de préférence conservé dans le dossier du patient auprès de son médecin généraliste.

§ 2. Le médecin doit au patient en fin de vie toute assistance morale et médicale, curative ou palliative pour soulager ses souffrances physiques ou morales et préserver sa dignité.

Le médecin s'abstient de tout acte qui ne puisse raisonnablement contribuer à améliorer la santé ou la situation du patient, et plus particulièrement de tous actes inutiles ou disproportionnés par rapport à son état en ce qu'ils n'offriraient au regard du dernier état de l'art de guérir aucune perspective de guérison, d'amélioration ou de soulagement de ses souffrances mais n'auraient pour objet que de retarder le décès.

Lorsque le patient est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.

Dans ce cas, la mise en route ou l'arrêt d'un traitement par un médecin pourra se faire après avoir consulté un confrère au moins, s'être informé sur les souhaits du patient qu'il aurait exprimé dans une déclaration anticipée ou par la désignation d'une personne de confiance ou à défaut auprès de ses proches ou de son représentant légal. »

Les alinéas 1^{er} et 2 du § 1^{er} réintroduisent donc des éléments relatifs aux droits du patient, à savoir le droit à l'information et le droit à la manifestation de son consentement éclairé.

L'alinéa 3 du § 1^{er} vise plus spécifiquement le droit d'établir par écrit ses souhaits quant aux modalités de sa fin de vie.

Le texte indique une préférence pour le dépôt de la déclaration dans le dossier du patient auprès de son médecin généraliste. L'auteur de l'amendement estime en effet souhaitable qu'un dialogue ait lieu entre le patient et son médecin quant au contenu du document, à un moment où le patient ne se trouve pas encore dans la situation envisagée par la déclaration.

L'auteur de l'amendement précise que celui-ci s'est inspiré, notamment en son § 2, du Code de déontologie médicale, qui indique certaines pistes à suivre lorsqu'il est question de patients inconscients.

De bepalingen ter zake moeten worden verfijnd want er zijn op het terrein nog heel wat onduidelijkheden.

Het ligt echter voor de hand dat het amendement gedeeltelijk zijn betekenis verliest wanneer men de eerste alinea van § 1, zoals geformuleerd in amendement nr. 15, zou schrappen. In deze alinea wordt immers in algemene bewoordingen verwezen naar de rechten van de patiënt met betrekking tot zijn levens-einde.

Amendement nr. 399

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 399), ertoe strekkend het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«Art. 4. — § 1. De beslissing tot het staken of nalaten van levensverlengende behandelingen alsmede de beslissing om over te gaan tot pijnstillende behandelingen die op grond van de huidige medische inzichten verantwoord zijn bij het bestrijden van de pijn en de symptomen en die als ongewild neveneffect de verkorting van het leven van de patiënt kunnen hebben, kunnen slechts genomen worden wanneer de goed geïnformeerde patiënt zijn vrije toestemming heeft gegeven en wanneer zij in overeenstemming zijn met de huidige medische inzichten en de medische deontologie.

Uit het medisch dossier van de betrokkene moet blijken dat:

1^o de patiënt op correcte en passende wijze werd geïnformeerd over de beoogde medische handelingen of behandelingen en over de risico's en voordelen die ze inhouden alsmede over de therapeutische of palliatieve alternatieven;

2^o de goed geïnformeerde patiënt zijn vrije toestemming heeft gegeven voor de beoogde medische behandeling of handeling;

3^o de arts ten minste een collega heeft geraadpleegd die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt, alsmede eventueel het verplegend of palliatief team dat de patiënt omringt;

4^o de arts de mening van de naasten heeft gevraagd, tenzij de patiënt zich hiertegen heeft verzet, alsmede de mening van enige andere door de patiënt aangewezen persoon.

Indien de patiënt niet bij bewustzijn is of kennelijk zijn wil niet kan te kennen geven, houdt de arts daarenboven rekening met de eerder geuite wensen van de patiënt of met de wilsverklaring die hij overeenkomstig § 2 zou hebben kunnen opgesteld, alsmede met de aanwijzingen van diens naasten of van enige andere persoon die de patiënt vroeger zou hebben kunnen aanwijzen.

Il serait d'ailleurs souhaitable que ces dispositions soient affinées, car il y a encore, sur le terrain, à tout le moins des interrogations.

Il est cependant évident que, si l'on supprime l'alinéa 1^{er} du § 1^{er}, tel qu'il était rédigé à l'amendement n^o 15, le présent amendement perd une partie de son sens, puisqu'il se situe dans une logique où l'on explicite de façon plus générale les droits du patient par rapport à sa fin de vie.

Amendement n^o 399

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 399), qui vise à remplacer l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Art. 4. — § 1^{er}. Les décisions d'arrêt ou d'abstention de traitements susceptibles de prolonger la vie d'un patient, ainsi que les décisions visant à administrer des traitements analgésiques justifiés dans l'état actuel de la médecine pour soulager la douleur et les symptômes et pouvant avoir pour effet secondaire non recherché d'abrégé la vie du patient ne peuvent être prises qu'avec le consentement libre et éclairé du patient, et en conformité avec l'état actuel du savoir médical et de la déontologie médicale.

Le dossier médical de la personne doit faire apparaître que:

1^o le patient a été informé, de manière correcte et adéquate, des actes ou traitements médicaux envisagés et des risques et avantages qu'ils comportent, ainsi que des possibilités thérapeutiques ou palliatives alternatives;

2^o le patient a donné son consentement libre et éclairé à l'acte ou au traitement médical envisagé;

3^o le médecin a consulté au moins un confrère spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient, et, le cas échéant, l'équipe soignante ou l'équipe palliative qui entoure le patient;

4^o le médecin a recueilli l'avis des proches, à moins que le patient ne s'y est opposé, et de toute personne désignée par le patient.

Si le patient est inconscient ou dans l'impossibilité manifeste d'exprimer sa volonté, le médecin prend, en outre, en considération, les souhaits éventuels précédemment exprimés par le patient ou la déclaration anticipée qu'il aurait pu rédiger conformément au § 2, ainsi que les indications de ses proches ou de toute personne que le patient aurait pu désigner antérieurement.

De verklaring van de patiënt of zijn wensen alsmede alle stappen die door de arts ondernomen zijn en de adviezen van de geraadpleegde personen zijn terug te vinden in het medische dossier van de patiënt.

§ 2. Elke bekwame en heldere meerderjarige kan voor het geval waarin hij niet bij bewustzijn is of zijn wil niet kan te kennen geven, een wilsverklaring opstellen waarin hij duidelijke instructies geeft over gewenste medische beslissingen, onder meer die bedoeld in § 1, met uitzondering van de actieve levensbeëindiging. De betrokkene kan eventueel een vertrouwenspersoon aanwijzen die de arts op de hoogte brengt van zijn wil en die gemachtigd is in dialoog te treden met de arts over de beoogde therapeutische keuzes. De behandelende arts, de in § 1 bedoelde geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon gekozen worden.

De verklaring wordt opgesteld, gedateerd en ondertekend door de patiënt zelf en door de eventuele vertrouwenspersoon.

De verklaring moet vrijwillig zijn opgesteld zonder enige vorm van dwang of druk.

Alvorens over te gaan tot het opstellen van de verklaring, moet de betrokkene door zijn arts correct en passend geïnformeerd zijn over zijn gezondheidstoestand en de ontwikkeling ervan alsmede over de verschillende medische behandelingen en vormen van zorgverlening die in zijn verklaring beoogd worden. De arts bevestigt in de verklaring dat de betrokkene hem gezond van geest en de informatie begrepen lijkt te hebben.

De verklaring bindt de arts juridisch niet. De arts kan de verklaring slechts in aanmerking nemen wanneer ze recent is opgesteld, op een tijdstip waarop de patiënt in staat was de draagwijdte van zijn verklaring en de ontwikkeling van zijn gezondheidstoestand volledig te begrijpen.

De verklaring kan op gelijk welke manier en te allen tijde worden herroepen of aangepast. Alvorens de wilsverklaring van een patiënt in overweging te nemen, vergewist de arts zich ervan dat ze niet werd herroepen of aangepast.»

De indienster onderstreept met betrekking tot punt 3 van § 1 dat het huidige debat reeds een weerslag heeft op het terrein omdat door de artsen steeds meer een beroep wordt gedaan op palliatieve teams om hen bij te staan bij de verzorging van patiënten bij het levenseinde.

De spreekster onderstreept ook dat het standpunt van haar fractie is geëvolueerd en dat deze vindt dat de arts rekening moet kunnen houden met de wens

La déclaration du patient ou les souhaits de celui-ci, ainsi que l'ensemble des démarches entreprises par le médecin et les avis des personnes consultées figurent au dossier médical du patient.

§ 2. Toute personne majeure, capable et lucide, peut, pour le cas où elle serait inconsciente ou dans l'impossibilité manifeste d'exprimer sa volonté, rédiger une déclaration anticipée dans laquelle elle donne des instructions précises relatives à des décisions médicales qu'elle souhaite ou qu'elle ne souhaite pas, notamment celles visées au § 1^{er}, à l'exception de l'arrêt actif de fin de vie. La déclaration peut éventuellement désigner une personne de confiance qui met le médecin au courant de sa volonté et qui est habilitée à assurer le dialogue avec le médecin au sujet des choix thérapeutiques visés. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté visé au § 1^{er}, et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être choisis comme personnes de confiance.

La déclaration est rédigée, datée et signée par le déclarant lui-même et la personne de confiance éventuelle.

La déclaration doit avoir été rédigée volontairement, sans contrainte ni pression d'aucune sorte.

Avant de procéder à la rédaction de la déclaration, le déclarant doit avoir été informé par son médecin de manière correcte et adéquate sur son état de santé et son évolution, ainsi que les divers soins et traitements médicaux envisagés dans sa déclaration. Le médecin atteste dans la déclaration que le déclarant lui a paru sain d'esprit et qu'il lui a semblé avoir compris l'information.

La déclaration n'a pas de portée juridique contraignante pour le médecin. Celui-ci ne peut la prendre en considération que si elle a été rédigée récemment, à un moment où le patient était en mesure de comprendre pleinement la portée de sa déclaration et l'évolution de son état de santé.

La déclaration peut être retirée ou adaptée par tout moyen et à tout moment. Avant de prendre en considération la déclaration anticipée d'un patient, le médecin s'assure que cette déclaration n'a pas été retirée ou adaptée.»

L'auteur souligne, à propos du § 1^{er}, 3^o, que les débats en cours connaissent déjà des effets sur le terrain puisque, de plus en plus, les équipes palliatives sont appelées en renfort par les médecins qui soignent des patients en fin de vie.

L'intervenante souligne également que la conception de son groupe a évolué, et que celui-ci considère lui aussi qu'il importe pour le médecin de pouvoir

die de patiënt op de ene of de andere wijze heeft geuit, met name in een wilsverklaring.

Het amendement heeft de bedoeling de wensen van de patiënt niet in een formalistisch keurslijf te dwingen en onderstreept het belang van samenwerking tussen de dienstverleners bij het nemen van de uiteindelijke beslissing (zie de woorden: «de adviezen van de geraadpleegde personen zijn terug te vinden in het medische dossier van de patiënt»).

Het amendement heeft het ook over een persoon die helder van geest is omdat de voorwaarde van bekwaamheid niet toereikend lijkt. Bovendien wordt in dit amendement de notie van dialoog tussen de vertrouwenspersoon en de arts geïntroduceerd. Het cruciaal belang van dit element blijkt uit de contacten van de indienster met de medische wereld en met de families.

De bepaling dat de verklaring volledig vrijwillig moet worden opgesteld, zonder enigerlei dwang of druk, is eveneens essentieel.

Al te veel aanvragen gebeuren onder druk, die niet alleen van economische of materiële aard, maar ook van psychologische of familiale aard kan zijn.

De indienster van het amendement besluit dat de problematiek van de wilsverklaring in het globale kader van de patiëntenrechten moet worden gezien. In de eerste plaats moet de patiënt correct geïnformeerd zijn over zijn gezondheidstoestand en over de te nemen beslissingen van medische aard alvorens hij met kennis van zaken kan beslissen.

De sprekerst haalt een recent geval aan waarbij een aanvraag om euthanasie werd geformuleerd. De arts tot wie deze aanvraag werd gericht, stelde in een gesprek met de patiënt psychische en fysische maatregelen voor om het lijden te verlichten, in samenwerking met hulpverleners en een psycholoog die de familie kende.

Het euthanasieverzoek werd niet herhaald omdat de maatregelen toereikend waren.

Het is dus belangrijk dat de arts aandacht heeft voor de wensen en behoeften van de patiënt en dat hij alle mogelijke hulpmiddelen aanreikt.

Zowel de ondervraagde personen als het Raadgevend Comité voor bio-ethiek zijn van oordeel dat men aan een voorafgaande richtlijn niet dezelfde waarde kan hechten als aan een verzoek dat op het ogenblik zelf wordt geformuleerd. Deze richtlijn kan evenwel een belangrijke leidraad vormen voor de arts met betrekking tot het standpunt van de patiënt inzake therapeutische hardnekkigheid, reanimatie, buitengewone behandelingen enzovoort.

De voorafgaande richtlijn mag echter geen betrekking hebben op de actieve levensbeëindiging. De medische praktijk beschikt over een groot aantal

prendre en considération les souhaits exprimés par le patient d'une manière ou d'une autre, et notamment par une déclaration anticipée.

La formule de l'amendement a pour but de ne pas figer les souhaits du patient dans un trop grand formalisme et souligne aussi l'importance de la collégialité pour aboutir à la décision finale (*cf.* les termes «les avis des personnes consultées figurent au dossier médical du patient»).

L'amendement vise aussi une personne «lucide», car la condition de capacité ne paraît pas suffisante. Il introduit en outre la notion de dialogue entre la personne de confiance et le médecin, car il ressort des contacts que l'auteur de l'amendement a pu avoir avec des acteurs de la santé et avec des familles qu'il s'agit d'un élément capital.

L'indication que la déclaration doit avoir été rédigée volontairement, sans contrainte ni pression d'aucune sorte, est aussi essentielle.

Trop de demandes résultent de pressions, qui ne sont pas nécessairement d'ordre économique ou matériel, mais aussi psychologique ou familial.

L'auteur de l'amendement conclut que la question des directives anticipées doit être vue dans le cadre global des droits du patient. Il importe tout d'abord que le patient soit correctement informé sur son état de santé et sur les décisions médicales devant être prises, avant qu'il puisse prendre des décisions en toute connaissance de cause.

Récemment encore, l'intervenante a eu connaissance d'un cas où une demande d'euthanasie a été formulée. Le médecin a entendu cette demande, a engagé un dialogue avec le patient, a proposé un soulagement physique et psychique avec l'aide d'une équipe et d'un psychologue proche de la famille.

La demande n'a pas été réitérée parce que, dans ce cas, l'encadrement avait été adéquat.

Il importe donc que le médecin entende la parole du patient dans toutes ses dimensions et s'entoure de toute l'aide nécessaire pour y répondre.

Tant les personnes auditionnées que le Comité consultatif de bioéthique ont été assez unanimes pour reconnaître qu'on ne peut accorder à une directive anticipée le même poids qu'à une demande présente. Toutefois, elle peut donner des indications importantes au médecin quant à la position du patient par rapport à l'acharnement thérapeutique, la réanimation, les traitements extraordinaires, etc.

Toutefois, la directive anticipée ne peut pas porter sur l'arrêt actif de la vie. La pratique médicale dispose d'un vaste arsenal de possibilités permettant de trou-

mogelijkheden om de problematische toestand van handelingsonbekwame patiënten bij het levenseinde op een bevredigende wijze op te lossen zonder dat men een actieve levensbeëindiging moet toepassen. Het is de taak van de geneesheer om ervoor te zorgen dat de handelingsonbekwame patiënt bij het levenseinde zo goed mogelijk wordt verzorgd zonder dat twee grenzen worden overschreden, die van de therapeutische hardnekkigheid, enerzijds, en die van de actieve beëindiging van het leven, anderzijds. Artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt dat wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, de geneesheer zich zal beperken tot het verlenen van comfortzorgen.

In Aanbeveling nr. 1418 van de Raad van Europa van 25 juni 1999 over de bescherming van de rechten van de mens en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden wordt duidelijk het onderscheid gemaakt tussen euthanasie en het recht van de patiënt om sommige behandelingen te weigeren en om de gepaste behandeling voor pijnbestrijding en de juiste palliatieve zorg te ontvangen, zelfs wanneer deze behandeling een verkorting van het leven tot gevolg heeft.

De verklaring van 1983 van de AMM over de terminale fase van de ziekte bepaalt uitdrukkelijk dat « de arts een patiënt het lijden dat een terminale ziekte meebrengt, kan besparen door af te zien van een behandeling in overleg met de patiënt of met zijn naaste familieleden indien de patiënt niet bekwaam is zijn wens kenbaar te maken. Dit belet niet dat men de stervende kan bijstaan en hem pijnstillers en geneesmiddelen kan toedienen ten einde de terminale fase van zijn ziekte te verzachten. » (*Vertaling*).

Voorafgaande richtlijnen kunnen nooit de complexiteit van het moment weergeven of een strikte handelwijze opleggen met betrekking tot onvoorziene toestanden. De arts kan geen oordeel vellen over de levenskwaliteit van zijn gelijken, *a fortiori* niet van diegenen die niet (of niet meer) bekwaam zijn hun wil kenbaar te maken. Actieve levensbeëindiging bij personen die handelingsonbekwaam zijn, moet in alle omstandigheden verboden blijven. Dit verbod is een *conditio sine qua non* voor het eerbiedigen van de rechten van de zwaksten en dus ook voor de bescherming van de fundamentele democratische waarden (standpunt 3, advies nr. 9 van 22 februari 1999 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek met betrekking tot de actieve levensbeëindiging bij personen die hun wil niet kenbaar kunnen maken).

Alvorens de arts een beslissing neemt, waarvoor hij alleen verantwoordelijk is, moet hij er bovendien over waken dat de voorafgaande richtlijn wordt opgenomen in het overleg dat op gang wordt gebracht met de naasten van de patiënt of de door hem aangewezen vertrouwenspersoon en het verplegend team. Het is de arts die de uiteindelijke beslissing neemt, maar

ver een solution adéquate aux situations problématiques des patients incapables en fin de vie sans devoir recourir à l'arrêt actif de la vie. En situation de fin de vie des personnes incapables, le médecin doit veiller à assurer au patient la meilleure qualité de vie possible, sans transgresser les deux limites que sont d'une part, l'acharnement thérapeutique et de l'autre, l'arrêt actif de la vie. L'article 96 du Code de déontologie médicale précise aussi que lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.

La Recommandation n° 1418 du Conseil de l'Europe du 25 juin 1999 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants fait clairement la distinction entre l'euthanasie et le droit pour le patient de renoncer à certains traitements, de même que le droit de recevoir des traitements anti-douleur et des soins palliatifs adéquats, même si les traitements appliqués peuvent avoir pour effet secondaire de contribuer à abrégé la vie de la personne en cause.

La déclaration sur la phase terminale de la maladie de l'AMM (1983) stipule expressément que « le médecin peut épargner à un patient les souffrances d'une affection terminale par abstention des soins avec l'accord du patient ou de ses proches si celui-ci est dans l'incapacité d'exprimer sa volonté. Cette abstention n'empêche pas d'assister le mourant et de lui donner les calmants et les médicaments propres à adoucir la phase terminale de son état. »

Des directives données anticipativement ne peuvent jamais saisir la complexité du moment présent ni constituer un code de comportement contraignant concernant des situations imprévues. Le médecin ne peut être juge de la qualité de vie de ses semblables, *a fortiori* ceux qui ne sont pas (ou plus) capables de faire connaître leur volonté. L'arrêt actif de la vie des personnes incapables doit rester interdit en toutes circonstances. Cet interdit est une condition *sine qua non* de garantie du respect des droits des plus faibles et donc aussi de garantie de protection des valeurs démocratiques fondamentales (position 3, avis n° 9 du 22 février 1999 du Comité consultatif de bioéthique concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté).

En outre, avant de prendre une décision, dont il reste le seul responsable, le médecin doit veiller à insérer la directive anticipée dans la concertation qui doit s'instaurer avec les proches du patient ou la personne de confiance désignée par celui-ci et l'équipe soignante. La décision finale appartient toujours au médecin, mais cette décision doit rester une expres-

deze beslissing moet een uiting zijn van verantwoordelijkheid, zorg en bijstand voor de onbekwame patiënt in de terminale fase.

De geneeskunde, pijnklinieken en pijnverlichting zijn zodanig geëvolueerd dat we optimistisch mogen zijn voor de wijze waarop artsen in de toekomst het lijden zullen kunnen verlichten.

Het is tenslotte zeer moeilijk het lijden van een patiënt die niet meer bewustzijn is, precies in te schatten.

Een lid steunt volledig het amendement nr. 399. Ook in de tweede paragraaf van dit amendement wordt met zoveel woorden gesteld dat de wilsverklaring nooit betrekking kan hebben op het opzettelijk levensbeëindigend handelen. Integendeel legt het amendement bij de medische besluitvorming bij het levenseinde de nadruk op andere beslissingen dan euthanasie, zoals het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek heeft gesuggereerd. Dergelijke beslissingen vormen overigens de overgrote meerderheid van de medische beslissingen bij het levenseinde. De leden van de verenigde commissies dienen dit toch ernstig in overweging te nemen.

Amendement nr. 350

Mevrouw de T' Serclaes heeft een subamendement ingediend bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 350). Punt A van dit subamendement strekt ertoe paragraaf 1 van het voorgestelde artikel 4 te schrappen, punt B is bijgevolg een aanpassing van paragraaf 2 van het artikel.

Amendement nr. 352

Mevrouw de T' Serclaes heeft een subamendement ingediend bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 352), ertoe strekkend:

A. Aan het einde van het eerste lid van paragraaf 1 van het voorgestelde artikel 4 de woorden «bij het levenseinde» toe te voegen.

B. De volgende leden van paragraaf 1 doen vervallen.

C. Paragraaf 2 doen vervallen.

Dit amendement zal worden ingetrokken indien het eerste lid vervalt.

Amendement nr. 295

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 295), dat beoogt vóór het eerste lid van § 1 van het voorgestelde artikel een tekst

sion de responsabilité, de soin et d'assistance du patient incapable au stade terminal.

L'évolution de la médecine, des cliniques de la douleur et du soulagement de la douleur est telle que l'on peut faire preuve d'optimisme quant à la manière dont les médecins, à l'avenir, parviendront à soulager la souffrance.

Enfin, il est très difficile de cerner la souffrance d'un patient inconscient.

Un membre soutient pleinement l'amendement n° 399, dont le deuxième paragraphe précise sans ambiguïté que la déclaration anticipée ne peut jamais porter sur un arrêt intentionnel de la vie. Au contraire, pour les décisions médicales relatives à la fin de vie, l'amendement met l'accent sur d'autres décisions que l'euthanasie, comme l'a suggéré le Comité consultatif de bioéthique. De telles décisions constituent d'ailleurs l'immense majorité des décisions médicales concernant la fin de vie. Les membres des commissions réunies doivent sérieusement prendre en considération cette réalité.

Amendement n° 350

Mme de T' Serclaes a également déposé à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 350), dont le point A vise à supprimer le § 1^{er} de l'article 4 proposé, et dont le point B adapte en conséquence le § 2 de cet article.

Amendement n° 352

Mme de T' Serclaes a déposé à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 352), tendant à:

A. Ajouter, à l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article 4 proposé, à la fin de cet alinéa proposé, les mots suivants: «en fin de vie».

B. supprimer les alinéas suivants du § 1^{er}.

C. supprimer le § 2.

Cet amendement sera retiré, pour autant que l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} soit supprimé.

Amendement n° 295

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 295), visant à insérer, avant l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article proposé, un texte

in te voegen met betrekking tot het recht van de patiënt op informatie betreffende zijn gezondheidstoestand.

Eén van de indieners van het subamendement verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 295. Hij ziet niet in hoe de patiënt met voldoende precisie een wilsverklaring kan opstellen zonder consultatie en voorlichting door de betrokken geneesheer. De patiënt mag immers niet *in abstracto* beslissen.

Amendement nr. 361

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 361), ertoe strekkend de voorgestelde paragrafen 1 en 2 te vervangen als volgt:

«Iedere handelingsbekwame persoon die de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt en zijn belangen inzake gezondheid op een redelijke wijze kan beoordelen, kan schriftelijk zijn wens kenbaar maken dat een arts opzettelijk een einde maakt aan zijn leven ingeval hij niet meer bij bewustzijn is, deze toestand onomkeerbaar is en zijn overlijden onontkoombaar op korte termijn.»

In dit amendement wordt verwezen naar het begrip «bekwaamheid», dat belangrijk lijkt, maar wordt het begrip «ontvoogde minderjarige» geschrapt. Het hanteert een begrip uit de Deense wetgeving, namelijk «die de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt», een formulering die eveneens in artikel 3 kan worden ingevoegd.

De indienster vindt dat men de Internationale Conventie over de rechten van het kind moet eerbiedigen die betrekking heeft op kinderen tot de leeftijd van achttien jaar. Ook in de Deense wetgeving wordt deze redenering gevolgd.

Het amendement neemt ook de woorden «dat een arts opzettelijk een einde maakt aan zijn leven», over met verwijzing naar de in artikel 2 aangenomen definitie.

Het amendement preciseert voorts het begrip «niet bij bewustzijn» zijn en voegt eraan toe dat het gaat om een toestand die onomkeerbaar is en het overlijden onontkoombaar op korte termijn.

Een lid merkt op dat, hoewel de indienster van het amendement nr. 361 in haar toelichting spreekt over de patiënten in de comateuze toestand, in de tekst van het amendement zélf de term «niet meer bij bewustzijn» («inconscient») wordt overgenomen van de indieners van het amendement nr. 291. Deze laatste term heeft een veel grotere draagwijdte dan de term «comateus». Wat is de intentie van de indienster van het amendement nr. 316?

relatif au droit du patient à être informé de son état de santé.

Un des auteurs du sous-amendement renvoie à la justification écrite de l'amendement n° 295. Il ne voit pas comment le patient peut établir une déclaration anticipée suffisamment précise sans consultation du médecin concerné et ses explications. Le patient ne peut en effet décider *in abstracto*.

Amendement n° 361

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 361), tendant à remplacer les §§ 1^{er} et 2 proposés par ce qui suit:

«Toute personne capable âgée de 18 ans révolus apte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé peut indiquer par écrit son souhait qu'un médecin mette fin intentionnellement à sa vie au cas où elle serait inconsciente, que cette situation est irréversible et le décès inéluctable à brève échéance.»

L'amendement reprend la notion de «capacité» qui paraît importante, mais supprime celle de mineur émancipé. Il utilise une notion tirée de la législation danoise, à savoir une personne âgée de «18 ans révolus», formule qui eût pu être insérée à l'article 3 également.

En effet, l'auteur estime qu'il faut rester en concordance avec la Convention internationale sur les droits de l'Enfant, qui vise les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. C'est aussi la logique qui inspire la loi danoise.

La formule proposée par l'amendement reprend également les termes «qu'un médecin mette fin intentionnellement à sa vie», par référence à la définition adoptée à l'article 2.

L'amendement précise aussi davantage la notion d'inconscience, en indiquant que cette situation est irréversible et le décès inéluctable à brève échéance.

Un membre fait remarquer que, même si l'auteur de l'amendement n° 361 parle des patients comateux dans ses développements, le texte de l'amendement lui-même reprend le terme «inconscient» («niet meer bij bewustzijn») employé par les auteurs de l'amendement n° 291. Ce dernier terme a une portée beaucoup plus large que le terme «comateus». Quelle est l'intention de l'auteur de l'amendement n° 316?

De indienster antwoordt dat het gaat om personen die niet bij bewustzijn zijn en waarvan de toestand onomkeerbaar is.

In het Frans impliceren de woorden «patiënt inconscient dans un état irréversible» volgens de meeste mensen en volgens de door de spreekster ondervraagde artsen duidelijk dat het niet om demente personen gaat.

Het Nederlandse woord «bewust» is misschien dubbelzinniger en kan wellicht betrekking hebben op personen die, hoewel ze bij bewustzijn zijn, een deel van hun onderscheidingsvermogen hebben verloren, bijvoorbeeld onder invloed van alcohol.

De spreekster verwijst naar het Zwitserse recht. In de werkgroep die daar deze problematiek behandelt en die nog geen wettekst heeft voorgesteld, spreekt men over een onomkeerbare coma. De werkgroep beveelt aan een neuroloog te raadplegen.

De spreekster is van plan deze suggestie in een amendement op te nemen.

Een neuroloog is blijkbaar de juiste persoon om als expert te beoordelen of de coma onomkeerbaar is, zelfs wanneer sommige vitale functies nog werken. Er zouden middelen bestaan om een dergelijke toestand in te schatten.

Artikel 4, § 1, voorgesteld door amendement nr. 291

Amendement nr. 362

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in bij amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 362). Punt A van dit amendement strekt ertoe het eerste lid van de voorgestelde § 1 te doen vervallen. Punt B strekt ertoe in het tweede lid van § 1 de woorden «Hij kan daarin onder meer» te vervangen door «Eenieder die de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt en handelingsbekwaam is, kan».

De indienster verwijst naar haar toelichting bij andere amendementen.

Amendement nr. 296

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 296), dat ertoe strekt in § 1 van het voorgestelde artikel een bepaling in te voegen volgens welke een wilsverklaring nooit betrekking kan hebben op het opzettelijk levensbeëindigend handelen.

Een lid merkt op dat de door de patiënt uitgedrukte wil om in welbepaalde omstandigheden tot euthanasie over te gaan, één van de elementen is in de medische besluitvorming.

Celle-ci répond qu'il s'agit de personnes inconscientes dont la situation est irréversible.

En français, les mots «patient inconscient dans un état irréversible» semblent exclure clairement, aux yeux de la plupart des gens et des médecins que l'intervenante a interrogés, les personnes démentes, par exemple.

Peut-être le mot néerlandais «bewust» est-il plus ambigu et permet-il de viser des personnes qui, sans être inconscientes, ont perdu une partie de leurs facultés de discernement, par exemple sous l'emprise de l'alcool.

L'intervenante renvoie au droit suisse où, dans les travaux du groupe de travail, qui examine la question et n'a pas encore abouti à une loi, il est question de la situation de coma irréversible, et où le groupe de travail recommandait de consulter un neurologue.

L'intervenante compte reprendre cette suggestion dans un amendement.

Il semble en effet, qu'un neurologue soit la personne indiquée pour attester, comme expert, que le coma est irréversible, même si certaines fonctions vitales subsistent. Il semble exister des codes permettant d'évaluer la situation à cet égard.

Article 4, § 1^{er}, proposé par l'amendement n° 291

Amendement n° 362

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 362), dont le point A vise à supprimer l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} proposé, et dont le point B vise à remplacer, au § 1^{er}, alinéa 2, les mots: «Il peut notamment» par les mots «Toute personne âgée de 18 ans révolus et capable peut».

L'auteur renvoie à ce qu'elle a déjà exposé à ce sujet, dans le cadre de la discussion d'autres amendements.

Amendement n° 296

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 296), visant à ajouter, à l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article proposé, une disposition prévoyant qu'une déclaration autorisée ne peut jamais concerner l'acte délibéré d'euthanasie.

Un membre observe que la volonté exprimée par le patient de procéder, dans des circonstances bien déterminées, à une euthanasie, est un des éléments de la prise de décision médicale.

Amendement nr. 297

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 297), dat ertoe strekt in § 1 van het voorgestelde artikel de woorden «of de ontvoogde minderjarige» te doen vervallen. Vooreerst is deze terminologie niet correct vanuit een louter juridische benadering. Bovendien wensen de indieners van het amendement niet dat minderjarigen een wilsverklaring zouden kunnen opstellen.

Amendement nr. 298

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 298), dat ertoe strekt in het eerste lid van § 1 duidelijk aan te geven dat de wensen of bezwaren tegen bepaalde medische handelingen in een wilsverklaring tot uiting moeten komen.

Een van de indieners zegt evenwel bereid te zijn om dit amendement terug te trekken indien het amendement nr. 400 wordt aangenomen.

Amendement nr. 299

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 299), dat beoogt § 1 aan te vullen met een bepaling die stelt dat de persoon die een wilsverklaring opstelt overleg moet plegen met een arts, en dat deze laatste de verklaring ondertekent met de melding dat de betrokkene ingelicht is over alle relevante aspecten van zijn gezondheidstoestand en de mogelijke medische en palliatieve behandelingen.

Een lid repliceert dat het zeer moeilijk zal zijn om een gezond persoon volledig in te lichten over het verloop van een ziekte die deze nog niet heeft of misschien nooit zal krijgen. De wilsverklaring is vooral bedoeld om aan te geven wat men vooral niet wil meemaken.

Een van de indieners van het subamendement antwoordt dat dit nu precies het punt is. Gezonde mensen hebben een volstrekt andere wilsvorming dan zieke mensen. Spreekster meent dat het mogelijk moet zijn om een wilsverklaring op te stellen, maar dat dit dient te gebeuren in het volle besef van de mogelijke gevolgen van de ziekte en van de remedies die kunnen worden toegepast.

Een lid merkt op dat het recht op informatie over palliatieve zorg wordt opgenomen in artikel 3 van het wetsvoorstel. Op het moment van de opstelling van de wilsverklaring is de betrokken persoon weliswaar gezond, maar heeft hij wellicht geleerd uit het ster-

Amendement n° 297

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 297), visant à supprimer les mots «ou mineur émancipé» à l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article proposé. D'une part, cette terminologie n'est pas correcte sous l'angle purement juridique. D'autre part, les auteurs de l'amendement ne souhaitent pas que des mineurs puissent établir une déclaration anticipée.

Amendement n° 298

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 298), visant à indiquer clairement, à l'alinéa 1^{er} du § 1^{er}, que les souhaits ou les objections concernant certains actes médicaux doivent pouvoir être exprimés dans une déclaration anticipée.

Un des auteurs déclare cependant être disposé à retirer cet amendement si l'amendement n° 400 est adopté.

Amendement n° 299

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 299), visant à compléter l'alinéa 1^{er} du § 1^{er} de l'article proposé par une disposition prévoyant que la personne qui rédige une déclaration anticipée doit se concerter avec un médecin et que ce dernier signe la déclaration en mentionnant que l'intéressé a été informé des aspects pertinents de son état de santé et des possibilités de traitement médical et palliatif.

Un membre réplique qu'il sera très difficile d'informer complètement une personne en bonne santé sur l'évolution d'une maladie dont elle n'est pas encore atteinte ou dont elle ne souffrira peut-être jamais. La déclaration anticipée vise essentiellement à indiquer ce qu'on ne souhaite surtout pas vivre.

Un des auteurs du sous-amendement répond que c'est précisément de cela qu'il s'agit. Les personnes en bonne santé ont des souhaits entièrement différents de ceux de personnes malades. L'intervenante estime qu'il doit être possible d'établir une déclaration anticipée mais que cela doit se faire en pleine conscience des conséquences possibles de la maladie et des remèdes susceptibles d'être appliqués.

Un membre observe que le droit à l'information sur les soins palliatifs est repris à l'article 3 de la proposition de loi. Au moment de la rédaction de la déclaration anticipée, la personne concernée est certes en bonne santé mais elle a sans doute tiré des enseigne-

vensproces van personen uit de nabije omgeving. Het amendement is hier dus niet op zijn plaats.

Een van de indieners van het subamendement antwoordt dat de verwijzing naar artikel 3 niet ter zake doet. Artikel 3 heeft immers betrekking op personen die volledig bij bewustzijn zijn en om euthanasie verzoeken. Deze hebben recht op informatie, maar zulks is uiteraard onmogelijk bij personen die niet meer bij bewustzijn zijn. Het amendement nr. 299 heeft integendeel tot doel voldoende informatie te verstrekken bij het opstellen van de wilsverklaring, wanneer men nog bij bewustzijn is. Dit wordt niet voorzien door het amendement nr. 291.

De vorige spreekster meent dat de betrokkene op dat ogenblik reeds voldoende geleerd heeft uit zijn ervaring met mensen uit zijn omgeving. Bijkomende informatie is derhalve niet meer vereist.

Een van de indieners van het subamendement is het niet eens met de vorige spreekster. Men kan niet van de meeste mensen verwachten dat ze dezelfde ervaring en kennis hebben als specialisten in een bepaalde aandoening, zoals bijvoorbeeld oncologen. Het amendement nr. 299 is derhalve een noodzakelijke aanvulling.

De vorige spreekster zegt hierover een andere mening te hebben.

Amendement nr. 300

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 300), dat beoogt het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 te doen vervallen.

Een van de indieners licht toe dat de indieners van het amendement nr. 300 het niet eens zijn met de visie volgens welke een wilsverklaring ook een euthanasieverzoek kan inhouden en dat deze verklaring een element van de behandeling van wilsonbekwamen kan uitmaken.

Een lid merkt op dat het amendement nr. 291 geen betrekking heeft op wilsonbekwamen, maar op mensen die «niet meer bij bewustzijn» zijn. Zij is het niet eens met de verantwoording bij het amendement nr. 300.

Amendement nr. 301

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 301), volgens hetwelk in het tweede streepje van het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel wordt aangegeven dat de betrokkene zich in een comateuze toestand moet bevinden.

ments des circonstances du décès de proches. L'amendement n'a donc pas sa place ici.

Un des auteurs du sous-amendement répond que la référence à l'article 3 ne change rien. En effet, l'article 3 concerne des personnes pleinement conscientes et qui demandent l'euthanasie. Elles ont droit à une information mais c'est évidemment impossible pour des personnes qui ont perdu conscience. L'amendement n° 299 vise, au contraire, à fournir suffisamment d'informations lors de la rédaction de la déclaration anticipée, alors que la personne est encore consciente, ce que ne prévoit pas l'amendement n° 291.

L'intervenante précédente considère que l'intéressé a, à ce moment, déjà tiré suffisamment d'enseignements de l'expérience qu'il a vécue avec des personnes de son entourage. Une information complémentaire n'est donc pas requise.

Un des auteurs du sous-amendement ne partage pas l'avis de la préopinante. On ne peut attendre de la plupart des gens que leur expérience et leurs connaissances égalent celles des spécialistes d'une affection déterminée, comme par exemple les oncologues. L'amendement n° 299 est donc un complément indispensable.

L'intervenante précédente opine différemment.

Amendement n° 300

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 300), visant à supprimer l'article 2 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

Un des auteurs explique que les auteurs de l'amendement n° 300 ne partagent pas la vision selon laquelle une déclaration anticipée peut également contenir une demande d'euthanasie et que celle-ci peut constituer un élément du traitement des personnes incapables d'exprimer leur volonté.

Une intervenante observe que l'amendement n° 291 ne concerne pas les personnes incapables de manifester leur volonté mais celles qui «ont perdu conscience». Elle n'est donc pas d'accord avec la justification de l'amendement n° 300.

Amendement n° 301

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 301) visant à indiquer au deuxième tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article proposé, que l'intéressé doit se trouver dans le coma.

Een van de indieners van het subamendement stelt dat in een wettekst de gehanteerde begrippen duidelijk moeten afgelijnd zijn. De term «niet meer bij bewustzijn» is veel te vaag. Vandaar het voorstel om meteen te zeggen waarover het gaat, namelijk om personen die zich in een comateuze toestand bevinden.

Volgens het Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse taal wordt onder bewustzijn verstaan :

1° vermogen tot besef, tot weten en erkennen van het bestaan van zichzelf en van de dingen;

2° besef van een bepaalde geestesgesteldheid, van verhoudingen;

3° zintuiglijk besef.

Het is duidelijk dat de term «bewustzijn» aldus ook niet-comateuze patiënten kan betreffen, die evenwel ten gevolge van een geestesziekte niet langer over hun «vermogen tot besef» beschikken.

Ook de term «bewusteloos» verschaft geen oplossing. Volgens Van Dale wordt onder bewusteloos begrepen :

1° zonder bewustzijn, buiten kennis;

2° (litteraire term) geen bewustzijn hebbend.

Gekoppeld aan de definitie van «bewustzijn» rijst aldus hetzelfde probleem.

Idem voor de term «onbewust», waarover Van Dale stelt :

1° niet bewust, niet tot zijn kennis doorgedrongen, hem onbekend;

2° geen besef of bewustzijn hebbende;

3° zonder het zelf te weten of erbij na te denken;

4° niet tot het bewustzijn doordringend;

5° (gewestelijk) bewusteloos.

De Franstalige tekst van het voorstel bepaalt deze toestand met de term «inconscient». Het Van Dale Woordenboek Frans-Nederlands begrijpt hieronder :

1° onbewust — waarvan men zich niet bewust is, onwillekeurig, instinctief, zonder besef;

2° onverantwoordelijk;

3° bewusteloos;

4° onwijs, onverstandig.

Ook het gebruik van de term «inconscient» dient dus te worden uitgesloten.

De hoofdindieners van het subamendement nr. 301 wijst erop dat dit een bijzonder belangrijk onderdeel

L'un des auteurs du sous-amendement considère que dans un texte de loi, les concepts utilisés doivent être clairement définis. La disposition «niet meer bij bewustzijn» est bien trop vague. C'est ce qui motive la proposition de préciser d'emblée de quoi il s'agit, c'est-à-dire de personnes se trouvant dans le coma.

Le «Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse Taal» prête au terme «bewustzijn» les sens suivants :

1° faculté de percevoir, de connaître et de reconnaître sa propre réalité et celle des choses;

2° conscience d'un état d'esprit déterminé, de relations;

3° perception sensorielle.

Il est clair que le terme «bewustzijn» peut donc aussi s'appliquer à des patients qui ne sont pas dans le coma mais qui, à la suite d'une maladie mentale, ont perdu leur «faculté de percevoir».

Le terme «bewusteloos» n'offre pas davantage de solution. Van Dale définit ce terme comme suit :

1° à qui la conscience fait défaut, sans connaissance;

2° (littéraire) dépourvu de conscience.

En se reportant à la définition de «bewustzijn», on constate que le même problème se pose.

Il en va de même du terme «onbewust», que Van Dale définit comme suit :

1° non parvenu à la connaissance de quelqu'un, inconnu de lui;

2° n'ayant pas conscience de;

3° sans le savoir soi-même ou sans y penser;

4° qui échappe à la conscience;

5° (régional) bewusteloos.

Dans le texte français de la proposition, on a utilisé, pour qualifier cette situation, l'adjectif «inconscient». Le dictionnaire Van Dale français-néerlandais entend par là :

1° inconscient — dont on n'a pas conscience, automatique, instinctif, machinal;

2° irresponsable, injustifiable;

3° à qui la conscience fait défaut;

4° fou, irréfléchi, déraisonnable.

Par conséquent, il est aussi exclu d'utiliser le terme «inconscient».

L'auteur principal du sous-amendement n° 301 souligne qu'il s'agit d'une partie extrêmement impor-

van het debat is. In de medische literatuur wordt aan de verschillende termen immers een specifieke betekenis gegeven.

Spreeker benadrukt dat in de toelichting bij het amendement nr. 291 iets anders wordt gezegd dan hetgeen wordt vermeld in de tekst zélf. Wat wordt nu precies bedoeld? Men hanteert best zo objectief mogelijke begrippen. De ervaring leert immers dat de toepassing van de wetgeving altijd verder gaat dan wat de auteurs ervan oorspronkelijk hebben bedoeld. Het is derhalve uiterst belangrijk om de juiste woorden te gebruiken.

De hoofdindienster van het amendement nr. 291 antwoordt dat in het amendement nr. 291 niet zozeer een juridische, dan wel een medische term wordt gebruikt, die door de geneesheer wordt geïnterpreteerd. Het lid vindt de term «niet meer bij bewustzijn» duidelijk genoeg. Hiermee wordt onder meer — en meestal — de comateuze toestand bedoeld.

De vorige spreker meent dat, indien enkel de geneesheer oordeelt over het «niet meer bij bewustzijn» zijn, dit de juridische toetsing volledig onmogelijk maakt, vermits diegene die toetst zich volledig moet overgeven aan de mening van de arts en deze moet aanvaarden.

Spreeker neemt er akte van dat, volgens de indieners van het amendement nr. 291, ook andere patiënten dan diegenen die zich in comateuze toestand bevinden, onder het toepassingsgebied van artikel 4 vallen.

De hoofdindienster van het amendement nr. 291 is het niet eens met deze laatste interpretatie.

De vorige spreker repliceert dat dat nochtans de interpretatie is die zonet door een van de indieners van het amendement nr. 291 werd gegeven.

Een lid verwijst naar recente publieke verklaringen van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1, volgens welke ook personen die mentaal lijden, zoals dementen, onder het toepassingsgebied van artikel 4 kunnen vallen. Dan weer wordt verklaard dat het enkel om comateuze patiënten kan gaan, maar tegelijk sluit men andere categorieën niet uit. Dit alles is zeer verwarrend en toont aan dat de indieners van het amendement nr. 291 het zelf niet eens zijn over de precieze draagwijdte van de gehanteerde terminologie.

Een ander lid antwoordt dat, volgens haar persoonlijke visie die zij meermaals in de pers heeft uitgedrukt, zij voor zichzelf zou moeten kunnen beschikken over haar lot wanneer zij dement zou worden. Dit is echter niet de draagwijdte van artikel 4 en van het amendement nr. 291, die dementen uitsluit.

Een vorige spreker vindt dat de wetgeving omtrent euthanasie die in de Senaat tot stand komt bol staat

tante du débat. La littérature médicale donne en effet aux différents termes une signification particulière.

L'orateur souligne que la justification de l'amendement n° 291 s'écarte de ce qui figure dans le corps du texte. Que veut-on dire exactement? On utilise des concepts aussi objectifs que possible. L'expérience nous apprend, en effet, que la mise en œuvre de la législation va toujours plus loin que ce que les auteurs ont voulu dire au départ. Il est dès lors extrêmement important de recourir à des termes appropriés.

L'auteur principal de l'amendement n° 291 répond que dans l'amendement n° 291, on n'utilise pas tant un terme juridique qu'un terme médical qui fait l'objet d'une interprétation du médecin. Le membre considère que le terme «inconscient» est suffisamment clair. Celui-ci couvre, la plupart du temps, un état comateux.

L'orateur précédent estime qu'en laissant au seul médecin la capacité d'apprécier l'état d'inconscience, on rend le contrôle juridique totalement impossible étant donné que celui qui contrôle doit se remettre entièrement à l'avis du médecin et l'accepter.

L'orateur prend acte du fait que, selon les auteurs de l'amendement n° 291, d'autres patients que ceux qui se trouvent dans le coma tombent dans le champ d'application de l'article 4.

L'auteur principal de l'amendement n° 291 n'est pas d'accord avec cette dernière interprétation.

L'orateur précédent réplique qu'il s'agit pourtant de l'interprétation qui vient d'être donnée par l'un des auteurs de l'amendement n° 291.

Un membre se réfère aux récentes déclarations publiques des auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1, selon laquelle les personnes souffrant d'une affection mentale, comme les déments, peuvent tomber dans le champ d'application de l'article 4. On déclare à nouveau qu'il ne peut s'agir que de patients dans le coma tout en n'excluant pas d'autres catégories. Tout ceci est de nature à créer une grande confusion et montre que les auteurs de l'amendement n° 291 ne sont pas eux-mêmes d'accord sur la portée exacte de la terminologie utilisée.

Un autre membre répond que, selon la vision personnelle qu'elle a maintes fois exprimée dans la presse, elle voudrait pouvoir disposer de son destin au cas où elle sombrerait dans la démence. Ce n'est cependant pas ce que disposent l'article 4 ni l'amendement n° 291, qui excluent les déments.

Un précédent orateur estime que la législation en matière d'euthanasie qui voit le jour au Sénat est truffée

van dubbelzinnigheden. Bovendien antwoorden de indieners van het voorstel niet op de gestelde vragen. Ofwel worden inderdaad de comateuze patiënten bedoeld, en dan dient dit te worden opgenomen in de wettekst zélf, ofwel gaat het om iets dat veel ruimer is. Een patiënt die lijdt aan de ziekte van Alzheimer is immers «niet meer bij bewustzijn» in de zin van het amendement nr. 291. Op hem kan derhalve, middels een loutere wilsverklaring, euthanasie worden toegepast. Het zijn echter dergelijke zwakke personen die precies de bescherming van de wet verdienen.

Een lid leidt uit dit alles af dat de indieners van het amendement nr. 291 bewust verborgen willen houden op welke categorieën van personen de wet van toepassing zal zijn. Hier is geen sprake meer van een ernstig maatschappelijk debat.

Een ander lid wijst op de andere bepalingen die voorkomen in de tekst van het amendement nr. 291, onder meer het onomkeerbaar karakter van de ziekte, en dergelijke meer. Het lid meent dat sommigen voortdurend alluderen op categorieën van zieken die manifest niet worden bedoeld in het amendement.

Een andere spreker meent dat het begrip «comateuze toestand» beantwoordt aan een medische definitie. Men bevindt zich niet «juridisch» in een coma. Het gaat om een gezondheidstoestand. Hetzelfde geldt voor de toestand van niet bij bewustzijn zijn. Het klopt dus dat de arts de toestand van de patiënt moet beoordelen. Men kan niet aannemen dat iemand anders meer geschikt zou zijn om dit te doen. Een rechter, die misschien lang na de feiten op de situatie terugkijkt, zeker niet.

Een vorige spreker neemt er akte van dat het dus de arts — en de arts alléén — is die oordeelt over de voorwaarden die de euthanasie kunnen rechtvaardigen, met als argument dat geen rechter hierover later zou kunnen oordelen. Dit is een aanfluiting van de rechtsstaat. Het EVRM zegt immers dat de wet het leven moet beschermen. Wanneer men nu aan het medisch korps, dat over het algemeen integer is, een dergelijke verregaande bevoegdheid verleent, wordt het EVRM overtreden want eenieder weet dat er in het medisch korps jammer genoeg ook uitzonderingen zijn die het niet zo nauw nemen met de deontologie, zoals de geschiedenis aantoonde.

In een rechtsstaat moet iedere menselijke handeling het voorwerp kunnen uitmaken van een rechterlijke toetsing. Wanneer de indieners van het wetsvoorstel er nu van uitgaan dat het doden van iemand die buiten bewustzijn is niet meer het voorwerp kan uitmaken van een dergelijke toetsing, maar slechts als een gewone medische handeling wordt beschouwd, wordt de rechtsstaat volledig onderuit gehaald. Dit is volstrekt onaanvaardbaar.

Een lid vraagt zich af wie anders dan de geneesheer de toetsing zou moeten doen.

fée d'ambiguïtés. En outre, les auteurs de la proposition ne répondent pas aux questions posées. Ou bien, on vise effectivement les patients dans le coma et cela doit être inscrit dans la loi, ou bien, il s'agit de quelque chose de beaucoup plus large. En effet, un patient atteint de la maladie d'Alzheimer est «inconscient» au sens de l'amendement n° 291. Dans un tel cas, moyennant une simple déclaration anticipée, l'euthanasie peut dès lors être pratiquée. Toutefois, c'est précisément ce type de personnes en position de faiblesse qui doivent être protégées par la loi.

Un membre déduit de tout ce qui précède que les auteurs de l'amendement n° 291 taisent sciemment les catégories de personnes auxquelles s'appliquera la loi. Il n'est plus question d'un débat de société sérieux.

Un autre membre se réfère aux autres dispositions figurant dans le texte de l'amendement n° 291, notamment le caractère irréversible de la maladie. Le membre estime que certains font constamment allusion à des catégories de malades qui ne sont manifestement pas visées par l'amendement.

Un autre intervenant encore estime que la notion d'«état de coma» correspond à une définition médicale. On ne se trouve pas «juridiquement» dans le coma. Il s'agit d'un état de santé. L'état d'inconscience relève de la même approche. Il est donc exact de dire que c'est au médecin à déterminer l'état du patient. On ne voit pas qui d'autre serait plus habilité à le faire, mais certainement pas un juge qui aurait à revenir sur la situation, peut-être bien longtemps après les faits.

Un précédent orateur prend acte du fait que c'est au médecin — et à lui seul — d'apprécier les conditions pouvant justifier une euthanasie, en arguant du fait qu'aucun juge n'est à même de le faire. Il s'agit d'une caricature de l'État de droit. La CEDH dispose en effet que la loi doit protéger la vie. Or, si l'on accorde au corps médical — bien qu'il soit généralement intègre — une compétence aussi large en la matière, on transgresse la CEDH car chacun sait, et l'histoire l'a prouvé, que le corps médical aussi compte des exceptions qui ne se soucient pas outre mesure de la déontologie.

Dans un État de droit, tout acte humain doit pouvoir faire l'objet d'un contrôle juridique. En partant du principe que le fait de donner la mort à une personne inconsciente ne peut plus faire l'objet d'un tel contrôle et n'est plus considéré que comme un simple acte médical, les auteurs de la proposition de loi sapent les bases de l'État de droit. C'est tout à fait inadmissible.

Un membre se demande qui d'autre que le médecin devrait effectuer ce contrôle.

De vorige spreker antwoordt dat de indieners van het wetsvoorstel en van het amendement nr. 291 ten aanzien van de publieke opinie voortdurend hameren op het feit dat aan de euthanasie tal van wettelijke zorgvuldigheidsvoorwaarden en controles *a priori* en *a posteriori* verbonden zijn, en dat het parket eventueel kan optreden. Het is dan ook noodzakelijk om te weten wat precies de juridische grenzen zijn van de toelaatbare handelingen. Wanneer men nu stelt dat enkel de geneesheer kan beslissen, zonder dat een toetsing van diens oordeel mogelijk is, treedt men in een gans ander verhaal en worden de beginselen van de rechtsstaat met voeten getreden.

Een lid verklaart dat de discussie aantoont dat de wetgever enigszins leerlingtovenaar speelt in aangelegenheden die met de geneeskunde te maken hebben.

Zij wenst gebruik te maken van termen die met het gemeen recht overeenstemmen, zonder al te veel in te gaan op medische begrippen die voor de magistraten, die de wet zullen moeten toepassen, moeilijk begripbaar zouden zijn en die bovendien dreigen verward te raken en spoedig achterhaald te worden door de praktijk.

Een ander lid vindt het essentieel dat de mens en de menselijke waardigheid centraal staan. Maar wanneer iemand die nog over alle geestelijke vermogens beschikt neerschrijft dat, in welbepaalde en welomschreven omstandigheden, zijn leven geen enkele menselijke waardigheid meer heeft en dit wordt geconstateerd en gecontroleerd door een geneesheer, moet zijn vraag om euthanasie een element zijn in de medische besluitvorming van de betrokken arts wanneer deze patiënt niet meer bij bewustzijn is. Naast de bescherming van het menselijk leven, streeft het EVRM ook de bescherming van de menselijke waardigheid na. Eenieder kent tal van voorbeelden waarin er van deze menselijke waardigheid geen sprake meer is.

Amendement nr. 371

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 371), dat ertoe strekt in het eerste lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel, de woorden «of ontvoogde minderjarige» te doen vervallen.

De indienster licht toe dat het probleem van euthanasie voor minderjarigen die al dan niet in een sterfensfase verkeren, uiterst delicaat is en hier niet als bij toverslag kan worden geregeld door middel van iets dat eigenlijk een kunstgreep is en het begrip «ontvoogding» hanteert. Volgens de artikelen 476 en volgende van het Burgerlijk Wetboek wordt de minderjarige van rechtswege ontvoogd door het huwelijk (dat wil zeggen in principe vanaf de meerderjarigheid, dit is 18 jaar, alhoewel de minderjarige

L'orateur précédent répond que les auteurs de la proposition de loi et de l'amendement n° 291 insistent constamment auprès de l'opinion publique sur le fait que l'euthanasie est subordonnée à une foule de critères de prudence et de contrôle *a priori* et *a posteriori* et que le parquet peut éventuellement intervenir. Il est dès lors indispensable de savoir quelles sont exactement les limites juridiques des actes admissibles. Or, en décrétant à présent que seul le médecin peut prendre la décision, en l'absence de tout contrôle, on entre dans un tout autre registre et l'on foule aux pieds les principes de l'État de droit.

Un membre déclare que la discussion montre que le législateur joue quelque peu à l'apprenti sorcier sur des sujets qui touchent à l'art médical.

Elle souhaite pour sa part utiliser des termes qui coïncident avec le droit commun, sans trop entrer dans des notions trop médicales, qui seraient difficiles à appréhender par les magistrats qui devront appliquer la loi, et risquent d'être figées et bientôt dépassées par la pratique.

Un autre membre trouve essentiel que l'homme et la dignité humaine se trouvent au cœur du débat. Cependant, lorsqu'une personne qui jouit encore de toutes ses facultés mentales déclare par écrit que, dans des circonstances bien particulières, sa vie a perdu toute dignité et que cela est constaté et contrôlé par un médecin, sa demande d'euthanasie doit influencer sur la décision que doit prendre le médecin concerné au cas où le patient perd conscience. La CEDH tend non seulement à protéger la vie mais également la dignité humaine. Nous avons tous connaissance de cas où on ne peut plus parler de dignité humaine.

Amendement n° 371

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 371), tendant à supprimer, au 1^{er} alinéa du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «mineur émancipé».

L'auteur précise que le problème de l'euthanasie des personnes mineures, qui sont, ou *a fortiori*, qui ne sont pas en fin de vie, est extrêmement délicat et ne peut être réglé ici de manière aussi abrupte par ce qui peut sembler un artifice consistant à faire appel à la notion d'émancipation. Selon les articles 476 et suivant du Code civil, le mineur est émancipé de plein droit, non seulement par le mariage (c'est-à-dire en principe à l'âge de la majorité (18 ans), quoique le mineur puisse bénéficier d'une dispense et se marier

ook vrijstelling kan krijgen en vroeger in het huwelijk kan treden), en kan hij ook worden ontvoegd door de rechtbank zodra hij de volle leeftijd van vijftien jaar heeft bereikt.

De ontvoogding is geen vervroegde meerderjarigheid, maar een overgangsregeling die de vrijheid en de bescherming van de minderjarige combineert om de minderjarige de mogelijkheid te bieden een aantal daden van koophandel te verrichten. Voor bepaalde handelingen blijft de minderjarige immers onderworpen, niet aan een vertegenwoordigingsregeling, maar wel aan een bijstandsregeling met een curator of aan een voogdijregeling.

Het systeem van ontvoogding is trouwens verouderd en zal wellicht spoedig verdwijnen. Het lijkt ongepast om euthanasie bij minderjarigen via deze omweg te regelen.

Een lid benadrukt de cruciale leeftijd van 18 jaar in onze samenleving. Vanaf deze leeftijd wordt men in het Belgisch recht geacht over een volwassen oordeel te beschikken. Een wilsverklaring — in werkelijkheid: een euthanasieverklaring — opstellen is vanzelfsprekend iets dat een groot inzicht in het leven veronderstelt.

Amendement nr. 372

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 372) dat ertoe strekt in het eerste lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel, na het woord «handelingsbekwame» de woorden «en heldere» in te voegen.

De indienster van het amendement verwijst naar het advies van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek waarin het mogelijke verschil tussen handelingsbekwaamheid en feitelijke bekwaamheid wordt benadrukt.

De basisgedachte van de tekst die wordt besproken, is dat de zieke zijn wil moeten kunnen kenbaar maken. Dit veronderstelt dat hij volledig helder is op het ogenblik dat hij zijn verklaring opstelt.

Amendement nr. 373

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 373), dat ertoe strekt het eerste lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel, als volgt aan te vullen: «De wilsverklaring moet vrijwillig zijn opgesteld zonder enige vorm van dwang of druk.»

De indienster van het amendement zegt zeer gevoelig te zijn voor het risico van niet alleen economische en financiële, maar ook relationele en familiale druk.

Om die reden wenst ze dat de arts zich vergewist van de omstandigheden en de context waarin de wilsverklaring werd opgesteld.

avant cet âge), mais aussi par le tribunal et, dès l'âge de quinze ans accomplis.

L'émancipation n'est pas un système de majorité anticipée, mais un système de transition qui combine à la fois liberté et protection d'un mineur (pour certains actes, le mineur reste soumis non à un régime de représentation mais à un régime d'assistance par un curateur ou soumis aux règles de la tutelle) dans le but de permettre au mineur de conclure certains actes de nature commerciale.

Cette institution est par ailleurs désuète et est appelée à disparaître. Il semble inadéquat d'aborder l'euthanasie des mineurs par ce biais.

Un membre souligne que, dans notre société, 18 ans est un âge crucial. Dès ce moment, le droit belge considère que l'on est capable de juger en adulte. Rédiger une déclaration anticipée — en réalité une déclaration d'euthanasie — est un acte qui demande une grande maturité.

Amendement n° 372

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 372), tendant à insérer, au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 4 proposé, les mots «et lucide» après le mot «capable».

L'auteur de l'amendement renvoie à l'avis du Comité consultatif de bioéthique, où l'on insiste sur la différence qui peut exister entre la capacité juridique et la capacité de fait.

Toute la philosophie du texte en discussion est de permettre au malade d'exprimer sa volonté. Cela suppose qu'il soit pleinement lucide au moment où il rédige sa déclaration.

Amendement n° 373

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 373), tendant à compléter le § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 4 proposé, par la phrase: «La déclaration doit avoir été rédigée volontairement, sans contrainte ni pression d'aucune sorte.»

L'auteur de l'amendement se dit très sensible au risque de pressions, non seulement économiques et financières, mais aussi relationnelles et familiales.

C'est pourquoi elle souhaiterait que le médecin s'assure des conditions et du contexte dans lesquels la déclaration a pu être rédigée.

Ze zegt ervan overtuigd te zijn dat veel wilsverklaringen worden opgesteld op een ogenblik dat zeer dicht aansluit bij het ogenblik waarop de arts de handeling zal stellen en waarop de patiënt door familie, het verplegend team, enzovoort is omringd.

Ze heeft trouwens een amendement ingediend dat ertoe strekt de maximumtermijn tussen de wilsverklaring en de handeling door de arts van vijf jaar naar één jaar terug te brengen.

De spreekster is er geen voorstander van dat op nieuw wordt teruggegrepen naar de getuige in de juridische betekenis van het woord, ook al is amendement nr. 291 een verbetering tegenover de vorige tekst. In het recht wordt een beroep gedaan op getuigen bij het opstellen van akten met dwingend karakter, zoals notariële akten.

De wilsverklaring heeft geen dwingende kracht.

Door het amendement van de spreekster zal de arts verplicht zijn de echtheid van de wilsverklaring van de patiënt na te gaan. De artsen leggen er de nadruk op dat het mogelijk is dat de toestand van de patiënt op het ogenblik waarop de handeling moet worden gesteld helemaal niet meer overeenstemt met de toestand op het ogenblik waarop de wilsverklaring werd opgesteld.

Het amendement sluit aan bij de formule die voor de patiënt die bij bewustzijn is, werd aangenomen.

Een lid verwijst naar de discussie over de vraag wie vaststelt dat de patiënt «buiten bewustzijn» is. Voor de enen is deze term te medisch, terwijl hij voor de anderen niet medisch genoeg is. Het is echter niet correct te zeggen dat er helemaal geen evaluatie gebeurt; er is immers een evaluatiecommissie die deze taak op zich neemt. Er zijn verschillende redenen waarom iemand «buiten bewustzijn» is: de patiënt is onder anesthesie (en dus tijdelijk «buiten bewustzijn»), is in coma (waarvoor 7 gradaties bestaan; volgens sommigen zelfs 12), leeft louter vegetatief (in welke omstandigheid het mogelijk is dat hij pijn lijdt), lijdt aan «hyperkinetisch mutisme» (waardoor hij zichzelf voortdurend krabt), enzovoort. In deze omstandigheden kan de patiënt ondraaglijk lijden.

Sommigen hebben betwist dat een arts, en eventueel een tweede arts, kan oordelen over dit «buiten bewustzijn» zijn. Diezelfde personen willen nu echter inschrijven dat een arts controleert hoe de betrokkene zijn wilsverklaring heeft opgesteld. Dit is niet erg consequent.

Een ander lid stelt voor het advies van de Academie voor geneeskunde over het begrip «niet bij bewustzijn zijn» te vragen, aangezien dit ontegensprekelijk voor problemen zorgt.

Elle se dit convaincue que beaucoup de déclarations se feront à un moment relativement proche de celui où l'acte du médecin sera posé, alors que le patient sera entouré de sa famille, d'une équipe médicale, etc.

Elle a d'ailleurs déposé un amendement tendant à ramener de cinq ans à un an le délai maximum prévu entre la déclaration et l'acte du médecin.

L'intervenante n'est pas favorable au recours à la figure de témoin, au sens juridique du terme, même si l'amendement n° 291 est bien meilleur que le texte précédent. En effet, en droit, lorsqu'on recourt à des témoins, c'est lorsqu'il s'agit de dresser des actes ayant une valeur contraignante, par exemple un acte notarié.

Or, ici, la déclaration n'a pas de valeur contraignante.

L'amendement de l'intervenante imposera au médecin de vérifier la réalité de la volonté du malade. Les médecins insistent en effet sur le fait que la situation du patient au moment où l'acte doit être pratiqué peut ne plus correspondre du tout à ce qu'elle était au moment où la déclaration a été rédigée.

La rédaction de l'amendement est d'ailleurs calquée sur la formule adoptée pour le patient conscient.

Un membre renvoie à la discussion à propos de la question de savoir qui détermine que le patient est «inconscient». Pour les uns, ce terme est trop médical tandis que pour les autres, il ne l'est pas assez. Il n'est cependant pas correct de prétendre qu'il n'y a aucune évaluation car cette tâche incombe à une commission d'évaluation. Il peut y avoir plusieurs raisons qui font qu'un individu est «inconscient»: il peut être anesthésié (et donc, provisoirement inconscient), dans le coma (il existe sept degrés de coma, pour certains il y en aurait même douze), mener une vie purement végétative (tout en pouvant souffrir), être atteint de mutisme «hypercinétique» (ce qui l'amène à se gratter constamment), et ainsi de suite. Dans de telles circonstances, le patient peut endurer des souffrances insupportables.

D'aucuns ont émis le doute qu'un médecin, et le cas échéant un second médecin, puisse apprécier cet état d'inconscience. Or, ils décrètent à présent que le médecin doit contrôler la manière dont a été établie la déclaration anticipée. Ce n'est pas très conséquent.

Un autre membre propose de consulter l'avis rendu par l'Académie de Médecine, à propos de la notion d'inconscience, car il ne faut pas nier que celle-ci pose problème.

De spreker wijst erop dat het hier gaat om gevallen waarin de toestand van «niet bij bewustzijn zijn» onomkeerbaar is.

De Grondwet waarborgt dat éénieder om het even welke verklaring kan afleggen over zijn levensvoorwaarden en zijn levenseinde.

Het woord «kan» dat in de tekst verschillende keren wordt herhaald, dreigt in dit verband voor verwarring te zorgen.

Een lid denkt niet dat onder het woord «kan» kan worden verstaan dat de mogelijkheid waarvan sprake is, niet zou bestaan indien deze bepaling ontbreekt.

De vorige spreker verklaart voorts dat elke gewetensvolle arts die wordt geconfronteerd met een patiënt die onomkeerbaar «buiten bewustzijn» is, kennis zal nemen van alle verklaringen die de patiënt, al dan niet in bijzijn van een getuige, heeft afgelegd. De wilsverklaring moet dus niet aan te veel voorwaarden worden onderworpen.

Een lid verklaart dat hij kan instemmen met de vrijwillige wilsverklaring *an sich*, maar dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen de wilsverklaring in het algemeen en de wilsverklaring met een verzoek tot euthanasie.

De vorige spreker merkt op dat de taak van de artsen niet onmogelijk mag worden gemaakt met betrekking tot patiënten in een onomkeerbare toestand van «niet bij bewustzijn zijn» die geen voorafgaande wilsverklaring hebben opgesteld. Zoniet dreigt een averechts effect te ontstaan, namelijk de therapeutische hardnekkigheid.

Er bestaat momenteel een wetenschappelijke consensus om te bepalen op welke wijze een behandeling in die omstandigheden kan worden stopgezet.

De spreker ziet momenteel zelf bijna geen verschil meer tussen euthanasie en levensbeëindiging.

De spreker kent inderdaad recente gevallen waarin de huidige debatten er gelukkig toe hebben geleid dat patiënten bij hun levenseinde van een afdeling voor intensieve zorg werden overgeplaatst naar een afdeling voor palliatieve zorg.

Spijtig genoeg heeft hij ook weet van een recent geval van therapeutische hardnekkigheid.

Een ander lid herhaalt dat het knelpunt van de discussie over de wilsverklaring bestaat in de bepaling van het exacte toepassingsgebied ervan. Voor de comateuze patiënten zijn uit de praktijk reeds enkele gedragscodes gegroeid in verband met de medische beslissingen inzake het levenseinde. Wat is dan de finaliteit van dit artikel? Voor spreekster is het hoe dan ook essentieel dat wordt ingeschreven dat de wilsverklaring zonder enige druk tot stand komt en

L'intervenant rappelle cependant que l'on vise ici les cas où l'inconscience est irréversible.

Enfin, toute personne peut faire toute déclaration qu'elle souhaite par rapport aux conditions de sa vie et de sa fin de vie. Cela est garanti par la Constitution.

À cet égard, le terme «peut» figurant dans le texte et répété plusieurs fois risque de prêter à confusion.

Un membre ne pense pas que le terme «peut» puisse être interprété en ce sens qu'en l'absence de cette disposition, la possibilité en question n'existerait pas.

Le précédent intervenant poursuit en déclarant que tout médecin consciencieux, face à un patient dans un état d'inconscience irréversible, prendra connaissance de toutes les déclarations faites, avec ou sans témoin, par le patient. L'intervenant estime donc qu'il ne faut pas entourer la déclaration de trop de conditions.

Un membre déclare qu'il peut marquer son accord sur la déclaration volontaire en soi, mais qu'il fait une distinction entre la déclaration en général, et celle qui demande une euthanasie.

Le précédent intervenant fait observer qu'il ne faut pas rendre la tâche des médecins impossible, pour les patients dans un état d'inconscience irréversible qui n'ont pas fait de déclaration préalable. Sinon, on risque d'induire un effet pervers, à savoir un acharnement thérapeutique.

Il existe aujourd'hui un consensus scientifique pour préciser comment l'on arrête un traitement dans ce cas.

Personnellement, l'intervenant n'aperçoit plus guère de différence, à ce moment, entre l'euthanasie et la fin de vie.

L'intervenant a, il est vrai, connaissance de cas récents où les présents débats ont eu pour effet bénéfique de permettre le transfert de patients en fin de vie d'un service de soins intensifs vers un service de soins palliatifs.

Il a malheureusement connaissance aussi d'un cas récent d'acharnement thérapeutique.

Un autre membre répète que le point sensible de la discussion sur la déclaration anticipée consiste à en circonscrire le champ d'application. Pour les patients dans le coma, quelques codes de déontologie ont déjà été élaborés à partir des décisions médicales prises au sujet de fins de vie. Quelle est alors la finalité de cet article? Pour l'intervenante, il est de toute façon essentiel de mentionner que la déclaration anticipée doit être établie en l'absence de toute pression et

dat hierop een controle mogelijk is. Zij wijst op het gevaar dat, indien het principe van de wilsverklaring algemeen wordt aanvaard, geneesheren zullen worden geconfronteerd met een veelheid van wilsverklaringen die uit zorgvuldigheid worden opge maakt om bepaalde zaken te regelen. Er zal echter een morele druk ontstaan om dergelijke wilsverklaringen op te maken om de nabestaanden niet te veel op te zadelen met de eigen problemen met betrekking tot het levenseinde. In rust- of verzorgingstehuizen zal er, vanuit een vorm van maatschappelijke dwang, worden nagegaan of de betrokkenen wel in orde zijn met hun wilsverklaring en ze niet te veel tot last zullen zijn. Deze druk zal groter zijn dan men nu kan voorzien.

Een lid vraagt zich af of de vorige spreekster eigenlijk wel achter de wilsverklaring staat.

Deze laatste verwijst naar haar toelichting bij het amendement nr. 294, waarin zij uitdrukkelijk heeft gesteld dat een wilsverklaring zinvol kan zijn, wanneer ze geen betrekking heeft op het actief levensbeëindigend handelen.

De vorige spreker repliceert dat dit een ander standpunt is als datgene dat werd ingenomen door de professoren Schotsmans en Van Neste, die in een wilsverklaring ook euthanasie mogelijk achten.

De vorige spreekster ontkent dit met klem. Beide professoren zijn geenszins voorstander van een euthanasieverklaring, wel integendeel.

De vorige interveniënt wenst voor het overige te verduidelijken dat het opstellen van een wilsverklaring geen kwestie van moeten maar van willen is. De wetgeving dienaangaande moet duidelijk en eenvoudig blijven. Men mag het de betrokken geneesheer niet moeilijker dan nodig maken wanneer deze zich, in eer en geweten, moreel verplicht voelt een verzoek om euthanasie, uitgedrukt in een wilsverklaring, toe te passen op een patiënt die «buiten bewustzijn» is.

Amendementen nrs. 360 en 369

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement 360) dat ertoe strekt in het eerste lid van § 1 van dit artikel, de woorden «of ontvoogde minderjarigen» te doen vervallen.

De indienster van het amendement wijst erop dat op basis van de Nederlandse wet voor de patiëntenrechten een betere en meer coherente formule mogelijk is, namelijk «iedere bekwame persoon die de volle leeftijd van achttien jaar heeft bereikt».

qu'elle doit pouvoir être contrôlée. Elle souligne que, si le principe de la déclaration anticipée était unanimement admis, les médecins risquent d'être confrontés à une multiplication de ces déclarations qui seront rédigées par précaution pour régler certaines choses. Les intéressés subiront toutefois des pressions morales pour qu'ils rédigent une telle déclaration afin que leurs proches parents ne doivent pas trop se préoccuper de leurs problèmes de fin de vie. Dans des maisons de repos ou de soins, la «pression sociale» poussera à vérifier si les intéressés ont accompli cette formalité afin qu'ils ne constituent pas une charge trop lourde. Cette pression sera plus forte que ce que l'on peut s'imaginer aujourd'hui.

Un membre se demande finalement si l'intervenante précédente est favorable à la déclaration anticipée.

Cette dernière renvoie à la justification à l'amendement n° 294, dans lequel elle déclare explicitement qu'une déclaration anticipée peut être utile si elle ne se rapporte pas à une euthanasie active.

L'oratrice précédente réplique qu'il s'agit là d'un point de vue différent de celui qu'ont défendu les professeurs Schotsmans et Van Neste, qui estiment que la déclaration anticipée permet aussi l'euthanasie.

L'oratrice précédente dément formellement cette affirmation. Les deux professeurs ne sont en aucun cas partisans d'une déclaration anticipée d'euthanasie, bien au contraire.

Pour le reste, l'intervenant précédent souhaite expliquer que la rédaction d'une déclaration anticipée n'est pas une question de devoir mais de volonté. La législation en la matière doit rester claire et simple. Il ne faut pas compliquer excessivement les choses pour le médecin qui estime, en âme et conscience, être moralement obligé de pratiquer une euthanasie sur un patient «inconscient» qui en a formulé la demande au moyen d'une déclaration anticipée.

Amendements n^{os} 360 et 369

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 360) tendant à supprimer, au § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'article 4 proposé, les mots «mineurs émancipés».

L'auteur de l'amendement rappelle qu'une autre formule possible est «tout majeur capable âgé de 18 ans révolus», qui s'inspire de la loi hollandaise sur les droits du patient et que l'intervenante trouve meilleure et plus cohérente.

Amendement nr. 374

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 374) dat ertoe strekt tussen het eerste en het tweede lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel een nieuw lid in te voegen luidende :

« Alvorens over te gaan tot het opstellen van de wilsverklaring moet de betrokkene door zijn arts correct en passend geïnformeerd zijn over zijn gezondheidstoestand en de ontwikkeling ervan alsmede over de verschillende medische behandelingen en vormen van zorgverlening die in zijn verklaring worden beoogd. De arts bevestigt in de verklaring dat de betrokkene hem gezond van geest lijkt en de informatie begrepen lijkt te hebben. »

De indienstster van het amendement meent dat de patiënt, alvorens een wilsverklaring te kunnen opstellen, niet alleen correct moet zijn geïnformeerd over alle medische situaties waarnaar hij verwijst en waarover hij in zijn wilsverklaring een standpunt wil innemen. Is dit niet zo, dan heeft de wilsverklaring geen enkele zin en kan zij voor de patiënt zelfs gevaarlijk blijken te zijn.

Het amendement sluit aan bij een logica waarbij de patiënt die de wilsverklaring opstelt, reeds ziek is en in dialoog staat met zijn arts. In die zin spreekt hij zich niet op een zuiver rationele en abstracte wijze en lang op voorhand uit.

Een lid merkt op dat er mogelijk een probleem zou kunnen rijzen met betrekking tot het gelijkheidsbeginsel. In de hypothese waarbij een minderjarige zich in een comateuze toestand bevindt en men merkt dat men in de omstandigheden zal terechtkomen die in de wilsverklaring worden beschreven, zou de voorgestelde tekst tot gevolg hebben dat de wil van de minderjarige soms wel zal worden nageleefd — met name indien de minderjarige door zijn ouders ontvoegd is — en soms ook niet. In deze laatste gevallen oefenen de ouders deze bevoegdheid uit. De uitvoering van de wil van de minderjarige hangt derhalve af van een juridische procedure, en niet van inhoudelijke criteria.

Men dient na te gaan of deze regeling de toets van de proportionaliteit, zoals voorzien door de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, kan doorstaan. Het gaat hier immers om perfect vergelijkbare situaties, maar in het ene geval heeft de wilsuiting geen enkel gevolg en in het andere is dit wel het geval. Het lid twijfelt eraan of dergelijke wetgeving de toets van het gelijkheidsbeginsel en het niet-discriminatiebeginsel wel zal doorstaan.

Een ander lid vraagt of het mogelijk is dat minderjarigen ontvoegd worden door de rechtbank, louter en alleen om aan de wilsverklaring van de minderjarige uitvoering te geven.

Amendement n° 374

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 374), tendant à insérer, au § 1^{er} de l'article 4 proposé, après l'alinéa 1^{er}, un alinéa nouveau libellé comme suit :

« Avant de procéder à la rédaction de la déclaration, le déclarant doit avoir été informé par son médecin de manière correcte et adéquate sur son état de santé et son évolution, ainsi que les divers soins et traitements médicaux envisagés dans sa déclaration. Le médecin atteste dans la déclaration que le déclarant lui a paru sain d'esprit et qu'il lui a semblé avoir compris l'information. »

L'auteur de l'amendement estime qu'avant de pouvoir rédiger une déclaration de volonté anticipée, le patient doit avoir été correctement informé sur toutes les situations médicales qu'il évoque et par rapport auxquelles il souhaite prendre position dans sa déclaration anticipée. À défaut, cette déclaration anticipée n'a aucun sens et peut même s'avérer dangereuse pour le patient.

L'amendement s'inscrit dans une logique où le patient qui rédige la déclaration est déjà touché par la maladie, et est engagé dans un dialogue avec son médecin. Dans cette logique, le déclarant ne se prononce pas d'une façon purement rationnelle et abstraite, longtemps à l'avance.

Un membre fait remarquer qu'un problème pourrait se poser en ce qui concerne le principe d'égalité. Supposons qu'un mineur dans le coma soit en passe de se retrouver dans les conditions prévues par la déclaration anticipée. D'après le texte proposé, la volonté du mineur pourra être respectée dans certains cas — lorsque le mineur a été émancipé par ses parents — et non dans d'autres où la décision appartient aux parents. L'exécution de la volonté du mineur dépend d'ailleurs d'une procédure juridique et non de critères de fond.

Il y a lieu de vérifier si ce règlement peut résister à l'épreuve de la proportionnalité, ainsi que le prévoient les articles 10 et 11 de la Constitution. Il s'agit en effet ici de situations parfaitement comparables, mais dans l'une, l'expression de la volonté n'a aucune incidence tandis que dans l'autre, c'est l'inverse. Le membre doute qu'une telle législation ne viole pas les principes d'égalité et de non-discrimination.

Un autre membre se demande s'il est possible qu'un tribunal émancipe des mineurs rien que pour mettre à exécution leur déclaration anticipée.

De vorige spreker antwoordt dat de wet niet uitdrukkelijk de redenen voor de ontvoogding opsomt, maar enkel de mogelijkheid geeft aan de ouders om deze te vragen aan de rechter. Er zijn evenwel geen inhoudelijke criteria voorhanden.

Amendement nr. 375

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 375) dat ertoe strekt het tweede lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel te doen vervallen.

De indienster van het amendement stelt dat dit lid geen duidelijkheid verschaft over de medische toestand die erin bedoeld wordt: wat wordt verstaan onder de onomkeerbare toestand van niet meer bij bewustzijn zijn? Moet het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn» strikt worden geïnterpreteerd? Indien dit zo is, betekent een onomkeerbare toestand van niet meer bij bewustzijn zijn dat de patiënt langdurig in een coma ligt en dat de medische wetenschap met zekerheid kan zeggen dat de patiënt niet meer uit die coma zal ontwaken. Het enige geval waarin de medische wetenschap dit met zekerheid zou kunnen zeggen, is dat waarin er een volgens de huidige stand van de wetenschap volledig en onherstelbaar verlies van de hersenfuncties is. Deze toestand, die ook wel «hersendood» wordt genoemd, wordt reeds behandeld in artikel 98 van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat zegt dat de patiënt in een dergelijk geval overleden verklaard moet worden. Volgens de huidige medische praktijk kan hier dus geen euthanasie worden toegepast. In de andere gevallen kan niet met zekerheid worden gezegd dat de toestand van niet meer bij bewustzijn zijn onomkeerbaar is.

Als het begrip «onomkeerbare toestand van niet meer bij bewustzijn zijn» echter ruim moet worden geïnterpreteerd, kan het eveneens betrekking hebben op gevallen waarin de patiënt voor onbepaalde tijd duidelijk niet in staat is zijn wil te kennen te geven. Op die manier is de bepaling ook van toepassing op onbekwamen zoals bedoeld in het advies nr. 9 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, dat wil zeggen op mensen die wel handelingsbekwaam zijn, maar bijvoorbeeld door ziekte, ouderdom, dementie of een ongeval, feitelijk niet meer in staat zijn hun wil te kennen te geven.

Actieve levensbeëindiging bij onbekwamen moet in alle omstandigheden verboden blijven.

Dit verbod is een *conditio sine qua non* om de rechten van de zwaksten en dus ook de democratische grondwaarden van onze samenleving te beschermen (voorstel 3, advies nr. 9, van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek van 22 februari 1999).

De spreekster onderstreept dat, binnen mondiale artsenverenigingen, reeds jaren op internationaal

L'orateur précédent répond que la loi n'énumère pas expressément les motifs d'émancipation mais donne seulement la possibilité aux parents d'en faire la demande au juge. Il n'y a cependant pas de critères de fond.

Amendement n° 375

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 375), tendant à supprimer l'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

L'auteur de l'amendement précise que cet alinéa n'est pas clair quant à la situation médicale qui y est visée: qu'entend-on par inconscience irréversible? Le mot «inconscience» doit-il être pris au sens strict? Si c'est le cas, un état d'inconscience irréversible viserait la situation de coma prolongé dont la science médicale est capable de dire avec certitude que ce coma est irréversible. Le seul cas où la science médicale pourrait l'affirmer avec certitude est le cas de perte irrémédiable et complète des fonctions cérébrales déterminées selon les données actuelles de la science. Ce cas dit de «mort cérébrale» est déjà visé dans le Code de déontologie à l'article 98, qui précise que dans ce cas le patient doit être déclaré décédé. Il n'y a pas matière à euthanasie dans ce cas, selon la pratique médicale actuelle. Dans les autres cas, on ne peut jamais dire avec certitude que l'inconscience est irréversible.

Si l'inconscience irréversible doit être interprétée de manière extensive, le terme peut alors viser tous les cas où le déclarant serait dans l'impossibilité manifeste d'exprimer sa volonté pour un temps indéfini. Dans ce cas, la disposition viserait également les incapables au sens de l'avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique, c'est-à-dire aussi les personnes qui bien qu'étant juridiquement capables ne sont *de facto*, en raison de la maladie, d'un accident, de la vieillesse ou de la démence, plus capables de faire connaître leur volonté.

L'arrêt actif de la vie des personnes incapables doit rester un interdit en toutes circonstances.

Cet interdit est une condition *sine qua non* de garantie du respect des droits des plus faibles et donc aussi de garantie de protection des valeurs démocratiques fondamentales (position 3 de l'avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique du 22 février 1999).

L'intervenante souligne que la question des patients inconscients fait l'objet de discussions depuis

niveau wordt gediscussieerd over het probleem van patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

Ze verwijst ook naar het standpunt van het verbond der Belgische beroepsverenigingen van geneesheren-specialisten dat het in een gedetailleerd betoog als volgt verwoordt: «Kan men dan uitvoering geven aan een wilsverklaring die de persoon ooit opstelde, misschien in een zwaarmoedige bui, doch die hij om welke reden ook, zij het onachtzaamheid of vergetelheid, niet tijdig heeft kunnen herroepen?»

Volgens het verbond kan «met een wilsverklaring geen rekening worden gehouden bij een niet-terminale patiënt».

Dat alles leidt de spreekster tot het besluit dat het inzake euthanasie gevaarlijk is wetgevend op te treden op basis van een wilsverklaring wanneer de patiënt niet meer bij bewustzijn is.

Een lid komt terug op de bedenking van een vorige spreker dat het mogelijk is dat patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn — dat wil zeggen die zich bevinden in een onomkeerbare comateuze toestand — toch lijden.

Als dat de motivering voor de voorgestelde bepaling is, waarom wordt het lijden dan niet vermeld, zoals in artikel 3?

De spreekster meende verstaan te hebben dat deze motivering niet aan de basis lag van artikel 4.

Ze vraagt zich af wat hier wordt verstaan onder het begrip «euthanasie», dat in artikel 2 wordt gedefinieerd. Wat zullen artsen doen met een patiënt in een onomkeerbare comateuze toestand, die geen wilsverklaring heeft afgelegd? Deze concepten moeten worden verduidelijkt, anders dreigt er in sommige gevallen therapeutische hardnekkigheid te ontstaan.

Amendement nr. 376

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 376, subsidiair op amendement nr. 375) dat ertoe strekt het tweede lid van de voorgestelde § 1 van dit artikel als volgt te vervangen:

«Hij kan daarin onder meer vooraf zijn wil te kennen geven dat hij geen behandeling wenst om zijn vitale functies te verlengen indien zijn overlijden onontkoombaar is.

Onder behandeling om de vitale functies te verlengen verstaat men een behandeling die niet tot doel heeft te genezen, te verbeteren of te lenigen, doch uitsluitend het leven te verlengen.»

Deze tekst steunt op begrippen uit de medische plichtenleer en de terminologie die in de bestaande medische literatuur wordt gebruikt, en ook op de

des années au niveau international, au sein d'associations mondiales de médecins.

Elle renvoie également à la position du groupement belge des médecins spécialistes qui, dans son argumentaire fort détaillé, a précisé clairement: «Peut-on mettre à exécution une déclaration de volonté que la personne a rédigée un jour, peut-être dans un moment de déprime, mais qu'elle n'a pas pu révoquer à temps, pour quelque raison que ce soit, par négligence ou par oubli?»

Le groupement conclut «qu'il n'est pas possible de prendre en compte une déclaration de volonté dans le cas d'un patient non terminal».

Tout cela amène l'intervenante à la conclusion qu'il est dangereux de légiférer sur les patients inconscients par le biais d'une déclaration anticipée, quand il s'agit d'euthanasie.

Un membre revient à la réflexion d'un précédent intervenant, selon laquelle il pouvait y avoir des patients inconscients — c'est-à-dire plongés dans un coma irréversible — qui, néanmoins, souffraient.

Si c'est cela qui motive la disposition proposée, pourquoi la souffrance n'est-elle pas mentionnée, comme à l'article 3?

Pour sa part, l'intervenante avait cependant cru comprendre que telle n'était pas la motivation qui inspirait l'article 4.

Elle se demande en outre ce que l'on entend ici par le concept d'«euthanasie», qui a d'ailleurs été défini à l'article 2. Que feront les médecins face à un patient en coma irréversible, qui n'a pas rédigé de déclaration anticipée? Il importe de clarifier les concepts, faute de quoi on risque de susciter un acharnement thérapeutique dans certains cas.

Amendement n° 376

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 376, subsidiaire à l'amendement n° 375), tendant à remplacer l'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Il peut notamment déclarer préalablement qu'il ne souhaite pas le recours à un traitement destiné à la prolongation de ses fonctions vitales si sa mort est inéluctable.

Un traitement destiné à la prolongation des fonctions vitales s'entend d'un traitement n'ayant pas pour finalité de guérir, d'améliorer ou de soulager, mais uniquement de prolonger l'existence.»

Le texte proposé s'inspire de notions tirées du code de déontologie médicale, et de la terminologie utilisée dans la littérature médicale existante, mais aussi de la

Deense wet nr. 482 van 1 juli 1998 betreffende de rechten van de patiënt.

Een hoofdstuk van die wetgeving betreffende de rechten van de patiënt is gewijd aan het levenstestament.

Het voorgestelde amendement lijkt de vrees van sommigen dat ze het slachtoffer zullen worden van het hardnekkig voortzetten van uitzichtloze medische behandelingen voldoende te weerleggen.

De spreekster zou willen dat om te beginnen de burgers de mogelijkheid krijgen therapeutische hardnekkigheid te weigeren en dat in deze materie niet verder wordt gegaan.

Amendement nr. 377A

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 377) waarvan punt A ertoe strekt de eerste volzin van het tweede lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 als volgt te vervangen:

«Hij kan daarin onder meer vooraf als zijn wil te kennen geven, ten einde hem de pijn verbonden aan een terminale aandoening te besparen, dat de artsen nalaten of ophouden hem bepaalde behandelingen te geven of een bepaalde zorg te verlenen die zijn leven kunnen verlengen of hem pijnstillende behandelingen toe te dienen die volgens de stand van de wetenschap verantwoord zijn om de pijn en de symptomen te verzachten zelfs indien zij als ongewild neveneffect de verkorting van zijn leven kunnen hebben, op voorwaarde dat die artsen vaststellen:»

Punt B van het amendement heeft tot doel in het tweede lid van de voorgestelde § 1 een streepje toe te voegen luidende: «— en dat zijn dood nadert».

Vele teksten uit binnen- en buitenland over medische aangelegenheden maken het onderscheid tussen euthanasie op patiënten die bij bewustzijn zijn of de actieve levensbeëindiging bij patiënten die niet bij bewustzijn zijn, en het recht van de patiënt om, binnen bepaalde grenzen, bepaalde behandelingen te weigeren. In de formulieren voor wilsverklaringen die in verschillende Amerikaanse Staten van kracht zijn, worden mensen ertoe aangezet zich uitdrukkelijk uit te spreken over het nalaten of staken van bepaalde behandelingen of vormen van zorgverlening in twee situaties:

a) wanneer hun dood nadert (levensverwachting van een week of minder, zelfs in geval van behandelingen die ertoe strekken de vitale functies langer in stand te houden);

b) wanneer ze in het laatste stadium van de terminale fase zijn (levensverwachting van drie maanden of minder, zelfs in geval van behandelingen die ertoe strekken de vitale functies langer in stand te houden).

loi n° 482 du 1^{er} juillet 1998 relative aux droits des patients qui est en vigueur au Danemark.

Cette législation qui a trait aux droits du patient contient un chapitre spécifique sur les testaments de fin de vie.

L'amendement proposé semble répondre de manière pertinente aux craintes de certains de voir pratiquer à leur égard des traitements relevant de l'acharnement thérapeutique.

L'intervenante voudrait donc que l'on commence par permettre aux citoyens de refuser l'acharnement thérapeutique, et que l'on n'aille pas plus loin dans cette matière.

Amendement n° 377A

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 377), dont le point A tend à remplacer la première phrase du § 1^{er}, alinéa 2, de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Il peut notamment déclarer préalablement sa volonté que, aux fins de lui épargner les souffrances d'une affection terminale, les médecins s'abstiennent de lui administrer certains soins ou traitements susceptibles de prolonger sa vie, ou interrompent de tels soins ou traitements, ou qu'ils administrent des traitements analgésiques justifiés dans l'état actuel de la médecine pour soulager la douleur et les symptômes même si ceux-ci peuvent avoir pour effet secondaire non recherché d'abrégé sa vie, à condition que ces médecins constatent:»

Le point B de l'amendement vise à ajouter à l'alinéa 2 du § 1^{er} un quatrième tiret rédigé comme suit: «— et que sa mort est imminente.»

Beaucoup de textes tant nationaux qu'internationaux en matière médicale font la distinction entre l'euthanasie des patients conscients ou l'arrêt actif de la vie des patients inconscients et le droit pour le patient de renoncer, dans une certaine mesure, à certains traitements. Dans les formulaires de directives anticipées en vigueur dans beaucoup d'États américains, les personnes sont amenées à se prononcer explicitement sur l'abstention ou l'arrêt de traitements ou de soins déterminés dans deux situations:

a) lorsque leur mort est imminente (durée de vie d'une semaine ou moins même en cas d'administration de traitements visant à prolonger les fonctions vitales);

b) lorsqu'ils sont au dernier stade de la phase terminale (durée de vie de trois mois ou moins même en cas de traitements visant à prolonger les fonctions vitales).

Het amendement heeft tot doel aansluiting te vinden bij de huidige logica van de medische plichtleer, namelijk de weigering van therapeutische hardnekkigheid door het nalaten of het stoppen van de behandeling.

Een lid verklaart dat dit behoort tot de bestaande goede medische praktijk en dat hierover een consensus bestaat.

Moet dit in een wet worden verduidelijkt? Dit past veeleer in een charter of in een regeling van de patiëntenrechten.

Het amendement maakt deel uit van een andere optie, namelijk een algemene wet inzake de begeleiding bij het levenseinde.

Een ander lid is van oordeel dat het belangrijk is dat, bij de bespreking van de amendementen, positieve signalen worden gegeven teneinde medische beslissingen omtrent het levenseinde te humaniseren. Het amendement nr. 377 A komt hieraan ten zeerste tegemoet omdat het onderlijnt dat het gaat om een terminale ziekte en omdat erin wordt aangegeven dat er een onderscheid bestaat tussen de therapeutische hardnekkigheid en de medische koppigheid. Waar het eerste een gebrek is, meent spreker dat het laatste een deugd is.

De medische koppigheid heeft er immers voor gezorgd dat men zich niet zomaar neerlegt bij bepaalde zaken die vanzelfsprekend zijn maar, als een proces dat verder gaat dan de behandeling van één zieke, vooruitgang tracht te boeken om bepaalde ziektes te genezen en derhalve heeft geleid tot een grotere wetenschappelijke kennis en tot een medische overwinning. Het feit dat het leven niet zomaar een private zaak is, komt ook tot uiting in de wetenschap. Ook de behandeling van het eigen lijden is in die zin een vorm van solidariteit, vermits bepaalde behandelingen misschien niet bij de betrokken patiënt, maar wel bij anderen tot een goed resultaat leiden.

Een lid beaamt de stelling van de vorige spreker, maar voegt eraan toe dat het precies de vooruitgang van de medische wetenschap is die heeft bijgedragen tot de problematiek van de euthanasie. Thans zijn er immers een dienst spoedgevallen, een intensive care-afdeling, helikopters, MUG's en dergelijke voorhanden en is er veel technische vooruitgang geboekt. Deze wetenschappelijke vooruitgang maakt het precies wenselijk dat er een regeling omtrent euthanasie komt. Het uiteindelijke doel van de geneeskunde is niet zozeer het menselijk leven te verlengen, maar wel het welzijn van de patiënten te verbeteren.

Een ander lid zegt zeer verbaasd te zijn over de manier waarop de vorige spreker de zaken voorstelt.

Het is niet omdat de medische wetenschap hoe dan ook vooruitgang boekt, dat die een negatieve invloed moet hebben op de situatie van de patiënt. Om die

L'amendement vise à rentrer dans la logique actuelle du code de déontologie médicale, à savoir le refus de l'acharnement thérapeutique, par l'abstention ou l'arrêt de traitement.

Un membre déclare que c'est ce qu'il convient de faire aujourd'hui en bonne pratique médicale, et qu'il existe un consensus à ce sujet.

Faut-il le préciser dans une loi? Cela aurait plutôt sa place dans une Charte, ou dans une approche relative aux droits du patient.

L'amendement relève d'une autre option, qui est celle d'une loi générale sur l'accompagnement de fin de vie.

Un autre membre trouve important que la discussion des amendements soit l'occasion d'envoyer des signaux positifs permettant d'humaniser les décisions médicales relatives à la fin de vie. L'amendement n° 377 rencontre parfaitement ce souhait puisqu'il se rapporte aux maladies terminales et qu'il fait la distinction entre acharnement thérapeutique et obstination médicale. Pour lui, le premier est un défaut et la deuxième une vertu.

Car l'obstination médicale fait en sorte que l'on refuse de se résigner à un processus pourtant naturel; en allant plus loin que le simple traitement, elle entend faire avancer la recherche et vaincre certaines maladies. Le fait que la vie n'est pas purement et simplement une affaire privée s'exprime aussi dans la science. Dans cette optique, le traitement de notre propre douleur constitue une forme de solidarité étant donné que si certains traitements ne nous bénéficient pas directement, ils pourront profiter à d'autres.

Un membre approuve la thèse de l'orateur précédent mais y ajoute que ce sont précisément les progrès de la médecine qui ont contribué à la problématique de l'euthanasie. Aujourd'hui, on dispose en effet d'un service des urgences, d'un département de soins intensifs, d'hélicoptères, de SMUR, etc. et on a fait d'importants progrès sur le plan technique. Ce sont précisément ces progrès scientifiques qui rendent souhaitable le vote d'une loi en matière d'euthanasie. L'objectif de la médecine n'est finalement pas tant de prolonger la vie que d'améliorer le bien-être des patients.

Une autre intervenante se dit très surprise de la manière dont le précédent intervenant présente les choses.

Ce n'est parce que la médecine progresse qu'*ipso facto*, cela devrait avoir une influence néfaste sur la situation du patient. C'est pourquoi l'intervenante

reden pleit de spreker er zo hard voor om al deze problemen te plaatsen in een globaal kader rond de begeleiding bij het levenseinde en de patiëntenrechten.

De medische wetenschap heeft een belangrijke vooruitgang geboekt, maar een echte dialoog tussen arts en patiënt ontbreekt, alsmede aandacht voor de menselijke persoon en niet alleen voor het orgaan dat moet worden verzorgd.

Een lid is het met een vorige spreker eens die heeft onderstreept dat een zekere medische koppigheid, en niet therapeutische hardnekkigheid, veel vooruitgang in de medische wetenschap mogelijk heeft gemaakt.

Hij heeft terecht gesproken over de solidariteit die in dit verband moet bestaan; waarschijnlijk zijn sommige personen bereid te lijden opdat vooruitgang kan worden gemaakt.

Het is echter logisch dat ze worden geïnformeerd en dat hun mening wordt gevraagd.

Een lid merkt op dat dit te maken heeft met de draagkracht van de patiënt en met het vermogen van de arts om de ziekte te bestrijden.

Een vorige spreker onderstreept dat zij er om die reden voor pleit om tegelijkertijd een regeling uit te werken over het recht op informatie en op de instemming van de patiënt.

Een lid herhaalt dat hij de medische koppigheid, zoals beschreven door een vorige spreker, ondersteunt, maar eraan toevoegt dat de wetenschappelijke vooruitgang ook leidt tot het gegeven dat mensen om euthanasie verzoeken. Dit moet gebeuren in dialoog, vermits de patiënt op deze wijze in volle autonomie kan beslissen.

Een ander lid wijst erop dat de patiënt, volgens de libellering van het voorgestelde artikel 4, «niet meer bij bewustzijn» is en zich derhalve in de onmogelijkheid bevindt om te oordelen. Wanneer een medische beslissing gebaseerd zal worden op een document dat maximum 5 jaar tevoren is opgemaakt, zal dit aanleiding geven tot conservatieve geneeskunde omdat men de bestaande mogelijkheden — die weliswaar minimaal kunnen zijn — niet meer zal uitproberen, zonder dat de patiënt op voorhand een inschatting kan maken van de kansen die hij heeft.

Het probleem van de wilsverklaring is precies hierin gelegen, dat er een groot verschil bestaat tussen de toestand waarin de patiënt zijn wilsverklaring neerschrijft en de toestand die hij erin beschrijft, en waarvan de draagwijdte onmogelijk tot hem kan doordringen. Spreker herinnert eraan dat er gevallen zijn waarin men na een periode van «niet meer bij bewustzijn» zijn, terug bewust wordt. In de Verenigde Staten is er zelfs een patiënt die na 20 jaar uit een coma is ontwaakt en thans nog in leven is.

insiste tellement pour replacer tous ces problèmes dans un cadre global d'accompagnement de fin de vie et de droits du patient.

Les progrès de la médecine sont très importants mais ce qui fait défaut, c'est un véritable dialogue patient-médecin et une attention à la personne humaine et non pas simplement à un organe à soigner.

Un membre s'accorde avec un précédent orateur, qui a insisté sur le fait que beaucoup de progrès médicaux ont été rendus possibles, non par l'acharnement, mais par une certaine obstination médicale.

Il a parlé très justement de la solidarité qui doit exister à cet égard; il est probable que certaines personnes seraient prêtes à souffrir pour tenter de faire progresser les choses.

Mais il est normal de les informer et de leur demander leur avis.

Un membre fait remarquer que cela dépend de la résistance du patient et de la capacité du médecin à faire face à la maladie.

Une précédente oratrice souligne que c'est pour cela qu'elle plaide pour que l'on règle en même temps le droit à l'information et au consentement du patient.

Un membre répète qu'il soutient l'obstination médicale telle qu'elle a été décrite par un intervenant précédent tout en ajoutant que les progrès de la science sont également responsables de certaines demandes d'euthanasie. Un dialogue doit permettre au patient de prendre sa décision en toute autonomie.

Un autre membre souligne que selon le libellé de l'article 4 proposé, le patient «est inconscient» et est dès lors incapable de porter un jugement. Une décision médicale basée sur un document établi au maximum 5 années auparavant favorisera la médecine conservatrice puisqu'on ne testera plus les possibilités existantes — qui peuvent évidemment être minimales — sans que le patient puisse estimer au préalable les chances qui lui restent.

C'est précisément là que se situe le nœud du problème de la déclaration anticipée car il y a un monde entre l'état dans lequel se trouve le patient au moment où il rédige sa déclaration anticipée et la situation qu'il y décrit et dont la portée ne peut l'atteindre. L'orateur rappelle que certaines personnes ont repris conscience après être restés inconscientes pendant un certain laps de temps. Aux États-Unis, un patient s'est réveillé au bout de 20 ans de coma; cette personne est toujours en vie.

De vorige spreker stelt zich de vraag of een dergelijk uitzonderlijk geval kan volstaan om aan duizenden anderen de mogelijkheid te ontzeggen om, in volle autonomie, om euthanasie te verzoeken wanneer bepaalde omstandigheden zich voordoen.

Een lid benadrukt voor alle duidelijkheid dat, in haar visie, het van ontzettend groot belang is om alle medische beslissingen omtrent het levenseinde te kunnen regelen met het oog op een grotere transparantie en informatie en het verstevigen van de rechten van de patiënt. Bij zo'n 40 % van de overlijdens vindt immers een medische tussenkomst plaats. Het aantal euthanasiegevallen is daarentegen bijzonder miniem. Het is precies voor deze medische beslissingen dat de wilsverklaring een bijzonder nuttig instrument kan zijn, die een geruststellend effect heeft op de betrokken persoon. Dit is ook de draagwijdte van de resolutie 1418 (1999) van de Raad van Europa, die stelt :

i. «pour donner effet au droit des malades incurables et des mourants à une information vraie et complète, mais communiquée avec compassion, sur leur état de santé, en respectant le désir que peut avoir une personne de ne pas être informée;

ii. pour mettre le malade incurable ou le mourant en mesure de consulter d'autres médecins que son médecin traitant habituel;

iii. pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne reçoive de traitement contre sa volonté, tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. Il convient en outre de prévoir des sauvegardes pour que cette volonté ne résulte pas de pressions économiques;

iv. pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle («living will») rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. Il convient en outre de veiller à ce que les critères de validité relatifs à la portée des instructions données par avance ainsi que ceux concernant la nomination et les pouvoirs des représentants légaux des intéressés soient dûment définis.

De même, il faut s'assurer que le représentant légal ne prend, à la place de l'intéressé, des décisions fondées sur des déclarations préalables du malade ou des présomptions de volonté, que si ce dernier n'a pas exprimé directement sa volonté dans les circonstances mêmes de sa maladie ou s'il n'y a pas de volonté clairement définie. Dans ce contexte, il doit toujours y avoir un rapport manifeste avec les déclarations faites par la personne en question peu de temps avant le moment où la décision doit être prise, plus précisément lorsque le malade est mourant, et dans ces conditions appropriées, c'est-à-dire sans pressions ou déficience mentale. Il faut également bannir toute

L'intervenant précédent se demande si un tel cas exceptionnel peut suffire à refuser la possibilité d'une euthanasie à des milliers d'autres qui en font la demande en toute autonomie, lorsque certaines conditions sont réunies.

Pour que les choses soient bien claires, une intervenante souligne que selon elle, il est d'une importance capitale de pouvoir régler toutes les décisions médicales relatives à la fin de vie en ayant en point de mire une plus grande transparence, de meilleures informations et le renforcement des droits du patient. Un acte médical est en effet à l'origine de 40% des décès. Par contre, le nombre de cas d'euthanasie est particulièrement faible. C'est précisément pour ces décisions médicales que la déclaration anticipée peut être un instrument particulièrement utile pouvant avoir un effet apaisant sur la personne concernée. C'est aussi la portée de la résolution 1418 (1999) du Conseil de l'Europe qui dispose :

i. «pour donner effet au droit des malades incurables et des mourants à une information vraie et complète, mais communiquée avec compassion, sur leur état de santé, en respectant le désir que peut avoir une personne de ne pas être informée;

ii. pour mettre le malade incurable ou le mourant en mesure de consulter d'autres médecins que son médecin traitant habituel;

iii. pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne reçoive de traitement contre sa volonté, tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. Il convient en outre de prévoir des sauvegardes pour que cette volonté ne résulte pas de pressions économiques;

iv. pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle («living will») rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. Il convient en outre de veiller à ce que les critères de validité relatifs à la portée des instructions données par avance ainsi que ceux concernant la nomination et les pouvoirs des représentants légaux des intéressés soient dûment définis.

De même, il faut s'assurer que le représentant légal ne prend, à la place de l'intéressé, des décisions fondées sur des déclarations préalables du malade ou des présomptions de volonté, que si ce dernier n'a pas exprimé directement sa volonté dans les circonstances mêmes de sa maladie ou s'il n'y a pas de volonté clairement définie. Dans ce contexte, il doit toujours y avoir un rapport manifeste avec les déclarations faites par la personne en question peu de temps avant le moment où la décision doit être prise, plus précisément lorsque le malade est mourant, et dans ces conditions appropriées, c'est-à-dire sans pressions ou déficience mentale. Il faut également bannir toute

décision qui reposerait sur des jugements de valeur générale en vigueur dans la société et veiller à ce qu'en cas de doute la décision soit toujours en faveur de la vie et de la prolongation de la vie;

v. pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin, la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement soit prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à sa dignité d'être humain;

vi. pour qu'en l'absence d'instructions anticipées ou de déclaration formelle il ne soit pas porté atteinte au droit à la vie du malade. Il convient de dresser la liste des traitements qui ne peuvent en aucun cas être refusés ou interrompus;»

Een wilsverklaring mag volgens het lid nooit de overschrijding van een strafrechtelijke norm met zich meebrengen. Een wilsverklaring kan derhalve nooit een aanleiding vormen tot een actieve levensbeëindiging. Overeenkomstig voorliggend wetsvoorstel zijn aan de actieve levensbeëindiging een aantal kwaliteitsvoorwaarden verbonden. Het probleem is nu net dat, wanneer de patiënt «niet meer bij bewustzijn is», het niet meer mogelijk is na te gaan of aan deze kwaliteitsvoorwaarden is voldaan.

Een ander lid zegt ook vragende partij te zijn voor een algemene regeling met betrekking tot de wilsverklaring. Blijkbaar is het echter al bijzonder moeilijk om dit slechts voor één punt te regelen.

Vanzelfsprekend mag bij het opstellen van de wilsverklaring geen externe druk van welke aard ook worden uitgeoefend. Hierover is eenieder het eens. Wel is het volgens spreker enkel aan de arts om vast te stellen of de betrokkene al dan niet «niet meer bij bewustzijn is». Hierover verschillen nu eenmaal de meningen en eenieder moet volgens het eigen geweten stemmen.

Het lid zegt echter een artikel in *De Artsenkrant* niet te kunnen appreciëren, waarin een ander commissielid verklaart dat «de senatoren duidelijk niet mogen stemmen naar eigen geweten en overtuiging». Dit strookt absoluut niet met de waarheid.

Amendement nr. 379A

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 379), waarvan punt A ertoe strekt in het tweede lid van de voorgestelde § 1 de woorden «dat een arts euthanasie toepast» te vervangen door de woorden «dat een arts overgaat tot de actieve beëindiging van zijn leven».

Het woord «euthanasie» wordt in artikel 2 van het voorstel gedefinieerd als «het opzettelijk levensbeëin-

décision qui reposerait sur des jugements de valeur générale en vigueur dans la société et veiller à ce qu'en cas de doute la décision soit toujours en faveur de la vie et de la prolongation de la vie;

v. pour que, sans préjudice de la responsabilité thérapeutique ultime du médecin, la volonté exprimée par un malade incurable ou un mourant en ce qui concerne une forme particulière de traitement soit prise en compte, pour autant qu'elle ne porte pas atteinte à sa dignité d'être humain;

vi. pour qu'en l'absence d'instructions anticipées ou de déclaration formelle il ne soit pas porté atteinte au droit à la vie du malade. Il convient de dresser la liste des traitements qui ne peuvent en aucun cas être refusés ou interrompus;»

Le membre estime qu'une déclaration anticipée ne peut jamais donner lieu à la transgression d'une norme pénale. Une déclaration anticipée ne peut jamais dès lors entraîner un arrêt actif de la vie. En vertu de la proposition de loi à l'examen, un certain nombre de critères de qualité sont subordonnés à l'arrêt actif de la vie. Le problème provient précisément du fait que lorsque le patient est «inconscient», il devient impossible de contrôler le respect de ces critères de qualité.

Un autre membre se déclare aussi demandeur d'un règlement général relatif à la déclaration anticipée. Cependant, il semble déjà particulièrement difficile de trouver un règlement pour un seul point.

Bien entendu, aucune pression externe, de quelque nature que ce soit, ne peut être exercée au moment de la rédaction de la déclaration anticipée. Tout le monde l'admet. Toutefois, l'orateur estime qu'il appartient au médecin et à lui seul de déterminer si l'intéressé est inconscient ou non. Les avis en la matière sont divergents et nous devons tous voter en âme et conscience.

Le membre déclare toutefois ne pas avoir apprécié qu'un membre de la commission ait déclaré au *Journal du médecin* qu'il était évident que les sénateurs ne pourraient pas voter selon leur conscience et leurs convictions. Cela ne correspond pas du tout à la réalité.

Amendement n° 379A

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 379), dont le point A suggère, à l'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, de remplacer les mots «qu'un médecin pratique une euthanasie» par les mots «qu'un médecin procède à l'arrêt actif de sa vie».

Le mot «euthanasie» a été défini à l'article 2 de la proposition comme étant «l'acte par lequel un tiers

digend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek».

In het voorliggend geval is er geen «verzoek» van de patiënt die niet bij bewustzijn is. De personen die door de commissie gehoord werden, wilden geen van allen aan de wilsverklaring van de patiënt de waarde van een uitdrukkelijk verzoek tot euthanasie hechten.

Punt B van het amendement strekt ertoe het tweede lid van de voorgestelde § 1 aan te vullen met een streepje luiden «en dat zijn dood nadert», teneinde de draagwijdte van de tekst tot de terminale fase te beperken.

Een spreker merkt op dat het verzoek van een patiënt die bij bewustzijn is, evenmin een verplichting met zich meebrengt. Dreigt de precisering in het amendement *a contrario* geen foutieve interpretatie met zich mee te brengen in de hypothese dat de patiënt bij bewustzijn is?

De indienst van het subamendement antwoordt dat dit natuurlijk niet haar bedoeling is. Dit amendement werd ingegeven door een herlezing van advies nr. 9 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek waarin werd geopteerd voor de woorden «actieve levensbeëindiging», aangezien er geen «verzoek» was van de patiënt die niet bij bewustzijn is.

De vorige spreker merkt op dat dit verzoek werd geuit alvorens de patiënt buiten bewustzijn was. In beide gevallen is er altijd een verzoek, een derde en een levensbeëindiging. Waarom dan niet in beide gevallen dezelfde terminologie gebruiken?

Een ander lid onderstreept het verschil tussen het verzoek zoals omschreven in artikel 3 en de wilsverklaring in artikel 4.

Beide begrippen hebben niet hetzelfde gewicht.

Hoewel de term «indicatieve waarde» niet ontontbeerlijk is, kan daardoor dit verschil worden onderstreept.

In het advies nr. 9 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek wordt geen gebruik gemaakt van het begrip «buiten bewustzijn zijn», maar wordt gesproken over onbekwamen. Hierbij wordt een verschil gemaakt tussen feitelijk onbekwamen en handelingsonbekwamen.

Het begrip handelingsonbekwamen is ruimer dan het begrip personen die buiten bewustzijn zijn.

Zelfs de voorstanders van het tweede standpunt binnen het Raadgevend Comité voor bio-ethiek wensten zich tot de terminale fase te beperken.

Amendement nr. 359

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-

met fin intentionnellement à la vie d'une personne à sa demande».

Dans le cas présent, il n'y a pas «demande» du patient inconscient. Les personnes auditionnées ont été unanimes pour ne pas conférer à la déclaration de volonté anticipée du patient la valeur d'une demande expresse d'euthanasie.

Quant au point B de l'amendement, il vise à compléter l'alinéa 2 proposé par un dernier tiret libellé comme suit: «— et que sa mort est imminente», en vue de limiter la portée du texte à la seule phase terminale.

Un membre fait observer que lorsque le patient est conscient, sa demande n'entraîne pas non plus d'obligation. La précision apportée par l'amendement ne risque-t-elle pas d'induire *a contrario* une interprétation erronée dans l'hypothèse où le patient est conscient?

L'auteur du sous-amendement répond que telle n'est évidemment pas son intention. L'amendement lui a été inspiré par la relecture de l'avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique, qui optait pour les termes «arrêt actif de la vie», étant donné qu'il n'y avait pas de «demande» du patient inconscient.

Le précédent intervenant fait observer que cette demande est, par hypothèse, formulée avant que le patient ne devienne inconscient. Dans les deux cas, il y a toujours une demande, un tiers, un arrêt de vie. Pourquoi, dès lors, ne pas utiliser la même terminologie dans les deux cas?

Un autre membre souligne la différence qu'il y a entre la demande telle que définie à l'article 3, et la déclaration visée à l'article 4.

Le poids de ces deux termes est différent.

Les termes «valeur indicative», s'ils ne sont pas indispensables, peuvent peut-être souligner cette différence.

Quant à l'avis n° 9 du Comité consultatif de bioéthique, il n'utilise pas la notion d'inconscience, mais parle d'incapables, en faisant une distinction entre incapables de fait et incapables de droit.

La notion d'incapables de fait est plus large que celle d'inconscients.

Au sein de Comité consultatif de bioéthique, même les tenants de la position 2 souhaitaient se limiter à la phase terminale.

Amendement n° 359

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amen-

244/16, amendement nr. 359) dat ertoe strekt in het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4, de woorden «zijn wil» vervangen door de woorden «zijn wens».

De indienster van het amendement verklaart dat zo duidelijker blijkt dat de verklaring louter informatief is: de betrokkene staat nog te ver van de toestand waarin hij later kan terechtkomen.

Amendement nr. 302

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 302) dat ertoe strekt in het tweede streepje van het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel de woorden «ten gevolge van deze aandoening» in te voegen. De situatie waarin de patiënt terechtkomt moet immers het gevolg zijn van de door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. Nergens wordt in de tekst het oorzakelijke verband gelegd tussen beide elementen: de aandoening en het «niet meer bij bewustzijn zijn». Het voorgestelde amendement wil deze leemte vullen.

Amendement nr. 402

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen een subsidiair amendement in op het amendement nr. 301 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 402), dat de geesteszieken en de Alzheimerpatiënten of patiënten met een vergelijkbare ziekte uitdrukkelijk uitsluit van de toepassings-sfeer van het voorgestelde artikel 4. Het is van groot belang dat de tekst zo duidelijk mogelijk is. Indien men het amendement nr. 301, volgens hetwelk de comateuze patiënten uitdrukkelijk worden genoemd, niet zou worden aangenomen, verdient het aanbeveling om dit amendement aan te nemen zodat het duidelijk is dat deze categorieën worden uitgesloten.

Een lid meent dat het niet wenselijk is om bepaalde categorieën uitdrukkelijk uit te sluiten uit het toepassingsgebied van de wet, vermits sommige ziektes niet echt af te lijnen zijn, remedies tegen bepaalde ziektes kunnen evolueren en men op vandaag geen weet heeft van bepaalde pathologieën.

Een van de indieners van het amendement nr. 402 zegt dat men vanuit medisch oogpunt niet kan beweren dat de ziekte van Alzheimer niet af te bakenen zou zijn. Hoe dan ook is het voorgestelde amendement duidelijker dan het amendement nr. 291, waarin wordt gesproken over patiënten «die niet meer bij bewustzijn zijn». Bovendien onderstreept spreker dat een bepaalde term steeds in een bepaalde context moet worden gelezen, en men derhalve de volledige tekst van het betrokken lid moet in ogeschouw nemen bij de beoordeling van het amendement.

dement n° 359), visant à remplacer, au § 1^{er}, alinéa 2, de l'article 4 proposé, le mot «volonté» par le mot «souhait».

L'auteur de l'amendement précise que ce dernier terme souligne plus clairement le caractère indicatif de la déclaration, faite à un moment où la personne est loin de la situation dans laquelle elle pourrait un jour se trouver.

Amendement n° 302

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 302) tendant à compléter l'alinéa 2, deuxième tiret, du § 1^{er} de l'article proposé par les mots «consécutivement à cette affection». La situation dans laquelle se trouve le patient doit, en effet, résulter de l'affection accidentelle ou pathologique. Ce lien de causalité entre les deux éléments — l'affection et la perte de conscience — n'apparaît nulle part dans le texte. L'amendement proposé entend remédier à cette lacune.

Amendement n° 402

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent, à l'amendement n° 301, un amendement subsidiaire (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 402), qui exclut explicitement du champ d'application de l'article 4 proposé les malades mentaux et les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie comparable. Il est primordial que le texte soit aussi clair que possible. Si l'amendement n° 301 qui cite explicitement les patients dans le coma n'était pas adopté, il serait bon que celui-ci le soit étant donné qu'il prévoit explicitement l'exclusion de ces catégories de malades.

Un membre ne juge pas souhaitable d'exclure explicitement certaines catégories du champ d'application de la loi, étant donné que certaines maladies sont difficiles à circonscrire, que les remèdes à certaines maladies peuvent évoluer et que certaines pathologies sont encore inconnues.

L'un des auteurs de l'amendement n° 402 déclare que médicalement parlant, on ne peut pas prétendre que la maladie d'Alzheimer soit impossible à définir. Quoi qu'il en soit, l'amendement proposé est plus clair que l'amendement n° 291, où il est question de patients «inconscients». De plus, l'intervenant souligne qu'un terme déterminé doit toujours être lu dans un contexte particulier, et qu'il faut du reste prendre en considération la totalité du texte du membre concerné pour critiquer l'amendement.

De vorige spreker verwijst naar bestaande publicaties, volgens welke de ziekte van Alzheimer slechts genoemd is naar één bepaalde arts die er sommige symptomen van heeft beschreven, maar wijst erop dat er ook andere symptomen zijn en dat er ook verschillende gradaties mogelijk zijn in deze pathologie. Het is niet wenselijk om dit zo gedetailleerd op te nemen in de wet. Het is beter te schrijven dat de arts dient na te gaan of de patiënt al of niet bij bewustzijn is.

Een van de indieners van het amendement nr. 402 meent dat deze term aanleiding geeft tot een oneindige elasticiteit, die enkel door de artsen zal worden afgebakend. Men weet welke de gevolgen daarvan zullen zijn. In een rechtsstaat zijn echter het diegenen die de grondwet heeft aangeduid die dienen te controleren of de wet al dan niet is gerespecteerd. Men kan hier slechts vaststellen dat de meningen daarover verschillen.

De vorige spreker is van oordeel dat er niets mis mee is dat de artsen oordelen over een medische situatie waarin de patiënt zich bevindt.

Een van de indieners van het amendement nr. 402 repliceert dat het uitgangspunt van de wet essentieel juridisch is. Dit uitgangspunt stoelt op het begrip de «wil» van de patiënt. Dit heeft niets met medische interpretatie te maken. Het is niet de arts die daarover zal oordelen.

De vorige spreker herhaalt dat, zijns inziens, het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn» een medische term is die dan ook door medici dient te worden beoordeeld. Hij benadrukt dat de vaststelling daaromtrent slechts één van de elementen is in het licht waarvan de situatie moet worden beoordeeld.

De medeondertekenaar van het amendement nr. 402 is van mening dat dit begrip bijgevolg niet meer aan een democratische controle is onderworpen. Het dramatische aan de voorgenomen regelgeving is dat de beoordeling of iemand al dan niet «niet meer bij bewustzijn» is, ook vanuit medisch oogpunt niet zo eenduidig is als men wil laten geloven. Men kan niet stellen dat patiënten die lijden aan de ziekte van Alzheimer «niet meer bij bewustzijn» zijn. Het is wel zo dat deze personen een ander bewustzijn hebben en hierdoor een andere persoonlijkheid hebben. In deze omstandigheid is het perfect mogelijk dat zij niet willen dat het stuk papier, dat zij hebben getekend als gezond persoon, daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Men mag derhalve niet zomaar een rechtstreekse juridische band tussen beide situaties creëren en hierdoor deze personen buiten de samenleving plaatsen. De wilsverklaring dreigt hen echter juridisch te veroordelen. Is dit de bedoeling van de indieners?

De vorige spreker meent dat de vorige spreekster de waarheid vertekent. Sommige demente personen zijn heel gelukkig. Anderen daarentegen zijn louter vegetatief en lijden wel degelijk. Dit geldt ook voor

L'intervenant précédent se réfère à des publications existantes selon lesquelles la maladie d'Alzheimer a été ainsi dénommée par référence au médecin qui en a décrit certains symptômes. Il souligne cependant qu'il en existe d'autres et que cette pathologie présente différents degrés. Il n'est pas souhaitable de détailler à ce point la loi. Il vaut mieux dire que le médecin doit apprécier si le patient est ou non inconscient.

Un des auteurs de l'amendement n° 402 pense que la portée de ce terme, élastique à l'infini, ne sera délimitée que par les médecins. On sait quelles en seront les conséquences. Dans un État de droit, le contrôle du respect de la loi doit incomber à ceux que la Constitution a désignés. On ne peut que constater que les avis en la matière divergent.

L'orateur précédent ne trouve pas anormal que les médecins portent un jugement sur la situation médicale dans laquelle se trouve le patient.

L'un des auteurs de l'amendement n° 402 réplique que la loi repose sur un fondement essentiellement juridique, à savoir le concept de «volonté» du patient. Il ne s'agit nullement d'une interprétation médicale et ce n'est pas au médecin d'en juger.

L'orateur précédent répète que selon lui, le concept d'«inconscient» fait partie de la terminologie médicale et qu'il appartient dès lors au médecin d'en juger. Il souligne que le constat fait à ce propos n'est qu'un des éléments à la lumière desquels la situation doit être appréciée.

Le cosignataire de l'amendement n° 402 estime que ce concept n'est, dès lors, plus soumis à un contrôle démocratique. Ce qui est dramatique, dans ce projet de législation, c'est que médicalement parlant, il n'est pas aussi facile que ce que l'on voudrait faire croire d'apprécier si une personne est ou non «inconsciente». On ne peut pas dire que les patients souffrant de la maladie d'Alzheimer sont «inconscients» car ils présentent un autre type de conscience qui leur donne une personnalité différente. Dans de telles circonstances, il est parfaitement possible que ces malades ne souhaitent pas voir mis à exécution le bout de papier qu'ils avaient signé au moment où ils étaient encore en bonne santé. On ne peut d'ailleurs pas créer un lien juridique direct entre les deux situations et de ce fait, exclure ces personnes de la société. Juridiquement parlant, leur déclaration anticipée équivaut cependant à une condamnation à mort. Est-ce bien ce qu'avaient souhaité les auteurs?

L'intervenant précédent estime que son prédécesseur déforme la vérité. Certaines personnes démentes sont parfaitement heureuses. D'autres, en revanche, mènent une vie purement végétative et souffrent énormément.

sommige comateuze patiënten, die niet allen ondraaglijk lijden. Het is echter niet correct te beweren dat een wilsverklaring iemand juridisch tot de dood veroordeelt van zodra hij niet meer over zijn geestesvermogen beschikt. Spreker betreurt dat dit telkens opnieuw terugkeert.

Een van de indieners van het amendement nr. 402 meent dat, in dat geval, het amendement nr. 301 of 402 moet worden aangenomen.

De vorige spreker is het hiermee volstrekt niet eens. Bepaalde ziekten kunnen immers niet expliciet worden uitgesloten, vermits de medische kennis daarvan nog kan evolueren.

Een van de indieners van het amendement nr. 402 verwijst naar het artikel 1386*bis* van het Burgerlijk Wetboek waarin de term «geesteszieken» wordt gehanteerd. Deze term heeft een specifiek toepassingsgebied, dat niet wordt betwist. De nieuwe notie «niet meer bij bewustzijn zijn» heeft een andere, ruimere draagwijdte dan de term «geestesziek». Het voorstel om de reeds 65 jaar bestaande term te hantieren is toch niet zo dwaas als sommigen willen laten geloven.

De medeondertekenaar van het amendement merkt op dat het in artikel 4 niet gaat over het ondraaglijk lijden, zoals daareven werd gesuggereerd. Zij verwijst naar de grondvoorwaarden die worden vermeld in artikel 4, waarin het «ondraaglijk fysiek of psychisch lijden» niet voorkomt. Enkel moet worden nagegaan of de betrokkene «niet meer bij bewustzijn» is. Deze term sluit niet uit dat dementen, die van persoonlijkheid zijn veranderd, onder het toepassingsgebied vallen.

Een lid stelt vast dat hier een ononverbrugbaar meningsverschil is. Zij meent dat de terminologie, die wordt gehanteerd in het amendement nr. 291, correct en voldoende duidelijk is.

Amendement nr. 303

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 303), dat het tweede en het derde streepje van het tweede lid van § 1 vervangt door te verwijzen naar het volledig en definitief uitvallen van de hersenfuncties.

Een van de indieners van het amendement verwijst naar de schriftelijke verantwoording ervan. Vanzelfsprekend is dit amendement zeer subsidiair, vermits spreker van oordeel is dat een artikel met betrekking tot de wilsverklaring in verband met euthanasie nodig noch wenselijk is, en vermits artikel 98 van de Code van de medische plichtenleer de behandeling van dergelijke situaties regelt.

mément. Les patients dans le coma n'endurent pas tous des souffrances insupportables. Il n'est toutefois pas correct d'affirmer qu'une déclaration anticipée équivaut, juridiquement parlant, à une condamnation à mort dès le moment où la personne n'est plus en possession de ses facultés mentales. L'orateur regrette que cette question revienne à chaque fois sur le tapis.

L'un des auteurs de l'amendement n° 402 estime que, dans ce cas, il y a lieu d'adopter l'amendement n° 301 ou 402.

L'orateur précédent n'est pas du tout de cet avis. Étant donné que les connaissances médicales en la matière peuvent toujours évoluer, on ne peut, en effet, exclure explicitement certaines maladies.

L'un des auteurs de l'amendement n° 402 se réfère à l'article 1386*bis* du Code civil où il est question de «maladies mentales». Ce terme a un champ d'application spécifique que nul ne conteste. Le nouveau concept d'«état d'inconscience» a une portée différente et plus large que le terme de «maladie mentale». Proposer un terme qui existe déjà depuis 65 ans n'est pas aussi insensé que ce que d'aucuns voudraient faire croire.

Le cosignataire de l'amendement fait remarquer que l'article 4 ne fait pas référence à des souffrances insupportables, comme on vient de le suggérer. Elle se réfère aux conditions de base mentionnées à l'article 4 où il n'est nulle part question de «souffrances psychiques ou physiques». La seule chose à vérifier, c'est si l'intéressé est «inconscient». Ce terme n'exclut pas que les déments, dont la personnalité a changé, tombent dans son champ d'application.

Un membre constate qu'il existe à ce propos des divergences d'opinion insurmontables. Elle estime que la terminologie utilisée dans l'amendement n° 291 est correcte et suffisamment claire.

Amendement n° 303

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 303) tendant à remplacer les deuxième et troisième tirets de l'alinéa 2 du § 1^{er} par une référence à la perte irréversible et définitive des fonctions du cerveau.

L'un des auteurs de l'amendement se réfère à sa justification écrite. Cet amendement est, bien entendu, très subsidiaire, étant donné que l'orateur estime qu'un article portant sur la déclaration anticipée en matière d'euthanasie n'est ni nécessaire ni souhaitable et que l'article 98 du Code de déontologie médicale explique comment traiter ce type de situations.

Een lid vraagt welke regeling momenteel van toepassing is met betrekking tot het wegnemen van organen.

De hoofdindienster van het amendement nr. 303 onderstreept dat in dat geval de wil van de patiënt niet speelt, vermits er een wettelijk vermoeden bestaat dat de wil om organen weg te geven vermoed wordt gegeven te zijn. Spreker heeft zich steeds verzet tegen deze wet, die is tot stand gekomen in een absolute onverschilligheid van de publieke opinie, maar die soms ernstige psychische effecten kan hebben bij de nabestaanden van de betrokkene.

De vorige spreekster verklaart dat de artsen zich in de praktijk willen indekken en de familie om instemming vragen, ook al zijn ze daartoe niet verplicht en is die niet altijd makkelijk te verkrijgen.

De spreekster vraagt zich af wie beslist dat de voorwaarde dat de hersenfuncties volledig en definitief zijn uitgevallen, is vervuld.

Een ander lid verbaast zich erover dat naar de Code van geneeskundige plichtenleer wordt verwezen volgens dewelke de patiënt in een dergelijk geval als overleden moet worden beschouwd.

Hoe kan een beschrijving van een toestand van overlijden met betrekking tot euthanasie worden gebruikt?

De Code van geneeskundige plichtenleer stelt alleen dat een persoon kunstmatig in leven mag worden gehouden om zijn organen te kunnen wegnemen.

Hij geeft geen definitie van de toestand van «niet meer bij bewustzijn zijn», maar een beschrijving van goed medisch handelen in het geval de patiënt reeds dood is.

Amendement nr. 378

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 378) waarin wordt voorgesteld om, aanvullend, in het tweede lid, derde streepje, van de voorgestelde § 1 van artikel 4, de woorden «en dat deze toestand volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is» te vervangen door de woorden «en dat hij lijdt aan een op grond van de huidige wetenschappelijke inzichten vaststaand onomkeerbaar en volledig uitvallen van de hersenfuncties».

Deze formulering steunt op het huidige artikel 98 van de Code van geneeskundige plichtenleer.

De indienster van het amendement verwijst naar de opmerking van een vorige spreker dat in een tekst met betrekking tot euthanasie geen definitie moet worden opgenomen die eigenlijk betrekking heeft op een patiënt die reeds overleden is. De spreekster zou in dit verband graag het standpunt van een arts kennen.

Un membre demande quels textes s'appliquent aujourd'hui, en matière de prélèvement d'organes.

L'auteur principal de l'amendement n° 303 souligne que dans ce cas, la volonté du patient ne joue pas étant donné que légalement, celui-ci est présumé avoir exprimé la volonté de donner ses organes. L'orateur s'est toujours opposé à cette loi qui a vu le jour dans une indifférence absolue de la part de l'opinion publique mais qui peut parfois avoir de graves conséquences psychiques sur les proches de l'intéressé.

La précédente intervenante déclare que, dans la pratique, les médecins veulent se couvrir, et, bien qu'il n'y soient pas obligés, demandent l'assentiment de la famille, ce qui est parfois difficile à obtenir.

L'intervenante se demande qui décide du fait que la condition de perte irrémédiable des fonctions cérébrales est remplie.

Un autre membre s'étonne de la référence au Code de déontologie médicale, selon lequel, dans le cas envisagé, le patient doit être considéré comme décédé.

Comment utiliser une description de ce qu'est l'état de décès à propos d'une euthanasie?

Le texte du Code de déontologie médicale dit seulement que l'on peut maintenir artificiellement une personne en vie pour permettre le prélèvement d'organes.

Il ne donne pas une définition de l'état d'«inconscience», mais une description de bonne pratique médicale dans l'hypothèse où un patient est déjà mort.

Amendement n° 378

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 378), proposant, à titre subsidiaire, de remplacer, à l'alinéa 2, 3^e tiret, du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science» par les mots «et s'il souffre d'une perte irréversible et complète des fonctions du cerveau, déterminée selon les données actuelles de la science».

Cette formule s'inspire de l'actuel article 98 du Code de déontologie médicale.

L'auteur de l'amendement rappelle toutefois l'observation d'un précédent intervenant, qui faisait remarquer qu'il ne fallait pas reprendre dans le cadre d'un texte sur l'euthanasie, une définition qui, en fait, s'applique à un patient déjà décédé. L'intervenante aimerait connaître l'avis d'un médecin à ce sujet.

Een lid antwoordt, als wetgever, en niet als arts, dat de arts de vaststellingen doet in de omstandigheden die in de §§ 1 en 2 worden opgesomd.

Dat is een zeer belangrijk element dat een noodzakelijk houvast kan bieden in de verschillende gevallen die zich kunnen voordoen.

De indienster van het amendement preciseert dat ze wenst te weten of artsen gewoonlijk gebruik maken van de begrippen «comateuze» patiënten en patiënten «in een onomkeerbare toestand van niet meer bij bewustzijn zijn» en of deze begrippen overeenstemmen met de huidige stand van zaken in de wetenschap.

De vorige spreker bevestigt dat het wel degelijk de arts is die vaststelt of de patiënt in een onomkeerbare toestand van «niet meer bij bewustzijn zijn» verkeert. Er moet ook rekening worden gehouden met de procedure vastgelegd in artikel 4, waarvan § 2, 1^o, bepaalt dat een andere arts moet worden geraadpleegd over de onomkeerbaarheid van de medische toestand.

Amendement nr. 304

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 304), dat ertoe strekt de arts te doen controleren dat er voldoende zwaarwichtige medische redenen voorhanden zijn om de wilsverklaring in overweging te nemen.

Een van de indieners licht toe dat, vermits de patiënt «niet meer bij bewustzijn» is, de zorgvuldigheidscriteria niet kunnen getoetst worden. Er kan een zeer groot verschil zijn tussen een gezond persoon die zich voorstellingen maakt over zijn ziekte en de wijze waarop hij behandeld wil worden, en de patiënt die in die concrete situatie verkeert. Vandaar dat het van belang is dat de medische redenen voldoende zwaarwichtig zijn en aanleiding geven om de wilsverklaring uit te voeren. De arts dient dit na te gaan.

Een lid wijst erop dat het opstellen van een wilsverklaring een mogelijkheid is; het betreft dus een wilsuiting van een zieke met kennis van zaken.

Anderzijds beschrijft de tekst duidelijk de voorwaarden waaronder een arts rekening kan houden met die verklaring, die een indicatieve waarde heeft, maar vereist is opdat er geen inbreuk zou zijn, wanneer de patiënt bij bewustzijn is.

De vorige spreekster repliceert dat het inderdaad geen verplichting is voor de arts om in te gaan op een euthanasieverzoek dat tot uiting is gekomen in een wilsverklaring, maar het is wel zo dat, indien de arts dit wenst te doen, hij moet nagaan of aan een aantal voorwaarden is voldaan, zoals het «niet meer bij bewustzijn zijn», het onomkeerbaar karakter, enzo-

Un membre répond, en tant que législateur, et non en tant que médecin, que dans les conditions fixées aux §§ 1^{er} et 2, c'est le médecin qui procède aux constatations.

Il s'agit là d'un élément très important, qui permet de mettre les balises nécessaires dans les différentes situations qui peuvent se présenter.

L'auteur de l'amendement précise qu'elle voudrait savoir si les notions de patient «comateux» ou «en état d'inconscience irréversible» sont utilisées de façon habituelle par les médecins et sont conformes à l'état actuel de la science.

Le précédent intervenant confirme que c'est bien le médecin qui constate le caractère irréversible de «l'état d'inconscience» du patient. Il ne faut pas non plus perdre de vue la procédure prévue à l'article 4, dont le § 2, 1^o, prévoit qu'un autre médecin doit être consulté quant à ce caractère irréversible.

Amendement n^o 304

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 304), visant à faire contrôler par le médecin qu'il existe des raisons médicales suffisamment graves pour prendre en considération la déclaration anticipée.

L'un des auteurs explique qu'étant donné que le patient est «inconscient», il devient impossible de contrôler les critères de prudence. Il peut y avoir un monde de différence entre une personne en bonne santé qui se fait une certaine idée de sa maladie et de la manière dont elle sera traitée, et le patient qui se trouve dans cette situation concrète. C'est pourquoi il est important qu'il y ait des raisons médicales suffisamment graves pour justifier une mise en œuvre de la déclaration anticipée. Le médecin doit s'en assurer.

Un membre rappelle que la rédaction de la déclaration anticipée est une faculté; il s'agit donc d'une volonté manifestée par un malade en connaissance de cause.

D'autre part, le texte décrit clairement les conditions auxquelles cette déclaration — qui a valeur indicative, mais qui est nécessaire pour qu'il n'y ait pas infraction quand le patient est conscient — peut être prise en compte par le médecin.

La préopinante réplique qu'il n'est effectivement pas obligatoire, pour le médecin, de donner suite à une demande d'euthanasie exprimée dans une déclaration de volonté, mais il est vrai que, s'il souhaite le faire, il doit vérifier si un certain nombre de conditions sont réunies, comme «l'état d'inconscience», le caractère irréversible, etc. L'amendement n^o 304 vise

voort. Het amendement nr. 304 wenst hier precies een voorwaarde aan toe te voegen, met name het voldoende zwaarwichtig karakter van de ziekte.

Amendement nr. 305

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 305), dat ertoe strekt in het tweede streepje van het tweede lid van § 1 aan te geven dat er sprake moet zijn van een medisch uitzichtloze toestand en van een aanhoudende, onbehandelbare en ondraaglijke pijn.

Een van de indieners verklaart dat onder de toepassingsfeer van artikel 4 ook niet-terminale patiënten kunnen vallen, voor zover ze «niet meer bij bewustzijn zijn». Nergens wordt evenwel de voorwaarde gesteld dat deze personen ondraaglijk lijden opdat euthanasie zou worden toegepast. Aldus wordt een nieuwe, verregaande stap gezet naar euthanasie, vermits ze kan worden toegepast op mensen die «mensonwaardig» zijn. Er dreigt een selectie te ontstaan onder de mensen. Dit moet absoluut worden voorkomen.

Het lid verwijst naar de grote filosoof Kierkegaard, die op een bepaald ogenblik «kinds» werd. Op de vraag of hij dit niet verschrikkelijk vond, gelet op zijn grote eruditie, antwoordde hij dat hij wenste behandeld te worden als een kind, vermits hij «kinds» werd. De essentiële vraag die hier moet gesteld worden is, of deze personen kunnen geëthanaseerd worden omwille van de toestand, dan wel of voor deze mensen het nodige maatschappelijke respect kan worden opgebracht.

Een lid verklaart dat men niet tegelijkertijd kan vragen om het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn», waarvan men heeft gezegd dat dit onomkeerbaar moet zijn, te verduidelijken met het introduceren van het begrip «lijden».

Wat bedoelt men juist met dit begrip, wanneer het gaat om patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn?

Een ander lid herinnert eraan dat een vorige spreker reeds heeft verwezen naar het geval van patiënten die niet bij bewustzijn zijn en duidelijke tekenen van lijden geven.

De vorige spreker zegt dat het nogal moeilijk is de tekenen van een patiënt die niet meer bij bewustzijn is en aangeeft dat hij pijn lijdt te interpreteren.

Een van de indieners van het amendement nr. 305 repliceert dat alles afhangt van de draagwijdte van de term «niet meer bij bewustzijn zijn». De vraag is of mensen die nog een bepaalde ervaringswereld hebben al dan niet «bij bewustzijn zijn». Kan men bepaalde mensen als dusdanig catalogeren, zoals men soms doet in de psychiatrie of bij bepaalde ziekten, en het als gevolg daarvan mogelijk maken dat op hen euthanasie wordt toegepast?

précisément à y ajouter une condition, à savoir «le caractère suffisamment grave de la maladie».

Amendement n° 305

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 305) qui vise à indiquer, au deuxième tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er}, qu'il doit être question d'une situation médicalement sans issue et d'une souffrance persistante, insupportable et rebelle à tout traitement.

L'un des auteurs déclare que les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale peuvent aussi relever du champ d'application de l'article 4, pour autant qu'ils ne «soient plus conscients». Toutefois, il n'est exigé nulle part que ces personnes doivent éprouver une douleur insupportable pour que l'euthanasie puisse être appliquée. On fait ainsi un pas supplémentaire, excessif, vers l'euthanasie, puisque celle-ci peut être pratiquée sur des personnes qui ont «perdu leur dignité». Une sélection risque d'être faite entre les personnes. C'est ce qu'il faut absolument éviter.

L'intervenant évoque le grand philosophe Kierkegaard, qui est retombé en enfance à un moment donné de sa vie. À la question de savoir s'il ne trouvait pas cela terrible, vu sa grande érudition, il répondit qu'il souhaitait être traité comme un enfant, puisqu'il était «retombé en enfance». La question essentielle qu'il convient de poser ici, c'est celle de savoir si ces personnes peuvent être euthanasiées en raison de la situation ou si elles ont droit au respect social qui s'impose.

Un membre déclare que l'on ne peut à la fois demander des précisions sur la notion d'«inconscience», dont on a dit qu'elle devait être irréversible, et introduire la notion de «souffrance».

Que vise-t-on exactement par cette notion, lorsqu'il s'agit de patients inconscients?

Un autre membre rappelle qu'un précédent orateur avait évoqué le cas de patients inconscients qui montraient des signes visibles de souffrance.

Le précédent orateur répond qu'il est assez difficile d'interpréter les signes de douleur montrés par un patient inconscient.

L'un des auteurs de l'amendement n° 305 réplique que tout dépend de la portée du mot «inconscient». La question qui se pose est celle de savoir si des personnes qui ont encore une certaine perception du monde sont «conscientes» ou non. Peut-on cataloguer comme telles certaines personnes, comme on le fait parfois en psychiatrie ou pour certaines maladies, et permettre en conséquence de pratiquer sur eux l'euthanasie?

Amendement nr. 306

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 306), dat ertoe strekt om ook bij euthanasie als gevolg van een wilsverklaring de voorwaarden die werden gesteld in artikel 3, § 1, te doen naleven.

De hoofdindieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement. Hij zegt niet te begrijpen waarom voor patiënten die «niet meer bij bewustzijn zijn» er minder stringente voorwaarden voorhanden zijn dan bij de patiënten die wél bij bewustzijn zijn. Men oordeelt hier immers op basis van een stuk papier, en niet op een werkelijke wilsuiting van de patiënt. Zelfs in de Nederlandse wet wordt gestipuleerd dat men, bij euthanasie als gevolg van een wilsverklaring, alle zorgvuldigheidsvereisten moet naleven. Het is onaanvaardbaar dat men voor personen die buiten bewustzijn zijn minder strenge voorwaarden hanteert.

Een lid merkt op dat de vorige spreker het had over onbekwamen en personen die niet meer bij bewustzijn zijn. Hij herinnert eraan dat hier alleen personen die niet meer bij bewustzijn zijn worden bedoeld, en geenszins onbekwamen.

De hoofdindieners repliceert dat er tot op heden geen enkele inhoudelijke omschrijving van het toepassingsgebied van artikel 4 werd gegeven, behalve de mededeling dat de geneesheer moet oordelen wat onder «niet meer bij bewustzijn» moet worden verstaan. Wanneer de ingediende amendementen, die de groep van dementen of onbekwamen expliciet uitsluiten van het toepassingsgebied, niet zouden worden aangenomen, kan hieruit worden afgeleid dat het artikel 4 wel degelijk op deze personen van toepassing zal zijn.

Amendement nr. 307

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 307), dat ertoe strekt het tweede lid van § 1 aan te vullen met een bijkomende voorwaarde voor de euthanasie, met name dat er geen enkele andere mogelijkheid is om de pijn van de patiënt te behandelen en zijn waardigheid te waarborgen naar heersend medisch inzicht.

Eén van de indieners van het amendement nr. 307 verwijst naar de schriftelijke verantwoording en stelt dat er een objectief criterium voorhanden moet zijn voor het plegen van euthanasie, vermits de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten. Zoals de tekst van het amendement nr. 291 thans is geformuleerd, holt hij de bescherming van de wet volledig uit vermits men geen bepaling inlast volgens dewelke men dient na te gaan of er een medisch alternatief voorhanden

Amendement n° 306

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 306), qui vise à soumettre également aux conditions posées à l'article 3, § 1^{er}, l'euthanasie faisant suite à une déclaration de volonté.

L'auteur principal renvoie à la justification écrite de l'amendement. Il dit ne pas comprendre pourquoi les conditions sont moins impératives en ce qui concerne les patients «devenus inconscients» qu'en ce qui concerne les patients encore conscients. On juge en effet en l'espèce sur la base non pas d'une véritable déclaration de volonté du patient mais d'un bout de papier. Même la loi néerlandaise dispose qu'en cas d'euthanasie à la suite d'une déclaration de volonté, il faut que tous les critères de prudence soient respectés. Il est inacceptable d'utiliser des conditions moins strictes pour des personnes inconscientes.

Un membre observe que le précédent intervenant a, dans son intervention, mentionné les incapables et les personnes inconscientes. Or, il faut rappeler que l'on ne vise ici que les personnes inconscientes, à l'exclusion des incapables.

L'auteur principal réplique que, jusqu'à présent, on n'a donné aucune définition du champ d'application de l'article 4 quant au contenu, si ce n'est en précisant que le médecin doit se prononcer sur ce qu'il y a lieu d'entendre par «être inconscient». Au cas où les amendements déposés, qui excluent explicitement du champ d'application le groupe des personnes démentes ou incapables, ne seraient pas adoptés, on pourrait en déduire que l'article 4 leur est bel et bien applicable.

Amendement n° 307

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 307) qui vise à compléter l'alinéa 2 du § 1^{er} en prévoyant une condition supplémentaire pour que l'euthanasie soit autorisée, à savoir celle selon laquelle il ne peut exister, en fonction des conceptions médicales en vigueur, aucune autre possibilité de traiter la douleur du patient et de garantir sa dignité.

L'un des auteurs de l'amendement n° 307 renvoie à la justification écrite et dit qu'il doit y avoir un critère objectif pour que puisse être pratiquée l'euthanasie, puisque l'intéressé ne peut plus exprimer sa volonté. Tel qu'il est rédigé actuellement, le texte de l'amendement n° 291 vide de toute sa substance la protection prévue par la loi, puisque l'on n'insère aucune disposition prévoyant qu'il y a lieu d'examiner s'il existe une alternative médicale. Cette

is. Deze optie komt nergens ter wereld voor, en is dan ook onaanvaardbaar.

Als verantwoording wordt in de media aangegeven dat deze regering het verschil maakt in de ethische dossiers. Men bekijkt niet meer de ethische merites van bepaalde voorstellen, maar men maakt gebruik van de politieke meerderheid om een ethische verflakking te organiseren. Daarbij roept men voortdurend op een schandelijke wijze het beeld op van de christen-democratische oppositie, die zogezegd van mening zou zijn dat de burgers in dit land moeten lijden omdat God dit oplegt. Dergelijke voorstelling van zaken, die absoluut niet strookt met de werkelijkheid, kan worden vergeleken met de propaganda van Goebbels tijdens het nazi-regime. Elke ernstige discussie wordt hierdoor onmogelijk gemaakt. Van enige politieke correctheid is hier geen sprake.

Een lid vindt de vergelijking die wordt gemaakt een absolute schande.

Een lid meent dat de partij van de indianen van het amendement nr. 307 zeer sterk is in het verwijten van anderen van datgene wat ze zelf doen. De publieke verklaringen van kopstukken van de christen-democratische oppositie verdraaien de waarheid of bevatten halve waarheden. Men mag niet zeggen dat naar de verklaringen van de oppositie niet wordt geluisterd. De ernstige juridische argumenten worden vaak overgenomen door amendementen van de meerderheid.

De indruk bestaat evenwel dat die partij er alles aan doet om enige wetgeving omtrent euthanasie onmogelijk te maken. De indianen van voorliggend wetsvoorstel gaan er integendeel van uit dat de vrijheid van de mensen dient te worden gerespecteerd en dat zij niet allen aan één overtuiging moeten worden onderworpen. Niemand verplicht er iemand toe om euthanasie te verzoeken of om een wilsverklaring op te stellen. Geen enkele arts is verplicht in te gaan op het euthanasieverzoek van zijn patiënt. De voorgenomen wetgeving wenst enkel de vrijheid te geven aan de mensen om zelf niet in de situaties te belanden die men vaak heeft meegemaakt in de naaste omgeving. Dit neemt niet weg dat over bepaalde onderdelen van het wetsvoorstel een uitgebreid debat mogelijk is, maar dit dient op een intellectueel eerlijke manier te gebeuren. Elke verwijzing naar een regime, van hetwelk eenieder het bestaan betreurt, is dan ook volkomen misplaatst.

Een van de indianen van het amendement nr. 307 merkt op dat haar fractie nooit vanuit een religieuze, maar vanuit een politieke visie denkt en handelt. Mocht het eerste het geval zijn, volstond het om de religieuze vrijheid van eenieder te waarborgen en om bepaalde instellingen de mogelijkheid te geven te handelen zoals zij dit wensen. Dit is echter niet het geval. Hier wordt gesproken over de opbouw van een samenleving en een rechtsstaat en over de sociale

option n'existe nulle part au monde et est donc inacceptable.

Pour se justifier, on annonce dans les médias que ce gouvernement fait la différence dans les dossiers médicaux. On n'examine plus les mérites éthiques de certaines propositions, mais on utilise la majorité politique pour organiser un nivellement éthique. En outre, on invoque en permanence, de manière scandaleuse, l'image de l'opposition chrétienne-démocrate, qui, prétend-on, estimerait que les citoyens de ce pays doivent souffrir parce que Dieu l'impose. Une telle représentation des choses, qui ne reflète absolument pas la réalité, est comparable à la propagande de Goebbels sous le régime nazi. Cela rend impossible toute discussion sérieuse. On chercherait en vain ici la moindre correction politique.

Un commissaire trouve absolument scandaleuse la comparaison qui vient d'être faite.

Un membre estime que le parti des auteurs de l'amendement n° 307 excelle à reprocher aux autres ce que lui-même fait. Les déclarations publiques de sommités de l'opposition chrétienne-démocrate travestissent la vérité ou comportent des semi-vérités. Il serait faux de dire que l'on n'écoute pas les déclarations de l'opposition. Les arguments juridiques sérieux sont souvent relayés par des amendements de la majorité.

On a néanmoins l'impression que ce parti fait tout pour rendre impossible toute législation concernant l'euthanasie. Les auteurs de la proposition de loi en discussion partent au contraire du principe qu'il faut respecter la liberté des individus et que ceux-ci ne doivent pas tous être rendus tributaires d'une conviction unique. Personne n'oblige quiconque à demander l'euthanasie ou à rédiger une déclaration de volonté. Aucun médecin n'est obligé d'accéder à la demande d'euthanasie de son patient. La législation projetée vise uniquement à donner aux gens la faculté de ne pas sombrer eux-mêmes dans des situations qu'ils ont souvent rencontrés chez des proches. Il n'empêche qu'un large débat est possible sur certaines parties de la proposition de loi, mais qu'il faut engager ce débat d'une manière intellectuellement loyale. La moindre allusion à un régime dont tout le monde regrette qu'il ait existé est tout à fait déplacée.

L'une des auteurs de l'amendement n° 307 fait remarquer que les opinions et les actes de son groupe sont dictés par des considérations non pas religieuses, mais politiques. Si l'optique religieuse prévalait, il suffirait de garantir la liberté religieuse de tout un chacun et de permettre à certains organismes d'agir comme ils le souhaitent. Ce n'est toutefois pas le cas. On parle ici en l'espèce de la structure d'une société et d'un État de droit ainsi que de la cohésion sociale au

cohesie binnen een maatschappij. De solidariteit van de mensen met zwakkere personen verloopt niet enkel via financiële transfers die worden georganiseerd door het fiscaal regime of het stelsel van de sociale zekerheid, maar ook door het psychologisch aanvoelen. Een extreem liberale visie gaat er van uit dat de vrijheid van het individu absoluut is. Men mag echter andere politieke stromingen niet verhinderen hun visie naar buiten te brengen dat dergelijke beslissingen een grote impact hebben op het sociale weefsel, en hierover een grondig debat te vragen. De solidariteit in de samenleving staat hier immers op het spel. Het is dan ook onbegrijpelijk dat uit de mond van een voorzitter van een politieke partij die de solidariteit hoog in het vaandel voert moet worden vernomen dat het individu absoluut autonoom is over het eigen leven. Een dergelijke houding miskent dat de opdrachten, die worden gegeven aan het medisch korps, ook een sociale weerslag hebben.

Amendement nr. 308

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 308), dat ertoe strekt een bepaling toe te voegen aan het tweede lid van § 1, volgens dewelke de betrokkene in een stervensfase moet verkeren alvorens op hem euthanasie kan worden toegepast.

Een van de indieners van het amendement nr. 308 verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij dit amendement. Hij verwijst naar de aanbeveling 1418 (1999) van de Raad van Europa over de menselijke waardigheid bij de stervensfase, waarin de Raad duidelijk maakt dat een speciale medische behandeling slechts mogelijk is in de eindfase van het leven en waarin bovendien elke druk van buitenaf wordt uitgesloten.

Wanneer door de indieners van het wetsvoorstel nu wordt gesteld dat euthanasie na een wilsverklaring ook mogelijk is voor niet-terminale patiënten die «niet meer bij bewustzijn zijn», is dit een onvoorstelbare verschuiving van de grenzen. Het woord «vrijheid» is dan een louter formeel begrip geworden, vermits de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten. De waarde van het leven wordt dan slechts bepaald door één enkel individu, die een derde verplicht diens opvatting te volgen. Dit heeft niets meer met vrijheid te maken. Authentieke, diepmenselijke vrijheid dient integendeel een waarde te geven aan de situatie waarin de wil wordt geuit, maar ook oog te hebben voor de volledige context ervan.

Het gevaar van voorliggend wetsvoorstel is dat niet enkel euthanasie wordt ingevoerd voor niet-terminale patiënten — hetgeen nergens wordt aanbevolen door het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek — maar ook voor diegenen die «niet meer bij bewustzijn

sein d'une société. La solidarité envers les plus faibles se traduit non seulement par des transferts financiers organisés par le biais du régime fiscal ou du régime de la sécurité sociale, mais aussi par la faculté de ressentir les choses psychologiquement. Une vision extrêmement libérale part de l'hypothèse que la liberté de l'individu est absolue. On ne peut toutefois pas empêcher d'autres courants politiques d'exprimer le point de vue selon lequel de telles décisions ont un grand impact sur le tissu social et de demander que l'on y consacre un débat approfondi sur la question. C'est la solidarité au sein de la communauté qui est en jeu. Il est dès lors incompréhensible que le président d'un parti politique qui tient en haute estime le principe de la solidarité puisse dire que l'individu peut décider de manière absolument autonome de sa propre vie. Pareille attitude ne tient pas compte du fait que les missions confiées au corps médical ont également une incidence sociale.

Amendement n° 308

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 308) visant à ajouter, au deuxième alinéa du § 1^{er}, une disposition selon laquelle l'intéressé doit se trouver en fin de vie pour que l'on puisse accéder à sa demande d'euthanasie.

Un des auteurs de l'amendement n° 308 renvoie à la justification écrite de celui-ci. Il rappelle la recommandation 1418 (1999) du Conseil de l'Europe concernant la dignité des malades incurables et des mourants, dans laquelle le Conseil spécifie clairement qu'un traitement médical spécial n'est possible que dans la phase finale de la vie et qu'en outre toute pression de l'extérieur est exclue.

Lorsque les auteurs de la proposition déclarent que l'euthanasie est également possible après une déclaration de volonté, sur des patients qui ne sont pas en phase terminale et se trouvent «en état d'inconscience», ils reculent les limites d'une manière impensable. Le mot «liberté» devient dans ce cas un concept purement formel, puisque l'intéressé n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. La valeur de la vie n'est alors déterminée que par un seul individu, qui oblige un tiers à suivre son point de vue. Cela n'a plus rien à voir avec la liberté. Une liberté authentique, profondément humaine, implique au contraire que l'on accorde de la valeur à la situation dans laquelle la volonté est formulée, mais aussi que l'on soit attentif au contexte tout entier.

La proposition de loi à l'examen risque d'avoir pour conséquence que l'euthanasie soit instaurée non seulement pour les patients ne se trouvant pas en phase terminale — ce que le Comité consultatif de bioéthique ne conseille nullement — mais aussi pour

zijn». De weigering van de indieners van het voorstel om duidelijk te zeggen op welke personen de regeling nu al dan niet toepasselijk zal zijn, is een vluchtmissdrijf en tart elke verbeelding. Volgens de indieners is het de geneesheer — en hij alleen — die bepaalt wie «niet meer bij bewustzijn» is en wie niet. Men kan zich afvragen of het de wetgever toekomt een algemene «volmachtwet» te stemmen, die aan het medisch korps de bevoegdheid delegeert om het toepassingsgebied ervan te bepalen. Dit is strijdig met de essentiële beginselen van een goede wetgevingstechniek en bovendien met de «*rule of law*», die de bescherming van het menselijk leven oplegt.

Artikel 2 van het EVRM stelt immers klaar en duidelijk dat de wet het menselijk leven moet beschermen, wat betekent dat de gehanteerde rechtsbegrippen voorspelbaar moeten zijn in hun toepassing en toegankelijk moeten zijn voor de burger.

Wanneer men stelt dat de geneesheren dan maar een concrete invulling moeten geven aan het gehanteerde begrip, overtreedt men al deze beginselen. De wet zal geenszins het leven van de personen «die niet meer bij bewustzijn zijn» beschermen.

De voorgenomen wettelijke constructie is bovendien juridisch niet gefundeerd. In de hypothese, waarin het dossier in beslag wordt genomen door het parket of naar de evaluatiecommissie wordt gestuurd, wie is dan belast met de invulling van het begrip «niet meer bij bewustzijn»? In dit geval dient dit begrip juridisch te worden ingevuld. Moet het parket slechts vaststellen dat de betrokkene volgens de geneesheer «niet meer bij bewustzijn» was en zich daar hoe dan ook bij neerleggen? Het lid is van mening dat het uiteindelijk de rechterlijke macht is die oordeelt over de naleving van de wet, en dat deze bevoegdheid onmogelijk kan worden gedelegeerd aan een of andere geneesheer. Zo werkt de rechtsstaat nu eenmaal. De opleiding van de juristen bestaat er om deze reden precies in dat ze van alle maatschappelijke problemen de juridische dimensies kunnen vatten en erover oordelen. Vanzelfsprekend moet de rechterlijke macht dan wel weten wat het toepassingsgebied van de wet is. Het arrest van het Hof van Cassatie van 13 oktober 1999 stelt dat, wanneer het gaat over aansprakelijkheid, het begrip «buiten bewustzijn» veel ruimer is dan een louter medische handeling:

«Om de omvang van de morele schade van de getroffene te ramen kan de rechter, door een feitelijke beoordeling, het verminderde bewustzijn van deze getroffene ten gevolge van de geestelijke gezondheid in aanmerking nemen.»

Hier wordt derhalve een juridische evaluatie van het begrip «buiten bewustzijn» gemaakt, die op zichzelf staat. Daarbij is duidelijk dat dit begrip in de juridische terminologie ook wordt gebruikt voor niet-comateuze toestanden. Het antwoord op de inhoud-

ceux qui «ne sont plus conscients». Le refus des auteurs de la proposition de dire clairement à quelles personnes la réglementation sera applicable ou ne le sera pas, constitue un délit de fuite et dépasse toute imagination. Selon les auteurs, il appartient au médecin — et à lui seul — de déterminer qui se trouve «en état d'inconscience» et qui ne s'y trouve pas. On peut se demander s'il appartient au législateur de voter une «loi générale de pleins pouvoirs» qui délègue au corps médical la compétence d'en déterminer le champ d'application. Ce procédé est contraire aux principes essentiels d'une bonne pratique législative, et en outre à l'État de droit, qui impose la protection de la vie humaine.

L'article 2 de la CEDH prévoit en effet clairement que le droit à la vie est protégé par la loi, ce qui signifie que les notions juridiques invoquées doivent être prévisibles quant à leur application et accessibles au citoyen.

Laisser aux médecins le soin de concrétiser la notion à laquelle on recourt, c'est enfreindre tous ces principes. La vie des personnes se trouvant «dans un état d'inconscience» ne sera assurément pas protégée par la loi.

La construction légale que l'on a en vue est en outre mal-fondée en droit. Dans l'hypothèse où le dossier serait saisi par le parquet ou transmis à la commission d'évaluation, qui sera alors chargé de concrétiser la notion d'«état d'inconscience»? Cette notion devra, en pareil cas, être concrétisée juridiquement. Le parquet devra-t-il se borner à constater que, selon le médecin, l'intéressé était «en état d'inconscience» et s'en remettre en tout état de cause à cette déclaration? L'intervenant estime que c'est le pouvoir judiciaire qui juge en fin de compte du respect de la loi et qu'il est impossible de déléguer cette compétence à l'un ou l'autre médecin. C'est ainsi, qu'on le veuille ou non, que fonctionne l'État de droit. Et c'est la raison pour laquelle la formation des juristes vise précisément à leur permettre de saisir les dimensions juridiques de tous les problèmes de la société et d'en juger. Encore faut-il bien entendu pour cela que le pouvoir judiciaire sache quel est le champ d'application de la loi. Dans son arrêt du 13 octobre 1999, la Cour de cassation dispose qu'en matière de responsabilité, la notion d'«inconscience» couvre bien plus qu'un état purement médical:

«Pour évaluer l'étendue du dommage moral de la victime, le juge peut, par une appréciation qui gît en fait, tenir compte de l'état de conscience diminué de celle-ci, résultant de son état de santé mentale.»

Il est par conséquent fait ici, de la notion «d'inconscience», une évaluation juridique autonome. Et il apparaît clairement que cette notion s'applique aussi, dans la terminologie juridique, à des personnes qui ne sont pas dans un état comateux. À la

lijke vraag naar het toepassingsveld van de wet kan niet zomaar met een procedureel antwoord — de verwijzing naar het optreden van de geneesheer — worden opgelost. Er wordt met andere woorden geen afdoend antwoord gegeven op de vraag naar het juiste toepassingsgebied. Om deze reden dient het amendement nr. 308, dat expliciet verwijst naar de stervensfase, te worden aangenomen.

Amendement nr. 380

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 380) dat ertoe strekt na het tweede lid een nieuw lid in te voegen, luidende:

«De arts mag de verklaring van een patiënt over het actief beëindigen van zijn leven wanneer hij niet meer bij bewustzijn is, in ieder geval slechts in aanmerking nemen in uitzonderlijke medische omstandigheden op grond waarvan redelijkerwijze kan worden aangenomen dat er geen andere oplossing is om de pijn van de patiënt te lenigen of zijn waardigheid te bewaren.»

De indienster van het amendement onderstreept dat de actieve beëindiging van het leven van de patiënt slechts een ultieme oplossing kan zijn. Dit subsidiariteitsbeginsel is de basis van de wetsvoorstellen en van alle amendementen die zij en de leden van haar fractie hebben ingediend.

De indienster van het amendement kan zich vinden in het principe van de wilsverklaring, maar ze onderstreept dat de arts een nieuwe evaluatie moet maken van de uitzonderlijke medische omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt, eens het probleem aan de orde is.

Een lid vraagt zich af welke draagwijdte de indienster van het amendement toekent aan het begrip «uitzonderlijke omstandigheden». Hoe het ook zij, het uitzonderlijk karakter van de situatie komt voldoende naar voor uit de voorwaarden opgesomd in § 2 van artikel 4 (een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, toestand van niet meer bij bewustzijn zijn, onomkeerbaar karakter van de aandoening volgens de huidige stand van de wetenschap), ook al zijn dergelijke gevallen niet zo zeldzaam als sommigen willen doen geloven.

De indiener van amendement nr. 380 herhaalt dat ze voorstander is van een uitzonderingswet en niet van een algemene wettelijke toelating.

De artsen benadrukken overigens het delicate karakter van het begrip onomkeerbaarheid.

Een lid is van mening dat dit een belangrijk amendement betreft, waarin verschillende elementen zijn opgenomen die ook door de fractie van spreekster in het debat werden gebracht. De vraag rijst of het, in de logica van het voorgestelde artikel 4, gaat om eutha-

question de savoir quel est le champ d'application de la loi, on ne peut se contenter d'apporter une réponse d'ordre procédural en se référant à l'intervention du médecin. En d'autres termes, la question du champ d'application exact ne reçoit pas de réponse satisfaisante. C'est la raison pour laquelle il convient d'adopter l'amendement n° 308, qui renvoie explicitement à la fin de vie.

Amendement n° 380

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 380), visant à insérer après l'alinéa 2 proposé un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«La déclaration d'un patient portant sur l'arrêt actif de sa vie dans un état d'inconscience ne peut, en tout état de cause, être prise en considération par le médecin qu'en présence de circonstances médicales exceptionnelles lui permettant raisonnablement de croire qu'il n'existe pas d'autre solution pour soulager la souffrance du patient ou préserver sa dignité.»

L'auteur de cet amendement souligne que l'arrêt actif de la vie du patient ne peut constituer que la solution ultime. Ce principe de subsidiarité sous-tend d'ailleurs les propositions de loi et l'ensemble des amendements qu'elle a déposés avec les membres de son groupe.

Si l'auteur de l'amendement peut s'accorder avec le principe de la déclaration anticipée, elle insiste sur le fait que le médecin doit réévaluer, au moment où le problème se pose, les circonstances médicales exceptionnelles dans lesquelles le patient se trouve.

Un membre se demande quelle est la portée exacte que l'auteur de l'amendement accorde aux termes «circonstances exceptionnelles». Quoi qu'il en soit, le caractère exceptionnel de la situation résulte à suffisance des conditions décrites au § 2 de l'article 4 (affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, inconscience, caractère irréversible de celle-ci selon l'état actuel de la science), même si de telles situations ne sont pas aussi rares que certains semblent le croire.

L'auteur de l'amendement n° 380 répète qu'elle souhaite s'inscrire dans le cadre d'une législation d'exception et non dans le cadre d'une autorisation générale de la loi.

Les médecins insistent par ailleurs sur le caractère délicat de la notion d'irréversibilité.

Une membre estime que cet amendement, qui comporte divers éléments qui ont été lancés dans le débat par le groupe de l'intervenante, est important. La question qui se pose est celle de savoir si, dans la logique de l'article 4 proposé, l'amendement

nasie volgens de definitie die daaraan gegeven is in artikel 2, dan wel om actief levensbeëindigend handelen zonder meer. Het probleem is immers dat het overwogen en bewust verzoek afwezig is bij personen die «niet meer bij bewustzijn zijn».

Een ander lid wijst op het verschil tussen een verzoek geuit door een patiënt die bij bewustzijn is en bij wie alle voorwaarden van artikel 3 zijn vervuld en de wilsverklaring van artikel 4.

Die twee verzoeken hebben niet hetzelfde gewicht en dus moet de arts in het tweede geval voorzorgen nemen van een heel andere aard.

Bijgevolg vraagt de spreekster aan de indiener van het amendement wat volgens haar het verschil is tussen het concept van artikel 2, waarin sprake is van «opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de patiënt» en dat van het amendement dat het «actief beëindigen van het leven» beoogt. Worden daarmee andere situaties bedoeld dan euthanasie?

De indiener van het amendement nr. 380 antwoordt dat haar fractie gekant is tegen euthanasie op patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

Het voorliggende amendement is een subsidiair amendement en beoogt de verbetering van de tekst. Het heeft betrekking op de noodtoestand, aangezien er sprake is van uitzonderlijke omstandigheden en van het feit dat er geen andere oplossingen zijn.

Het maakt geen gebruik van de term «euthanasie», precies omdat er in de geest van de indiener een verschil is tussen een verzoek dat geuit werd door een patiënt die bij bewustzijn is en een wilsverklaring.

In de adviezen van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek worden de woorden «actief beëindigen van het leven» gebruikt voor patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn, omdat het comité die twee elementen niet wil gelijkschakelen.

Een lid zegt dat hij getroffen werd door de argumenten van een vorige spreker die benadrukte dat het element «buiten bewustzijn verkeren» moeilijk kan worden omschreven. Er werden amendementen ingediend over de comateuze toestand.

Spreker wenst dat de aanwezige artsen zouden uiteenzetten of het begrip «coma», naar hun mening, duidelijker is en hoe een comateuze toestand wetenschappelijk wordt vastgesteld.

Een andere spreker antwoordt dat als wetgever en niet als arts, het begrip «coma» hem minder precies lijkt dan het begrip «buiten bewustzijn verkeren», omdat er in de comateuze toestand vier stadia zijn, en dat er in sommige gevallen van coma wel bewustzijn is.

Een lid waarschuwt ervoor om als doorslaggevend criterium de comateuze toestand te nemen. Het lid

concerne l' euthanasie suivant la définition qui en a été donnée à l' article 2, ou s' il s' agit simplement de l' arrêt actif de la vie. Le problème est en effet, que les personnes qui sont « dans un état d' inconscience » ne peuvent pas formuler une demande de manière réfléchie et consciente.

Un autre membre souligne la différence qu' il y a entre la demande formulée par un patient conscient et entouré de toutes les conditions spécifiées à l' article 3, et la déclaration anticipée visée à l' article 4.

Ces deux demandes n' ont pas le même poids et, dès lors, les précautions à prendre par le médecin dans le second cas sont d' une toute autre nature.

L' intervenante demande dès lors à l' auteur de l' amendement quelle différence elle fait entre la notion, retenue à l' article 2, de « mettre fin intentionnellement à la vie d' un patient à sa demande » et celle utilisée dans l' amendement d' « arrêt actif de la vie ». Vise-t-elle par là d' autres situations que celle de l' euthanasie ?

L' auteur de l' amendement n° 380 répond que son groupe est opposé à l' euthanasie des patients inconscients.

L' amendement en discussion est déposé à titre subsidiaire, et en vue d' améliorer le texte proposé. Il se situe dans la perspective de l' état de nécessité, puisqu' il y est question de circonstances exceptionnelles, et du fait qu' il n' existe pas d' autres solutions.

Il n' utilise pas le terme « euthanasie », précisément parce que dans l' esprit de son auteur, il existe une différence entre la demande formulée par un patient conscient et une déclaration anticipée.

Les avis du Comité consultatif de bioéthique utilisent les termes « arrêt actif de la vie » pour les patients inconscients, parce que le comité ne veut pas mettre ces deux éléments sur le même pied.

Un membre se dit interpellé par les arguments d' un précédent intervenant, qui insistait sur le fait que l' élément d' « inconscience » était difficile à déterminer. Des amendements ont été introduits au sujet de l' état comateux.

L' intervenant aimerait que les médecins présents exposent si, à leur estime, la notion de « coma » est plus claire, et de quelle façon on détermine un état de coma, sur le plan scientifique.

Un autre membre répond, en tant que législateur, et non en tant que médecin, que la notion de « coma » lui paraît moins précise que celle d' inconscience, car il y a quatre stades de coma, et il y a des cas de coma où il peut y avoir conscience.

Un membre met en garde contre l' utilisation de l' état comateux comme critère prépondérant. Le

spreekt vanuit een persoonlijke comateuze ervaring, in welke toestand hij niet meer kon spreken maar perfect alles wist wat rondom hem gebeurde. Het is zeer moeilijk voor een arts om exact de juiste gradatie van de comateuze toestand in te schatten, vermits deze overgang niet altijd even evident is.

Een ander lid verwijst naar het oordeel van artsen, die inderdaad erkennen dat er diverse fases zijn in een coma. Het is mogelijk dat patiënten uit een coma ontwaken. Eén en ander wordt afgemeten aan de hand van verbale, motorische en ogenreacties. Met een comateuze toestand wordt gelijkgesteld de toestand waarin men bewusteloos is of buiten bewustzijn verkeert. Deze toestand wordt afgemeten volgens een schaal, gaande van 1 tot 15, volgens criteria van Harvard.

De vorige spreker beweert echter dat hij wel degelijk bij bewustzijn was toen hij zich in een coma bevond. Dit toont aan dat het niet helemaal duidelijk is op wie de voorgestelde regeling van toepassing zal zijn.

Iets anders is de irreversibele comateuze toestand, waar men onomkeerbaar «niet meer bij bewustzijn» is of in een persistent vegetatieve toestand bevindt. Deze toestand is veel duidelijker en aan de hand van dit objectief gegeven zou men uiteenlopende interpretaties kunnen vermijden. Nog iets anders is de hersendood.

Er dient derhalve onderzocht te worden of de toestand, die de indieners van het amendement nr. 291 op het oog hebben, overeenstemt met één van deze medische situaties die in de medische literatuur worden omschreven. Absolute duidelijkheid is hier vereist. Deze is thans niet voorhanden, vermits ook in de medische literatuur geen eensgezindheid bestaat over de term «niet meer bij bewustzijn zijn». Er is bovendien een duidelijke discrepantie in de interpretatie van deze term in de medische en in de juridische wereld in het licht van de aansprakelijkheidsregeling. Er dient duidelijkheid te worden gecreëerd of men nu al dan niet ruimer wenst te gaan dan de louter comateuze toestand.

Een lid leidt uit de interventies van vorige sprekers af dat zijn stelling wordt bevestigd dat er verschillende gradaties bestaan in een comateuze toestand, in het louter neurovegetatief bestaan, en dergelijke meer. Spreker vraagt zich af wie anders dan de dokters hierover een oordeel dienen uit te spreken. Diegenen die de bevoegdheid van de artsen dienaangaande betwisten hebben nochtans amendementen ingediend waarin aan het medisch korps een grotere verantwoordelijkheid werd gegeven.

Bovendien wijst het lid erop dat, waar sommigen er moeite mee hebben dat de arts hierover uiteindelijk beslist omdat de grondwet de rechterlijke macht bevoegd heeft gemaakt om toe te zien op de naleving van de wetgeving, rechters hun beslissing toch vaak

membre se fonde sur sa propre expérience du coma, une situation dans laquelle il ne pouvait plus parler, mais savait parfaitement ce qui se passait autour de lui. Il est très difficile pour un médecin d'évaluer le degré d'un état comateux, étant donné que le passage d'un état à l'autre n'est pas toujours manifeste.

Un autre membre fait référence à l'avis des médecins, qui reconnaissent en effet qu'il y a diverses phases dans un coma. Il est possible que des patients se réveillent d'un coma. L'on mesure les phases et les chances de réveil grâce aux réactions verbales, motrices et oculaires. L'on assimile l'état comateux à l'état d'inconscience. L'on évalue cet état sur une échelle de 1 à 15, selon les critères d'Harvard.

L'intervenant précédent affirme toutefois qu'il était bel et bien conscient quand il se trouvait dans le coma, ce qui montre que l'on ne sait pas bien à qui les règles proposées seront applicables.

Tout différent est l'état comateux où l'on est irréversiblement «inconscient» ou dans un état végétatif persistant. C'est une situation beaucoup plus claire et qui résulte d'une donnée objective grâce à laquelle on pourrait éviter des interprétations divergentes. La mort clinique est une situation encore différente.

Il faut examiner dès lors si la situation visée par les auteurs de l'amendement n° 291 correspond à une situation médicale décrite dans la littérature médicale. Une clarté absolue est requise en l'occurrence. Toutefois, les choses ne sont pas claires, pour l'heure, étant donné qu'il n'existe pas de consensus dans la littérature médicale sur le sens du terme «inconscient». En outre, il est clair que le monde médical et le monde juridique interprètent ce terme de manière fort différente au regard des règles en matière de responsabilité. L'on doit dire clairement si l'on entend se limiter ou non au simple état comateux.

Un membre déduit des interventions des intervenants précédents qu'il a raison de dire qu'il existe des gradations dans l'état comateux, la simple existence neurovégétative, etc. L'intervenant se demande qui d'autre que les médecins pourraient se prononcer à ce sujet. Ceux qui remettent en cause la compétence des médecins ont pourtant déposé des amendements dans lesquels ils confèrent une lourde responsabilité au corps médical.

En outre, le membre attire l'attention sur le fait que si certains voient d'un mauvais œil que le médecin prenne les décisions finales en la matière, parce que la Constitution habilite le pouvoir judiciaire à veiller au respect de la législation, les juges fondent souvent leur

baseren op het oordeel van een arts. Dit is bijvoorbeeld het geval met de internering die wordt uitgesproken door de vrederechter.

Een andere spreekster merkt op dat er twee verschillende problemen zijn. Enerzijds is er de medische betekenis van het begrip «buiten bewustzijn verkeren»; hierover kan men misschien een schriftelijk advies vragen aan de Academie voor geneeskunde.

Anderzijds is er de vraag wie de toestand van «buiten bewustzijn verkeren» beoordeelt.

De arts zal zeker zijn verantwoordelijkheid opnemen, maar de controle door de rechter zal *a posteriori* gebeuren, in de hypothese dat de patiënt overleden is.

Voorzichtigheid is dus geboden en men zal een vorm van controle *a priori* moeten vinden.

Dat is trouwens wat een senator had gedaan, in een amendement op artikel 3 met betrekking tot de niet-terminale fase.

Hij had voorgesteld dat er in deze context een voorafgaand verzoek tot de evaluatiecommissie zou worden gericht.

Het voordeel van dit systeem is dat er tegelijk een geneeskundige expertise en een meer rechterlijke toetsing wordt uitgevoerd.

De spreekster herinnert er overigens aan dat het initiële voorstel van mevrouw Leduc c.s., in de hypothese van een patiënt die niet bij bewustzijn is, in een procedure voorzag die veel meer voorzorgen bevatte.

Een vorige spreker merkt op dat, wat de internering betreft, de wetgeving in een tussenkomst van de rechterlijke macht precies voorziet om de zwakke burger te beschermen. Vroeger was het zo dat de burgemeester, op het verslag van de geneesheer, iemand kon interneren. Dit heeft tot heel wat misbruiken aanleiding gegeven vermits er, naast de evidente gevallen, ook vele gevallen bestaan waarover kan gediscussieerd worden. Er is dan ook verzet gerezen tegen de almacht van de geneesheren bij het colloqueren van mensen. Vandaar de invoering van een artikel 488*bis* in het Burgerlijk Wetboek dat de tussenkomst van een vrederechter mogelijk maakt en vandaar de ganse hervorming van het ganse interneringssysteem, precies om tegemoet te komen aan de vereisten van artikel 5 van het EVRM dat een legale toetsing door de rechterlijke macht waarborgt voor de plaatsing van de geestesonbekwamen. Het lid verwijst naar de rechtspraak van het Europees Hof voor de rechten van de mens dienaangaande. Men mag dan ook de toetsing door de rechterlijke macht niet als een bedreiging zien, maar eerder als een waarborg tegen mogelijke misbruiken die nu eenmaal bestaan in de samenleving.

De indiener van het amendement nr. 380 herhaalt nogmaals dat het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn» niet in het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek voorkomt.

décision sur l'avis d'un médecin. C'est par exemple le cas pour ce qui est de l'internement qui est prononcé par le juge de paix.

Une autre intervenante remarque que deux problèmes distincts se posent. D'une part, celui de la signification médicale du terme «inconscience»: à ce sujet peut-être pourrait-on solliciter l'avis écrit de l'Académie de médecine.

D'autre part, celui de savoir qui est juge de la «situation d'inconscience».

Le médecin prendra certes ses responsabilités, mais le contrôle du juge aura lieu *a posteriori*, quand, par hypothèse, le patient est décédé.

La prudence s'impose donc, et il faudrait trouver une forme de contrôle *a priori*.

C'est d'ailleurs ce qu'avait fait un sénateur, dans un amendement à l'article 3, en ce qui concerne la phase non terminale.

Il avait proposé qu'il y ait, dans ce contexte, une demande adressée *a priori* à la commission d'évaluation.

Ce système offre l'avantage de prévoir à la fois une expertise médicale, et un contrôle de type plus juridictionnel.

L'intervenante rappelle en outre que la proposition initiale déposée par Mme Leduc et conjoints prévoyait, dans l'hypothèse du patient inconscient, une procédure beaucoup plus précautionneuse.

Un intervenant précédent fait observer qu'en ce qui concerne l'internement, la législation prévoit précisément une intervention du pouvoir judiciaire pour protéger les citoyens faibles. Auparavant, le bourgmestre pouvait interner une personne sur rapport du médecin. Cela a donné lieu à de nombreux abus, puisque, outre les cas évidents, il existe de nombreux cas qui sont sujets à discussion. L'on s'est dès lors opposé à la toute puissance des médecins pour ce qui est des décisions de colloquer des gens. D'où l'insertion d'un article 488*bis* dans le Code civil, qui permet l'intervention du juge de paix et l'ensemble de la réforme du système d'internement, qui a été réalisé précisément pour tenir compte des conditions définies à l'article 5 de la CEDH, lequel garantit un contrôle par le pouvoir judiciaire en ce qui concerne le placement des incapables. Le membre renvoie à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme en la matière. Il faut considérer le contrôle exercé par le pouvoir judiciaire non pas comme une menace, mais davantage comme une garantie contre les abus possibles qui pourraient exister dans la société.

L'auteur de l'amendement n° 380 rappelle une fois encore que la notion d'«inconscience» n'apparaît pas dans l'avis du Comité consultatif de bioéthique.

Het comité vindt het ook zeer moeilijk en vraagt zich af of het wenselijk is de beoogde personen in categorieën op te delen.

Vermoedelijk is het comité wat dit betreft op dezelfde moeilijkheden gestoten als de verenigde commissies.

Spreekster meent in elk geval te begrijpen dat de zes indieners de groep van beoogde personen willen beperken en verheugt zich daarover.

Het gaat hier niet om alle mensen die niet in staat zijn hun wil te kennen te geven en die bedoeld worden door het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Spreekster heeft over dit punt ook het advies gevraagd van verschillende artsen en ze wacht nu op hun antwoord.

Ze merkt evenwel op dat, wat de gangbare terminologie betreft, in de Code van geneeskundige plichtenleer, bijvoorbeeld in artikel 96 over het levens-einde en de terminale fase, de term «bewusteloosheid» wordt gebruikt. De tekst luidt: «Wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, zal de geneesheer zich tot comfortzorgen beperken.»

Willen de zes indieners hieraan iets veranderen, door te bepalen dat de arts zich niet moet beperken tot comfortzorgen en euthanasie kan toepassen?

Als men verder gaat en de comateuze toestand in beschouwing neemt, komt men dichterbij de bepaling van artikel 98 van diezelfde Code, waarin sprake is van het volledig en definitief uitvallen van de hersenfuncties, en waarin de klinische dood wordt omschreven.

In dat geval kan de voorgestelde tekst nutteloos lijken.

Een lid merkt op dat men het aan de arts overlaat om een aantal elementen vast te stellen, zoals bijvoorbeeld het ongeneeslijke karakter van de ziekte, wat naar gelang van het geval, door één of twee collega's moet worden geverifieerd.

Voor het overige lijkt de voorgestelde tekst vrij duidelijk, vermits het gaat om patiënten die volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar niet meer bij bewustzijn verkeren.

Bovendien mag niet vergeten worden dat er nog een bijkomend element vereist is, namelijk het bestaan van een wilsverklaring.

Een ander lid sluit zich aan bij de opvatting die door de vorige spreker werd naar voren gebracht. De voorgaande tussenkomsten bevestigen zijn mening dat het geen goed idee is om in de tekst over de comateuze toestand te spreken.

Het lid merkt overigens op dat in de internering-procedure een beroepsmogelijkheid werd inge-

Le comité estime aussi extrêmement difficile, sinon opportun, d'entrer dans des classifications des personnes visées.

On peut supposer que le comité a rencontré les mêmes difficultés que les commissions réunies à cet égard.

L'intervenante croit comprendre en tout cas que les six auteurs veulent réduire la catégorie de malades visés, et s'en réjouit.

Il ne s'agit pas de toutes les personnes incapables de manifester leur volonté envisagées par le Comité consultatif de bioéthique.

L'intervenante a, elle aussi, consulté sur le sujet plusieurs médecins dont elle attend la réponse.

Elle note cependant, si l'on envisage la terminologie actuelle, que le Code de déontologie médicale, par exemple, utilise le terme «inconscient» en son article 96 dans le cadre de la vie finissante de la phase terminale. On peut y lire: «Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.»

Est-ce cela que les six auteurs veulent changer, en prévoyant que le médecin peut ne pas se limiter à des soins de confort, et pratiquer l'euthanasie?

Si l'on va plus loin, en envisageant des situations de coma, on se rapproche alors davantage de l'article 98 du même Code, qui parle de la perte irréversible et complète des fonctions du cerveau, et où l'on définit la mort clinique.

Dans ce cas, le texte proposé pourrait paraître inutile.

Un membre observe que l'on délègue au médecin la détermination de certains éléments comme, par exemple, le caractère incurable de la maladie, moyennant vérification par un ou deux autres confrères, selon les cas.

Pour le reste, le texte proposé paraît assez clair, puisqu'il vise les patients en état d'inconscience irréversible, selon l'état actuel de la science.

En outre, il faut rappeler qu'un élément supplémentaire est requis, à savoir l'existence d'une déclaration anticipée.

Un autre membre approuve l'opinion de l'intervenant précédent. Les interventions antérieures confirment son opinion selon laquelle il n'est pas opportun de parler d'état comateux dans le texte.

Au demeurant, le membre fait remarquer que la procédure d'internement prévoit une possibilité de

bouwd, waarbij de betrokken patiënt zich kan beroepen op het oordeel van een tweede arts. Ook hier is er dus sprake van het onderzoek door een tweede arts alvorens de rechter een uitspraak doet. Bij een euthanasieverzoek is het bovendien zo dat de patiënt er zelf om vraagt.

Spreker vindt het onthutsend te moeten vaststellen dat slechts een zeer kleine minderheid het de moeite vindt om zelf tijdig zijn wil te kennen te geven met betrekking tot de problematiek van het levenseinde, wanneer men in een bepaalde toestand zou terechtkomen. Niemand kan een persoon ertoe verplichten om te sterven, maar anderzijds bestaat er ook geen plicht tot leven. Het gevaar dreigt dat in de voorgenomen wetgeving zoveel voorzichtigheid wordt nagestreefd, dat de wet onwerkbaar zal blijken.

Een senator meent dat het voorbeeld van de collocatie ongelukkig gekozen is, vermits het zo is dat in de praktijk vrijwel altijd de uitzonderingsprocedure wordt toegepast waarbij de procureur des Konings optreedt, en de normale procedure die de tussenkomst van de vrederechter beoogt zelden wordt toegepast. De senator vindt dat een gezond evenwicht dient te worden nagestreefd tussen enerzijds de waarborgen van de rechterlijke macht en anderzijds het oordeel van de arts. De nieuwe wetgeving op de collocatie toont aan dat het niet goed is om teveel macht te leggen bij de rechter.

Een lid repliceert dat de Belgische wetgever zich te richten heeft naar het EVRM, dat voorschrijft dat een collocatie niet mogelijk is zonder een tussenkomst van de rechterlijke macht.

Het lid betwist dat de procedure voor de vrederechter nooit zou worden gebruikt. Integendeel komen dergelijke zaken wekelijks voor.

De vorige spreker beaamt dat zulks gebeurt voor de verlenging van bestaande collocaties, maar niet voor de nieuwe gevallen.

Een lid vraagt of het begrip «niet meer bij bewustzijn verkeren» kan worden gelijkgesteld met een permanent vegetatief bestaan.

Het antwoord op deze vraag is negatief.

Amendement nr. 363

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 363), dat ertoe strekt het derde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 te vervangen als volgt:

«In de wilsverklaring kunnen één of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wilsverklaring en van de inhoud ervan.»

recours, dans le cadre duquel le patient en question peut faire appel à l'avis d'un second médecin. L'on prévoit donc également en l'espèce un examen par un second médecin avant que le juge ne se prononce. En outre, la demande d'euthanasie est formulée par le patient lui-même.

L'intervenant est déconcerté de constater que seule une petite minorité de personnes estiment nécessaires de manifester à temps leur volonté concernant les problèmes de la fin de vie pour le cas où elles se trouveraient dans une situation déterminée. Personne ne peut obliger une personne à mourir, mais il n'existe pas non plus d'obligation de vivre. Le danger est que la législation proposée soit conçue à tel point dans un souci de prudence qu'elle en devienne inefficace.

Un sénateur estime que l'exemple de la collocation est mal choisi, puisqu'en pratique, l'on applique à peu près toujours la procédure d'exception, dans laquelle le procureur du Roi joue un rôle et la procédure normale prévoyant l'intervention du juge de paix est rarement appliquée. Le sénateur estime qu'il faut chercher un équilibre adéquat entre les garanties apportées par le pouvoir judiciaire et l'avis du médecin. La nouvelle législation sur la collocation montre qu'il n'est pas bon de donner trop de pouvoir au juge.

Un membre réplique que le législateur belge doit respecter la CEDH, qui prévoit qu'aucune collocation ne peut être décidée sans l'intervention du pouvoir judiciaire.

Le membre conteste l'affirmation selon laquelle l'on n'aurait jamais recours à la procédure devant le juge de paix. Au contraire, de telles affaires se présentent chaque semaine.

L'intervenant précédent confirme que c'est le cas pour la prorogation des collocations existantes, mais pas pour les nouveaux cas.

Un membre demande si la notion d'«inconscience» peut être assimilée à celle d'état végétatif persistant.

Il lui est répondu par la négative.

Amendement n° 363

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 363), visant à remplacer le § 1^{er}, alinéa 3, de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance qui mettent le médecin traitant au courant de l'existence de la déclaration et de son contenu.»

De indiener meent dat het huidige derde lid een te formalistische beschrijving bevat van het feit dat de persoon die een wilsverklaring opstelt één of meerdere vertrouwenspersonen kan aanwijzen, aangezien een wilsverklaring slechts een indicatief karakter heeft. Ook vandaag belet niets dat iemand een of andere verklaring opstelt over zijn wensen met betrekking tot het levenseinde en zelfs inzake euthanasie.

Men moet zich dus beperken tot zeer algemene bepalingen om niet de indruk te wekken dat de verduidelijkingen bijna dwingende voorschriften zijn.

In dit opzicht is de vervanging van het begrip «gemandateerde» door dat van «vertrouwenspersoon» al een verbetering.

In de ogen van de spreekster moet de rol van die persoon strikt beperkt blijven tot het op de hoogte brengen van de behandelende arts van het bestaan van de wilsverklaring en van de inhoud ervan, en eventueel tot het schetsen van de context ervan. De vertrouwenspersoon mag in geen geval in de plaats treden van de patiënt en in diens plaats met de arts hetzelfde soort dialoog voeren als bedoeld wordt in artikel 3.

Bovendien moet men er rekening mee houden dat het begrip vertrouwenspersoon ook zal voorkomen en, vermoedelijk, zal worden gedefinieerd in de toekomstige wetgeving op de patiëntenrechten, en dat de rol van die vertrouwenspersoon daar kan verschillen van die, welke hem door de thans besproken tekst wordt toebedeeld.

De patiënt moet in ieder geval vrij en zonder beperkingen zijn vertrouwenspersoon kunnen kiezen. De spreekster vindt in dit verband dat het wantrouwen *a priori* ten aanzien van bepaalde categorieën van personen, namelijk de leden van het verplegend team, niet verantwoord is. Het is de taak van de arts om na te gaan of de vertrouwenspersoon zijn mandaat niet te buiten gaat.

Een lid stelt vast dat het amendement aan de persoon die de wilsverklaring opstelt minder garanties biedt dan de voorgestelde tekst, met betrekking tot het feit dat er voor de arts een gesprekspartner zal zijn wanneer hij niet meer bij bewustzijn zal zijn.

Een ander lid is verbaasd dat sommigen enerzijds meer garanties willen en anderzijds voorstellen om de garanties te schrappen als de tekst erin voorziet.

Spreeker vindt immers dat men een garantie voor de patiënt wegneemt als men het verbod voor de behandelende arts laat wegvallen om in zekere zin de woordvoerder te zijn van de patiënt die hij verzorgt.

Dit strookt niet met de wil die door dezelfde leden werd geuit om de patiënt meer garanties te bieden.

L'auteur estime que l'alinéa 3 actuel décrit de façon beaucoup trop formaliste le fait que la personne qui rédige une déclaration anticipée peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance, dans la mesure où une déclaration anticipée n'a qu'un caractère indicatif et qu'aujourd'hui, rien n'empêche une personne de rédiger quelque déclaration que ce soit relative à ses souhaits en matière de fin de vie et même d'euthanasie.

Il faut donc se limiter à des dispositions très générales, pour ne pas donner l'impression qu'il s'agit de précisions ayant un caractère quasi-contraignant.

À cet égard, le remplacement de la notion de «mandataire» par celle de «personne de confiance» constitue déjà une amélioration.

Aux yeux de l'intervenante, le rôle de cette personne doit se limiter strictement à informer le médecin traitant de l'existence et du contenu de la déclaration, et éventuellement à en situer le contexte. Cette personne ne peut en aucune manière se substituer au patient et mener à sa place avec le médecin le même type de dialogue que celui prévu à l'article 3.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que la notion de personne de confiance sera reprise et — on peut le supposer — définie dans la future législation sur les droits du patient, où son rôle pourrait être différent de celui qui lui est dévolu par le texte en discussion.

Elle doit en tout cas être choisie librement et sans restriction par le patient. À cet égard, l'intervenante estime injustifiée la méfiance exprimée *a priori* à l'égard de certaines catégories de personnes, à savoir des membres de l'équipe soignante. C'est au médecin à vérifier que la personne de confiance n'outrepasse pas son mandat.

Un membre constate que l'amendement offre à la personne qui rédige la déclaration anticipée moins de garanties que le texte en discussion quant au fait que, lorsqu'elle sera inconsciente, il y aura un interlocuteur face au médecin.

Un autre membre s'étonne que certains s'efforcent, d'une part, de multiplier les garanties et, d'autre part, proposent de les supprimer lorsque le texte en prévoit.

L'intervenant estime en effet que supprimer l'interdiction pour le médecin traitant d'être, en quelque sorte, le porte-parole de la personne qu'il soigne, c'est retirer une garantie au patient.

Cette volonté ne correspond pas au souci exprimé par ailleurs, par les mêmes membres, d'accroître les garanties pour ce patient.

De indiener van het amendement nr. 363 merkt op dat, volgens een vorige spreker, de wilsverklaring wordt opgemaakt wanneer de betrokkene nog niet ziek is.

Waarom behoudt men dan de laatste zin van het voorgestelde derde lid?

Bovendien meent spreekster dat de patiënt alle verklaringen mag opstellen die hij nuttig acht en de vertrouwenspersonen van zijn keuze mag aanwijzen, met inbegrip van bijvoorbeeld een verpleegster.

De voorzorgsmaatregelen moeten in § 2 worden vermeld. Op dat moment moet de arts zich ervan vergewissen dat een aantal voorwaarden vervuld zijn en dat er op de betrokkene geen druk werd uitgeoefend opdat hij een verklaring zou opstellen die niet met zijn eigen wil overeenstemt.

Een lid zegt niet akkoord te zijn met het schrappen van de laatste zin, die betrekking heeft op het verbod voor leden van het verplegend team om als vertrouwenspersoon op te treden.

Niettemin treedt het lid de indiener van het amendement nr. 363 bij, wanneer zij stelt dat de wilsverklaring het centrale element is en dat de vertrouwenspersoon slechts een tussenliggende rol krijgt toebedeeld. Zoals artikel 4 is geredigeerd overeenkomstig het amendement nr. 291, lijkt het dat de vertrouwenspersoon de wil van de betrokkene moet interpreteren, terwijl het volgens spreekster het integendeel enkel de bedoeling kan zijn dat deze vertrouwenspersoon de arts op de hoogte brengt van het bestaan van de wilsverklaring en van de inhoud ervan. De toegevoegde waarde van de vertrouwenspersoon in de ganse procedure is derhalve niet bestaande.

Het lid ziet in het licht van deze redenering ook niet in waarom een volgorde moet worden aangeduid in deze vertrouwenspersonen. Dit kan zeer moeilijk blijken, bijvoorbeeld wanneer men verschillende kinderen heeft.

Amendement nr. 309

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 309), dat ertoe strekt te specificeren dat de vertrouwenspersonen natuurlijke personen moeten zijn.

Een van de indieners verwijst naar de tussenkomst van een vorige spreker, die het onthutsend vindt dat slechts zo'n klein deel van de bevolking een wilsverklaring opstelt. Het lid vertrekt eerder vanuit de omgekeerde redenering: het zou pas onthutsend zijn indien de mensen zich zo weinig beschermd voelen en zo weinig vertrouwen hebben in de gezondheidsinstellingen dat zij het nodig vinden een wilsverklaring op te stellen.

L'auteur de l'amendement n° 363 relève que, selon un précédent orateur, la déclaration anticipée est faite à un moment où la personne n'est pas encore malade.

Pourquoi, dès lors, maintenir la dernière phrase de l'alinéa 3 en discussion?

En outre, pour l'intervenante, le patient peut rédiger toutes les déclarations qu'il juge utiles, et choisir les personnes de confiance qu'il veut, y compris, par exemple, une infirmière.

C'est au § 2 que les éléments de précaution doivent être prévus. C'est là que le médecin doit s'assurer qu'un certain nombre de conditions sont respectées, et qu'il n'y a pas eu de pressions exercées sur la personne pour qu'elle rédige une déclaration anticipée dans un sens différent de ce qu'elle souhaitait.

Une membre dit ne pas être d'accord avec la suppression de la dernière phrase, qui concerne l'interdiction, pour les membres de l'équipe soignante, de jouer le rôle de personne de confiance.

Toutefois, la membre donne raison à l'auteur de l'amendement n° 363, quand elle affirme que la déclaration anticipée est l'élément central et que la personne de confiance ne joue qu'un rôle intermédiaire. Dans la rédaction de l'article 4 proposé à l'amendement n° 291, il semble que la personne de confiance doive interpréter la volonté de l'intéressé, alors que selon l'intervenante, le seul but est au contraire que cette personne de confiance informe le médecin de l'existence de la déclaration anticipée et de son contenu. Par conséquent, la présence d'une personne de confiance dans l'ensemble de la procédure ne constitue pas une valeur ajoutée.

À la lumière de ce raisonnement, la membre ne comprend pas davantage pourquoi il faudrait établir un ordre dans les personnes de confiance. Cela peut s'avérer très difficile, par exemple quand il y a plusieurs enfants.

Amendement n° 309

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 309), qui vise à spécifier que les personnes de confiance doivent être des personnes physiques.

L'une des auteurs de l'amendement renvoie à ce qu'a dit un intervenant précédent, qui trouvait étonnant que seule une petite partie de la population rédige une déclaration anticipée. La membre tient plutôt le raisonnement inverse: il serait étonnant que les gens se sentent si peu protégés et aient si peu confiance dans les institutions de soins qu'ils estiment nécessaire de rédiger une déclaration.

Spreekster vraagt zich af of het mogelijk moet zijn dat rechtspersonen, zoals VZW's, als vertrouwenspersoon kunnen optreden en bijvoorbeeld voor een bepaalde regio alle wilsverklaringen kunnen bewaren. Het is immers niet ondenkbeeldig dat hierin een bepaalde optie wordt gekozen en dat rechtspersonen zorgvuldig waken over de uitvoering ervan. Dit is geen goede optie.

Een lid verduidelijkt dat met het woord «vertrouwenspersoon» een natuurlijke persoon wordt bedoeld.

De vorige spreekster repliceert dat, indien zulks de bedoeling zou zijn van de indieners van voorliggend wetsvoorstel, dit nader dient gespecificeerd te worden in het dispositief zelf. De thans voorgestelde regeling laat immers de mogelijkheid open dat rechtspersonen als vertrouwenspersoon optreden.

Een lid meent dat mensen de keuze moeten hebben tussen ofwel zélf vastleggen wat met het eigen lichaam en het eigen leven dient te gebeuren wanneer men in een bepaalde situatie terechtkomt, ofwel gedomineerd worden door beslissingen die anderen in hun plaats nemen.

Amendement nr. 370

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 nog een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 370), dat ertoe strekt het derde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 te vervangen als volgt:

«De schriftelijke wilsverklaring kan een vertrouwenspersoon aanwijzen die ermee belast is de behandelende arts op de hoogte te brengen van het bestaan van de verklaring.»

De indiener verwijst naar wat ze voorheen heeft gezegd over haar visie op de rol van de vertrouwenspersoon.

Amendement nr. 310

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 310), dat ertoe strekt in de tekst de bepaling op te nemen dat een getuige bij een wilsverklaring niet tegelijk vertrouwenspersoon kan zijn.

Een van de indieners legt uit dat een dergelijke situatie dubbelzinnig zou zijn, vermits een getuige zou moeten vaststellen dat hijzelf als vertrouwenspersoon wordt aangeduid. Daarmee verlaat hij zijn rol van «buitenstaander» die getuigt dat er een wilsverklaring aanwezig is.

L'intervenante se demande s'il est possible que des personnes morales, telles que les ASBL, jouent le rôle de personne de confiance et conservent, par exemple pour une certaine région, l'ensemble des déclarations. En effet, il n'est pas impensable que l'on pose certains choix dans ces déclarations et que des personnes morales veillent soigneusement à leur exécution. Ce serait une bonne option.

Un membre précise que les mots «personne de confiance» visent une personne physique.

L'intervenante précédente réplique que si telle était l'intention des auteurs de la proposition de loi à l'examen, il fallait le spécifier dans le dispositif même. En effet, les règles proposées laissent aux personnes morales la possibilité de jouer le rôle de personne de confiance.

Un membre estime qu'il faut pouvoir choisir entre soit décider soi-même ce que l'on fait de son corps et de sa vie quand on se trouve dans une certaine situation, soit se laisser dominer par des décisions prises par autrui.

Amendement n° 370

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un autre sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 370), tendant à remplacer l'alinéa 3 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«La déclaration écrite peut désigner une personne de confiance chargée de mettre au courant le médecin traitant de l'existence de cette déclaration.»

L'auteur renvoie à ce qu'elle a précédemment exposé au sujet du rôle de la personne de confiance, tel qu'elle le conçoit.

Amendement n° 310

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 310) qui vise à prévoir dans le texte que le témoin d'une déclaration anticipée ne peut pas être simultanément personne de confiance.

L'un des auteurs explique que pareille situation serait ambiguë, puisqu'un témoin devrait constater qu'il est lui-même désigné en tant que personne de confiance. Il quitterait ainsi son rôle de personne «extérieure» qui témoigne de l'existence d'une déclaration anticipée.

Amendement nr. 381

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 381), dat ertoe strekt in het derde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4, de woorden «en de leden van het verplegend team» te vervangen door de woorden «de leden van het verplegend team en de getuigen als bedoeld in het volgende lid».

Dit amendement benadrukt het onderscheid dat moet worden gemaakt tussen de functie van de vertrouwenspersoon en die van de getuige.

Amendement nr. 382

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 382), dat ertoe strekt in het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4, de woorden «De wilsverklaring kan te allen tijde worden opgesteld.» te doen vervallen.

De indiener van het amendement verklaart dat de bepaling dat de wilsverklaring te allen tijde kan worden opgesteld haar overbodig lijkt. Bovendien kan deze bepaling aanleiding geven tot misverstanden bij de interpretatie, aangezien er in het zesde lid vermeld staat dat met de wilsverklaring alleen rekening wordt gehouden indien zij minder dan vijf jaar vóór het tijdstip waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten is opgesteld of bevestigd. Welke waarde heeft immers een wilsverklaring die om te beginnen niet juridisch bindend is en bovendien opgesteld is meer dan vijf jaar vóór het tijdstip waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, bijvoorbeeld twintig jaar daarvoor?

Een lid merkt op dat men de termijn van vijf jaar pas kan evalueren op het ogenblik dat de patiënt niet meer bij bewustzijn is en die toestand onomkeerbaar is.

Amendement nr. 385

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 385), dat ertoe strekt in het derde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4, na de woorden «van de wil van de patiënt» de woorden «en die gemachtigd zijn om met de arts de therapeutische keuzen waarvan sprake is in de wilsverklaring te bespreken.» in te voegen.

De indiener van het amendement wijst erop dat het Raadgevend Comité voor bio-ethiek in zijn advies nr. 9 betreffende het levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen heeft vastgesteld dat er in grote mate overeenstemming is over de rol van de in de wilsverklaring aangewezen persoon of personen. Het gaat hier niet over een echte gemachtigde, maar over een

Amendement n° 381

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 381), visant à remplacer, à l'alinéa 3 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «et les membres de l'équipe soignante» par les mots «les membres de l'équipe soignante ainsi que les témoins visés à l'alinéa suivant».

Cet amendement souligne la distinction qui doit être opérée entre la fonction de la personne de confiance et celle du témoin.

Amendement n° 382

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 382), tendant à supprimer, au § 1^{er}, alinéa 3, de l'article 4 proposé, les mots «La déclaration peut être faite à tout moment».

L'auteur de l'amendement précise que l'indication que la déclaration peut être faite à tout moment lui semble superflue. Par ailleurs, elle risque d'entraîner une confusion d'interprétation en raison de l'indication figurant à l'alinéa 6, précisant qu'elle ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Quid en effet de la valeur d'une déclaration anticipée de volonté, qui en elle-même n'est déjà pas juridiquement contraignante, lorsqu'en outre, elle a été rédigée plus de cinq ans avant l'état d'inconscience, par exemple vingt années plus tôt?

Un membre fait observer que l'on ne peut évaluer le délai de cinq ans que lorsque le patient se trouve en situation d'inconscience irréversible.

Amendement n° 385

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 385), tendant à ajouter, à l'alinéa 3 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, après les mots «la volonté du patient», les mots «et qui sont habilitées à assurer le dialogue avec le médecin au sujet des choix thérapeutiques visés».

L'auteur de l'amendement souligne que dans son avis n° 9 concernant l'arrêt actif de la vie des personnes incapables d'exprimer leur volonté, le Comité consultatif de bioéthique a constaté un large consensus concernant le rôle de la (ou des) personne(s) désignée(s) dans la déclaration anticipée. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un mandataire, mais d'une

vertrouwenspersoon die gemachtigd is om met de arts de beslissende therapeutische keuzen waarvan sprake is in de wilsverklaring, te bespreken. Het comité benadrukt verder: «een dergelijke bemiddelaar zou a) voor een aanvulling kunnen zorgen van de wilsverklaring; men kan immers niet verwachten dat deze uitsluitel biedt voor alle situaties waarin de patiënt kan terechtkomen, b) bovendien kan de vertrouwenspersoon de dialoog tussen arts en patiënt, die de basis vormt van alle kwaliteitsgeneeskunde, voortzetten op een wijze die weliswaar onvolkomen is, maar toch als reëel kan worden beschouwd». Ook over het feit dat een dergelijke wilsverklaring geen juridisch dwingende kracht heeft voor de arts bij wie finaal de beslissing berust, is binnen het comité een grote mate van overeenstemming bereikt.

Het amendement wil benadrukken dat dit soort zaken niet star is en dat de arts de plicht heeft de dialoog voort te zetten over de evolutie van de ziekte en over de therapeutische keuzen waarvoor geopteerd wordt in de wilsverklaring of die later moeten worden gedaan.

Een lid wijst erop dat het hier om de wilsverklaring gaat. Paragraaf 2 handelt al over de dialoog tussen de arts en de vertrouwenspersoon.

Amendement nr. 401

De heren Dubié et Galand dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 401), dat ertoe strekt het derde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 aan te vullen als volgt:

«Een vertrouwenspersoon mag geen enkel materieel belang hebben bij het uitvoeren van euthanasie op de persoon die de wilsverklaring heeft opgesteld.»

Dit amendement gaat in dezelfde richting als het amendement dat door dezelfde senatoren op artikel 3 werd ingediend en dat werd aangenomen.

Het is ontstaan uit de wil te vermijden dat de mogelijkheden die door de voorgestelde tekst worden geboden, gebruikt worden voor economische doeleinden of ten bate van materiële belangen.

Een lid deelt deze bekommernis, maar vraagt zich af of het amendement geen averechts effect zou kunnen hebben: de echtgenoot of de partner is meestal een bevoorrechte vertrouwenspersoon, maar heeft automatisch ook een materieel belang bij het overlijden van de patiënt.

Eén van de indieners beaamt dit, maar vindt dat men van twee kwalen de minst erge moet kiezen.

Een lid wijst erop dat één van de waarborgen het feit is dat de betrokkene zelf de vertrouwens-

persone de confiance habilitée à assurer le dialogue avec le médecin au sujet des choix thérapeutiques décisifs visés dans la déclaration anticipée. L'existence d'un tel médiateur, souligne le comité, aurait pour vertus: a) de compléter la directive dont on ne peut attendre qu'elle donne précisément instruction pour toutes les situations susceptibles d'être éprouvées par le patient; b) de prolonger de manière certes imparfaite, mais réelle tout de même, le dialogue médecin/patient qui est au fondement de toute pratique médicale de qualité. Un large consensus s'est également dessiné au sein du comité pour considérer qu'une telle directive ne peut avoir aucune force juridique contraignante pour le médecin qui reste maître en dernière instance de la décision à prendre.

L'amendement vise à souligner que les choses ne sont pas figées, et que le médecin a le devoir de poursuivre le dialogue au sujet de l'évolution de la pathologie et des choix thérapeutiques soit préconisés dans la déclaration, soit à opérer plus tard.

Un membre rappelle que l'on se situe dans le cadre de la déclaration anticipée. Le § 2 fait déjà état du dialogue qui doit exister entre le médecin et la personne de confiance.

Amendement n° 401

MM. Dubié et Galand déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 401), visant à insérer, après le troisième alinéa, la disposition suivante:

«Aucune des personnes de confiance ne peut avoir un intérêt matériel dans l'euthanasie de la personne ayant rédigé une déclaration anticipée.»

Cet amendement va dans le même sens que celui déposé par les mêmes auteurs à l'article 3, et qui a été adopté.

Il s'inspire du souci d'éviter toute utilisation, à des fins économiques ou d'intérêt matériel, des possibilités offertes par le texte à l'examen.

Un membre adhère à ce souci, mais se demande si l'amendement ne pourrait donner lieu à un effet pervers: le conjoint ou le partenaire constitue généralement une personne de confiance privilégiée mais il a, par la force des choses, un intérêt matériel au décès du patient.

L'un des auteurs de l'amendement le reconnaît mais estime que, de deux maux, il faut choisir le moindre.

Un membre rappelle que l'une des garanties réside dans le fait que c'est le déclarant qui choisit lui-même

perso(n)en) uitkiest. Bovendien is de tekst zo geformuleerd dat er een evenwicht is tussen, enerzijds, de mogelijkheid voor de betrokkene om een familielid aan te wijzen als hij dat wenst en, anderzijds, de garantie dat er minstens één onafhankelijke persoon wordt aangewezen.

Een ander lid merkt op dat in de tekst van de minister van Volksgezondheid, maar ook in de Nederlandse en de Deense wetgeving, het de verwanten zijn die, bij ontstentenis van een vertrouwenspersoon, het meest gemachtigd blijven om de patiënt te vertegenwoordigen.

Nog een ander lid begrijpt zeer goed de bedoeling van het amendement, maar wijst erop dat het van enorm belang is dat de twee getuigen, die aanwezig zijn bij het opstellen van de wilsverklaring, geen belang hebben bij het opstellen van de wilsverklaring en zeer goed op de hoogte zijn van de voorkeur van de betrokkene. Dit is een zaak van vertrouwen. Het is dan ook zeer moeilijk om de familieleden hiervan uit te sluiten. Familiale verhoudingen wijzigen immers vaak op het ogenblik dat een bepaald ziektebeeld zich manifesteert. De zieke krijgt dan vaak een goed beeld van diegenen die hem genegen zijn en hem verzorgen en van anderen, die vaak vanuit andere belangen handelen. Het is dan ook moeilijk om alle familieleden zomaar uit te sluiten. Vandaar ook dat het van belang is dat de wilsverklaring niet te lang op voorhand wordt opgesteld, met deze wetenschap in het achterhoofd.

Amendement nr. 417

Mevrouw De Schamphelaere dient op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 417), dat ertoe strekt te bepalen dat de vertrouwenspersonen meerderjarig moeten zijn.

Zij licht toe dat, vermits het vaak gaat om moeilijke gesprekken en delicate beslissingen, een zeker beoordelingsvermogen dient aanwezig te zijn. Het lijkt dan ook niet wenselijk om minderjarigen deze verantwoordelijkheid te geven.

Amendement nr. 368

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 368), dat ertoe strekt het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 te doen vervallen.

De indienst van het amendement vindt immers dat het vanzelfsprekend is dat de wilsverklaring te allen tijde kan worden opgesteld en dat dit niet expliciet in de tekst hoeft te staan.

la (ou les) personne(s) de confiance. En outre, le texte est rédigé de façon à trouver un équilibre entre, d'une part, le fait de permettre au malade de désigner un membre de la famille, s'il le souhaite, et d'autre part, celui de garantir la présence d'au moins une personne indépendante.

Un autre membre observe que, dans le texte de la ministre de la Santé publique, mais aussi dans les lois hollandaise et danoise, ce sont les proches qui, à défaut de personne de confiance, restent les plus habilités à représenter le patient.

Un autre membre dit très bien comprendre quel est l'objet de l'amendement, mais il n'en attire pas moins l'attention sur le fait qu'il est très important que les deux témoins qui assistent à la rédaction de la déclaration anticipée n'aient aucun intérêt à l'élaboration de celle-ci et qu'ils soient très bien informés des préférences de l'intéressé. C'est une question de confiance. Il est dès lors très difficile d'exclure en l'espèce les membres de la famille du patient. En effet, les relations familiales changent souvent lorsque la maladie se manifeste. Le malade peut alors souvent se faire une bonne idée de son entourage, savoir qui se dévoue pour lui et qui le soigne, et quelles autres personnes sont animées par d'autres intérêts. Il est, dès lors, difficile d'exclure sans plus l'ensemble des membres de la famille. Il importe dès lors aussi, compte tenu de ce qui vient d'être dit, que la déclaration ne soit pas rédigée trop longtemps à l'avance.

Amendement n° 417

Mme De Schamphelaere dépose, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 417), qui vise à prévoir que les personnes de confiance doivent être majeures.

Elle précise que, comme les conversations en question sont souvent difficiles et les décisions souvent délicates, les personnes de confiance doivent disposer d'une certaine capacité de jugement. Il ne semble dès lors pas être souhaitable de confier pareille responsabilité à des mineurs.

Amendement n° 368

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 368) tendant à supprimer l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

L'auteur de l'amendement estime en effet qu'il est évident que la déclaration peut être faite à tout moment, et que la mention d'une telle évidence dans le texte de la loi ne s'impose pas.

Bovendien staat het door de tekst vereiste formalisme niet in verhouding tot de indicatieve waarde van de wilsverklaring. Dit is een uiterst persoonlijke akte die de betrokkene misschien op een vertrouwelijke wijze wil opstellen en bijvoorbeeld aan zijn huisarts wil toevertrouwen.

Niets belet iemand, die aan zijn verklaring een meer formeel karakter wil verlenen, om een beroep te doen op getuigen of op een notaris, maar de aanwezigheid van getuigen mag geen verplichting zijn.

Een lid antwoordt dat de verklaring uiteraard een indicatieve waarde heeft. Er moet evenwel zo'n document bestaan opdat er geen sprake zou zijn van een inbreuk wanneer euthanasie wordt toegepast op een patiënt die «niet meer bij bewustzijn is».

Het is dus van belang te weten dat die verklaring in duidelijke omstandigheden werd opgesteld, vandaar de vereiste aanwezigheid van twee getuigen, waarvan minstens één geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt.

Een ander lid erkent dat de eerste zin niets aanbrengt aan de wettekst, vermits de termijn reeds elders wordt ingeschreven. Dit komt de helderheid niet ten goede.

Het lid gaat er van uit dat een wilsverklaring iets intiems is, dat zeer zorgvuldig wordt bewaard en medegedeeld aan de betrokkenen. Zij kan zich inbeelden dat het opstellen van een wilsverklaring, die meestal ruimer is dan enkel het verzoek tot euthanasie, niet altijd voldoet aan de formele voorwaarden die worden beschreven in artikel 4 van voorliggend wetsvoorstel. Welke waarde hebben dergelijke documenten? Het lid meent dat deze ook een indicatieve waarde moeten hebben, in het kader van een zorgvuldige medische besluitvorming. Dit wordt evenwel niet aangegeven in de tekst zelf, net zomin als wordt gesteld dat een formeel correcte wilsverklaring ook slechts een indicatieve waarde kan hebben en niet bindend kan zijn.

Een lid vraagt, rekening houdend met de wijze waarop de tekst is opgesteld, wat er gebeurt met een patiënt die «niet meer bij bewustzijn is» en die geen wilsverklaring heeft opgesteld. Moet de arts hem in leven houden?

De spreker is absoluut voorstander van de wilsverklaring, maar blijft van mening dat de manier waarop de Franse tekst is opgesteld een verwarring in de hand werkt tussen de begrippen «*peut*» en «*ce qui est nécessaire pour que ...*».

Een vorige spreker antwoordt dat de tekst de manier vastlegt waarop de verklaring moet worden opgesteld, opdat ze één van de noodzakelijke elementen kan vormen om aan te tonen dat er geen sprake kan zijn van een inbreuk, als euthanasie wordt toegepast.

En outre, le formalisme imposé par le texte est disproportionné par rapport à la valeur indicative de la déclaration. Celle-ci constitue un acte de nature éminemment privée, qu'une personne peut vouloir rédiger de façon confidentielle et confier, par exemple, à son médecin généraliste.

Rien n'empêche le rédacteur de la déclaration de recourir à des témoins ni d'avoir recours à un notaire, s'il souhaite donner à sa déclaration un caractère plus formel, mais le recours aux témoins ne doit pas constituer une obligation.

Un membre répond que la déclaration a, certes, une valeur indicative. Cependant, il faut qu'un tel document existe pour qu'il n'y ait pas d'infraction, lorsqu'une euthanasie est pratiquée sur un patient «inconscient».

Il importe donc de s'assurer que cette déclaration a été rédigée dans des conditions claires, d'où la présence requise de deux témoins, dont l'un au moins n'a pas d'intérêt matériel au décès du patient.

Un autre membre reconnaît que la première phrase n'apporte rien au texte de la loi en projet, puisque le délai est inscrit ailleurs. Cela ne favorise pas la clarté.

Une membre part du principe qu'une déclaration anticipée est quelque chose d'intime que l'on conserve et transmet aux intéressés très soigneusement. Elle doit pouvoir imaginer que la rédaction d'une telle déclaration, qui va plus loin qu'une simple demande d'euthanasie, ne satisfait pas toujours aux conditions formelles définies à l'article 4 de la loi en projet. Quelle valeur a un tel document? Le membre estime que ce document doit avoir également une valeur indicative dans le cadre d'une prise de décision médicale dans la prudence. Toutefois, le texte lui-même ne le prévoit pas et il ne prévoit pas davantage qu'une déclaration formellement correcte n'a qu'une valeur indicative et n'est pas contraignante.

Un membre demande, compte tenu de la manière dont le texte est rédigé, ce qu'il advient d'un patient «inconscient», qui n'a pas fait de déclaration anticipée. Le médecin doit-il le maintenir indéfiniment en vie?

L'intervenant, s'il est tout à fait favorable à la déclaration anticipée, reste d'avis que la manière dont le texte est rédigé maintient une confusion entre la notion «peut» et «ce qui est nécessaire pour que ...».

Un précédent orateur répond que le texte précise les conditions dans lesquelles la rédaction de la déclaration doit être faite, pour qu'elle puisse être l'un des éléments nécessaires pour qu'il n'y ait pas d'infraction, lorsqu'une euthanasie est pratiquée.

Als de verklaring niet op de voorgeschreven wijze is opgesteld, wordt er niet van uitgegaan dat het niet om een inbreuk gaat, maar dit betekent ook niet dat het begrip van de noodtoestand niet van toepassing is.

Een lid vraagt wat er gebeurt als iemand een wilsverklaring heeft opgesteld en een vertrouwenspersoon heeft aangewezen, maar dit niet in aanwezigheid van twee getuigen gebeurde.

De vorige spreker antwoordt dat in een dergelijk geval de besproken tekst niet van toepassing is omdat niet aan alle voorwaarden is voldaan.

Amendement nr. 387

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 387), dat ertoe strekt het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 te vervangen als volgt:

«De wilsverklaring wordt opgesteld, gedateerd en ondertekend door degene die de verklaring aflegt en eventueel door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.»

De indiener van het amendement vindt het belangrijk dat de verklaring wordt opgesteld door de patiënt zelf. Dat is een waarborg voor de bescherming van de patiënt tegen druk van buitenaf, zeker als men aanvaardt dat de voorafgaande wilsverklaring betrekking kan hebben op de actieve beëindiging van het leven van de patiënt wanneer deze het bewustzijn verloren heeft.

Omdat men twijfel kan hebben over het nut van de aanwezigheid van getuigen en wegens de dubbelzinnige rol die zij kunnen spelen, is het overigens beter de aanwezigheid van twee getuigen niet als voorwaarde te stellen, tenzij eventueel in het bijzondere geval van de patiënt die kennelijk fysiek niet in staat is om een verklaring op te stellen. In dat geval is de rol van de getuige duidelijk, zelfs al kan daar betwisting over bestaan: die rol (tenminste voor één van de twee) bestaat dan in het opstellen van de verklaring in de plaats van de patiënt.

Een lid merkt op dat het moeilijk denkbaar is dat verschillende personen hetzelfde document opstellen.

De indiener van het amendement verklaart dat zij de mogelijkheid zal onderzoeken om een subamendement in te dienen dat met deze opmerking rekening houdt.

Amendement nr. 311

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 311) dat beoogt te

Pour le surplus, lorsque les conditions ne sont pas remplies, il n'est pas prévu qu'il n'y a pas d'infraction, mais il n'est pas prévu non plus que la notion d'état de nécessité ne s'applique pas.

Un membre demande ce qui se passe si une personne a rédigé une déclaration anticipée, et désigné une personne de confiance, mais que cela n'a pas été fait en présence de deux témoins.

Le précédent intervenant répond que, dans ce cas, puisque toutes les conditions ne sont pas remplies, on ne se trouve pas dans le cadre de l'application du texte en discussion.

Amendement n° 387

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 387), tendant à remplacer l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«La déclaration est rédigée, datée et signée par le déclarant lui-même et par la ou les personne(s) de confiance éventuelles.»

L'auteur de l'amendement estime qu'il importe que la déclaration soit rédigée par le déclarant lui-même. C'est une garantie de protection du déclarant à l'égard de pressions extérieures, certainement si l'on admet que la déclaration anticipée peut viser l'arrêt actif de la vie du déclarant devenu inconscient.

Par ailleurs, vu que l'on peut questionner l'utilité de la présence de témoins et vu l'ambiguïté du rôle qu'ils peuvent jouer, il est préférable de ne pas prévoir la présence de témoins, si ce n'est éventuellement que dans le cas particulier de patients qui sont dans l'impossibilité physique manifeste de rédiger une déclaration. Dans ce cas, le rôle du témoin est clair, même s'il est contestable: ce rôle (du moins pour l'un d'entre eux) consiste à rédiger à la place du patient.

Un membre souligne qu'il est assez compliqué d'imaginer que plusieurs personnes rédigent le même document.

L'auteur de l'amendement déclare qu'elle va examiner la possibilité de déposer un sous-amendement en vue de tenir compte de cette observation.

Amendement n° 311

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 311) qui vise à

benadrukken dat de wilsverklaring uit vrije wil en zonder enige externe druk moet tot stand zijn gekomen.

Een van de indieners meent dat het absoluut duidelijk moet worden gesteld dat bij het opstellen van de wilsverklaring niet de minste sociale druk mag worden uitgeoefend. Het lid wijst op het gevaar dat mensen, die besluiten naar een rust- of een bejaarden-tehuis te gaan, zich moreel verplicht zouden voelen om een wilsverklaring op te stellen of, erger nog, dat bij de inschrijving in dergelijke instellingen wordt nagegaan of er een wilsverklaring is. Ook bij het afsluiten van verzekeringen of bij de medische controle bij aanwervingen moet worden vermeden dat wordt onderzocht of er al dan niet een wilsverklaring voorhanden is.

Amendement nr. 312

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 312) dat ertoe strekt in de tekst te specificeren dat de wilsverklaring wordt opgemaakt door diegene die de wilsverklaring aflegt.

Een van de indieners verduidelijkt dat de huidige libellering de indruk wekt dat het mogelijk is dat een wilsverklaring door een derde wordt opgemaakt. Dit moet worden vermeden.

Er wordt opgemerkt dat dit amendement vergelijkbaar is met het amendement nr. 383 van mevrouw Nyssens (Stuk Senaat, nr. 2-244/16).

Amendement nr. 313

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 313) dat een maximale onafhankelijkheid van de getuigen wenst te voorzien door te benadrukken dat de getuigen geen rechtstreeks of onrechtstreeks belang bij het overlijden van de patiënt hebben of kunnen hebben, en dat ze bovendien niet met de patiënt verwant mogen zijn.

Een van de indieners licht toe dat de patiënt een volledig vertrouwen moet kunnen stellen in de vertrouwenspersonen. Om de echtheid van de verklaring te verzekeren is het zinvol bij de opstelling ervan ook getuigen te betrekken. Dezen moeten dan wel absoluut objectief zijn. Het is dan ook noodzakelijk dat zij geen rechtstreeks, noch een onrechtstreeks belang kunnen hebben bij het overlijden van de patiënt. Met een onrechtstreeks belang wordt bedoeld een affectief belang of een belang dat ontstaat door het wegvallen van de druk van de verzorging.

Een lid meent dat het overdreven is te stellen dat de getuige geen familie van de patiënt mag zijn. Waarom

souligner que la déclaration doit avoir été rédigée par le patient de son plein gré et hors de toute pression externe.

L'un des auteurs estime qu'il faut prévoir de manière extrêmement claire qu'il ne peut pas y avoir la moindre pression sociale lors de la rédaction de la déclaration. Le membre attire l'attention sur le danger que des personnes qui décident d'aller dans une maison de repos ou une maison de repos pour personnes âgées se sentent moralement obligées de rédiger une déclaration anticipée, ou, pire, que, lors de l'inscription dans pareille institution, l'on examine si une déclaration a été rédigée. Il faut également éviter que lors de la conclusion d'une police d'assurance ou du contrôle médical à l'occasion d'un recrutement, l'on contrôle si une déclaration a été rédigée ou non.

Amendement n° 312

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/116, amendement n° 312), qui vise à préciser dans le texte que la déclaration doit être dressée par son auteur.

L'un des auteurs souligne que le texte actuel donne l'impression que la déclaration doit pouvoir être rédigée par un tiers, chose qu'il faut éviter.

Il est fait observer que cet amendement est comparable à l'amendement n° 383 de Mme Nyssens (doc. Sénat, n° 2-244/16).

Amendement n° 313

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 313), qui vise à prévoir une indépendance maximale des témoins en soulignant que ceux-ci n'ont ou ne peuvent avoir ni directement ni indirectement intérêt à ce que le patient décède et qu'en outre, ils ne peuvent avoir aucun lien de parenté avec lui.

L'un des auteurs explique que le patient doit pouvoir se fier entièrement à la personne de confiance. En vue d'assurer la véracité de la déclaration, il est rationnel d'associer des témoins à sa rédaction. Ceux-ci doivent néanmoins être absolument objectifs. Il faut donc qu'ils n'aient ni directement ni indirectement intérêt à ce que le patient décède. Par intérêt indirect, on entend un intérêt affectif ou un intérêt résultant de la disparition de la contrainte que représentent les soins.

Un commissaire estime exagéré de prétendre que le témoin ne peut faire partie de la famille du patient.

zou men niet als getuige mogen optreden naar aanleiding van een wilsverklaring die wordt opgesteld door een broer of een zus met kinderen? In die hypothese is geen sprake van enig belang, vermits de getuige geen erfgenaam is.

Een van de indieners antwoordt dat de rol van de getuige er enkel in bestaat om te attesteren dat de inhoud van de wilsverklaring juist is. De getuige heeft verder geen enkele rol meer te spelen. Het is dan ook beter familieleden uit te sluiten, zodat enige familiale druk wordt vermeden.

De vorige spreker repliceert dat een dergelijke bepaling een bijzonder negatief effect zou kunnen hebben op personen die vereenzaamd zijn, op een ver familielid na. Een grote groep mensen, die een rol zouden kunnen spelen in het opstellen van de wilsverklaring zonder dat ze enig belang hebben bij de zaak, wordt op die manier uitgesloten.

Een van de indieners betwist dat in dergelijke gevallen geen getuigen zouden kunnen gevonden worden die bevestigen dat de wilsverklaring de uitdrukking van de wil van de betrokkene is.

Amendement nr. 383

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 383), dat ertoe strekt in het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 de woorden «Zij moet schriftelijk worden opgemaakt» te vervangen door de woorden «De verklaring moet door de betrokkene zelf schriftelijk worden opgesteld».

Zoals reeds aangegeven, vindt de indiener van het amendement dat de verklaring absoluut door de betrokkene zelf moet opgesteld worden, vermits het een garantie is voor zijn bescherming.

Een lid stelt aan de indiener voor om haar beide amendementen over dit punt samen te voegen tot één tekst, die duidelijker is en de tweede zin van het vierde lid van § 1 zou vervangen, rekening houdend met de opmerking dat de vertrouwenspersoon de wilsverklaring niet mee mag opstellen.

Misschien kan dan een akkoord bereikt worden over een dergelijke tekst.

Amendement nr. 384

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 384), dat ertoe strekt in het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 de woorden «ten overstaan van twee getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt» en de woorden «, door de getuigen» te doen vervallen.

Pourquoi ne pourrait-on pas servir de témoin à l'occasion d'une déclaration rédigée par un frère ou une sœur qui a des enfants? Dans cette hypothèse, tout intérêt est exclu, puisque le témoin n'est pas héritier.

L'un des auteurs répond que le rôle du témoin consiste uniquement à attester que le contenu de la directive est exact. Pour le reste, le témoin n'a plus aucun rôle à jouer. Il est donc préférable d'exclure les membres de la famille, de manière à prévenir toute pression familiale.

Le préopinant réplique qu'une telle disposition pourrait avoir un effet particulièrement négatif pour les personnes qui sont isolées, à l'exception d'un parent éloigné. On exclut ainsi un grand groupe de personnes qui pourraient jouer un rôle dans la rédaction de la déclaration sans qu'elles aient le moindre intérêt à l'affaire.

L'un des auteurs conteste que dans de tels cas, on ne puisse pas trouver de témoins qui confirmeraient que la déclaration est l'expression de la volonté de l'intéressé.

Amendement n° 383

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement, doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 383), tendant à remplacer, à l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «Elle doit être constatée par écrit, dressée», par les mots «La déclaration doit être rédigée par le déclarant lui-même et dressée».

Comme déjà indiqué, l'auteur de l'amendement rappelle qu'il importe à ses yeux que la déclaration soit rédigée par le déclarant lui-même, car c'est pour lui une garantie de protection.

Un membre suggère à l'auteur de fondre en un seul texte, plus clair, le contenu des deux amendements qu'elle a déposés à ce sujet, de manière à remplacer la deuxième phrase de l'alinéa 4 du § 1^{er}, en tenant compte de la remarque qui a été faite qu'il n'appartient pas à la personne de confiance de corédiger la déclaration.

Peut-être pourrait-on alors se mettre d'accord sur un tel texte.

Amendement n° 384

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 384), tendant à supprimer, à l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant», et les mots «par les témoins».

De indiener van het amendement geeft aan dat het nut van de getuige twijfelachtig is, tenzij het de bedoeling is de wilsverklaring meer bindende kracht te geven dan blijkt uit de verantwoording van de amendementen.

De tekst van het voorstel laat veronderstellen dat de getuige ook de vertrouwenspersoon zou kunnen zijn van wie sprake is in de wilsverklaring. Deze vertrouwenspersoon zal ongetwijfeld vaak een verwant van de patiënt zijn. Zo kan een dergelijke verwant dus zowel getuige als vertrouwenspersoon zijn.

Nog afgezien daarvan is ook de rol van de twee getuigen discutabel. Waarom moeten het er twee zijn? Moeten zij ergens over getuigen? Welke waarde zal hun eventuele getuigenis hebben? En wat als er geen getuigen zijn, als de betrokkene de aanwezigheid van getuigen weigert, maar zijn wilsverklaring tijdig opgesteld is? De getuige is een wazige figuur. Zijn rol is niet duidelijk gedefinieerd, zodat hij zelfs een erg gevaarlijke rol zou kunnen spelen. De getuige zou de betrokkene raad kunnen geven over de formulering van de wilsverklaring, terwijl hij daarvoor niet noodzakelijk bekwaam is.

Dit amendement kan aan de twee voornoemde amendementen worden toegevoegd, om er, zoals door een spreker werd gesuggereerd, één nieuwe tekst van te maken.

Amendement nr. 386

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 386), dat ertoe strekt in het vierde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 de woorden «van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt» te vervangen door de woorden «die geen enkel belang mogen hebben bij het overlijden van de patiënt».

De indiener wijst erop dat het belang dat men kan hebben bij het overlijden van de patiënt niet noodzakelijk «materieel» van aard is. Uit de hoorzittingen is gebleken dat de meeste euthanasieverzoeken uitgaan van de verwanten van de patiënt. Het zijn evenwel niet noodzakelijk laag-bij-de-grondse materiële belangen die hen ertoe aanzetten een dergelijk verzoek te formuleren. Vaak zijn de naaste vrienden en familieleden uitgeput en lijden zij onder de tragedie van de persoon. Soms spelen complexe psychologische elementen een rol. Dit amendement beoogt rekening te houden met al deze aspecten en wil de volstrekte onafhankelijkheid van de getuigen waarborgen.

Een lid vraagt zich af hoe kan worden bepaald dat een getuige geen enkel belang van welke aard ook heeft bij het overlijden van de patiënt. Hoe moet bijvoorbeeld een affectief, moreel, familiaal belang worden geëvalueerd?

L'auteur de l'amendement indique que, sauf à vouloir donner à la déclaration anticipée plus de valeur contraignante qu'il n'est affirmé dans la justification des amendements, la question de l'utilité du témoin peut être posée.

La rédaction de la proposition laisse sous-entendre qu'il n'est pas exclu qu'il pourrait être la personne de confiance visée dans la déclaration. Cette personne de confiance sera sans doute très souvent un proche du patient. Un proche du patient pourra donc être à la fois personne de confiance du patient et témoin.

Indépendamment de cet aspect, on peut s'interroger sur le rôle joué par ces témoins. Pourquoi d'abord deux témoins? Quel sera leur rôle spécifique? Attestent-ils de quelque chose? Quelle serait la valeur de leur éventuel témoignage? Quid s'il n'y a pas de témoins, si le déclarant refuse d'être entouré de témoins, mais que sa déclaration a néanmoins été rédigée à temps et à heure? La figure du témoin est ambiguë. À défaut de précision quant à son rôle, ce témoin peut être amené à jouer un rôle dangereux, à savoir conseiller le déclarant sur le choix des termes utilisés, alors qu'il n'a pas nécessairement la compétence pour ce faire.

Cet amendement peut être joint aux deux autres amendements précités, dont la refonte a été suggérée par un intervenant.

Amendement n° 386

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 386), tendant à remplacer, à l'alinéa 4 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, les mots «dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant», par les mots «qui ne pourront avoir aucun intérêt au décès du déclarant».

L'auteur de l'amendement souligne que l'intérêt que l'on peut avoir au décès du patient n'est pas nécessairement «matériel». Les auditions ont révélé que la majorité des demandes d'euthanasie émanent des proches du patient. Ce ne sont toutefois pas essentiellement des préoccupations basement matérielles qui les poussent à formuler ces demandes. Souvent, les proches sont exténués, souffrent d'être témoins de la lente dégradation de leur proche. Parfois, des éléments psychologiques complexes entrent en ligne de compte. Le présent amendement vise à prendre tous ces aspects en considération et à garantir la parfaite indépendance des témoins.

Un membre se demande comment définir qu'un témoin n'a aucun intérêt d'aucune sorte au décès du patient. Comment évaluer, par exemple, un intérêt affectif, moral, familial?

Alleen het materiële belang kan objectief worden vastgesteld.

Amendement nr. 314

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 314) dat de behandelende arts, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team uitsluit als getuige bij de wilsverklaring.

Een van de indieners vindt dat deze personen wel degelijk een psychologische of een andere druk kunnen uitoefenen op de patiënt, vermits een medische relatie tussen beiden bestaat. Er moet worden belet dat in ziekenhuizen of rustoorden een soort van «institutionele getuigen» ontstaan, die voortdurend worden opgeroepen om te getuigen.

Amendement nr. 315

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 315) dat ertoe strekt een bepaling in te voegen volgens dewelke de getuige niet tegelijk ook als vertrouwenspersoon kan optreden.

Een van de indieners meent dat het de logica zelf is dat men niet kan getuigen dat men als vertrouwenspersoon wordt aangeduid. Beide hoedanigheden zijn onverenigbaar.

Amendement nr. 388

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 388), dat ertoe stelt het vijfde lid van de voorgestelde § 1 van artikel 4 te doen vervallen.

De indiener van het amendement meent dat deze bepaling bijzonder gevaarlijk is voor de patiënt. Tenzij de verklaring door een beëdigde persoon zoals een notaris, wordt opgesteld, kan men zich inbeelden dat wie dan ook een wilsverklaring kan opstellen betreffende bepaalde soorten van medische verzorging voor een andere persoon, *a fortiori* indien de voorafgaande wilsverklaring betrekking kan hebben op de actieve beëindiging van het leven van de patiënt die het bewustzijn verloren heeft. Voor het overige kan wie dan ook in de plaats van een andere persoon optekenen dat een persoon fysiek niet in staat in een voorafgaande wilsverklaring op te stellen en te ondertekenen, en dit zonder dat de betrokken persoon er weet van heeft. Het gevolg is dat, wanneer de betrokken persoon het bewustzijn verliest, de arts het risico loopt dat hij rekening houdt met een verklaring waarvan de patiënt, die nu «niet meer bij bewustzijn is», het bestaan niet kende en waarvan de inhoud misschien volledig in strijd is met zijn wil! De vermelding

L'intérêt matériel est le seul qui soit vérifiable de façon objective.

Amendement n° 314

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 314), qui interdit au médecin traitant, au médecin consulté et aux membres de l'équipe soignante d'être témoins de la déclaration anticipée.

Un des auteurs considère que ces personnes peuvent effectivement exercer une pression psychologique ou autre sur le patient, puisqu'une relation médicale les lie. On doit empêcher qu'apparaisse, dans les hôpitaux ou les maisons de repos, une sorte de «témoin institutionnel» qui est continuellement appelé à témoigner.

Amendement n° 315

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 315), qui vise à insérer une disposition selon laquelle le témoin ne peut être en même temps personne de confiance.

Un des auteurs considère comme la logique même qu'on ne puisse témoigner de sa propre désignation comme personne de confiance. Les deux qualités sont incompatibles.

Amendement n° 388

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 388), visant à supprimer l'alinéa 5 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

L'auteur de l'amendement estime que cette disposition est particulièrement dangereuse pour le patient. À moins que la déclaration ne soit rédigée par quelqu'un d'assermenté, tel un notaire, on ne peut imaginer que n'importe qui puisse rédiger une déclaration de volonté concernant certains types de prise en charge médicale d'une autre personne, *a fortiori* si la déclaration anticipée peut concerner l'arrêt actif de la vie du déclarant devenu inconscient. Par ailleurs, n'importe qui pourrait acter qu'une personne est dans l'impossibilité physique d'écrire et de signer une déclaration de volonté anticipée, de la rédiger et de la signer à la place de la personne concernée, et tout cela à l'insu même de la personne concernée. De sorte que, lorsque la personne concernée sombre dans l'inconscience, le médecin risque de prendre en considération une déclaration dont le patient, désormais «inconscient», ignorait l'existence et dont le contenu pourrait être en contradiction totale avec ses souhaits! Le fait que l'alinéa précise que les deux

in het betrokken lid dat de twee personen door de patiënt gekozen moeten zijn, biedt geen enkele waarborg, want dit feit kan helemaal niet worden gecontroleerd.

Een commissielid wijst erop dat dit lid in de tekst werd ingevoegd om een oplossing te bieden voor bepaalde bijzondere omstandigheden.

Amendement nr. 406

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 406), dat ertoe strekt in § 1 van artikel 4 het vijfde lid te vervangen als volgt:

«Als dat wegens de gezondheidstoestand van de patiënt niet mogelijk is, mag de wilsverklaring mondeling geschieden in aanwezigheid van de behandelende arts en van twee onafhankelijke getuigen. De arts maakt een akte op van die mondelinge wilsuiting en de twee getuigen ondertekenen die mede.»

De indiener van het amendement zegt dat de alternatieve oplossing die zij voorstelt die is welke mevrouw Leduc c.s. in hun oorspronkelijk wetsvoorstel suggereerden. Die oplossing houdt beter rekening met de wijze waarop de patiënt zich nog kan uitdrukken.

Een lid verklaart dat hij deze suggestie niet begrijpt, omdat ze ingaat tegen de eerder geuite wens dat de arts objectief zou kunnen beslissen als een derde «buitenstaander».

Het amendement heeft evenwel tot gevolg dat de arts deelneemt aan het opstellen van de wilsverklaring, doordat hij de betrokkene die daar fysiek niet toe in staat is, bijstaat.

De tekst veronderstelt bovendien dat er een behandelende arts is, wat een weinig liberale benadering is. Hoe zal men trouwens bepalen wie de «behandelende arts» is?

Een ander lid is van mening dat de formulering, die wordt gebruikt in het amendement nr. 291, beter is dan de formulering die wordt voorgesteld in amendement nr. 406.

De vorige spreker voegt eraan toe dat het amendement opnieuw teruggrijpt naar het begrip getuige, terwijl hij het er met een vorige spreekster over eens is dat het begrip vertrouwenspersoon kan volstaan.

Ten slotte is het amendement minder duidelijk wat de blijvende onmogelijkheid om een verklaring op te stellen en te ondertekenen betreft.

Een lid sluit zich aan bij de mening van de vorige spreker. Hij voegt eraan toe dat de dialoog tussen de arts en de patiënt geenszins mag beperkt worden door

personnes doivent avoir été choisies par le patient n'offre aucune garantie car cet élément est totalement incontrôlable.

Un membre rappelle que c'est pour rencontrer certaines circonstances particulières que l'alinéa en question a été inséré dans le texte.

Amendement n° 406

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 406) visant à remplacer l'alinéa 5 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Si cela s'avère impossible en raison de l'état du patient, cette déclaration peut se faire oralement en présence du médecin traitant et de deux témoins indépendants. Le médecin prend acte de cette manifestation orale de volonté et les deux témoins la cosignent.»

L'auteur de l'amendement indique que la solution alternative qu'elle propose est celle que suggéraient Mme Leduc et consorts, dans leur proposition de loi initiale. Cette solution tient mieux compte de la manière dont le patient peut encore s'exprimer.

Un membre déclare ne pas comprendre cette suggestion, qui va à l'encontre de la volonté exprimée par ailleurs de faire en sorte que le médecin puisse décider de façon objective et comme un tiers «extérieur».

Or, l'amendement a pour conséquence de rendre le médecin partie à la déclaration anticipée, en assistant le déclarant qui est dans l'incapacité matérielle de s'exprimer.

D'autre part, le texte présuppose l'existence obligatoire d'un médecin traitant, ce qui est une conception peu libérale. Comment définir d'ailleurs le «médecin traitant»?

Un autre membre considère que la formulation utilisée dans l'amendement n° 291 est meilleure que celle de l'amendement n° 406.

Le précédent intervenant ajoute que l'amendement reprend à nouveau la notion de témoin alors qu'il est, pour sa part, de l'avis d'une précédente oratrice, qui estimait que la notion de personne de confiance pourrait suffire.

Enfin, la rédaction de l'amendement est moins claire quant à l'impossibilité permanente de rédiger et de signer.

Un membre se rallie à l'opinion du précédent intervenant. Il ajoute qu'il ne faut pas que le dialogue entre médecin et patient se trouve limité, d'une façon ou

de verplichting om aanwezig te zijn op het ogenblik dat de persoon in aanwezigheid van twee getuigen de verklaring aflegt. Er kan wat dit betreft zelfs een deontologisch bezwaar rijzen.

Als later tegen de arts een klacht wordt ingediend, kunnen die getuigen de situatie nog hachelijker maken.

De indiener van amendement nr. 406 meent dat de hypothese dat de betrokkene fysiek niet in staat is de verklaring op te stellen vrij onwaarschijnlijk is voor een voorafgaande wilsverklaring. Die onmogelijkheid wordt ook door niemand geverifieerd. Alles hangt dus af van het vertrouwen dat men stelt in de getuigen en in hun integriteit.

In welke vorm zal de bevestiging van de verklaring moeten geschieden? Zal een mondelinge bevestiging volstaan, of moet dezelfde procedure worden gevolgd als voor de oorspronkelijke verklaring?

Een vorige spreker antwoordt dat het de betrokkene zelf is die zal beslissen of hij fysiek niet in staat is om de verklaring te ondertekenen en dat daar geen controleprocedure voor nodig is.

De spreker verwijst naar de wetsbepalingen over het testament, waarin volgens de Codes Larcier wordt gesteld, dat het eigenhandig testament geldig is, ook wanneer het door iemand anders dan de erflater werd opgesteld, als het vaststaat dat het overeenstemt met de wil van de erflater, die niet in staat was om het te ondertekenen.

De indiener van amendement nr. 406 antwoordt dat voor de wilsverklaring meer beperkingen worden opgelegd dan voor een testament.

Amendement nr. 316

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 316), volgens hetwelk de persoon die fysiek niet langer in staat is om een wilsverklaring op te stellen ook rekening dient te houden met de voorwaarden die in het algemeen gelden voor het opstellen van een wilsverklaring.

De hoofdindiener meent dat dit niet blijkt uit de tekst van het vijfde lid. Hij wenst expliciet in de tekst op te nemen dat de voorwaarden, die in de voorgaande leden worden gesteld, ook moeten worden nageleefd in dit geval. De voorwaarden voor de personen die fysiek niet in staat zijn een wilsverklaring op te stellen moeten immers minstens even streng zijn als de algemene vereisten. Dit is een minimale vereiste. Quid immers met de vertrouwenspersonen en de getuigen? Het vijfde lid spreekt over «personen», terwijl in het vierde lid het woord «getuigen» wordt gebruikt. Hoe zit het met het belang dat dergelijke personen kunnen hebben bij het overlijden van de betrokkene?

d'une autre, par l'obligation d'être présent au moment où la personne procède à la déclaration devant deux témoins. Il pourrait même, à cet égard, y avoir une objection d'ordre déontologique.

En outre, si une plainte était ultérieurement déposée contre le médecin, ces témoins pourraient rendre la situation encore plus délicate.

L'auteur de l'amendement n° 406 estime que l'hypothèse d'une impossibilité matérielle de rédiger paraît assez hypothétique dans le cas d'une déclaration anticipée. De plus, personne ne vérifie cette impossibilité. Tout reposera donc sur la confiance que l'on fera aux témoins et à leur probité.

Par ailleurs, quelles formes devra revêtir la confirmation de la déclaration? Une confirmation orale pourrait-elle suffire, ou faudra-t-il suivre la même procédure que pour la déclaration initiale?

Un précédent orateur répond que c'est la personne elle-même qui va décider de son impossibilité physique de signer, sans qu'il faille prévoir toute une procédure de contrôle.

L'intervenant renvoie aux dispositions légales sur le testament où, même dans les Codes Larcier, il est précisé que le testament olographe est parfaitement valable, à partir du moment où il a été rédigé par une personne autre que le testateur, pour autant qu'il soit avéré que cela correspondait à la volonté de ce dernier, et qu'il n'ait pas été en état de le signer.

L'auteur de l'amendement n° 406 réplique que le texte prévoit, à propos de la déclaration anticipée, plus de limitations que pour un testament.

Amendement n° 316

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 316), selon lequel la personne qui est physiquement dans l'impossibilité de rédiger une déclaration doit aussi tenir compte des conditions qui valent généralement pour la rédaction d'une déclaration anticipée.

L'auteur principal pense que cela ne ressort pas du texte du cinquième alinéa. Il souhaite que soit explicitement indiqué dans le texte que les conditions établies dans les alinéas précédents doivent aussi être respectées dans ce cas. En effet, les conditions pour les personnes physiquement incapables de rédiger une déclaration doivent être au moins aussi sévères que les conditions courantes. C'est une exigence minimale. Quid, en effet, des personnes de confiance et des témoins? Le cinquième alinéa mentionne des «personnes», alors que, dans le quatrième alinéa, le mot «témoins» est utilisé. Qu'en est-il de l'intérêt que de telles personnes peuvent avoir au décès de l'intéressé?

Een lid kondigt de indiening aan van een amendement dat aan deze opmerkingen beantwoordt. De tekst van het vierde en van het vijfde lid zullen met mekaar in overeenstemming worden gebracht.

Amendementen nrs. 317 en 426

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 317), dat beoogt in te schrijven dat de betrokken persoon geen enkel rechtstreeks of onrechtstreeks belang heeft of kan hebben bij het overlijden van diegene die de wilsverklaring opstelt.

De hoofdindieners licht toe dat deze beschrijving ruimer is dan de door amendement nr. 291 voorgestelde tekst, die enkel stelt dat de betrokkene geen enkel materieel voordeel mag hebben. Men kan immers uit andere motieven handelen dan enkel uit materieel gewin. Er kunnen immers morele en extra-patrimoniale belangen op het spel staan. De door amendement nr. 317 voorgestelde tekst dekt alle mogelijke misbruiken en stelt dat er geen zweem van belangenvermenging mag bestaan. In de gegeven omstandigheden is het essentieel dat dit duidelijk wordt gesteld.

Een lid vraagt welke andere dan materiële belangen amendement nr. 317 beoogt.

De vorige spreker geeft het voorbeeld van een louter emotioneel belang. Sommigen wensen het overlijden van iemand uit louter emotionele overwegingen.

Een lid wijst erop dat in amendement nr. 291 de terminologie van artikel 3 werd overgenomen. Zij verwijst naar de bespreking die aldaar over dit thema werd gevoerd — en met name over amendement nr. 158 — en stelt dat de door amendement nr. 291 voorgestelde tekst aan duidelijkheid niets te wensen overlaat.

De vorige spreker bevestigt dat dezelfde opmerkingen werden gemaakt bij de bespreking van artikel 3. Hij meent dat een wet die de mogelijke belangenvermenging beperkt tot louter materiële belangen een bedreiging uitmaakt voor de samenleving. Het moet immers duidelijk zijn dat welke invloed die men ook uit kan oefenen op het opstellen van de wilsverklaring uit den boze is.

Een lid merkt op dat eenieder hoe dan ook een belang heeft bij het verder leven van vele mensen. Het is onmogelijk om elk emotioneel, intellectueel, sociaal, religieus, maatschappelijk of politiek belang uit te sluiten.

De vorige spreker is bereid om een subsidiair amendement in te dienen waarin enkel wordt gesproken over het «rechtstreeks belang». Het woord «onrechtstreeks» kan immers de indruk wekken dat eenieder wel enig belang heeft bij het leven van een ander.

Un membre annonce le dépôt d'un amendement qui répond à ces remarques. Le texte des quatrième et cinquième alinéas sera ainsi mis en concordance.

Amendementen n^{os} 317 et 426

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 317), qui vise à inscrire que la personne concernée n'a ou ne peut avoir aucun intérêt direct ou indirect au décès de celui qui rédige une déclaration anticipée.

L'auteur principal explique que cette description est plus large que le texte proposé par l'amendement n^o 291 qui stipule seulement que l'intéressé ne peut avoir aucun intérêt matériel. On peut en effet agir pour d'autres motifs que le seul gain matériel. En effet, des intérêts moraux ou extra-patrimoniaux peuvent être en jeu. Le texte proposé par l'amendement n^o 317 couvre tous les abus possibles et stipule qu'il ne peut y avoir l'ombre d'une confusion d'intérêts. Dans les circonstances envisagées, il est essentiel que cela soit clairement établi.

Un membre demande quels sont les intérêts autres que matériels qui sont visés par l'amendement n^o 317.

L'orateur précédent donne l'exemple d'un intérêt purement émotionnel. Certains souhaitent la mort de quelqu'un pour des considérations purement émotionnelles.

Une membre indique que l'amendement n^o 291 reprend la terminologie de l'article 3. Elle renvoie à la discussion qui a eu lieu à ce sujet — plus précisément à propos de l'amendement n^o 158 — et affirme que le texte proposé par l'amendement n^o 291 est parfaitement clair.

L'orateur précédent confirme que les mêmes remarques ont été formulées lors de la discussion de l'article 3. Il estime qu'une loi qui limite les éventuelles confusions d'intérêts aux intérêts purement matériels constitue une menace pour la société. Il doit en effet être clairement établi que les influences, quelles qu'elles soient, qui peuvent être exercées lors de la rédaction de la déclaration sont inadmissibles.

Un membre fait remarquer que chacun a un intérêt à ce que de nombreuses personnes continuent à vivre. Il est impossible d'exclure chaque intérêt émotionnel, intellectuel, social, religieux, social ou politique.

L'orateur précédent est disposé à déposer un amendement subsidiaire qui ne mentionnerait que de l'«intérêt direct». Le mot «indirect» peut en effet donner l'impression que chacun a bien quelque intérêt dans la vie d'un autre.

De heer Vandenberghe c.s. dienen een amendement in die zin in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 426), dat subsidiair is op het amendement nr. 317.

De hoofdindieners verwijst naar de theorie van het belang in de rechtsvorderingen naar gemeen recht, volgens dewelke diegene die een vordering instelt een rechtmatig belang moet hebben bij de zaak. Dit belang kan echter materieel of immaterieel zijn, zoals tal van vorderingen in milieuzaken aantonen. De tekst beperken tot het louter materieel belang is dan ook een fout signaal.

Een lid antwoordt dat een materieel belang, in tegenstelling tot andere belangen, controleerbaar is. Zij stelt dan ook voor de voorgestelde tekst te behouden.

Een ander lid vindt het niet wenselijk, ja zelfs onmogelijk, om voor een facultatief document te peilen naar de diepste beweegredenen van de betrokken personen en binnen te dringen in de intieme familiekring.

Wie zal zich hier trouwens mee bezighouden? Dit is niet de taak van de arts, van wie voortdurend wordt gezegd dat hij over te veel macht beschikt. Een controle *a posteriori* door de rechter lijkt zeer onwaarschijnlijk.

Dit soort controles gaat trouwens in tegen de algemene tendens in het burgerlijk recht om intieme familie zaken niet al te zeer op de korrel te nemen.

Denken we bijvoorbeeld aan het vermoeden van vaderschap, waarvan men weet dat het in 15 tot 20% van de gevallen niet met de werkelijkheid overeenstemt.

Amendement nr. 318

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 318), dat tot doel heeft de door het amendement nr. 291 voorgestelde woorden «materieel voordeel» te vervangen door «materieel belang».

Een van de indieners legt uit dat dit amendement subsidiair is ten opzichte van het amendement nr. 317, voor het geval men toch louter materiële aspecten bedoelt. De bedoeling van de indieners van de amendementen is om zoveel als mogelijk elke druk uit te sluiten. Het lid verwijst naar de zorgmoeheid die kan ontstaan in hoofde van de personen uit de nabije omgeving van de betrokkene. Ook zij kunnen dus belang hebben bij het overlijden van de patiënt.

Een lid vestigt er de aandacht op dat het in feite om een verbetering gaat van de Nederlandse tekst, waar de term «*intérêt*» soms door «belang» en soms door «*voordeel*» wordt vertaald.

M. Vandenberghe et consorts déposent un amendement dans ce sens (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 426), qui est un amendement subsidiaire à l'amendement n° 317.

L'auteur principal renvoie à la théorie de l'intérêt dans les actions judiciaires de droit commun, théorie selon laquelle celui qui intente une action doit avoir un intérêt légitime dans l'affaire. Cet intérêt peut cependant être matériel ou immatériel, comme le démontrent nombre d'affaires concernant l'environnement. Limiter le texte à l'intérêt purement matériel n'est pas un bon signal.

Un membre répond que, contrairement à un autre, un intérêt purement matériel, peut être contrôlé. Il suggère donc de conserver le texte proposé.

Un autre membre trouve inopportun, voire impossible, pour un document facultatif, de «sonder les cœurs et les reins» des personnes qui sont intervenues, et d'entrer dans l'intimité des familles.

Qui pourrait d'ailleurs s'en charger? Cette tâche ne revient pas au médecin, dont on ne cesse de prétendre qu'il a trop de pouvoir. Un contrôle *a posteriori* par le juge paraît très hypothétique.

Ce type de vérification va du reste à contre-courant de la tendance générale du droit civil, qui s'est toujours efforcé de ne pas aller trop loin dans l'investigation de l'intimité des familles.

Que l'on songe, par exemple, à la présomption de paternité, dont on sait que, dans 15 à 20% des cas, elle ne correspond pas à la réalité.

Amendement n° 318

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 318) visant à remplacer, dans le texte néerlandais de l'amendement n° 291, les mots «*materieel voordeel*» par les mots «*materieel belang*».

Un des auteurs de l'amendement explique que celui-ci est subsidiaire par rapport à l'amendement n° 317, au cas où on viserait quand même des aspects purement matériels. L'objectif des auteurs des amendements est d'exclure, autant que possible, toute pression. L'intervenant fait état de la lassitude à prodiguer des soins que peuvent éprouver les personnes de l'entourage immédiat de l'intéressé. Elles aussi peuvent donc avoir intérêt à ce que le patient meure.

Un membre attire l'attention sur le fait qu'il s'agit en réalité d'une correction matérielle de la version néerlandaise du texte, où le terme «*intérêt*» est traduit tantôt par «*belang*», et tantôt par «*voordeel*».

Amendement nr. 319

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 319), dat ertoe strekt ook ten opzichte van de tweede meerderjarige persoon duidelijk te stellen dat deze geen enkel belang mag hebben bij het overlijden van de betrokkene.

De hoofdindieners verwijst naar zijn toelichting bij de vorige amendementen nrs. 317 en 318.

Amendement nr. 389

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 389), dat ertoe strekt § 1 van artikel 4 te wijzigen als volgt:

A) In het vijfde lid, de volzin «De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen noch op te stellen en waarom.» vervangen door de zin «De behandelende arts van de patiënt vermeldt in de wilsverklaring dat de betrokkene niet in staat is te tekenen noch op te stellen en waarom.»

B) Eveneens in het vijfde lid, tussen de woorden «aangewezen personen» en de woorden «dienen de verklaring te dateren», de woorden «en de behandelende arts» invoegen.

De indiener van het amendement verduidelijkt dat men derden kan belasten met het opstellen van de wilsverklaring, op voorwaarde dat voor enige controle wordt gezorgd, bijvoorbeeld door de behandelende arts van de patiënt.

De aanwezige arts bewijst zijn nut, niet alleen om de patiënt te informeren over de mogelijkheden tot verzorging maar ook, in het bijzondere geval van patiënten die fysiek niet in staat zijn hun verklaring zelf op te stellen, om deze onmogelijkheid te controleren. Het is immers verrassend dat een getuige wordt gelast akte te nemen van de fysieke onmogelijkheid van de patiënt om zijn voorafgaande wilsverklaring op te stellen, en dat hij ook de redenen daarvan moet vermelden.

Wat de bevoegdheid dienaangaande betreft, lijkt het logischer dat deze rol aan een arts wordt toebedeeld. Om de reeds vermelde redenen is het, zoals blijkt uit het vijfde lid, immers perfect mogelijk dat twee getuigen onder een hoedje spelen om, zonder dat de patiënt er iets van afweet, een wilsverklaring op te stellen die totaal indruist tegen zijn wensen. Zelfs al hebben zij persoonlijk geen enkel materieel belang bij het overlijden van de patiënt, toch kunnen zij «benaderd» worden door personen die belang hebben bij diens overlijden. In de gevallen bedoeld in het vijfde lid moet de arts de verklaring medeondertekenen.

Amendement n° 319

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 319) visant à préciser que la deuxième personne majeure ne peut non plus avoir aucun intérêt au décès de l'intéressé.

L'auteur principal renvoie aux justifications de ses amendements n°s 317 et 318.

Amendement n° 389

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 389) ayant pour objet d'apporter au § 1^{er} de l'article 4 les modifications suivantes :

A) Remplacer, au 5^e alinéa, la phrase «La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer et en énoncer les raisons.» par ce qui suit: «Le médecin traitant du patient acte dans la déclaration que le déclarant ne peut pas rédiger ni signer et en énonce les raisons.»

B) Insérer, également au 5^e alinéa proposé, les mots «ainsi que le médecin traitant de celui-ci» entre les mots «déclarant» et «doivent dater et signer».

L'auteur de l'amendement précise que l'on pourrait confier à des tiers la rédaction de la déclaration anticipée, à condition de prévoir un certain contrôle, par exemple, par le médecin traitant du déclarant.

La présence du médecin n'est pas inutile, non seulement pour informer le patient au niveau des possibilités de prise en charge, mais aussi, dans le cas particulier de patients qui sont dans l'impossibilité physique de rédiger leur déclaration eux-mêmes, pour contrôler cette impossibilité. Il paraît, en effet, surprenant de confier à un témoin le soin d'acter l'impossibilité physique du déclarant de rédiger sa déclaration anticipée de volonté et d'en énoncer les raisons.

Il semble plus logique en termes de compétence de confier ce rôle à un médecin. D'autant que pour les raisons déjà exposées précédemment, il est parfaitement possible à la lecture de l'alinéa 5 que deux témoins s'entendent pour rédiger une déclaration de volonté à l'insu du patient et en totale contrariété de ses souhaits. Même s'ils n'ont personnellement aucun intérêt matériel au décès du déclarant, ils peuvent avoir été «approchés» par des personnes qui ont intérêt au décès du déclarant. Dans le cas précis visé à l'alinéa 5, le médecin contresignera la déclaration.

Een lid meent dat het amendement nr. 389 een belangrijke toevoeging is. Zij acht het essentieel dat, wanneer de betrokkene zélf geen wilsverklaring meer kan opstellen, een arts de redenen aangeeft waarom dit zo is. Het feit dat de arts de wilsverklaring mede ondertekent en dateert is niet voldoende; hij dient werkelijk betrokken te worden bij de opstelling van de wilsverklaring.

Een ander lid wijst erop dat er een consensus scheen te zijn over het indicatieve karakter van de wilsverklaring. Bijgevolg is het beter hiervoor geen verplichtingen op te leggen alsof het om een officiële akte zou gaan met een dwingend karakter.

Amendement nr. 419

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 419), dat in het vijfde lid van § 1 van het voorgestelde artikel de rol van de vertrouwenspersoon wenst te beschrijven voor de personen die fysiek niet in staat zijn een wilsverklaring op te stellen.

De hoofdindiener wijst erop dat deze vertrouwenspersoon niet voorkomt in het vijfde lid, dat betrekking heeft op diegenen die geen wilsverklaring meer kunnen opstellen, maar wel in de andere leden van de paragraaf, die alle andere personen betreffen. Voor de zwakkere groep van personen gelden blijkbaar minder waarborgen dan voor diegenen die nog gezond zijn. Het amendement nr. 419 wil hieraan verhelpen.

Een lid antwoordt dat het duidelijk is dat in het document in voorkomend geval de vertrouwenspersoon moet worden aangewezen, ook in de context van het vijfde lid.

Amendement nr. 320

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 320), dat het vijfde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 wil aanvullen met een passus, volgens dewelke de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team niet als aangewezen persoon kunnen optreden.

Een lid onderstreept dat de bepalingen met betrekking tot de vertrouwensperso(o)n(en), en de regel dat de behandelende arts, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team niet als vertrouwenspersoon kunnen worden aangewezen, van toepassing blijven in de hypothese dat de betrokkene fysiek niet in staat is zelf zijn wilsverklaring op te stellen.

Une membre estime que l'amendement n° 389 constitue un ajout important. Il est essentiel à ses yeux, que lorsque l'intéressé ne peut plus rédiger lui-même une déclaration de volonté, un médecin indique pour quelles raisons il en est ainsi. Il ne suffit pas que le médecin contresigne et date la déclaration de volonté; il doit réellement être associé à la rédaction de la déclaration de volonté.

Un autre membre rappelle qu'il semblait y avoir consensus sur le caractère indicatif de la déclaration. Dès lors, prévoir des obligations comme s'il s'agissait d'un acte officiel à portée impérative est une voie dans laquelle il vaut mieux ne pas s'engager.

Amendement n° 419

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 419) visant à décrire, au cinquième alinéa du § 1^{er} de l'article proposé, le rôle incombant aux personnes de confiance pour les personnes qui ne sont physiquement pas à même de rédiger une déclaration de volonté.

L'auteur principal de l'amendement souligne qu'il n'est pas question de ces personnes de confiance au cinquième alinéa, qui concerne les patients ne pouvant plus rédiger de déclaration de volonté, alors qu'elles sont mentionnées dans les autres alinéas, qui concernent tous les autres patients. Le groupe des patients les plus vulnérables bénéficie apparemment de moins de garanties que ceux qui sont encore en bonne santé. L'amendement n° 419 entend remédier à cette discordance.

Un membre répond qu'il est clair que le document doit désigner, s'il échet, la personne de confiance, y compris dans le contexte de l'alinéa 5.

Amendement n° 320

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 320) visant à compléter le cinquième alinéa du § 1^{er} de l'article 4 proposé par une disposition selon laquelle le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent agir en qualité de personnes désignées.

Un membre souligne que les dispositions relatives à la ou aux personne(s) de confiance, et la règle selon laquelle le médecin traitant, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent être désignés comme personnes de confiance, restent d'application dans l'hypothèse où la personne est dans l'impossibilité physique de rédiger elle-même sa déclaration.

Amendement nr. 418

De heren Geens en Remans dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 418), dat ertoe strekt het zesde lid van § 1 van het voorgestelde artikel te doen vervallen.

Een van de indieners meent dat de voorgestelde termijn van vijf jaar moet geschrapt worden. Voor een testament wordt evenmin een geldigheidsduur bepaald. Wie een wilsverklaring wil wijzigen, kan dit doen op elk ogenblik. Waarom dan een termijn van vijf jaar voorzien? Er kunnen immers onrechtvaardige situaties ontstaan waarbij iemand die een wilsverklaring heeft geschreven en bevestigd, net buiten die termijn van 5 jaar buiten bewustzijn valt en zijn wilsverklaring bijgevolg niet meer geldig is. Dergelijke situaties zijn legio. Spreker meent dat een wilsverklaring moet geldig blijven tot herroeping. De termijn van vijf jaar brengt niets bij.

Een lid meent dat er een fundamenteel verschil is tussen enerzijds het opstellen van een testament, waarin men over de goederen beschikt die men zal hebben wanneer men overlijdt, en anderzijds het opstellen van een wilsverklaring overeenkomstig voorliggend wetsvoorstel, waarbij men over zijn leven beschikt. Omdat het leven het hoogste goed is, is men soepeler voor de opstelling van het testament dat in wezen slechts handelt over een vermogen, dat is de potentie om iets te verwerven. De opstelling van een testament is niet verplicht vermits er een wettelijke regeling bestaat die het vermogen verdeelt over de erfgenamen. Een deel hiervan heeft betrekking op de «reservataire erfgenamen» en is zelfs dwingend, dat wil zeggen dat men er niet kan van afwijken.

Wat de wilsverklaring betreft is de toestand anders, vermits deze een anticipatieve verklaring betreft van een toestand waarin men mogelijkerwijze zou kunnen terechtkomen op het einde van het leven. De wilsverklaring spreekt zich uit over de behandelbaarheid van een ziekte, wanneer men in een bepaalde toestand zou terechtkomen. De vrije wil veronderstelt ook een correcte en volledige voorlichting («*informed consent*»). De in de tekst van artikel 4 aangegeven termijn is dan ook juist opgenomen om het hoofd te bieden aan de gewijzigde medische kennis. Sommige ziekten, die de betrokkene voor ogen heeft bij de opstelling van zijn wilsverklaring, kunnen immers later blijken behandelbaar te zijn, waar dit voorheen niet mogelijk was.

Een ander lid meent dat de vergelijking tussen de opstelling van een testament en de opstelling van een wilsverklaring niet opgaat. Het testament is een element van het zakenrecht en heeft betrekking op het lot van de goederen na de dood. Dit kan niet worden vergeleken met het leven, dat immers niet zomaar een goed is.

Amendement n° 418

MM. Geens et Remans déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 418) visant à supprimer le sixième alinéa du § 1^{er} de l'article proposé.

Un des auteurs de l'amendement estime que le délai de cinq ans doit être supprimé. On ne prévoit pas non plus de durée de validité pour un testament. Quiconque souhaite modifier une déclaration de volonté peut le faire à tout moment. Pourquoi alors prévoir une durée de cinq ans? Des situations injustes peuvent en effet se présenter, où une personne qui a rédigé et confirmé une déclaration de volonté en état de conscience se trouve plongée, juste après l'échéance de ce délai, avec la conséquence que sa déclaration n'est plus valable. Ce genre de situations arrive très souvent. L'intervenant pense qu'une déclaration de volonté doit rester valable tant qu'elle n'est pas révoquée. Le délai de cinq ans n'apporte rien de plus.

Un membre estime qu'il y a une différence fondamentale entre, d'une part, la rédaction d'un testament dans lequel on dispose des biens que l'on aura au moment du décès et, d'autre part, celle d'une déclaration de volonté au sens de la proposition à l'examen, dans laquelle on dispose sur sa vie. La vie étant le bien suprême, on est plus souple en ce qui concerne la rédaction du testament, qui ne porte en fait que sur un patrimoine, c'est-à-dire sur la capacité d'acquérir. Il n'est pas obligatoire de rédiger un testament puisqu'il existe une réglementation légale qui partage le patrimoine entre les héritiers. Une partie de cette réglementation concerne les «héritiers réservataires» et est même contraignante: on ne peut y déroger.

La situation est toute autre en ce qui concerne la déclaration de volonté, puisqu'il s'agit d'une déclaration anticipative par rapport à une situation dans laquelle on pourrait éventuellement se trouver en fin de vie. La déclaration de volonté se prononce sur la possibilité de traiter une maladie, au cas où on se trouverait dans une situation déterminée. Le libre arbitre suppose aussi une information correcte et complète («*informed consent*»). Le délai prévu à l'article 4 y a précisément été inscrit pour tenir compte de l'évolution des connaissances médicales. Il peut en effet apparaître plus tard que certaines maladies, auxquelles l'intéressé pensait lorsqu'il rédigeait sa déclaration de volonté, sont devenues soignables alors qu'elles ne l'étaient pas auparavant.

Un autre membre estime que la comparaison entre la rédaction d'un testament et la rédaction d'une déclaration anticipée n'a pas de sens. Le testament est un élément du droit réel et il concerne la destination des biens après la mort. On ne peut pas comparer cela avec la vie, qui n'est pas un simple bien.

Spreekster wijst er eveneens op dat de wereld van ziektes jongeren volstrekt vreemd is, zo heeft psychologisch onderzoek aangetoond. Zij zijn zich immers veelal nog niet echt bewust van de risico's van het roken of van bepaalde seksuele gedragingen omdat zij nog niet geconfronteerd werden met personen die lijden aan longkanker of aids. Het risico dat jonge mensen een wilsverklaring opmaken, waarin zij stellen dat zij willen geëuthanaseerd worden op het ogenblik dat zij dement worden, is dan ook niet ondenkbaar. Het is dan ook absoluut noodzakelijk een termijn in te schrijven voor de geldigheid van de wilsverklaring, die zoveel als mogelijk moet bevestigd worden. Op die wijze kan maximaal worden nagegaan wat de werkelijke wil is van de betrokken persoon. Dit is volstrekt onmogelijk indien een wilsverklaring zou dateren van een periode die bijvoorbeeld 20 jaar geleden is.

Een lid meent dat het amendement aantoonde hoe dubbelzinnig de toepassing van de wilsverklaring in de beoogde situatie wel is.

De spreekster merkt op dat iedereen steeds zijn wensen in een document kan neerschrijven. Het probleem ligt alleen bij de waarde die aan dat document wordt gehecht.

De dubbelzinnigheid vloeit voort uit het feit dat in § 1 de wijze wordt beschreven waarop de wilsverklaring moet worden opgesteld, maar dat de bepalingen over de vraag of de arts al dan niet met die verklaring rekening mag houden in § 2 zijn opgenomen.

Men zou dus de termijn uit § 1 kunnen weglaten en bepalen dat de verklaring op elk moment kan worden opgesteld, aangepast of ingetrokken, maar in § 2 verduidelijken dat de arts er alleen rekening mee mag houden voor zover ze onder bepaalde voorwaarden en binnen een bepaalde termijn werd opgesteld.

Ten slotte bestaat in alle gevallen het risico op vergetelheid, waarnaar in de verantwoording van het amendement wordt verwezen.

Een van de indieners van het amendement nr. 418 is ervan overtuigd dat het stellen van een termijn hoe dan ook slachtoffers zal maken. Men moet er van uitgaan dat eenieder op elke dag zijn wilsverklaring kan veranderen. Wat te doen indien bepaalde personen voor lange tijd in een coma raken of een herseninfarct krijgen dat hen buiten bewustzijn brengt? Op dat ogenblik heeft de betrokkene geen mogelijkheid meer om een wilsverklaring op te stellen of te bevestigen, en kan de termijn verstreken zijn zodat aan hun wil geen gevolg zal worden gegeven.

Een lid meent dat de voorbeelden die de vorige spreker heeft aangehaald betrekking hebben op wilsonbekwamen. Het was toch de bedoeling dat artikel 4 géén betrekking had op wilsonbekwamen.

L'intervenante souligne également que des études psychologiques ont montré que le monde des maladies était totalement étranger aux jeunes. En effet, dans bien des cas, il ne sont pas encore conscients des risques liés au tabagisme ou à certains comportements sexuels, étant donné qu'ils n'ont pas encore été confrontés à des personnes atteintes d'un cancer ou du sida. On peut donc très bien imaginer que des jeunes soient amenés à rédiger une déclaration anticipée indiquant qu'ils souhaitent que l'on pratique sur eux l'euthanasie au cas où ils deviendraient déments. Il est donc indispensable de prévoir un délai de validité pour la déclaration anticipée, laquelle devra être confirmée le plus souvent possible. On pourra ainsi déterminer autant que faire se peut quelle est la volonté réelle de la personne en question. Ce serait tout à fait impossible si la déclaration datait, par exemple, d'il y a 20 ans.

Un membre estime que l'amendement montre bien toute l'ambiguïté de la déclaration anticipée appliquée à la situation envisagée.

L'intervenante remarque que chacun peut toujours écrire ce qu'il veut dans un document. Le problème réside dans la valeur que l'on donne à ce document.

L'ambiguïté vient ici de ce qu'au § 1^{er}, on prévoit les modalités selon lesquelles une déclaration anticipée doit être rédigée, mais que c'est au § 2 que l'on trouve les dispositions relatives au fait que le médecin peut ou non prendre en compte cette déclaration.

On pourrait donc, au § 1^{er}, supprimer le délai prévu, et indiquer que la déclaration peut être faite, adaptée ou retirée à tout moment, mais préciser au § 2 que le médecin, lui, ne peut la prendre en compte que pour autant qu'elle ait été rédigée dans telles conditions et tel délai.

Enfin, l'argument de l'oubli, invoqué dans la justification de l'amendement, est valable dans un sens comme dans l'autre.

Un des auteurs de l'amendement n° 418 est convaincu qu'en fixant un délai, on fera des victimes, quoi qu'il advienne. On doit partir du principe que chacun doit pouvoir modifier sa déclaration anticipée à n'importe quel moment. *Quid* lorsque certaines personnes sont dans le coma pendant une longue période ou sont victimes d'un infarctus cérébral qui leur fait perdre conscience? À ce moment-là, elles n'ont plus la possibilité de rédiger ou de confirmer une déclaration anticipée et le délai en question peut arriver à expiration, si bien que l'on se trouve dans l'impossibilité d'exécuter leur volonté.

Une membre estime que les exemples cités par le préopinant concernent des incapables. Or, le but était que l'article 4 ne concerne pas les incapables.

De vorige spreker verduidelijkt dat het mogelijk is dat iemand die in een coma raakt of een herseninfarct krijgt gedurende een periode buiten bewustzijn is, maar vervolgens na enkele jaren toch weer ontwaakt om dan nadien helemaal in een vegetatieve toestand terecht te komen. In deze tussenliggende periode is men wilsonbekwaam en is men niet helemaal «bij bewustzijn» en kan men bijvoorbeeld waanvoorstellingen krijgen. Het is derhalve onmogelijk om tijdens deze periode een wilsverklaring op te stellen of te bevestigen, voor de periode nadien waarin men in een neurovegetatief leven terechtkomt. Mogelijk is de termijn van 5 jaar reeds verstreken en kan aan de wil van de betrokkene niet worden tegemoet gekomen.

De vorige spreker begrijpt hieruit dat de vorige spreker een regeling wil uitwerken voor mensen die wilsonbekwaam zijn.

Deze laatste is het hiermee helemaal niet eens. Hij wil gewoon vermijden dat in het gegeven voorbeeld de termijn van 5 jaar verstrijkt zonder dat de betrokkene de gelegenheid heeft om de wilsverklaring te bevestigen en dat er aan diens wil derhalve geen gevolg wordt gegeven.

De vorige spreker begrijpt niet goed dat zo iemand een «slachtoffer» kan worden genoemd. Zij meent dat de vorige spreker balanceert op het randje van het wenselijke vermits het niet duidelijk is of hij nu wilsonbekwamen wil betrekken in de voorgestelde regeling of niet. Ook het feit dat de indieners van het amendement nr. 418 spreken over het «uitvoering geven aan de wilsverklaring» geeft aan dat zij deze als méér dan een indicatie beschouwen. Het amendement dreigt derhalve actieve levensbeëindiging toe te laten door uitvoering te geven aan een wilsverklaring van wilsonbekwamen. Dit is een bijzonder gevaarlijke piste.

De vorige spreker repliceert dat het probleem net is dat wilsonbekwamen hun wilsbeschikking niet kunnen opstellen of bevestigen, waarmee hij precies aangeeft dat enkel wilsbekwamen een wilsverklaring kunnen opstellen.

Amendementen nrs. 367 en 410

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 367), dat ertoe strekt in § 1 van artikel 4 het zesde lid te vervangen als volgt:

«De wilsverklaring moet regelmatig bevestigd worden en hoe dan ook in een termijn die dicht bij het begin van het ogenblik waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan bevestigen. De wilsverklaring heeft niettemin slechts een indicatieve waarde.»

Hetzelfde lid dient op dit subamendement eveneens een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16,

Le préopinant précise qu'il est possible qu'une personne qui tombe dans le coma ou qui est victime d'un infarctus cérébral perde conscience et se réveille au bout de plusieurs années pour tomber ensuite dans un état totalement végétatif. Pendant la période intermédiaire, cette personne est incapable et elle n'est pas totalement «consciente». Elle peut par exemple être victime d'hallucinations. Pendant ce temps, cette personne est donc dans l'impossibilité de rédiger ou de confirmer une déclaration anticipée pour la période ultérieure au cours de laquelle elle entrera dans un état neuro-végétatif. Il se peut que le délai de 5 ans soit déjà arrivé à expiration et qu'on ne puisse pas répondre à la volonté de l'intéressé.

L'intervenante précédente en déduit que le préopinant souhaite élaborer une réglementation pour les personnes incapables.

Ce préopinant dit ne pas être d'accord sur ce point. Il veut simplement éviter que, dans l'exemple cité, le délai de 5 ans expire sans que l'intéressé ait la possibilité de confirmer sa déclaration anticipée et qu'il soit dès lors impossible d'exécuter sa volonté.

La préopinante ne comprend pas très bien comment on peut appeler une telle personne une «victime». Elle estime que le préopinant se situe aux limites de ce qui est souhaitable, car on ne voit pas bien s'il veut ou non faire appliquer le régime proposé aux incapables. Le fait qu'il soit question d'«appliquer la déclaration anticipée» dans l'amendement n° 418 indique également que cette déclaration constitue plus qu'une indication. Par conséquent, cet amendement risque de permettre l'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée faite par un incapable. C'est une piste particulièrement dangereuse.

Le préopinant réplique que le problème vient précisément de ce que les incapables se trouvent dans l'impossibilité de rédiger et de confirmer leur déclaration anticipée, ce qui revient à dire que seules les personnes capables sont en mesure de rédiger une déclaration de volonté.

Amendements nos 367 et 410

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 367), tendant à remplacer l'alinéa 6 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«La déclaration doit avoir été confirmée régulièrement en tout état de cause, dans un délai rapproché du début de l'impossibilité de manifester sa volonté. Elle n'a cependant que valeur indicative pour le médecin.»

Le même membre dépose également à ce sous-amendement un sous-amendement (doc. Sénat,

amendement nr. 410), dat ertoe strekt na de eerste zin, de volgende zin in te voegen: «Die termijn kan niet korter zijn dan één jaar.»

De indiener meent dat de voorwaarden voor het in acht nemen van de verklaring niet in § 1 moeten worden bepaald.

In § 1 wordt bepaald dat iemand een wilsverklaring kan opmaken waarin hij om euthanasie verzoekt.

Ten gronde vindt de indiener de termijn van vijf jaar waarin amendement nr. 291 voorziet zeer lang. In vijf jaar tijd kan er zich een belangrijke evolutie voordoen.

Op het ogenblik dat de patiënt zijn verklaring opstelt, bevindt hij zich, per definitie, niet in de omstandigheden waarin hij zich zou bevinden op het ogenblik dat de arts met zijn verklaring rekening zou moeten houden.

Deze verklaring mag in geen geval op gelijke voet worden geplaatst als een duurzaam en herhaald verzoek zoals bedoeld in artikel 3.

Sommige patiënten, met name bejaarde patiënten, kunnen vergeten zijn dat ze een dergelijke verklaring hebben opgesteld.

Gelet op de ernst van de daad die gesteld kan worden, moet men strenger zijn. Het is wenselijk dat de verklaring op geregelde tijdstippen wordt bevestigd, en de termijn tussen de verklaring of de bevestiging ervan en het begin van de onmogelijkheid om zijn wil nog te uiten, moet korter zijn.

Twee formules worden voorgesteld: een termijn die «dicht» bij het begin ligt, zonder verdere verduidelijking (omdat elke termijn altijd een willekeurig element omvat) of een termijn van één jaar.

Amendement nr. 367 bepaalt ook dat de wilsverklaring voor de arts slechts een indicatieve waarde heeft, net zoals het verzoek zoals bedoeld in artikel 3 overigens.

Een lid ondersteunt deze amendementen omdat ze tegemoet komen aan enkele bekommernissen die zij reeds eerder heeft geuit, zoals ook de vervanging door amendement nr. 291 van de woorden «levenstestament» en «gemandateerden» door respectievelijk «wilsverklaring» en «vertrouwenspersoon» een goede zaak is. Het lid juicht ook toe dat het zinnetje werd geschrapt dat de gemandateerde erover moest waken dat de wilsverklaring wel degelijk werd uitgevoerd.

Niettemin heeft het lid nog steeds vragen over het precieze gevolg dat een arts aan de wilsverklaring moet geven. Sommigen hebben reeds uitdrukkelijk gesteld dat een wilsverklaring nooit een echte opdracht aan een geneesheer kan zijn en een louter indicatieve waarde kan hebben. Dit blijkt echter niet

n° 2-244/16, amendement n° 410), tendant à insérer, après la première phrase, la phrase suivante: «Ce délai ne peut être inférieur à un an.»

L'auteur estime que ce n'est pas au § 1^{er} qu'il convient de préciser les conditions auxquelles la déclaration peut être prise en compte.

Au § 1^{er}, on prévoit qu'une personne peut faire une déclaration anticipée dans laquelle elle demande l'euthanasie.

Quant au fond, l'auteur trouve très long le délai de cinq ans prévu par l'amendement n° 291. En cinq ans, les choses peuvent évoluer de façon considérable.

Le patient, au moment où il rédige la déclaration, ne se trouve pas, par définition, dans les conditions où il se trouverait au moment où le médecin serait amené à la prendre en compte.

Cette déclaration ne peut en aucune manière être mise sur le même pied qu'une demande constante et réitérée au sens de l'article 3.

Certains patients, notamment des patients âgés, peuvent avoir perdu de vue qu'ils ont fait une telle déclaration.

Compte tenu de la gravité de l'acte qui pourrait être posé, il faut être plus strict. Des confirmations à intervalles réguliers sont souhaitables, et le délai séparant la déclaration ou sa confirmation du début de l'impossibilité de manifester sa volonté doit être plus court.

Deux formules sont proposées: un délai «rapproché», sans autre précision (parce que tout délai revêt nécessairement un certain arbitraire), ou un délai d'un an.

L'amendement n° 367 précise aussi que la déclaration n'a qu'une valeur indicative pour le médecin, comme du reste, la demande visée à l'article 3.

Un membre souscrit à ces amendements parce qu'ils répondent à des préoccupations qu'il avait déjà exprimées, et remplacer respectivement les mots «testament de vie» et «mandataires» par «déclaration anticipée» et «personne de confiance», qui est proposé par l'amendement n° 291, est également une bonne chose. Le membre se réjouit également de voir qu'on a supprimé la phrase suivant laquelle le mandataire devait veiller à l'application de la déclaration anticipée.

Le membre continue néanmoins à s'interroger sur les suites précises qu'un médecin doit donner à une déclaration anticipée. D'aucuns ont déjà dit expressément qu'une déclaration anticipée ne peut jamais obliger le médecin à poser un acte et qu'elle ne peut dès lors avoir qu'une valeur indicative. Or, cela ne

expliciet uit amendement nr. 291. Wanneer men het erover eens is dat een wilsverklaring slechts indicatief kan zijn, dient dit uitdrukkelijk te worden opgenomen in de tekst.

Bovendien zegt spreekster het moeilijk te hebben met de termijn van vijf jaar, die zeer lang is in het licht van de evolutie van de medische wetenschap. De perceptie over de mogelijkheid dat een bepaalde ziekte al dan niet te genezen is, verandert immers vrij snel. Een «regelmatige» of «jaarlijkse» bevestiging van de wilsverklaring lijkt dan ook aangewezen.

Een ander lid herinnert eraan dat de tekst de voorwaarden omschrijft waaronder met de verklaring rekening kan worden gehouden zodat er geen sprake is van een inbreuk. Men moet de zaken dus niet om draaien.

Wat de termijn van vijf jaar betreft, dat is een kwestie van beoordeling.

Men kan evenwel moeilijk aannemen dat een dergelijke verklaring op een anekdotische wijze wordt opgesteld, daar ze over het lot van de betrokkene zelf gaat.

Als men wenst dat deze verklaring van enig belang is, moet men er zich op het ogenblik van ondertekening van bewust zijn dat de verklaring in ieder geval bevestigd zal moeten worden.

Een ander lid voegt hieraan toe dat het antwoord op de amendementen duidelijk wordt uiteengezet in amendement nr. 291: «Met de wilsverklaring wordt alleen rekening gehouden indien zij minder dan vijf jaar vóór het ogenblik waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.»

De termijn van een jaar vindt spreker niet ernstig. De termijn zou leiden tot een strikt administratief en repetitief systeem dat absoluut niet overeenstemt met de bedoeling van de zes indieners.

Voorts kan de patiënt zijn verklaring zo vaak als hij wil herzien.

Ten slotte bevestigt spreker nogmaals het indicatieve karakter van de wilsverklaring.

Een lid sluit zich aan bij de vorige interventies met betrekking tot de indicatieve waarde van de wilsverklaring en met betrekking tot de relatief korte duur van een periode van 5 jaar in dit verband. Personen kunnen evolueren van een situatie van perfecte handelings- en wilsbekwaamheid over een situatie waarbij men niet meer bij bewustzijn — en derhalve noch handelings- of wilsbekwaam — is, of zelfs naar een louter vegetatieve toestand. Vijf jaar is dan zeer kort.

De indiener van amendement nr 367 antwoordt dat zij haar best doet om de logica van de zes indieners in artikel 3 te volgen, waar het begrip «herhaald en

ressort pas explicietement de l'amendement n° 291. Si l'on est d'accord pour dire qu'une déclaration anticipée ne peut avoir qu'une valeur indicative, il peut le mentionner expressément dans le texte.

En outre, l'intervenante déclare que le délai de cinq ans lui pose problème: il s'agit d'un délai très long au regard du rythme d'évolution de la science médicale. En effet, les perspectives de guérison des malades évoluent très rapidement. Une confirmation «régulière» ou «annuelle» de la déclaration de volonté paraît dès lors indiquée.

Un autre membre rappelle que le texte décrit les conditions auxquelles une déclaration peut être prise en compte pour qu'il n'y ait pas infraction. Il ne faut donc pas inverser la logique.

Quant au délai de cinq ans, il s'agit d'une question d'appréciation.

Mais on peut difficilement imaginer qu'une telle déclaration soit rédigée de façon anecdotique, alors qu'elle concerne le destin même du déclarant.

Si l'on souhaite que cette déclaration ait une certaine importance, il faut que l'on sache, au moment où on la signe, qu'en tout état de cause, elle doit être renouvelée.

Un autre membre encore ajoute que la réponse aux amendements se trouve exprimée clairement dans l'amendement n° 291: «La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.»

Quant au délai d'un an, l'intervenant ne l'estime pas sérieux. Il mettrait en place une sorte de système purement administratif et répétitif qui ne cadre pas avec ce qu'ont voulu les six auteurs.

Du reste, le déclarant peut changer sa déclaration aussi souvent qu'il le désire.

Enfin, l'intervenant confirme une fois encore le caractère indicatif de la déclaration anticipée.

Un membre souscrit aux interventions précédentes au sujet de la valeur indicative de la déclaration anticipée et de la durée relativement courte que représente une période de 5 ans dans ce contexte. Les gens peuvent passer d'une situation dans laquelle ils sont parfaitement capables d'agir et d'exprimer leur volonté à une situation dans laquelle ils ne sont plus conscients et par conséquent, incapables d'agir et incapables d'exprimer leur volonté, ou encore à une situation dans laquelle ils sont dans un état purement végétatif. Un délai de cinq ans est donc très court.

L'auteur de l'amendement n° 367 répond qu'elle s'efforce de suivre la logique que les six auteurs ont eux-mêmes voulue à l'article 3, où la notion de

duurzaam verzoek» uitgebreid besproken is en waar werd bepaald dat de arts zich ervan moet vergewissen dat dit verzoek strookt met de voorwaarden die de wet stelt.

Spreekster meent dat er, in het geval van een wilsverklaring en een patiënt die niet meer bij bewustzijn is, minstens voor moet worden gezorgd dat tijdens de voorafgaande procedure dezelfde voorzorgsmaatregelen worden bepaald als in artikel 3 met betrekking tot het duurzaam karakter van het verzoek.

De termijn van vijf jaar als bepaald in amendement nr. 291 lijkt haar hoe dan ook te lang.

Een lid verwijst naar de grondvoorwaarden voor de euthanasie overeenkomstig artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, waarin wordt gesproken over een vrijwillig, herhaald en overwogen verzoek in een situatie van ondraaglijk lijden, dat zonder enige druk tot stand dient te komen.

Hier, in de logica van een euthanasieverklaring, wordt deze piste echter volledig verlaten en wordt gesteld dat een bevestiging om de 5 jaar voldoende is. Er dient te worden opgemerkt dat, naar aanleiding van deze bevestiging, niet opnieuw alle formaliteiten moeten worden vervuld, zoals het aanstellen van een vertrouwenspersoon, de aanwezigheid van getuigen en dergelijke meer. Een loutere bevestiging van de betrokkene volstaat. Terloops wordt ergens in de tekst vermeld dat de wilsverklaring ten allen tijde kan worden teruggetrokken, zonder echter concreet aan te geven hoe dit dient te gebeuren, terwijl voor de totstandkoming van de wilsverklaring wel degelijk een aantal wettelijke formaliteiten worden voorgeschreven. Hoe kan een dergelijke intrekking van een wilsverklaring worden aangetoond?

Een lid antwoordt dat de patiënt in dat geval gewoon de verklaring intrekt, en dan is er geen sprake meer van euthanasie.

De vorige spreker ziet niet in hoe kan worden aangetoond dat de wilsverklaring is ingetrokken in het geval dat deze intrekking mondeling gebeurt ten overstaan van een arts, die zulks niet zou doorvertellen. In dat geval is er een ondertekende wilsverklaring, maar kan niet worden aangetoond dat ze is ingetrokken. Een regelmatige bevestiging van de wilsverklaring kan een oplossing bieden voor dit probleem.

Een lid betwist de juridische relevantie van de parallel die een vorige spreker getrokken heeft tussen artikel 3 en artikel 4.

Paragraaf 2 van artikel 4 bepaalt een aantal voorwaarden die vergelijkbaar zijn met de voorwaarden van artikel 3, maar die uiteraard zijn aangepast aan de bijzondere toestand van buiten bewustzijn zijn waarover het in artikel 4 gaat.

«demande réitérée et persistante» a été largement discutée, et où il a été prévu que le médecin devait s'assurer que cette demande répondait bien aux conditions prévues par la loi.

L'intervenante estime que, dans le contexte d'une déclaration anticipée et d'un patient inconscient, le moins que l'on puisse faire est de prévoir également, dans le processus préalable, le même type de précaution qu'à l'article 3 quant à la volonté réitérée de la personne.

Le délai de cinq ans prévu par l'amendement n° 291 lui paraît en tout cas beaucoup trop long.

Une membre fait référence aux conditions de fond pour l'euthanasie qui sont définies à l'article 3 de la proposition de loi à l'examen. Il y est question d'une demande volontaire, réfléchie et répétée formulée dans une situation de souffrance qui ne peut être apaisée et qui ne résulte pas d'une pression extérieure.

En l'espèce, dans la logique d'une déclaration d'euthanasie, on abandonne complètement cette piste et on affirme qu'une confirmation tous les 5 ans est suffisante. Il y a lieu de noter que, pour cette confirmation, il n'est pas nécessaire d'accomplir à nouveau toutes les formalités, comme celle qui consiste à désigner une personne de confiance, à veiller à la présence de témoins, etc. Une simple confirmation de l'intéressé suffit. En passant, le texte précise que la déclaration anticipée peut être retirée à tout moment, mais il n'indique pas comment cela doit se faire concrètement, alors qu'il prévoit des formalités légales pour ce qui est de la rédaction de la déclaration. Comment apporter la preuve qu'une déclaration a été retirée?

Un membre répond que, dans ce cas, le patient retire tout simplement sa déclaration et la problématique de l'euthanasie ne se pose plus.

L'intervenante précédente ne voit pas comment on pourrait apporter la preuve du retrait de la déclaration de volonté lorsque celle-ci a été retirée verbalement en présence d'un médecin et que ce dernier ne fait pas suivre l'information auprès de qui de droit. En pareil cas, il y a une déclaration de volonté écrite, mais l'on ne peut pas prouver qu'elle a été retirée. Ce problème pourrait être résolu si le signataire confirmait sa déclaration à intervalles réguliers.

Un membre conteste la pertinence juridique du parallèle entre l'alinéa 3 et l'article 4, fait par une précédente intervenante.

Le § 2 de l'article 4 fixe une série de conditions, comparables à celles de l'article 3, mais, bien évidemment, adaptées à la situation spécifique d'inconscience que l'on vise.

Amendementen nrs. 321, 421, 422 en 423

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 321) dat beoogt in het zesde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 de termijn van vijf jaar terug te brengen tot één jaar.

In subsidiaire orde dient de heer Vandenberghe een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 421) dat beoogt de termijn van vijf jaar terug te brengen tot twee jaar. Tevens dient hij enkele amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 422 (subamendement op het amendement nr. 421) en amendement nr. 423 (subamendement op het amendement nr. 422), die een termijn van drie, respectievelijk vier jaar inschrijven in het voorgestelde artikel 4.

De indiener van de amendementen verwijst naar verklaringen van de indieners van amendement nr. 291 die stellen dat de termijn van vijf jaar reeds zeer kort is. Hoewel dit inderdaad het geval is in het perspectief van de eeuwigheid, is deze termijn in een mensenleven eerder lang. De theorie van de verjaring in burgerlijke zaken, volgens dewelke men na verloop van tijd geen rechtsgevolgen meer mag verbinden aan bepaalde eisen, is gebaseerd op het feit dat een te lange periode aanwezig is tussen het ogenblik van de gebeurtenis en het oordeel. Wie bijvoorbeeld een eis stelt tegen een geneesheer moet dit doen binnen een bestek van drie jaar. Daarna is het te laat en vervalt de vordering. De wetgever beschouwt de periode van drie jaar derhalve als zeer lang. Voor misdrijven gelden evenwel langere periodes.

In voorliggende aangelegenheid moet de wilsbeschikking met kennis van zaken worden opgesteld en is het wenselijk om een niet te lange termijn te laten verlopen tussen het ogenblik van de inschatting van een potentiële toekomstige gebeurtenis en het ogenblik waarop deze gebeurtenis plaatsvindt.

Amendement nr. 322

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 322) dat duidelijk moet maken dat de wilsverklaring een louter indicatief karakter heeft.

De hoofdindiener meent dat, indien zulks het geval is, moet worden gesteld dat met de wilsverklaring «kan» rekening worden gehouden. Elke dubbelzinnigheid hieromtrent moet worden vermeden.

Een lid verwijst naar de formulering van amendement nr. 291, waarin staat: «Met de wilsverklaring wordt alleen rekening gehouden indien zij minder dan vijf jaar vóór het ogenblik waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.»

Amendements n^{os} 321, 421, 422 et 423

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 321) un sous-amendement tendant à ramener à un an le délai de cinq ans visé à l'alinéa 6 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

M. Vandenberghe dépose, en ordre subsidiaire, un amendement (doc. Sénat n° 2-244/16, amendement n° 421) tendant à ramener ce délai de cinq ans à deux ans. Il dépose aussi plusieurs amendements (doc. Sénat, n° 421) et amendement n° 423 (sous-amendement n° 422), qui inscrivent un délai fixé à respectivement trois et quatre ans à l'article 4 proposé.

L'auteur des amendements renvoie aux déclarations des auteurs de l'amendement n° 291, qui estiment que le délai de cinq ans est déjà fort court. Bien que tel soit effectivement le cas à l'échelle de l'éternité, ce délai est assez long à l'échelle d'une vie humaine. La théorie de la prescription en matière civile, selon laquelle certaines conditions n'ont plus d'effets juridiques au bout d'un certain temps, est basée sur le fait qu'il s'est écoulé une période trop longue entre le moment du fait et le jugement. Quiconque intente une action contre un médecin, par exemple, doit le faire dans un délai de trois ans. Au-delà de ce délai, il est trop tard et l'action s'éteint. C'est pourquoi le législateur considère qu'une période de trois ans est une période fort longue. Le délai de prescription prévu pour les crimes est cependant plus long.

Dans la présente matière, la déclaration de volonté doit être rédigée en connaissance de cause et il est souhaitable de ne pas laisser s'écouler un délai trop long entre le moment de l'évaluation d'un événement futur potentiel et le moment où cet événement se produit.

Amendement n^o 322

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 322) tendant à préciser que la déclaration de volonté n'a qu'une valeur purement indicative.

L'auteur principal considère que, si tel est le cas, il faut préciser dans le texte néerlandais qu'il peut («kan») être tenu compte de la déclaration de volonté. Il convient d'éviter toute ambiguïté sur ce point.

Un membre renvoie à la formulation de l'amendement n° 291, où l'on peut lire: «La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.»

De vorige spreker meent dat de door amendement nr. 291 voorgestelde Nederlandse tekst iets anders zegt dan amendement nr. 322. De Franse tekst drukt beter de bedoeling uit.

Volgens een lid zal de arts, als hij weet dat de patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld, daar rekening mee houden bij zijn beoordeling, ongeacht hoe lang het geleden is dat de patiënt dit deed. Het probleem duikt pas op bij de daaropvolgende procedure en bij de toestemming die de wet aan de arts geeft.

De formulering van de tekst veroorzaakt een zekere dubbelzinnigheid.

Een vorige spreker verduidelijkt dat de tekst van artikel 4 als geformuleerd in amendement nr. 291 wel degelijk betekent dat, in het kader van het wetsvoorstel, met de wilsverklaring geen rekening mag worden gehouden als zij meer dan vijf jaar voordien is opgesteld.

Amendement nr. 390

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 390), dat ertoe strekt in het zesde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4, de woorden «Met de wilsverklaring wordt alleen rekening gehouden» te vervangen door de woorden «De wilsverklaring heeft geen dwingende waarde voor de arts en er wordt alleen rekening mee gehouden».

Dit amendement stelt expliciet in de tekst dat de wilsverklaring geen dwingende waarde heeft, aangezien daarover een consensus lijkt te bestaan.

Amendementen nrs. 391 en 392

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 391), dat ertoe strekt in het voorgestelde zesde lid, de woorden «indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd» te vervangen door de woorden «indien zij is opgesteld of bevestigd op een moment waarop de patiënt in staat was de draagwijdte van zijn verklaring en de evolutie van zijn gezondheidstoestand volledig te beseffen».

De indiener van het amendement geeft toe dat het misschien willekeurig is om een strikte termijn te bepalen waarbinnen de wilsverklaring moet zijn opgesteld en bevestigd.

Zij wenst voornamelijk dat het moment waarop de persoon zijn wil uitdrukt, zo nauw mogelijk aansluit bij de ontwikkeling van zijn gezondheidstoestand.

Men moet erkennen dat niet alleen de fysieke of mentale toestand van de betrokkene maar ook de menselijke relaties kunnen evolueren (op het vlak van

L'intervenant précédent estime que le texte néerlandais proposé par l'amendement n° 291 ne dit pas la même chose que l'amendement n° 322. Le texte français exprime mieux l'intention des auteurs.

Un membre déclare que, si le médecin a connaissance de l'existence d'une déclaration anticipée du patient, quelle qu'en soit l'époque, cela constituera pour lui un élément d'appréciation. C'est dans le processus qui suit, et dans la permission de la loi au médecin, que se situe le problème.

La rédaction du texte comporte, comme déjà indiqué, une certaine ambiguïté.

Un précédent intervenant précise que le sens du texte de l'article 4 contenu dans l'amendement n° 291 est bien que, dans le cadre de la proposition de loi, la déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été rédigée dans les cinq ans qui précédent.

Amendement n° 390

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 390) qui a pour but, à l'alinéa 6 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, de remplacer les mots «La déclaration ne peut être prise en compte» par les mots «La déclaration n'a pas de valeur contraignante pour le médecin et ne peut être prise en compte».

Cet amendement vise à prévoir explicitement dans le texte que la déclaration n'a pas de valeur contraignante, puisqu'il semble y avoir consensus à ce sujet.

Amendements nos 391 et 392

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 391), tendant à remplacer les mots «moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté» par les mots «récemment, à un moment où le patient était en mesure de comprendre pleinement la portée de sa déclaration et l'évolution de son état de santé.»

L'auteur de l'amendement admet qu'il peut paraître quelque peu arbitraire de prévoir un délai strict dans lequel la déclaration doit avoir été rédigée ou confirmée.

Ce qu'elle souhaite surtout, c'est que le moment où la personne exprime sa volonté soit le plus rapproché possible de l'évolution de l'état de santé du patient.

Il importe d'intégrer la dimension évolutive non seulement de l'état physique ou mental du déclarant, mais aussi des relations humaines (en ce qui concerne

de vertrouwenspersonen die in de verklaring aangegeven worden) en de patiënt meer rechtzekerheid bieden. Daarom wordt de «geldigheidsduur» van dit soort verklaring en bijgevolg ook van de aanwijzing van de vertrouwenspersonen beperkt. Door een bepaalde geldigheidsduur voor de verklaring en dus voor de aanwijzing van de vertrouwenspersonen vast te leggen, wordt voorbijgegaan aan het dynamische karakter van menselijke relaties. De arts kan te maken krijgen met een vertrouwenspersoon «op papier» die geen goede relatie meer heeft met de patiënt. De betrokkene moet de verklaring bovendien kunnen opstellen op een moment waarop hij zich het best de toestand kan voorstellen waarnaar hij op papier verwijst. Een volkomen gezond iemand kan de draagwijdte van de verklaring die hij opstelt, niet altijd inschatten, *a fortiori* indien hij het bewustzijn verliest ten gevolge van een plotseling en onvoorziene gebeurtenis zoals een ongeval.

Dit amendement houdt verband met amendement nr. 392 van dezelfde indiener (stuk Senaat, nr. 2-244/16), dat ertoe strekt in hetzelfde lid de woorden «minder dan vijf jaar» te vervangen door de woorden «minder dan een jaar».

Met betrekking tot de woorden «en de evolutie van zijn gezondheidstoestand» uit amendement nr. 391, merkt een lid op dat hij niet inziet hoe iemand op voorhand over de evolutie van zijn gezondheidstoestand kan worden ingelicht.

Amendement nr. 420

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 420) dat wil toevoegen dat de wilsverklaring een vaste datum moet hebben alvorens men ermee rekening kan houden.

Een van de indieners licht toe dat, indien men met termijnen werkt, men ook ergens officieel een begin-datum moet inschrijven in de wet.

Volgens een lid blijkt duidelijk uit de tekst dat de wilsverklaring gedateerd moet zijn en dat deze datum noodzakelijk is voor het bepalen van de termijn van vijf jaar.

Een ander lid merkt op dat, indien de wilsverklaring wordt neergelegd ten gemeentehuize en wordt geregistreerd, er automatisch een vaste datum voorhanden is.

Een ander lid merkt op dat begrip «vaste datum» een bepaalde juridische draagwijdte heeft. Een document heeft slechts een vaste datum als het voldoet aan bepaalde voorwaarden.

Amendement nr. 323

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-

les personnes de confiance désignées dans la déclaration) et de garantir au patient plus de sécurité juridique en réduisant la «durée de validité» de ce type de déclaration et donc également de celle de la désignation de la personne de confiance. Le caractère figé de la déclaration et donc de la désignation de la personne de confiance, d'application pour une durée de cinq ans, occulte cette dimension évolutive. Le médecin risque de se retrouver face à une personne de confiance «sur papier» dont les relations avec le malade se sont dégradées. Par ailleurs, il est important que le déclarant puisse rédiger la déclaration à un moment où il est le plus à même de comprendre la situation qu'il évoque sur papier. Un déclarant parfaitement en bonne santé ne peut pas toujours comprendre la portée de la déclaration qu'il rédige, *a fortiori* s'il sombre dans l'inconscience à la suite d'un événement subit et imprévisible tel un accident.

Cet amendement est lié à l'amendement n° 392 du même auteur (doc. Sénat, n° 2-244/16) qui vise à remplacer, au même alinéa, les mots «moins que cinq ans» par les mots «moins d'un an».

Un membre fait observer, à propos des mots «et l'évolution de son état de santé», contenus dans l'amendement n° 391, qu'il ne voit pas comment l'on peut informer quelqu'un d'avance au sujet de l'évolution de son état de santé.

Amendement n° 420

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 420) tendant à ajouter que la déclaration de volonté doit avoir date certaine pour que l'on puisse en tenir compte.

Un des auteurs précise que, si l'on travaille avec des délais, il faut inscrire une date de début dans la loi.

Un membre déclare qu'il lui paraît résulter clairement du texte que la déclaration doit être datée, et que cette date est d'ailleurs également nécessaire pour apprécier le délai de cinq ans fixé par le texte.

Un autre membre fait remarquer que, si une déclaration est déposée à la maison communale aux fins d'y être enregistrée, l'on dispose automatiquement d'une date fixe.

Un autre membre encore fait observer que le concept de «date certaine» a une portée juridique précise. Un document n'a date certaine que lorsqu'il répond à certaines conditions.

Amendement n° 323

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc.

244/16, amendement nr. 323) dat het zesde lid van § 1 van het voorgestelde artikel wil aanvullen met een tekst volgens dewelke de patiënt, op het ogenblik van de redactie van de wilsverklaring, de draagwijdte van de ziekte die hij beschrijft moet kennen en volledig moet ingelicht zijn over zijn gezondheidstoestand, het verloop van de ziekte en de behandeling ervan.

Een van de indieners meent dat dit een belangrijk element is wanneer het verzoek tot euthanasie wordt geformuleerd overeenkomstig artikel 3. Zij meent dat dit even belangrijk is op het ogenblik van het opstellen van de wilsverklaring. Wanneer bijvoorbeeld een MS-patiënt een wilsverklaring opstelt waarin hij om euthanasie verzoekt indien hij in een bepaald stadium van zijn ziekte terechtkomt, lijkt het noodzakelijk dat hij op de hoogte is van het verloop van de ziekte waaraan hij lijdt. Slechts dan kan hij, rekening houdende met alle relevante informatie, zijn wil op papier zetten.

Een lid wijst erop dat de mensen die een voorafgaande wilsbeschikking opstellen, in zeer uiteenlopende situaties terecht kunnen komen.

Het gewicht van een dergelijke wilsbeschikking kan in de ogen van de arts heel verschillend zijn naargelang zij op een theoretische wijze opgesteld werd door een gezonde persoon of door iemand die lijdt aan een ernstige en evolutieve ziekte.

Het is dus wel logisch dat met de arts een dialoog wordt aangegaan over de manier waarop de zaken kunnen evolueren.

Amendement nr. 324

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 324) dat aan de voorgestelde tekst toevoegt dat de wilsverklaring de geneesheer niet bindt en slechts in aanmerking kan worden genomen indien de patiënt volledig is geïnformeerd over zijn ziekte en over de evolutie en de behandeling ervan.

Een van de indieners merkt op dat de door amendement nr. 291 voorgestelde tekst geen enkele voorwaarde stelt nopens de rechtskracht en de toepasselijkheid van de schriftelijke verklaring.

Artikel 9 van het Verdrag mensenrechten en biogeneeskunde bevestigt dat de vooraf uitgedrukte wil van de patiënt in verband moet staan met een medische interventie in een voorzienbare situatie. Er dient dan ook te worden bepaald dat met de wilsverklaring enkel kan rekening worden gehouden indien de patiënt de draagwijdte en het verloop van zijn ziekte ten volle kan inschatten.

Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 323), visant à compléter le sixième alinéa du § 1^{er} de l'article proposé par une disposition selon laquelle, au moment où il rédige sa déclaration de volonté, le patient doit connaître la portée de la maladie qu'il décrit et avoir été pleinement informé de son état de santé, de l'évolution de sa maladie ainsi que des possibilités de traitement.

Un des auteurs de l'amendement estime que les conditions énumérées ci-dessus constituent un élément important lorsque la demande d'euthanasie est formulée conformément à l'article 3. Selon elle, ces conditions sont toutes aussi importantes au moment de rédiger la déclaration de volonté. Si par exemple un patient atteint de sclérose multiple rédige une déclaration de volonté dans laquelle il demande l'euthanasie s'il atteint un stade déterminé de sa maladie, il semble indispensable qu'il soit au courant de l'évolution de la maladie dont il souffre. Ce n'est qu'à ce moment qu'il peut, en tenant compte de toutes les informations pertinentes, exprimer sa volonté par écrit.

Un membre fait observer que les personnes qui rédigent une déclaration anticipée peuvent se trouver dans des situations très variables.

Le poids d'une telle déclaration peut, aux yeux du médecin, être très différent selon que la déclaration a été rédigée, de façon théorique, par une personne en pleine santé ou, au contraire, par une personne déjà atteinte d'une maladie grave et évolutive.

Il y a donc une certaine logique à prévoir un dialogue avec un médecin sur la façon dont les choses peuvent évoluer.

Amendement n° 324

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 324), visant à compléter le texte proposé en indiquant que la déclaration de volonté ne lie pas le médecin et ne peut être prise en considération que si le patient a été pleinement informé de sa maladie, de l'évolution de celle-ci et des possibilités de traitement.

Un des auteurs fait remarquer que le texte proposé par l'amendement n° 291 ne met aucune condition à la force juridique et à l'applicabilité de la déclaration écrite.

L'article 9 de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine confirme que la volonté précédemment exprimée du patient doit être en rapport avec une intervention médicale dans une situation que le patient peut prévoir; par conséquent, il y a lieu de disposer que la déclaration de volonté ne pourra être prise en compte que si le patient peut apprécier pleinement la portée de sa maladie et son déroulement.

Hiertoe is tevens vereist dat de patiënt voldoende werd geïnformeerd (*informed request*).

Tenslotte heeft deze schriftelijke verklaring geen enkele bindende waarde voor de behandelende arts, maar is zij enkel een mogelijk interpretatief element in zijn besluitvorming, zo de patiënt zijn wil niet meer te kennen kan geven. Deze zienswijze werd overigens meermaals bevestigd tijdens de hoorzittingen.

Bovendien is het mogelijk dat de patiënt zijn wensen lange tijd geleden heeft uitgedrukt, en de wetenschap sindsdien zo is geëvolueerd dat er redenen zijn om zich niet te richten naar de wil van de patiënt. De arts moet er zich dan ook van overtuigen dat de wensen van de patiënt van toepassing zijn op de voorliggende situatie en dat deze wensen nog gelden, in het bijzonder rekening houdend met de technische vooruitgang in de geneeskunde.

Vanuit de therapeutische vrijheid van de arts, moet de arts die het niet eens is met de keuze van de patiënt, tevens kunnen beslissen dat hij geen rekening houdt met de vooraf uitgedrukte wil.

Een lid herhaalt dat de therapeutische vrijheid van de arts volledig blijft. Zijn houding tegenover een voorafgaande wilsbeschikking zal bepaald worden door zijn persoonlijke kijk op de zaken. Zoals reeds werd aangegeven, blijkt uit een recent verschenen artikel dat de artsen het bestaan van een voorafgaande wilsbeschikking als een hulp ervaren.

Bovendien lijkt het onmogelijk aan de persoon die de wilsbeschikking aan het opstellen is, alle mogelijkheden voor te leggen die zich met betrekking tot zijn gezondheidstoestand kunnen voordoen. Wel kan hij zijn wil uiten in de algemene veronderstelling dat hij zou lijden aan een ongeneeslijke ziekte of onherroepelijk het bewustzijn verloren zou zijn.

Een van de indieners van amendement nr. 324 meent dat het mogelijk moet zijn dat, wanneer een concreet ziektebeeld dat de betrokkene in zijn wilsverklaring heeft beschreven zich daadwerkelijk aandient, er een gesprek plaatsvindt tussen de patiënt en de arts, die op de hoogte is van het bestaan van de wilsverklaring via de registratieplicht. Deze voorwaarde wordt expliciet gesteld in artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, waar wordt voorgeschreven dat de arts en de patiënt samen moeten nagaan of er geen alternatieven voorhanden zijn voor de euthanasie. Het lijkt dan ook logisch dat een dergelijk gesprek plaatsvindt bij het begin van de ziekte die wordt beschreven. Wanneer de patiënt «niet meer bij bewustzijn» is, is het immers te laat. De wilsverklaring moet ter sprake komen bij het begin van de ziekte.

Een lid meent dat men niet meer zoals vroeger kan denken, en ervan uitgaan dat een persoon vanaf zijn kinderjaren tot zijn dood door eenzelfde huisarts, met

Pour cela, il est nécessaire également que le patient ait été suffisamment informé (*informed request*).

Enfin, cette déclaration écrite n'a aucune force obligatoire pour le médecin; elle n'est qu'un élément d'interprétation dont il peut tenir compte pour prendre sa décision dans le cas où le patient ne peut plus exprimer sa volonté. Cette façon de voir a d'ailleurs été confirmée à maintes reprises pendant les auditions.

En outre, il est possible que le patient ait exprimé ses souhaits longtemps auparavant et que les progrès accomplis depuis par la science fassent qu'il existe des raisons de ne pas se conformer à la volonté du patient. Le médecin doit donc se convaincre que les souhaits du patient s'appliquent à la situation présente et qu'ils restent valables, compte tenu en particulier des progrès techniques réalisés en médecine.

Eu égard à la liberté thérapeutique dont il jouit, le médecin qui n'approuve pas le choix du patient doit également avoir la possibilité de décider de ne pas tenir compte de la volonté précédemment exprimée.

Un membre répète que la liberté thérapeutique du médecin reste entière. Devant une déclaration anticipée, son attitude sera déterminée par sa manière personnelle d'envisager les choses. Comme déjà indiqué, il résulte d'un article paru récemment que les médecins estiment que l'existence d'une déclaration anticipée constitue pour eux une aide.

Par ailleurs, il paraît impossible de soumettre à la personne, au moment où elle rédige cette déclaration, l'ensemble des possibilités susceptibles de se réaliser par rapport à son état de santé. Par contre, le déclarant peut exprimer ses volontés dans l'hypothèse générale d'une maladie incurable, et d'un état d'inconscience irréversible.

Selon un des auteurs de l'amendement n° 324, lorsque survient effectivement un syndrome concret que l'intéressé a décrit dans sa déclaration de volonté, il faut qu'un entretien puisse avoir lieu entre le patient et le médecin, qui est au courant de l'existence de la déclaration de volonté de par l'obligation d'enregistrement. Cette condition est posée explicitement à l'article 3 de la proposition à l'examen, où il est prévu que le médecin et le patient doivent, ensemble, examiner s'il n'existe pas d'autres solutions thérapeutiques que l'euthanasie. Il semble dès lors logique que pareil entretien ait lieu dès le début de la maladie décrite. Lorsque le patient se trouvera en état d'inconscience, il sera en effet trop tard. La déclaration de volonté doit être évoquée en début de maladie.

Un membre estime que l'on ne peut plus raisonner comme par le passé, et considérer qu'un individu est suivi, de son enfance à sa mort, par le même médecin

wie hij een vertrouwensrelatie opgebouwd heeft, behandeld wordt.

Waarschijnlijk zal hij met verschillende artsen een dergelijke relatie hebben. Waarschijnlijk zal hij ook van arts veranderen in de loop van zijn leven.

Anderzijds kan men niet eisen dat de auteur van de wilsbeschikking bij het opstellen en iedere bevestiging of wijziging ervan, contact zou opnemen met een arts. In de wilsbeschikking komt de wil van de persoon tot uiting, daar moet niet per se in alle gevallen een derde bij aanwezig zijn, ook niet een arts.

Spreeker kan deze protectionistische en haast mechanistische visie niet onderschrijven.

Een van de indieners van amendement nr. 324 repliceert dat voortdurend wordt opgeworpen dat het onmogelijk is volledig geïnformeerd te zijn over een ziekte waarvan men niet eens weet of men ze wel zal krijgen. Dit is correct. Maar hier gaat het over de informatie die aan de patiënt dient te worden verstrekt wanneer deze stilaan de fase nadert waarin zijn leven zal eindigen, met name aan het begin van de ziekte die de betrokkene heeft beschreven, om zo weinig mogelijk misbruiken toe te laten.

De vorige spreker verklaart dat het vanzelfsprekend is dat de bedoelde arts diegene is die te maken heeft met de wilsbeschikking en zich afvraagt of hij daarop moet ingaan, en niet de behandelende arts die de patiënt nog niet lang gezien kan hebben.

Een van de indieners van amendement nr. 324 vraagt zich af of de wilsverklaringen enkel worden meegedeeld aan de artsen die euthanasie willen toepassen, of ook aan de arts die de patiënt in behandeling heeft. Wanneer dit laatste het geval is, lijkt het aangewezen dat de wilsverklaring wordt besproken met de patiënt, zodat zoveel mogelijk informatie kan worden gegeven over het verloop van precies die ziekte aan dewelke de patiënt lijdt. Dit is een nuttige aanvulling.

Een lid antwoordt dat dit natuurlijk kan, maar dat het niet opgelegd moet worden.

Amendement nr. 325

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 325) dat ertoe strekt expliciet een bepaling in de tekst op te nemen volgens dewelke de wilsverklaring niet bindend is voor de behandelende arts.

Een van de indieners verwijst naar de eerdere besprekingen over het indicatieve karakter van de wilsverklaring. Wanneer iedereen het erover eens is dat de wilsverklaring niet bindend kan zijn voor de arts, lijkt het wenselijk dat dit ook wordt gezegd in

traitant, avec lequel il entretient une relation de confiance.

Sans doute aura-t-il une telle relation avec différents médecins. Sans doute aussi changera-t-il de médecin au cours de sa vie.

D'autre part, on ne peut exiger que le déclarant ait, lors de sa déclaration et à chaque confirmation ou modification de celle-ci, un contact avec un médecin. C'est la volonté de la personne qui s'exprime dans la déclaration anticipée, et il ne faut pas vouloir à tout prix et en toutes circonstances y faire interférer un tiers, fût-il médecin.

L'intervenant ne peut accepter cette vision protectionniste et quasi-mécaniste des choses.

Un des auteurs de l'amendement n° 324 répond que l'on l'objecte constamment qu'il est impossible d'être pleinement informé sur une maladie dont on ne sait même pas si on en sera atteint ou non. C'est exact. Mais il s'agit ici de l'information qui doit être fournie au patient lorsqu'il se rapproche tout doucement de la phase où sa vie prendra fin, à savoir au début de la maladie qu'il a décrite, afin d'éviter au maximum les abus.

Le précédent intervenant déclare qu'il va de soi que le médecin que l'on vise est celui qui est confronté à la déclaration anticipée et qui se demande s'il doit y donner suite, et non le médecin traitant qui peut ne pas encore avoir vu le patient depuis longtemps.

Un des auteurs de l'amendement n° 324 se demande si les déclarations de volonté ne sont communiquées qu'aux médecins qui sont disposés à pratiquer l'euthanasie ou aussi au médecin traitant du patient. Dans la deuxième hypothèse, il semble indiqué que le médecin traitant s'entretienne de la déclaration de volonté avec le patient, de façon à pouvoir lui donner le plus d'informations possible précisément sur l'évolution de la maladie dont il souffre. Il semble utile de le préciser.

Un membre répond qu'on peut bien sûr le faire, mais qu'il ne convient pas de l'imposer.

Amendement n° 325

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 325) visant à insérer explicitement dans le texte une disposition selon laquelle le médecin traitant n'est pas lié par la déclaration de volonté.

Une des auteurs de l'amendement se réfère aux discussions précédentes concernant la valeur indicative de la déclaration de volonté. Si tout le monde convient que le médecin ne peut pas être lié par la déclaration de volonté, il semble indiqué de le préciser

het dispositief van artikel 4. Het lid verwijst naar de uitspraak van sommige artsen, dat ze in hun voorschrijfgedrag soms gegijzeld worden door de patiënt. Het risico is niet onbestaande dat ook in deze aangelegenheid de druk op de arts soms heel groot kan worden. Vanzelfsprekend is het niet de bedoeling om te raken aan de therapeutische vrijheid van de arts, maar spreekster ziet geen bezwaar om in de tekst op te nemen dat de wilsverklaring louter indicatief is.

Een lid antwoordt dat het zo is omdat er een specifiek artikel bestaat, namelijk artikel 6, dat duidelijk bepaalt dat geen enkele druk op de arts uitgeoefend mag worden. Dit artikel geldt voor alle gevallen bedoeld in de wet.

Spreekster vindt bovendien dat de vergelijking met de druk die uitgeoefend kan worden voor het voorschrijven van geneesmiddelen niet opgaat.

Amendement nr. 326

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 326) dat ertoe strekt te bepalen dat de opname van de wilsverklaring in het Rijksregister slechts mogelijk is op schriftelijk verzoek van de betrokkene.

Een van de indieners meent dat de door amendement nr. 291 voorgestelde regeling zeer verregaand is en dreigt te vervallen in allerlei administratieve formaliteiten. Het Rijksregister moet niet enkel alle wilsverklaringen bewaren, maar ze ook mededelen aan de artsen. Het lid onderschrijft de doelstelling om de patiënten die «niet meer bij bewustzijn zijn» de verzekering te bieden dat hun wilsverklaring bekend zal zijn bij de betrokken artsen, maar stelt vast dat hier een zeer formalistisch systeem in het leven wordt geroepen.

Bovendien dreigen hier problemen te rijzen in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, vermits de gegevens die door het Rijksregister worden bewaard ook meer en meer worden gebruikt voor het statistisch onderzoek. Vele personen kunnen derhalve nagaan wie een wilsverklaring heeft opgesteld en wie niet. Het lid herhaalt haar kritiek in verband met de mogelijke sociale druk die kan ontstaan voor bepaalde groepen van mensen om een wilsverklaring op te stellen.

Vandaar de waarborg die wordt voorgesteld in amendement nr. 326, die ook aan de betrokkenen nog enige controlemogelijkheid biedt.

De hoofdindieners van amendement nr. 326 is van oordeel dat niet kan betwist worden dat de informatie die in het Rijksregister zou worden opgenomen in verband met de wilsverklaring kan gecatalogeerd

dans le dispositif de l'article 4. L'intervenante rappelle les propos de certains médecins, qui ont déclaré qu'en matière de prescriptions, ils étaient parfois pris en otage par le patient. Le risque qu'ici également, la pression exercée sur le médecin puisse parfois être considérable, n'est pas inexistant. Le but n'est bien entendu pas de toucher à la liberté thérapeutique du médecin, mais l'intervenante ne voit pas d'objection à prévoir dans le texte que la déclaration de volonté a une valeur purement indicative.

Un membre répond que c'est parce qu'un article spécifique — en l'occurrence l'article 6 — existe, qui prévoit de façon claire qu'aucune contrainte ne peut être exercée sur le médecin. Cet article vaut pour l'ensemble des situations visées par la loi.

L'intervenante estime pour le surplus que la comparaison opérée avec la pression qui peut être exercée à propos de la prescription de médicaments n'est pas pertinente.

Amendement n° 326

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 326) visant à prévoir que l'enregistrement de la déclaration de volonté via le registre nationale ne peut avoir lieu qu'à la demande par écrit de l'intéressé.

Une des auteurs de l'amendement estime que la réglementation proposée par l'amendement n° 291 va très loin et risque de s'enliser dans des formalités administratives de toutes sortes. Il faut que le Registre national non seulement conserve toutes les déclarations, mais les communique également aux médecins. L'intervenante souscrit à l'objectif de garantir aux patients qui se trouvent en «état d'inconscience» que les médecins concernés auront connaissance de leur déclaration de volonté, mais constate que l'on crée en l'occurrence un système très formaliste.

Des problèmes risquent en outre de se poser en ce qui concerne la protection de la vie privée, puisque les données conservées par le Registre national servent aussi de plus en plus souvent aux enquêtes statistiques. De nombreuses personnes peuvent donc vérifier qui a rédigé une déclaration de volonté et qui pas. L'intervenante répète les critiques qu'elle a formulées à propos de la possibilité que des pressions sociales soient exercées sur certains groupes de personnes pour qu'elles rédigent une déclaration de volonté.

Voilà la raison de la garantie prévue à l'amendement n° 326, qui fournit également aux intéressés une certaine possibilité de contrôle.

Selon l'auteur principal de l'amendement n° 326, les informations au sujet de la déclaration de volonté qui seraient inscrites au Registre national pourraient être qualifiées incontestablement d'informations

worden als medische informatie. Zij is immers bedoeld om aan de artsen mede te delen. Dergelijke mededeling van zeer gevoelige informatie dient volgens het lid onderworpen te worden aan de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, overeenkomstig de voorschriften van de privacywet van 1992. Ook internationale verdragen regelen de bescherming van medische gegevens en schrijven bijzondere procedures voor in verband met de mededeling ervan aan derden.

Een lid antwoordt dat de Koning zal moeten nagaan of de besluiten die hij met betrekking tot de bewaring uitvaardigt, beantwoorden aan de wettelijke vereisten. Er bestaat al een systeem voor het bewaren van zeer gevoelige gegevens, namelijk voor het afstaan van organen.

De Koning heeft maatregelen opgelegd inzake het bewaren van informatie over de weigering of de instemming om organen af te staan.

Op sommige formulieren kan men trouwens uitdrukkelijk aanduiden dat men instemt met het afstaan van organen, terwijl de wet slechts in de mogelijkheid voorziet om dit te weigeren.

De burgers kunnen hiervoor een verklaring afleggen bij het gemeentehuis. Hier wijst men op het bestaan van de verklaring bij het Rijksregister. Deze structuur is eigen aan het ministerie van Volksgezondheid, dat de documenten bezit en gemachtigd is om erover te spreken.

De vastgelegde procedure moet natuurlijk de regels aangaande de bescherming van de persoonlijke levenssfeer naleven.

De hoofdindieners van amendement nr. 326 wijst op de bepaling van artikel 22, eerste lid, van de Grondwet:

«Ieder heeft recht op eerbiediging van zijn privéleven en zijn gezinsleven, behoudens in de gevallen en onder de voorwaarden door de wet bepaald.»

De Grondwet geeft derhalve de bevoegdheid aan de federale wetgever om de uitzonderingsbepalingen op het recht op privacy vast te stellen. De bescherming van de fundamentele grondrechten in het algemeen is immers een federale aangelegenheid. Verschillende adviezen van de Raad van State hebben dit reeds herhaaldelijk bevestigd.

Het tweede lid van artikel 22 van de Grondwet stelt evenwel:

«De wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel waarborgen de bescherming van dat recht.»

Het tweede lid wil aldus duidelijk maken dat de gefedereerde entiteiten, bij de uitoefening van hun bevoegdheden, steeds de waarborgen van het eerste lid van dit grondwetsartikel dienen te respecteren.

médicales. Elles sont en effet destinées à être communiquées aux médecins. La communication d'informations extrêmement confidentielles doit, selon l'intervenant, être soumise à la Commission de la protection de la vie privée, conformément aux dispositions de la loi sur la vie privée de 1992. Des conventions internationales règlent également la protection des données médicales et prévoient des procédures particulières pour ce qui est de leur communication à des tiers.

Un membre répond que le Roi aura à vérifier si les arrêtés qu'il prend en ce qui concerne la conservation correspondent aux exigences de la loi. Un système existe déjà pour la conservation de données également très sensibles, puisqu'elles ont trait au don d'organes.

Le Roi a organisé la manière dont l'information concernant le refus ou l'acceptation de dons d'organes est conservée.

Certains formulaires prévoient d'ailleurs la possibilité de marquer explicitement son accord sur de tels dons alors que la loi ne prévoit que la possibilité de les refuser.

En la matière, les citoyens peuvent faire une déclaration à la maison communale. Celle-ci signale l'existence de la déclaration au Registre national. C'est une structure spécifique au ministère de la Santé qui est détentrice des documents, et qui a l'autorisation d'en parler.

La procédure mise au point doit évidemment respecter les règles relatives à la protection de la vie privée.

L'auteur principal de l'amendement n° 326 attire l'attention sur la disposition de l'article 22, alinéa 1^{er}, de la Constitution:

«Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi.»

La Constitution donne donc au législateur fédéral la compétence pour déterminer les exceptions au droit à la vie privée. La protection des droits fondamentaux en général est en effet une matière fédérale, comme l'ont déjà confirmé divers avis du Conseil d'État.

L'alinéa 2 de l'article 22 de la Constitution prévoit toutefois que:

«La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit.»

Il est donc clairement souligné, dans ce deuxième alinéa, que les entités fédérées doivent toujours, lors de l'exercice de leurs compétences, respecter les garanties définies au premier alinéa.

Artikel 6 van het Verdrag tot bescherming van personen ten opzichte van de geautomatiseerde verwerking van persoonsgegevens van 28 januari 1981, goedgekeurd door België bij wet van 17 juni 1991 (*Belgisch Staatsblad* van 30 december 1993), bepaalt het volgende:

«Persoonsgegevens waaruit ras, politieke overtuiging, godsdienstige of andere levensbeschouwing blijkt, alsmede die welke betrekking hebben op gezondheid of seksueel gedrag, mogen niet langs geautomatiseerde weg worden verwerkt, tenzij het interne recht passende waarborgen ter zake biedt. Hetzelfde geldt voor persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen.»

Een bijzondere rechtsbescherming tegen het automatisch verwerken van persoonsgegevens wordt aldus geboden wanneer het gaat om, onder meer, de gezondheid van de betrokkene.

In de Belgische interne rechtsorde zijn twee wetteksten relevant ten aanzien van deze materie, met name de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens en de wet van 11 december 1998. De inwerkingtreding van deze laatste wet dient, overeenkomstig artikel 52, te gebeuren op een datum die wordt bepaald door een koninklijk besluit. Tot op heden is dit echter nog niet gebeurd, bij gebreke aan uitvoeringsbesluiten.

Artikel 7 van de wet van 8 december 1992 schrijft het volgende voor:

«De medische persoonsgegevens mogen uitsluitend onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van een beoefenaar van de geneeskunst worden verwerkt. Alle persoonsgegevens waaruit informatie kan worden afgeleid omtrent de vroegere, huidige of toekomstige fysieke of psychische gezondheidstoestand, met uitzondering van de louter administratieve of boekhoudkundige gegevens betreffende de geneeskundige behandeling of verzorging, worden als medische persoonsgegevens beschouwd.

Die gegevens kunnen evenwel zonder het toezicht en buiten de verantwoordelijkheid van een beoefenaar van de geneeskunst worden verwerkt indien de betrokkene een bijzondere schriftelijke toestemming heeft verleend.

De personen die betrokken zijn bij de verwerking van die gegevens of die er toegang toe hebben, moeten bij name worden aangewezen door de personen die verantwoordelijk is voor de verwerking. De inhoud en de reikwijdte van de toegangsmachtiging worden voor iedere gemachtigde persoon vastgesteld. In het regelmatig bijgehouden register wordt melding gemaakt van de bij name vermelde personen en van de inhoud en de reikwijdte van de machtiging.

L'article 6 de la Convention du 28 janvier 1981 pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel, approuvé par la Belgique par la loi du 17 juin 1991 (*Moniteur belge* du 30 décembre 1993), prévoit ce qui suit:

«Les données à caractère personnel révélant l'origine raciale, les opinions politiques, les convictions religieuses ou autres convictions, ainsi que les données à caractère personnel relatives à la santé ou à la vie sexuelle, ne peuvent être traitées automatiquement à moins que le droit interne ne prévoie des garanties appropriées. Il en est de même des données à caractère personnel concernant des condamnations pénales.»

Cette convention offre donc une protection juridique particulière contre le traitement automatique des données à caractère personnel lorsque celles-ci ont trait, notamment, à la santé de l'intéressé.

Dans l'ordre juridique interne belge, deux textes de loi sont pertinents en la matière, à savoir la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et celle du 11 décembre 1998. Cette dernière doit, conformément à l'article 52, entrer en vigueur à une date à fixer par la voie d'un arrêté royal. Jusqu'à ce jour, l'entrée en vigueur n'a toutefois pas encore pu avoir lieu en l'absence d'arrêtés d'exécution.

L'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 prévoit ce qui suit:

«Les données médicales à caractère personnel ne peuvent être traitées que sous la surveillance et la responsabilité d'un praticien de l'art de guérir. Sont considérées comme données médicales toutes données à caractère personnel dont on peut déduire une information sur l'état antérieur, actuel ou futur de la santé physique ou psychique, à l'exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux.

Toutefois, ces données peuvent être traitées, hors la surveillance et la responsabilité d'un praticien de l'art de guérir, avec le consentement spécial donné par écrit par l'intéressé.

Les personnes qui interviennent dans le traitement de ces données ou qui y accèdent doivent être désignées nominativement par le responsable du traitement. Le contenu et l'étendue de l'autorisation d'accès sont définis pour chaque personne autorisée. Dans le registre régulièrement tenu à jour, il est fait mention des personnes désignées nominativement, ainsi que du contenu et de l'étendue de l'autorisation.

Behoudens afwijking door of krachtens de wet is het verboden deze gegevens aan derden mede te delen. Met de bijzondere schriftelijke toestemming van de betrokkene of in spoedgevallen met het oog op zijn medische behandeling kunnen zij evenwel worden medegedeeld aan een beoefenaar van de geneeskunst en aan diens medische ploeg.

Voor de krachtens de wet vastgestelde afwijking, bedoeld in het vierde lid brengt de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer vooraf advies uit.»

Een bepaling, volgens dewelke de Koning de modaliteiten regelt van de verwerking van deze gegevens, voldoet derhalve niet aan de vereiste van artikel 7 van deze wet. De Koning kan immers de wet niet wijzigen vermits geen volmachten worden toegekend. De door amendement nr. 291 voorgestelde tekst spreekt bovendien nergens over het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Eenzelfde bepaling komt overigens voor in artikel 10 van de wet van 11 december 1998, dat artikel 7 van de wet van 8 december 1992 vervangt doch echter nog niet in werking is getreden:

«§ 4. Persoonsgegevens betreffende de gezondheid mogen, behoudens schriftelijke toestemming van de betrokkene of wanneer de verwerking noodzakelijk is voor het voorkomen van een dringend gevaar of voor de beteugeling van een bepaalde strafrechtelijke inbreuk, enkel worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De Koning kan, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en bij een in Ministerraad overlegd besluit, bepalen welke categorieën van personen als beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg in de zin van deze wet worden beschouwd.

Bij de verwerking van de in dit artikel bedoelde persoonsgegevens zijn de beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en zijn aangestelden of gemachtigden, tot geheimhouding verplicht.»

De minister van Justitie heeft aangekondigd binnenkort de nodige uitvoeringsmaatregelen te zullen voorstellen aan de Ministerraad opdat de wet spoedig in werking kan treden. Het lid is van mening dat, ook wanneer de wet van 1998 reeds van toepassing zou zijn, de tekst van amendement nr. 291 dient te worden aangepast.

Spreeker meent dat in het laatste lid van § 1 van het voorgestelde artikelen twee zaken door mekaar worden gehaald: enerzijds de rechtsgeldigheid van de intrekking van de wilsverklaring en anderzijds de wijze waarop de publiciteit wordt georganiseerd. Het laatste lid stelt de wijziging en de intrekking van de wilsverklaring op voet van gelijkheid. De indruk

Sauf dérogation prévue par ou en vertu de la loi, il est interdit de communiquer ces données à des tiers. Elles peuvent toutefois être communiquées à un praticien de l'art de guérir et à son équipe médicale moyennant consentement spécial donné par écrit par l'intéressé ou en cas d'urgence aux fins de son traitement médical.

Lorsque la dérogation visée à l'alinéa 4 est prévue en vertu de la loi, la Commission de la protection de la vie privée rend un avis préalable.»

Une disposition prévoyant que le Roi règle les modalités du traitement de ces données ne remplit donc pas les conditions définies à l'article 7 de ladite loi. Le Roi ne peut en effet pas modifier la loi puisqu'il n'a pas reçu pouvoir pour ce faire. Dans le texte figurant dans l'amendement n° 291, il n'est d'ailleurs nulle part question de l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.

Une disposition similaire figure d'ailleurs à l'article 10 de la loi du 11 décembre 1998, qui remplace l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992, mais n'est pas encore entré en vigueur:

«§ 4. Le traitement des données à caractère personnel relatives à la santé peut, sauf dans le cas d'un consentement écrit de la personne concernée ou lorsque le traitement est nécessaire pour la prévention d'un danger concret ou la répression d'une infraction pénale déterminée, uniquement être effectué sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé.

Le Roi peut, après avis de la Commission de la protection de la vie privée et par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, déterminer les catégories de personnes qui sont considérées comme des professionnels des soins de santé pour l'application de la présente loi.

Lors d'un traitement de données à caractère personnel visées au présent article, le professionnel des soins de santé et ses préposés ou mandataires sont soumis au secret.»

Le ministre de la Justice a annoncé qu'il proposerait sous peu les mesures d'exécution nécessaires au Conseil des ministres, pour que la loi puisse entrer en vigueur rapidement. L'intervenant estime qu'il faudrait adapter le texte de l'amendement n° 291 même si la loi de 1998 était déjà applicable.

L'intervenant considère que le dernier alinéa du § 1^{er} des articles proposés mélange deux choses: d'une part, la validité en droit du retrait de la déclaration de volonté et, d'autre part, les modalités d'organisation de la publicité. Le dernier alinéa met sur un pied d'égalité la modification de la déclaration de volonté et son retrait. Les auteurs donnent l'impression que

bestaat dat de bedoeling van de indieners is dat de intrekking van een wilsverklaring altijd rechtsgevolgen moet hebben. Iets anders is de vraag hoe de publiciteit van de wilsverklaringen en de intrekking of wijziging ervan praktisch kan worden georganiseerd. Door beide problemen tezamen te behandelen in één lid, dreigt hiervan een lezing te ontstaan volgens dewelke de intrekking of wijziging van een wilsverklaring pas rechtsgeldig is wanneer alle bij koninklijk besluit bepaalde formaliteiten worden nageleefd. Wellicht is dit niet de bedoeling van de indieners van amendement nr. 291.

Concluderend, herhaalt spreker zijn bezwaren tegen de voorgestelde formulering van het laatste lid van § 1 wat betreft de opslag van medische gegevens:

— de delegatie aan de Koning is te ruim; minimaal is een overleg in de Ministerraad vereist;

— het beheer van de informatie kan niet aan het Rijksregister worden toegekend, vermits ze volgens de wet slechts kan vallen onder de verantwoordelijkheid van iemand die in de zorgsector actief is;

— er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen de rechtsgeldigheid van de intrekking of wijziging van een wilsverklaring en de publiciteit over de wilsverklaring.

Naast het voorhanden zijn van medische gegevens, is het bovendien niet uitgesloten dat een wilsverklaring ook gegevens bevat die van levensbeschouwelijke aard zijn. Ook deze gegevens worden beschermd door de wetgeving op de bescherming van de privacy en door enkele internationale verdragen.

Amendement nr. 327

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 327) dat ertoe strekt de woorden «betrokken artsen» te vervangen door de woorden «behandelende arts».

De hoofdindieners wijst erop dat dit amendement is geïnspireerd door het streven naar zorgvuldigheid in het medisch optreden.

Amendement nr. 424

De heer Vandenberghe c.s. dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 424) dat ertoe strekt te bepalen dat de wilsverklaring zonder enige formaliteit kan worden ingetrokken.

Amendement nr. 424 wordt ingetrokken ten voordele van het amendement nr. 427.

leur intention est que le retrait d'une déclaration de volonté doit toujours avoir des effets juridiques. Autre chose est de savoir comment sera organisée en pratique la publicité des déclarations de volonté et leur retrait ou la modification de celles-ci. En abordant ces deux problèmes conjointement au sein d'un même alinéa, on risque de donner l'impression que la validité juridique du retrait ou de la modification d'une déclaration de volonté sera subordonnée au respect de toutes les formalités prévues dans l'arrêté royal. Sans doute n'est-ce pas là l'intention des auteurs de l'amendement n° 291.

En conclusion, l'intervenant réitère ses objections à l'encontre de la formulation proposée du dernier alinéa du § 1^{er} pour ce qui est de la conservation des données médicales:

— la délégation conférée au Roi est trop étendue; il faudrait à tout le moins une concertation en Conseil des ministres;

— la gestion des informations ne peut être confiée au Registre national, dès lors qu'aux termes de la loi, seule une personne active dans le secteur des soins peut en assumer la responsabilité;

— il convient de faire la distinction entre la validité juridique du retrait ou de la modification d'une déclaration de volonté et la publicité à donner à cette dernière.

Outre la présence de données médicales, il n'est en outre pas exclu que la déclaration de volonté contienne aussi des éléments à caractère philosophique. Ces données sont protégées elles aussi par la loi relative à la protection de la vie privée et par plusieurs traités internationaux.

Amendement n° 327

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 327) tendant à remplacer les mots «aux médecins concernés» par les mots «au médecin traitant».

L'auteur principal souligne que cet amendement est inspiré par le souci de prudence dans la démarche médicale.

Amendement n° 424

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 424) tendant à prévoir que la déclaration de volonté peut être retirée sans aucune formalité.

L'amendement n° 424 est retiré au profit de l'amendement n° 427.

Amendement nr. 353

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 353), dat ertoe strekt het achtste lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 te doen vervallen.

De indiener van het amendement is van mening dat de bewaring van de wilsverklaring in een officiële dienst als het Rijksregister overdreven lijkt voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en gelet op het feit dat het om een zeer persoonlijk document gaat.

De Koning machtigen om de nadere regels te bepalen betreffende het opstellen, het bewaren, het bevestigen, het intrekken en het meedelen van de wilsverklaring aan de betrokken artsen via de diensten van het Rijksregister, geeft aan de wilsverklaring een ongewenst administratief en bureaucratisch karakter.

Zelfs de vroeger ingediende voorstellen die voorzien in de mogelijkheid van een wilsverklaring, bevatten dergelijke bureaucratische regels niet.

Spreekster zal in een ander amendement een andere oplossing voorstellen die beter rekening houdt met het persoonlijk en privé-karakter van de wilsverklaring.

De vergelijking met de wetgeving betreffende de orgaandonatie lijkt haar niet terecht.

Die wetgeving strekte er immers toe individuen in staat te stellen zich te verzetten tegen het wegnemen van organen. Verzet men zich daar niet schriftelijk tegen, dan wordt men immers geacht die orgaanafstand stilzwijgend te aanvaarden.

Niettegenstaande deze wettelijke regeling, is het in de praktijk zo dat de artsen zich vooraf vergewissen van de toestemming van de naastbestaanden alvorens zij tot het wegnemen van organen overgaan, want zij achten het noodzakelijk over bijkomende garanties te beschikken.

De vergelijking met de toestand die wij hier bespreken, is dus niet terecht.

Het is de patiënt die de eventuele regels moet bepalen voor de mededeling van dit verzoek aan een arts die daarvan gebruik zou kunnen maken.

Een lid merkt op dat de mededeling via het Rijksregister aan de artsen slechts een vorm van bewijs is, dat ongetwijfeld vrij makkelijk kan geleverd worden in heel wat gevallen.

Dat betekent niet dat een wilsverklaring die niet in het Rijksregister is opgenomen terzijde wordt geschoven.

Amendement n° 353

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 353), tendant à supprimer l'alinéa 8 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

L'auteur de l'amendement estime que le système de conservation de la déclaration anticipée dans un service officiel du type du Registre national paraît excessif, au regard de la protection de la vie privée et du caractère éminemment personnel de ce type de document.

Prévoir une délégation au Roi pour déterminer les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés via les services du Registre national donne à la déclaration anticipée un caractère administratif et bureaucratique inopportun.

Même les propositions antérieurement déposées qui prévoyaient la possibilité d'une déclaration anticipée n'organisaient pas des modalités aussi bureaucratiques.

L'intervenante proposera dans un autre amendement une solution alternative qui lui paraît plus respectueuse du caractère personnel et privé de la déclaration anticipée.

Quant à la comparaison opérée avec la législation relative au don d'organes, elle ne lui paraît pas pertinente.

Cette législation a en effet été conçue de façon à permettre aux individus de s'opposer à une prélèvement d'organes, que l'on est supposé accepter tacitement en l'absence de déclaration contraire.

En réalité, cependant, nonobstant le système prévu par cette législation, les médecins s'assurent préalablement du consentement des proches, avant de procéder à un prélèvement, car ils estiment nécessaire de disposer de garanties supplémentaires.

La comparaison avec la situation que l'on envisage ici ne paraît donc pas adéquate.

C'est au patient à prévoir les modalités éventuelles de transmission de cette demande à un médecin qui pourrait en faire usage.

Un membre objecte que la transmission au Registre national ne constitue qu'un élément de preuve, sans doute relativement facile dans bien des cas.

Cela ne signifie pas qu'une déclaration anticipée qui n'aurait pas été transcrite au Registre national serait écartée.

Het systeem dat erin bestaat de wilsverklaring toe te vertrouwen aan een derde privé-persoon stuit op dezelfde kritiek als deze die geformuleerd werd met betrekking tot de behandelende arts: de persoon aan wie de verklaring wordt toevertrouwd, zal de opsteller van de verklaring niet noodzakelijk overal volgen.

De indiener van amendement nr. 353 vreest dat de betrokken machtiging aan de Koning in de ogen van de artsen bijzonder gewicht geeft aan de verklaringen die zijn geregistreerd bij het Rijksregister en dit ten nadele van de andere verklaringen.

De vorige spreker antwoordt dat een besluit de wet niet wijzigt. De wet voorziet in geen enkele verplichting betreffende de mededeling aan het Rijksregister.

Een lid herinnert eraan dat er een wet is en dat er toepassingsbesluiten zijn die betrekking hebben op de medische gegevens die van de gemeentebesturen worden overgezonden aan het Rijksregister en verder aan specifieke structuren waar de gegevens kunnen worden geraadpleegd door welbepaalde personen.

Spreker is van mening dat de bescherming van de persoonlijke levenssfeer een zeer belangrijk aspect is waarvoor hij buitengewoon gevoelig is. Spreker wacht op het resultaat van het aanvullend juridisch onderzoek dat hierover is aangekondigd. Hij merkt evenwel op dat dit argument niet zou mogen worden gebruikt om te verhinderen dat wordt ingegaan op de wens die iemand te kennen heeft gegeven.

Ten slotte merkt hij op dat hij herhaaldelijk heeft vastgesteld dat de afbakening van de toepassingsfeer van de machtiging aan de Koning en van de voorwaarden waaronder die machtiging plaatsheeft, punten zijn waarmee op een politieke manier wordt omgesprongen.

Amendement nr. 431

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 431), dat ertoe strekt het achtste lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 te doen vervallen.

De indiener van het amendement verduidelijkt dat wat zij zopas heeft gehoord, haar in haar overtuiging sterkt dat het verkieslijk is artikel 4 te schrappen.

Op het gebied van de gezondheidszorg gaat men steeds verder in de richting van een totaaldossier dat bij de huisarts of bij een behandelend geneesheer wordt neergelegd.

Men moet dus niet te snel gaan en een algemeen meldings- en informatiesysteem invoeren voor een verklaringsmechanisme dat zijn deugdelijkheid nog moet bewijzen.

Le système consistant à confier la déclaration anticipée à une tierce personne privée, se heurte à la même objection que celle déjà formulée par rapport au médecin traitant: la personne qui se serait vu confier la déclaration ne suivra pas nécessairement le déclarant partout où il ira.

L'auteur de l'amendement n° 353 craint que le fait de donner au Roi la délégation en question ne donne, aux yeux des médecins, un poids particulier aux déclarations enregistrées au Registre national, au détriment des autres.

Le précédent orateur réplique qu'un arrêté ne modifie pas une loi. Or, la loi n'impose aucune obligation quant à la communication au Registre national.

Un membre rappelle qu'il existe une loi et des arrêtés d'application qui concernent les données médicales transmises des administrations communales vers le Registre national et, au-delà de celui-ci, à des structures spécifiques, où les données peuvent être consultées par des personnes déterminées.

Quant à la protection de la vie privée, l'intervenant estime qu'il s'agit là d'un aspect des choses très important, auquel il se dit particulièrement sensible. L'intervenant attend le résultat des recherches juridiques complémentaires annoncées sur ce point. Cependant, il souligne que cet argument ne devrait pas être utilisé pour empêcher que la volonté exprimée par une personne puisse être rencontrée.

Enfin, il souligne avoir constaté à de très nombreuses reprises que la détermination du champ d'application du renvoi au Roi et des conditions de ce renvoi sont des éléments qui sont utilisés de manière politique.

Amendement n° 431

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 431), tendant à supprimer l'alinéa 8 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

L'auteur de l'amendement précise que ce qu'elle vient d'entendre la conforte dans sa conviction qu'il serait préférable de supprimer l'article 4.

On se dirige de plus en plus, en matière de soins de santé, vers un système de dossier global déposé chez un médecin de famille ou un médecin traitant.

Il ne faut donc pas aller trop vite et instituer un système général de communication et d'information à propos d'un mécanisme de déclaration qui doit encore faire ses preuves.

Een lid merkt op dat het bestaan van een geüniformiseerd medisch dossier voornamelijk geen wettelijke verplichting is. Het is derhalve raadzaam hier nog niet naar te verwijzen in een wettekst. Bovendien zijn er tal van mensen die helemaal geen of zelfs meer dan één huisarts hebben, of een arts raadplegen al naar gelang de pathologie. Tenslotte moet erop worden gewezen dat vele mensen meer geloof hechten aan het oordeel van een andere arts dan hun huisarts.

Amendement nr. 364

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 364), dat ertoe strekt het achtste lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«Tenzij de persoon iets anders bepaalt, worden de wilsverklaring en de naam van de vertrouwenspersoon zo er een werd aangewezen, bewaard in het dossier van de patiënt bij zijn huisarts.»

De indiener van het amendement verduidelijkt dat dit amendement de andere oplossing biedt die zij had aangekondigd tijdens de bespreking van haar amendement nr. 353 over de bewaring van de wilsverklaring.

Zoals een vorige spreekster heeft opgemerkt, wordt in de richting gegaan van het bijhouden van één enkel dossier per patiënt bij diens huisarts. Dit soort verklaringen kan het best bewaard worden in een dergelijk dossier.

De huidige logica wil daarenboven dat bij ziekenhuisopname de behandelende arts de huisarts van de patiënt informeert.

Deze oplossing biedt meer garanties op het gebied van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en stelt daarenboven de patiënt die zelfs nog in goede gezondheid verkeert, in staat met een arts te dialogeren over het opstellen van een wilsverklaring.

Een lid is van mening dat er meerdere middelen moeten zijn voor de betrokken arts om kennis te nemen van de wilsverklaring.

Amendement nr. 415

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampelaere dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 415) dat ertoe strekt het tweede streepje van het tweede lid van § 1 te vervangen door de woorden «dat hij in een persisterende vegetatieve status verkeert» (amendement nr. 415 A) en bovendien het derde streepje van het tweede lid van § 1 te doen vervallen (amendement nr. 415 B).

Un membre fait remarquer que l'existence d'un dossier médical uniformisé n'est pas encore une obligation légale. Il est donc conseillé de ne pas encore y faire référence dans un texte législatif. De plus, nombre de gens n'ont pas de médecin de famille. Beaucoup d'autres en ont plus d'un ou consultent un médecin en fonction de la pathologie à traiter. Enfin, il faut souligner que nombreux sont ceux qui se fient davantage au jugement d'un autre médecin qu'à celui de leur médecin de famille.

Amendement n° 364

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 364), tendant à remplacer l'alinéa 8 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Sauf si la personne en dispose autrement, la déclaration ainsi que le nom de la personne de confiance si une telle personne a été désignée, est conservée dans le dossier du patient auprès de son médecin généraliste.»

L'auteur de l'amendement précise que celui-ci propose la solution alternative qu'elle avait précédemment invoquée lors de la discussion de son amendement n° 353, en ce qui concerne la conservation de la déclaration anticipée.

Comme indiqué par une précédente intervenante, l'évolution des choses va dans le sens de l'unicité du dossier du patient auprès d'un médecin généraliste. C'est dans un tel dossier que ce type de document serait le plus utilement conservé.

En outre, en cas d'hospitalisation, la logique actuelle veut que le médecin traitant informe le médecin généraliste du patient qu'il reçoit du fait que celui-ci est hospitalisé.

Cette solution offre plus de garanties sur le plan de la protection de la vie privée, et permet en outre à la personne, même en bonne santé, d'avoir un dialogue avec un médecin à l'occasion de la rédaction de la déclaration anticipée.

Un membre exprime sa conviction qu'il doit y avoir plusieurs moyens pour le médecin concerné d'entrer en possession de la déclaration anticipée.

Amendement n° 415

M. Vandenberghe et Mme De Schampelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 415) tendant à remplacer le deuxième tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er} par les mots «qu'il est dans un état végétatif persistant» (amendement n° 415 A) et à supprimer le troisième tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er} (amendement n° 415 B).

Een van de indieners vindt het vanzelfsprekend dat, wanneer wordt gesproken over een persisterende vegetatieve status, deze toestand onomkeerbaar is.

Spreeker verwijst naar de discussie over de juiste terminologie die moet gehanteerd worden (comateus, hersendood, persisterend comateus, ...) om de Franse term «inconscient» te dekken in medische en juridische zin. Het amendement beoogt duidelijkheid te brengen in de precieze toepassings sfeer van artikel 4.

Amendement nr. 413

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 291 een sub-amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 415) dat beoogt demente personen expliciet uit te sluiten van het toepassingsgebied van artikel 4.

Een van de indieners is van mening dat er een groot verschil is in de interpretatie van de woorden «niet meer bij bewustzijn zijn» al naargelang men een medische of een juridische analyse doet. In een rechtsstaat is het nu eenmaal de juridische analyse die bepalend is. Volgens een juridische interpretatie kan het amendement nr. 291 perfect in die zin uitgelegd worden dat dementen onder het toepassingsgebied van artikel 4 vallen. Aan deze verwarring moet een einde worden gesteld. Wanneer zulks de bedoeling is, moet uitdrukkelijk worden gesteld in het dispositief van artikel 4 dat dementen worden uitgesloten van het toepassingsveld.

Amendement nr. 416

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 291 een sub-amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 416) dat ertoe strekt personen die zich in een staat van ernstige geestesstoornis of zwakzinnigheid bevinden uitdrukkelijk uit te sluiten van het toepassingsgebied van artikel 4.

Een van de indieners wijst erop dat dit de terminologie is die wordt gebruikt in artikel 1386*bis* van het Burgerlijk Wetboek. Volgens deze bepaling hebben personen die zich in een staat van ernstige geestesstoornis of zwakzinnigheid bevinden geen voldoende bewustzijn om juridische handelingen te stellen en kunnen zij om deze reden derhalve niet aansprakelijk worden gesteld. Vanuit een juridische interpretatie, die reeds jarenlang stand houdt, zijn deze personen «niet meer bij bewustzijn».

Wanneer het echter de bedoeling is dat op deze mensen geen euthanasie wordt gepleegd, dient dit expliciet in de wettekst te worden opgenomen.

Een lid verwijst naar de verklaring van de vorige spreker die de woorden «geen voldoende bewustzijn» heeft gebruikt.

Un des auteurs trouve qu'il va de soi que lorsque l'on parle d'un état végétatif persistant, cette situation est irréversible.

L'intervenant renvoie à la discussion sur la terminologie exacte à utiliser (état comateux, mort cérébrale, coma persistant, ...) pour couvrir le terme français «inconscient» aux sens médical et juridique. Cet amendement tend à définir le champ d'application précis de l'article 4.

Amendement n° 413

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 415) tendant à exclure explicitement les personnes démentes du champ d'application de l'article 4.

Un des auteurs estime qu'il y a une grande différence dans l'interprétation du terme «inconscient» selon qu'on l'analyse du point de vue médical ou juridique. Or, dans un État de droit, c'est l'analyse juridique qui est déterminante. Selon une interprétation juridique, l'amendement n° 291 peut parfaitement être interprété en ce sens que les déments entrent dans le champ d'application de l'article 4. Il convient de mettre un terme à cette confusion. Si tel est le but poursuivi, il y a lieu de préciser expressément dans le dispositif de l'article 4 que les personnes démentes sont exclues du champ d'application.

Amendement n° 416

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 416) tendant à exclure explicitement du champ d'application de l'article 4 les personnes se trouvant dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale.

Un des auteurs souligne que cette terminologie est celle utilisée à l'article 1386*bis* du Code civil. Selon cette disposition, les personnes se trouvant en état de démence, ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale, ne sont pas suffisamment «conscientes» pour poser des actes juridiques et leur responsabilité ne peut dès lors pas être engagée. Selon une interprétation juridique qui prévaut depuis des années, ces personnes sont «inconscientes».

Si, toutefois, l'intention est qu'aucune forme d'euthanasie ne puisse être appliquée à ces personnes, il convient de l'indiquer explicitement dans le texte de la loi.

Un membre relève, dans les propos du précédent orateur, les termes «pas suffisamment conscient».

Spreker herinnert eraan dat de tekst van amendement nr. 14 die woorden niet bevat, maar uitdrukkelijk de personen beoogt die niet bij bewustzijn zijn.

Een ander lid merkt op dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen het geval van iemand die zich bevindt in een staat van zwakzinnigheid of in een staat van ernstige geestesstoornis op het ogenblik van het opstellen van de verklaring en het geval van iemand die wel degelijk handelingsbekwaam was op het ogenblik van het opstellen van de verklaring en later in de bovenvermelde toestand verzeilt en nog later in een toestand van onomkeerbaar bewustzijnsverlies.

In het eerste geval kan het verzoek de ingreep van een arts niet rechtvaardigen, maar meent de indiener van het amendement dat hetzelfde geldt in het tweede geval?

Deze laatste antwoordt dat er een groot verschil bestaat tussen het onbekwaam zijn en het onbewust zijn. De personen die worden bedoeld in artikel 1386*bis* van het Burgerlijk Wetboek zijn niet noodzakelijk onbekwaam verklaard, vermits hieraan andere voorwaarden zijn verbonden.

Een lid vindt het niet ernstig dat de indiener van het amendement nr. 416 insinueert dat in artikel 4 categorieën van personen worden bedoeld, waarvan de indieners van het wetsvoorstel uitdrukkelijk hebben gezegd dat ze niet worden gevisieerd. Geestesgestoorde en zwakzinnigen zijn uitgesloten van de regeling inzake euthanasie als gevolg van de wilsverklaring. Artikel 4 handelt over personen die «niet meer bij bewustzijn zijn». Dit is reeds bij herhaling gezegd.

Een ander lid begrijpt niet waarom er wordt verwezen naar artikel 1386*bis* van het Burgerlijk Wetboek dat handelt over de verantwoordelijkheid van personen die schade veroorzaken aan anderen.

Hier gaat het echter om personen die buiten bewustzijn zijn en per definitie geen schade kunnen toebrengen aan anderen.

Een persoon die leidt aan een ernstige geestesstoornis of aan zwakzinnigheid, is niet buiten bewustzijn in de betekenis van artikel 4.

Een vorige spreker vraagt daarom of de tekst niet verduidelijkt kan worden door de invoeging van de woorden «en heldere» na het woord «handelingsbekwame», zoals een lid suggereerde in een amendement.

Een van de indieners van het amendement nr. 416 is van mening dat dit een cruciale discussie is, vermits het gaat over het toepassingsgebied van een wetgeving die euthanasie onder voorwaarden depenaliseert. Hierover bestaat nog steeds geen duidelijkheid. Het «niet meer bij bewustzijn zijn» is in wezen de enige grondvoorwaarde die vereist is om levensbeëin-

L'intervenant rappelle que le texte de l'amendement n° 14 ne contient pas cette expression, mais vise expressément les personnes inconscientes.

Un autre membre souligne qu'il faut distinguer l'hypothèse où la personne est dans un état de débilité mentale, ou dans un état grave de déséquilibre mental au moment de la rédaction de la déclaration, et celle où la personne était capable au moment de cette rédaction, et sombre ultérieurement dans un tel état, puis dans l'inconscience irréversible.

Dans le premier cas, la déclaration ne peut fonder l'intervention d'un médecin. Mais l'auteur de l'amendement estime-t-il qu'il en va de même dans la deuxième hypothèse?

Ce dernier répond qu'il y a une grande différence entre être incapable et être inconscient. Les personnes visées à l'article 1386*bis* du Code civil ne sont pas forcément déclarées incapables, puisque les conditions pour ce faire sont différentes.

Un membre estime qu'il n'est pas sérieux, de la part de l'auteur de l'amendement n° 416, d'insinuer que l'on vise à l'article 4 des catégories de personnes dont les auteurs de la proposition de loi ont explicitement indiqué qu'elles ne sont pas visées. Les malades mentaux et les débiles mentaux sont exclus de la réglementation de l'euthanasie liée à la déclaration anticipée. L'article 4 traite des personnes «inconscientes». On l'a déjà répété plusieurs fois.

Un autre membre ne comprend pas pourquoi il est fait allusion à l'article 1386 du Code civil, qui concerne la problématique de la responsabilité du fait des dommages causés à autrui.

Or, il s'agit ici de personnes inconscientes, qui ne peuvent par définition causer un dommage à quiconque.

Si la personne se trouve dans un état grave de déséquilibre mental ou dans un état de débilité mentale, elle n'est pas inconsciente au sens de l'article 4.

Un précédent intervenant se demande dès lors si l'insertion du mot «lucide», après celui de «capable», comme proposé par un membre dans un amendement, ne contribuerait pas à clarifier le texte.

L'un des auteurs de l'amendement n° 416 estime qu'il s'agit d'une discussion cruciale, puisqu'elle porte sur le champ d'application d'une législation qui dépénalise l'euthanasie sous conditions. Ce champ d'application n'est toujours pas clair. L'«inconscience» est en réalité la seule condition de fond qui soit requise pour pouvoir pratiquer l'euthanasie puis-

digend op te treden vermits — in tegenstelling tot artikel 3 — in artikel 4 niet wordt gesproken over het ondraaglijk lijden of andere grondvoorwaarden voor euthanasie.

Een lid repliceert dat het onderzoek naar deze andere grondvoorwaarden niet zinvol is, precies omdat de patiënt «niet meer bij bewustzijn» is.

Een ander lid herhaalt dat volgens amendement nr. 291 de persoon niet enkel buiten bewustzijn moet zijn. Het moet ook gaan om een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en om een toestand die volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

Een van de indieners van het amendement nr. 416 herhaalt dat geen duidelijkheid bestaat over de groep van de personen op wie euthanasie kan worden toegepast. De term «niet meer bij bewustzijn zijn» biedt echter geen houvast. Het lid verwijst naar publieke verklaringen van één van de indieners van het amendement nr. 291, volgens dewelke euthanasie op haar moet kunnen toegepast worden vanaf het ogenblik dat zij dement wordt. De dementie is derhalve de enige aanleiding om euthanasie toe te passen.

Een lid antwoordt dat de betrokkene reeds bij herhaling heeft gesteld dat dit haar persoonlijke overtuiging is, maar dat voorliggend wetsvoorstel iets anders zegt. Dementen vallen helemaal niet onder artikel 4.

Een ander lid benadrukt nogmaals dat dezelfde vragen en antwoorden vaak herhaald worden.

Een van de indieners van het amendement nr. 416 repliceert dat de vraag naar het exacte toepassingsgebied telkens opnieuw wordt gesteld omdat er nooit een afdoend antwoord op wordt gegeven. De amendementen die worden ingediend hebben enkel als doel een precies antwoord te krijgen op dit toepassingsgebied. Tot op heden is dit nog steeds onduidelijk.

De medeondertekenaar van het amendement treedt deze stelling bij. Hij herhaalt andermaal dat er over de term «niet meer bij bewustzijn zijn» andere opvattingen leven in de juridische en in de medische wereld. De rechtspraak met betrekking tot artikel 1386*bis* van het Burgerlijk Wetboek komt in essentie hierop neer, dat de personen die erin bedoeld zijn geen fout begaan omdat ze, omwille van hun geestestoestand, worden geacht in een toestand van «buiten bewustzijn» te leven. Bijgevolg zijn ze niet aansprakelijk voor hun handelen. Vanzelfsprekend is deze groep veel ruimer dan de groep van personen die zich in een comateuze toestand bevindt.

Uit medische verslagen blijkt dat het niet helemaal duidelijk is wat wordt bedoeld met personen die «niet meer bij bewustzijn» zijn. Bovendien is de juridische analyse van dit begrip anders dan de medische analyse. Hier dient duidelijkheid te worden geschapen.

que, contrairement à l'article 3, l'article 4 ne parle pas de douleur inapaisable ni d'autres conditions de base.

Un membre réplique que l'examen de ces autres conditions de base n'a aucun sens, précisément parce que le patient est «inconscient».

Un autre membre rappelle que, selon l'amendement n° 291, la personne ne doit pas seulement être inconsciente. Il doit s'agir d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, et d'un état irréversible selon l'état actuel de la science.

L'un des auteurs de l'amendement n° 416 répète que l'on ne voit pas clairement quel est le groupe des personnes sur lesquelles l'euthanasie peut être pratiquée. Toutefois, le terme «inconscient» n'offre aucun point de repère. Le membre renvoie aux propos publics d'un des auteurs de l'amendement n° 291, qui a déclaré qu'on devrait pouvoir pratiquer sur elle une euthanasie dès qu'elle serait démente. La démence est donc la seule raison de pratiquer l'euthanasie.

Un membre répond que l'intéressée a déjà signalé à plusieurs reprises que telle était sa conviction personnelle, mais que la proposition de loi à l'examen prévoyait autre chose. L'article 4 n'est absolument pas applicable aux déments.

Un autre membre souligne une fois encore le caractère répétitif des questions et réponses formulées.

L'un des auteurs de l'amendement n° 416 réplique que si l'on repose sans cesse la question du champ d'application exact de la déposition, c'est parce que l'on n'y répond jamais de manière concluante. Les amendements déposés n'ont d'autre but que d'obtenir une réponse précise concernant ce champ d'application, qui n'est toujours pas clair.

Le cosignataire de l'amendement confirme ce qui vient d'être dit. Il répète une nouvelle fois que le terme «inconscient» n'est pas interprété de la même façon dans le monde juridique et dans le monde médical. La jurisprudence relative à l'article 1386*bis* du Code civil peut être résumée comme suit: les personnes qu'il vise ne commettent pas de faute parce qu'en raison de leur état mental, elles sont réputées vivre «inconsciemment». En conséquence, elles ne sont pas responsables de leurs actes. Il est évident que ces personnes sont beaucoup plus nombreuses que celles qui se trouvent dans le coma.

Des rapports médicaux montrent que l'on ne sait pas tout à fait clairement ce qu'il faut entendre par personnes «inconscientes». En outre, l'analyse juridique de cette notion est différente de son analyse médicale. Il faut faire la clarté à ce sujet.

Een lid verwijst naar de eerdere besprekingen over dit onderwerp en wijst op het bestaan van artikel 96 van de Code van de medische plichtenleer, die de termen «niet meer bij bewustzijn» hanteert.

Amendement nr. 425

Naar aanleiding van de bespreking van hun sub-amendement nr. 387 (*cf. supra*), dienen mevrouw Nyssens en de heer Galand daarop een subsidiair amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 425), dat ertoe strekt het voorgestelde vierde lid te vervangen als volgt:

«De wilsverklaring wordt opgesteld, gedateerd en ondertekend door degene die de verklaring aflegt en eventueel door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.»

Een van de indieners van het amendement herhaalt dat zij hiermee drie zaken beoogt:

- het beroep doen op getuigen afschaffen;
- ervoor zorgen dat de wilsverklaring zoveel mogelijk door de persoon zelf wordt opgesteld, eventueel met materiële hulp, om het rechtsbegrip met betrekking tot holografische testaments te gebruiken. De jurisprudentie staat toe dat de erflater enige materiële hulp krijgt bij het opstellen van dat document (Cass., 26 november 1936, *Pas.*, blz. 430). Zij staat echter niet toe dat het testament door een derde wordt opgesteld in plaats van door de erflater;
- de mede-ondertekening door een of meerdere vertrouwensperso(o)n(en) mogelijk maken.

Een lid vreest dat het afschaffen van de getuigen tot kritiek zal leiden omdat er niet genoeg garanties zijn voor de wilsverklaring.

Amendementen nrs. 427, 428 en 429

De heer Vandenberghe c.s. dienen enkele amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendementen nrs. 427, 428 en 429). Amendement nr. 427, dat een subamendement is op het amendement nr. 291, strekt ertoe het zevende lid van de § 1 van het voorgestelde artikel 4 te reformuleren in die zin dat de wilsverklaring op elk ogenblik zonder enige formaliteit kan worden ingetrokken en dat deze intrekking bindend is voor de arts.

Amendement nr. 428 is een subamendement op het amendement nr. 427 en wenst een lid toe te voegen volgens hetwelk een koninklijk besluit dient te bepalen hoe de wilsverklaring kan worden bevestigd en ingetrokken en de publiciteit hieromtrent dient te regelen.

Amendement nr. 429 is een subamendement op het amendement nr. 428 en wenst in de wet in te schrijven

Un membre renvoie aux discussions antérieures sur ce sujet et rappelle l'existence de l'article 96 du Code de déontologie médicale, qui emploie le terme «inconscient».

Amendement n° 425

Suite à la discussion relative à son sous-amendement n° 387 (*voir supra*), Mme Nyssens et M. Galand déposent à celui-ci un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 425, tendant à remplacer le 4^e alinéa proposé par ce qui suit:

«La déclaration est rédigée, datée et signée par le déclarant lui-même et cosignée par la ou les personne(s) de confiance éventuelle(s).»

L'un des auteurs de l'amendement rappelle qu'elle poursuit trois objectifs:

- supprimer le recours aux témoins;
- faire en sorte que la déclaration soit le plus possible rédigée par la personne elle-même, même avec «une main soutenue», selon l'expression utilisée en droit à propos des testaments olographes. La jurisprudence admet le «testament à main soutenue» ou «dirigée», c'est-à-dire le testament pour la rédaction duquel une simple assistance matérielle a été fournie au testateur (Cass., 26 novembre 1936, *Pas.*, p. 430). Elle n'admet toutefois pas que le testament puisse être rédigé par un tiers à la place du testateur;
- prévoir la cosignature par la ou les personne(s) de confiance.

Un membre craint que la suppression du recours aux témoins ne suscite l'objection que l'on ne dispose pas de suffisamment de garanties par rapport à la déclaration anticipée.

Amendementen n°s 427, 428 et 429

M. Vandenberghe et consorts déposent plusieurs amendements (doc. Sénat, n°s 2-244/16, amendements n° 427, 428 et 429). L'amendement n° 427, qui sous-amende l'amendement n° 291, vise à reformuler l'alinéa 7 du § 1^{er} de l'article 4 proposé en prévoyant que la déclaration peut être retirée à tout moment, sans formalité aucune, et que ce retrait engage le médecin.

L'amendement n° 428, qui est un sous-amendement à l'amendement n° 427, vise à ajouter un alinéa disposant qu'un arrêté royal doit déterminer les modalités de la confirmation et du retrait de la déclaration ainsi qu'en régler la publicité.

L'amendement n° 429 est un sous-amendement à l'amendement n° 428 et vise à inscrire dans la loi

dat een afschrift van de wilsverklaring hoe dan ook in het medisch dossier van de betrokkene moet worden bewaard.

De hoofdindieners verwijst naar de uiteenzetting met betrekking tot de conformiteit van de voorgestelde regeling met de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, die werd gegeven naar aanleiding van de bespreking van het amendement nr. 326.

Het amendement nr. 427 herneemt de klassieke formule van afstand van rechten. Een dergelijke afstand heeft hoe dan ook rechtsgevolgen wanneer de ondubbelzinnigheid ervan vaststaat. Eén en ander is niet aan bijkomende formaliteiten onderworpen. Spreker haalt het voorbeeld aan van de overdracht van onroerende goederen onder levenden, die onderworpen is aan de formaliteiten die zijn voorgeschreven door artikel 1 van de Hypotheekwet om tegenwepelijk te zijn aan derden. De rechtsleer en de rechtspraak zeggen evenwel dat de afstand van eigendom aan geen enkele formaliteit is onderworpen.

In artikel 4 moet derhalve eveneens het onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de rechtsgevolgen die aan de intrekking van de wilsverklaring worden verbonden en anderzijds de publiciteit ervan.

Een lid antwoordt dat het vanzelfsprekend lijkt dat een wilsverklaring die wordt ingetrokken, niet meer bestaat.

Een ander lid meent dat de hamvraag is hoe te bewijzen dat de wilsverklaring werd ingetrokken.

De hoofdindieners van de vermelde amendementen antwoordt dat dit met alle mogelijke bewijsmiddelen kan.

Amendement nr. 432

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 432) dat wenst in te schrijven dat de bevestiging en de intrekking van de wilsverklaring wordt geregeld bij koninklijk besluit, genomen na overleg in de ministerraad en na het advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De hoofdindieners meent dat dit een minimale vereiste is teneinde de conformiteit van de voorgestelde regeling met de privacywetgeving te verzekeren, mochten de amendementen nrs. 326, 427, 428 en 429 worden verworpen.

Amendement nr. 435

Mevrouw Leduc c.s. dienen een subamendement in op het amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 435), dat het vijfde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 volledig wenst te vervangen.

qu'en tout état de cause, une copie de la déclaration est versée au dossier médical de l'intéressé.

L'auteur principal renvoie à l'exposé sur la conformité de la réglementation proposée avec la législation sur la protection de la vie privée, qui a été fait lors de la discussion de l'amendement n° 326.

L'amendement n° 427 reprend la formule classique de renonciation à un droit. Une telle renonciation est en tout état de cause suivie d'effets juridiques quand elle est dépourvue de toute ambiguïté. Aucune formalité supplémentaire n'est prévue. L'intervenant cite l'exemple de la cession d'immeubles entre vifs, qui doit respecter les formalités prévues à l'article 1^{er} de la législation sur les hypothèques pour être opposable aux tiers. La doctrine et la jurisprudence disent pourtant que la cession de propriété n'est soumise à aucune formalité.

Il faut donc faire aussi la distinction, à l'article 4, entre, d'une part, les effets juridiques du retrait de la déclaration et, d'autre part, sa publicité.

Un membre répond qu'il paraît évident qu'une fois la déclaration anticipée retirée, elle n'existe plus.

Un autre membre observe que toute la question est de savoir comment prouver le retrait.

L'auteur principal des amendements précités répond que l'on peut le faire par tous moyens de preuve.

Amendement n° 432

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 432), qui vise à prévoir que les modalités de confirmation et de retrait de la déclaration sont réglées par un arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis de la Commission de la protection de la vie privée.

L'auteur principal estime que c'est là une condition minimale en vue d'assurer la conformité de la réglementation proposée avec la législation sur la protection de la vie privée au cas où les amendements n° 326, 427, 428 et 429 seraient rejetés.

Amendement n° 435

Mme Leduc et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 435), qui vise à remplacer complètement l'alinéa 5 du § 1^{er} de l'article 4 proposé.

De hoofdindienster licht toe dat dit lid betrekking heeft op de persoon die fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen. De voorwaarden en de procedures voor deze personen moeten zoveel als mogelijk identiek zijn aan degene die gelden voor de andere personen. Vandaar dat in het amendement nr. 435 de meerderjarige getuigen worden genoemd, van wie één geen materieel belang mag hebben bij het opstellen van de wilsverklaring. Verder wordt gesteld dat de meerderjarige persoon die de wilsverklaring opstelt hiervoor wordt gevraagd. Uiteraard moet de wilsverklaring gedateerd en ondertekend worden door de getuigen en de vertrouwenspersoon, indien er één is.

Een lid stelt vast dat in de voorgestelde tekst opnieuw de term «materieel belang» wordt gebruikt. Spreekster meent echter uit de voorgaande bespreking te hebben begrepen dat het beter was om de algemene term «rechtstreeks belang» te gebruiken.

De hoofdindienster van het amendement nr. 435 merkt dat dezelfde terminologie wordt gebruikt als diegene die wordt vermeld voor personen die wél in staat zijn een wilsverklaring op te stellen.

Vorige spreekster antwoordt dat niets het gebruik belet van de term «rechtstreeks belang» die een groter aantal veronderstellingen omvat.

De hoofdindienster van het amendement nr. 435 wenst bij de eerder voorgestelde tekst te blijven.

Amendement nr. 474

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 435 een sub-amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 474) volgens hetwelk niet over «materieel belang» maar over een «rechtstreeks belang» wordt gesproken in de tekst van het vijfde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4. Bovendien laat het amendement niet toe dat ook maar één getuige een rechtstreeks belang zou hebben bij het overlijden van de patiënt.

De hoofdindienster verwijst naar de eerder uiteenzette argumenten waarin hij heeft gesteld dat het louter «materieel belang» een te eng begrip is. Extrapatrimoniale elementen kunnen soms meer het gedrag van mensen beïnvloeden dan patrimoniale belangen.

Amendement nr. 340

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 340) dat de toepassingsfeer van § 1 van artikel 4 wil beperken tot de personen die zich in een stervensfase bevinden.

L'auteur principale déclare que cet alinéa concerne la personne qui se trouve dans l'impossibilité physique permanente de rédiger et de signer une déclaration de volonté. Les conditions et les procédures applicables pour ce qui est de ces personnes doivent être identiques autant que possible à celles qui sont applicables pour ce qui est des autres personnes. C'est pourquoi l'amendement n° 435 parle de témoins majeurs dont l'un ne peut avoir aucun intérêt matériel à la rédaction d'une déclaration de volonté. On ajoute par ailleurs que la personne majeure qui rédige la déclaration de volonté est sollicitée à cet effet. Il va de soi que la déclaration doit être datée et signée par les témoins et la personne de confiance, s'il y en a une.

Un membre constate que le texte proposé reprend à nouveau l'expression «intérêt matériel». Or, l'intervenante croyait avoir compris de la précédente discussion qu'il valait mieux utiliser l'expression générale «intérêt direct».

L'auteur principale de l'amendement n° 435 fait observer qu'on utilise la même terminologie qu'en ce qui concerne les personnes qui sont, quant à elles, en état de rédiger une déclaration de volonté.

La précédente oratrice répond que rien n'empêche d'utiliser de façon uniforme la notion d'«intérêt direct», qui couvre un plus grand nombre d'hypothèses.

L'auteur principale de l'amendement n° 435 souhaite maintenir le texte proposé précédemment.

Amendement n° 474

M. Vandenberghe et Mme Schampheleere déposent à l'amendement n° 435 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 474) qui utilise non pas les mots «intérêt matériel», dans le texte de l'alinéa 5 du § 1^{er} de l'article 4 proposé, mais les mots «intérêt direct». En outre, l'amendement précise qu'aucun témoin ne peut avoir un intérêt direct à ce que le patient décède.

L'auteur principal renvoie aux arguments qu'il a développés antérieurement et suivant lesquels l'intérêt purement «matériel» est une notion trop étroite. Les éléments extrapatrimoniaux peuvent parfois exercer sur le comportement des gens une influence plus forte que les intérêts patrimoniaux.

Amendement n° 340

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 340) qui tend à limiter le champ d'application du § 1^{er} de l'article 4 aux personnes qui se trouvent à l'article de la mort.

De hoofdindiener merkt op dat de voorgestelde bepaling het mogelijk maakt dat een wilsverklaring tot actief opzettelijk levensbeëindigend handelen kan in aanmerking genomen worden voor de patiënten die niet in een stervensfase verkeren. Dit moet worden vermeden. Spreker verwijst naar zijn eerdere tussenkomsten, tijdens dewelke hij zijn visie hieromtrent reeds uitvoering heeft uiteengezet.

Amendement nr. 478

De heer Vandenberghe en Mevrouw De Schamphelaere dienen op het amendement nr. 435 een sub-amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 478), dat beoogt in § 1, vijfde lid, na de tweede zin een tekst in te voegen, volgens dewelke de geschriftstelling van een wilsverklaring van een persoon die fysiek blijvend niet in staat is om er zelf een op te stellen gebeurt in het bijzijn van een arts, en die voorschrijft dat de aangewezen persoon de naam van die arts noteert op het document.

Een van de indieners licht toe dat op deze wijze een bijkomende waarborg wordt voorzien, naar analogie met de vierde paragraaf van artikel 3. Deze waarborg moet immers ook in artikel 4 worden geboden.

Amendement nr. 436

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 436), dat ertoe strekt het tweede en het derde streepje van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«— dat hij niet meer bij bewustzijn is en dat deze toestand volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is,

— en dat dit bewustzijnsverlies strikt verband houdt met een toestand van onomkeerbare coma».

De indiener van het amendement is van mening dat de oorspronkelijke amendementen nrs. 15 en 16 van de indieners van het voorstel veel duidelijker waren met betrekking tot de onomkeerbare toestand van het bewustzijnsverlies.

Zoals de tekst nu is opgesteld, kan amendement nr. 291 op twee manieren geïnterpreteerd worden: ofwel gaat het om een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of zieke veroorzaakte aandoening die onomkeerbaar is, waardoor het bewustzijnsverlies, zeker als gevolg van een ongeval, slechts tijdelijk zal zijn, ofwel gaat het om bewustzijnsverlies dat onomkeerbaar is.

Alle artsen die door spreekster zijn geraadpleegd, hebben bevestigd dat het absoluut onmogelijk is met zekerheid te zeggen of het bewustzijnsverlies van een patiënt onomkeerbaar is, behalve indien de patiënt hersendood is. Alle artsen zijn al getuige geweest van

L'auteur principal fait observer que la disposition proposée permet de prendre en considération une demande d'euthanasie active formulée dans une déclaration de volonté, pour des patients qui ne sont pas en phase terminale. Il y a lieu d'exclure cette possibilité. L'intervenant renvoie à des interventions antérieures, au cours desquelles il a déjà exposé de manière circonstanciée son point de vue en la matière.

Amendement n° 478

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent à l'amendement n° 435 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 478) qui vise à insérer, après la deuxième phrase du § 1^{er}, alinéa 5, un texte qui prévoit que la déclaration de volonté d'une personne qui est dans l'impossibilité physique permanente d'en rédiger une elle-même, est rédigée en présence d'un médecin et que la personne désignée mentionne le nom de ce médecin dans le document.

L'un des auteurs déclare que l'on prévoit de la sorte une garantie supplémentaire, par analogie avec le § 4 de l'article 3. L'article 4 doit en effet offrir également cette garantie.

Amendement n° 436

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 436), tendant à remplacer le 2^{ème} et le 3^{ème} tirets de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«— qu'il est inconscient de manière irréversible selon l'état actuel de la science,

— et que cette inconscience est strictement liée à un état de coma dépassé».

L'auteur de l'amendement estime que les amendements n°s 15 et 16 initiaux des auteurs de la proposition étaient beaucoup plus clairs en énonçant que c'était l'inconscience du patient qui était irréversible.

Tel qu'il est rédigé, l'amendement n° 291 est susceptible d'une double interprétation: soit c'est l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable qui est irréversible, l'inconscience pouvant, surtout dans le cas d'un accident, n'être, en définitive, que temporaire, soit c'est l'inconscience qui est irréversible.

Tous les médecins consultés par l'intervenante ont affirmé qu'en dehors de la situation dite de coma dépassé, il est absolument impossible de dire avec certitude si l'inconscience d'un patient est irréversible. Ils ont tous assisté à des retournements de situa-

een spectaculaire ommekeer in de toestand van de patiënt. Om de patiënt afdoende te beschermen, lijkt euthanasie alleen te mogen worden in overweging genomen wanneer de arts met zekerheid kan zeggen dat het bewustzijnsverlies onomkeerbaar is, dus als de patiënt hersendood is. Men kan niet onverschillig blijven voor de resultaten van een recent onderzoek over de afdelingen intensive care in Frankrijk, gepubliceerd in de *Lancet* van 6 januari 2001 («*Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey*»). Deze studie toont aan dat van de patiënten bij wie de behandeling wordt stopgezet omdat de situatie uitzichtloos is (*Withdrawal of life-support measures*), 5,3 % niet overlijdt. Kunnen wij als wij dit weten, via een dubbelzinnige wettekst een foutenmarge toelaten van 5 % in de beoordeling van de onomkeerbaarheid van de toestand van een zieke?

Medische prognoses hebben hun beperkingen; wij kunnen het dan ook niet eens zijn met een wetenschappelijke benadering van geneeskunde waarin de arts te veel macht krijgt en waarin de bescherming van de zwaksten in het gedrang komt.

Deze studie toont eveneens aan dat in de afdelingen intensive care maar liefst 7,3 % van de patiënten niet in staat was zijn wil te kennen te geven (er wordt niet gesproken over bewustzijnsverlies). Welke procedure zal er gevolgd worden bij deze patiënten? Zullen zij vallen onder de noemer «niet meer bij bewustzijn zijn», als bedoeld in artikel 4 van het voorstel?

Een lid zegt heel verheugd te zijn over de verantwoording bij het amendement nr. 436, gelet op de lange discussies over de begrippen «onomkeerbaar» en «niet meer bij bewustzijn zijn». Deze begrippen zijn immers niet enkel vanuit juridisch oogpunt bijzonder onduidelijk maar, zoals de verantwoording stelt, ook vanuit medisch standpunt bekeken. Dit toont aan dat, indien het de bedoeling is een onomkeerbare toestand van bewustzijnsverlies te beschrijven, men hiervoor een meer accurate omschrijving dient te geven.

Een ander lid sluit zich aan bij de opmerking van de vorige spreker. Zij verwijst naar de toelichting bij het amendement nr. 291, volgens dewelke de onomkeerbare toestand van «niet meer bij bewustzijn zijn» gelijkgeschakeld wordt met de comateuze toestand («met andere woorden»). Welke zou dan de reden zijn waarom het amendement nr. 436 niet zou kunnen worden aangenomen?

Een lid meent dat de toestand van «niet meer bij bewustzijn zijn» in sommige gevallen ruimer kan zijn dan de «comateuze» toestand. Zij verwijst terzake naar de talrijke medische literatuur op dit vlak en meent dat de beschrijving van de toestand in amendement nr. 291 de best mogelijke is. Het lid geeft het voorbeeld van iemand die niet permanent in een coma ligt, maar waarvan toch niet kan worden gezegd dat

tions spectaculaires. Dans un souci de protection du patient, il semble que ce n'est que lorsque le patient est dans un état de coma dépassé, que l'euthanasie pourrait éventuellement être prise en considération. Une étude récente concernant les unités de soins intensifs en France publiée dans le *Lancet* du 6 janvier 2001 («*Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey*») ne peut laisser personne indifférent à cet égard. Cette étude apprend qu'en cas d'arrêt des traitements pour situation désespérée (*Withdrawal of life-support measures*), 5,3 % des patients ne décèdent pas. Peut-on entériner, en connaissance de cause, par un texte de loi équivoque une marge d'erreur de l'ordre de 5 % dans l'appréciation par le médecin du caractère irréversible de la situation d'un malade?

Le pronostic médical a ses limites et l'on ne peut se faire l'adepte d'une vision scientifique de la médecine qui reviendrait à donner au médecin un pouvoir démesuré au détriment de la protection des plus faibles.

Cette étude montre également que dans ces unités de soins intensifs, 7,3 % des patients étaient incapables d'exprimer leurs souhaits (le terme inconscients n'est pas utilisé). Quelle procédure sera appliquée dans le cas de ces patients? Sont-ils considérés comme «inconscients» au sens de l'article 4 de la proposition?

Un membre dit que la justification de l'amendement n° 436, le rejouit au plus haut point notamment parce qu'il trouve très important les longues discussions qu'il y a eues à propos du sens des mots «irréversible» et «inconscience». Il revient en effet à des notions particulièrement imprécises non seulement du point de vue juridique, mais aussi, comme le dit la justification, du point de vue médical. Cela prouve que, si l'objectif est de décrire un état irréversible d'inconscience, il faut également donner de cette notion une définition plus précise.

Une autre membre souscrit à la remarque de la préopinante. Elle renvoie à la justification de l'amendement n° 291, selon laquelle l'état irréversible d'«inconscience» est assimilé à l'état comateux («c'est-à-dire»). Pour quelle raison l'amendement n° 436 ne pourrait-il dès lors pas être adopté?

Une commissaire estime que la portée de la notion d'«état inconscience» peut, dans certains cas, être plus large que celle de la notion d'«état comateux». Elle renvoie à cet égard aux nombreux ouvrages médicaux qui sont consacrés à ce point et considère que la description de l'état en question que donne l'amendement n° 291 est la meilleure possible. L'intervenante cite l'exemple d'une personne qui ne

hij bij bewustzijn is. Als men alleen de comapatiënten zou bedoelen, was er geen artikel 4 nodig geweest. Echter benadrukt zij dat de demente personen uitgesloten zijn van dit begrip.

Een ander lid begrijpt niet waarom de woorden «en dat dit bewustzijnsverlies strikt verband houdt met een toestand van onomkeerbare coma» de voorgestelde tekst juridisch zou verduidelijken. Het is een medisch gegeven dat leidt tot de beperking van de toepassings sfeer van het wetsvoorstel.

Het subamendement is kennelijk ingegeven door het streven naar een maximale beperking van de draagwijdte van de wilsverklaring.

Het is duidelijk dat de arts alleen kan overwegen gevolg te geven aan de wilsverklaring van de patiënt dit niet meer bij bewustzijn is, indien hij in eer en geweten meent dat er geen middel is om hem te redden.

Dit debat lijkt dus vrij theoretisch, vergeleken bij de concrete situaties die zich kunnen voordoen.

De indiener van amendement nr. 436 neemt kennis van het feit dat de indieners van amendement nr. 291 de toepassings sfeer van artikel 4 niet willen beperken tot de gevallen van hersendood en dat het woord «onomkeerbaar» betrekking heeft op de ziekte en niet op een comateuze toestand.

Een lid verwijst naar het oordeel van geneesheren uit de academische wereld, die hebben gesteld dat de comateuze toestand slechts één van de situaties is waarin de patiënt «niet meer bij bewustzijn» is, naast verschillende andere.

Volgens de huidige medische wetenschap wordt onder «bewustzijn» begrepen: het besef van zichzelf en zijn omgeving. Wanneer iemand derhalve «niet meer bij bewustzijn» is, betekent dit dat de betrokkene het besef van zichzelf en zijn omgeving heeft verloren. De hersenen hebben steeds een bio-elektrische en bio-chemische activiteit. Hierdoor ontvangen de hersenen informatie, waarop ze een antwoord geven. Vanaf het ogenblik dat dit niet meer gebeurt, is men «niet meer bij bewustzijn» en heeft men geen besef van zichzelf en zijn omgeving. Wanneer nu deze situatie onomkeerbaar is, komt men in het toepassingsveld van artikel 4.

Het argument, dat een mens niet alleen leeft maar slechts bestaat in relatie met de anderen, speelt vanaf dat ogenblik geen rol meer. De patiënt heeft immers geen besef meer, noch van zichzelf, noch van de omgeving. Er is dus geen sprake meer van een relatie.

Of een dergelijke toestand irreversibel, onomkeerbaar is, kan worden uitgemaakt aan de hand van medische standaarden.

se trouve pas en permanence dans le coma, mais dont on ne peut malgré tout pas dire qu'elle est consciente. S'il avait été question seulement des patients se trouvant dans le coma, l'article 4 n'aurait pas été nécessaire. Elle souligne toutefois que les personnes démentes ne sont pas couvertes par cette notion.

Un autre membre ne voit pas en quoi les termes «et que cette inconscience est strictement liée à un état de coma dépassé» apportent une précision juridique au texte proposé. C'est un élément médical qui aboutit à réduire le champ d'application de la proposition de loi.

Le sous-amendement s'inspire manifestement de la volonté de limiter au maximum la portée de la déclaration de volonté.

Il est évident que le médecin n'envisagera éventuellement de donner suite à la déclaration de volonté du patient inconscient que s'il estime en âme et conscience qu'il n'y a pas moyen de le sauver.

Le présent débat paraît donc assez théorique, par rapport aux situations concrètes susceptibles de se présenter.

L'auteur de l'amendement n° 436 prend acte de ce que les auteurs de l'amendement n° 291 n'entendent pas limiter le champ d'application de l'article 4 aux cas de coma dépassé, et de ce que le mot «irréversible» vise la maladie et non le coma.

Un membre renvoie à l'avis de médecins du monde universitaire selon lesquels l'état comateux n'est qu'une situation parmi d'autres dans laquelle le patient est «inconscient».

La science médicale actuelle entend par «conscience»: la perception de nous-même et de ce qui nous entoure. Par conséquent, lorsqu'une personne est dite «inconsciente», cela signifie qu'elle a perdu la perception d'elle-même et de ce qui l'entoure. Le cerveau présente toujours une activité bioélectrique et biochimique. Il reçoit des informations, mais il n'y répond pas. Dès cet instant, le patient en question est dit «inconscient» et n'a plus la perception de lui-même et de ce qui l'entoure. Or, si cette situation est irréversible, on se trouve dans le champ d'application de l'article 4.

À partir de ce moment-là, l'argument selon lequel l'individu ne vit pas seulement mais existe en relation aux autres, ne joue plus aucun rôle. Le patient n'a en effet plus aucune perception de lui-même ni de ce qui l'entoure. L'on ne peut donc plus parler d'une relation.

Le caractère irréversible d'une telle situation peut être établi sur la base de critères médicaux.

Een lid stelt vast dat voortdurend een andere verklaring wordt gegeven aan het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn». Aanvankelijk werd deze situatie gelijkgeschakeld met de comateuze toestand. Dan weer werd geopperd dat er verschillende graden van coma zijn, en dat men bij een «lichte» coma nog bij bewustzijn kan zijn. Vervolgens werd gesteld dat dementen en Alzheimer-patiënten niet onder dit begrip vallen. Nu wordt een definitie gegeven die veel breder gaat dan enkel de louter comateuze toestand, en eenieder omvat die zich niet meer van zichzelf en van zijn omgeving bewust is.

Onder deze laatste definitie vallen ook de geesteszieken en de Alzheimerpatiënten. Spreker vindt niet dat de zorgplicht van de samenleving beperkt moet worden tot diegenen die er zich van bewust zijn dat ze zorg kunnen vragen en krijgen. Dit is een compleet andere visie, die erg verschilt van de visie van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1.

Tenslotte herhaalt het lid dat, eens een begrip in een wet wordt opgenomen, dit een juridische draagwijdte krijgt die soms verder gaat dan wat er aanvankelijk mee bedoeld werd, en die wordt verfijnd door de rechtspraak en de rechtsleer.

Er wordt opgemerkt dat een geesteszieke niet in staat is om een wilsbeschikking te schrijven.

De vorige spreker repliceert dat het mogelijk is dat hij ze vroeger geschreven heeft en dat euthanasie op hem wordt toegepast wanneer hij geestesziek wordt.

Een lid vult aan dat de discussie juist gaat over de beschrijving van een toestand, waarvan een persoon uitdrukkelijk zegt dat hij ze levend niet wil meemaken. Maar eens deze betrokkene geestesziek of dement is geworden, kan een dergelijke wilsverklaring tegen hem worden gebruikt. Deze mensen hebben nog een relatie met de buitenwereld, die weliswaar anders is dan die van een gezond persoon.

Een ander lid is van mening dat de indiener via subamendement nr. 436 alles te goed wil doen.

Voor hersendood is geen wetgeving noodzakelijk: daar weten de artsen wat hen te doen staat.

Euthanasie ook van toepassing maken op comateuze toestanden en afhankelijk maken van een wilsverklaring dreigt te leiden tot zinloos medisch handelen in dramatische situaties wanneer een dergelijke wilsverklaring niet werd opgesteld.

Een lid verklaart in antwoord op een vorige spreker dat men in een wilsverklaring kan schrijven wat men wil. Men kan er ook in bepalen wat men wil indien men dement of geestelijk gehandicapt wordt.

Un membre constate que la définition que l'on donne de la notion d'«inconscience» n'arrête pas de changer. Au départ, cette situation a été assimilée à l'état comateux. Ensuite, on a suggéré qu'il y a plusieurs niveaux comateux et qu'une personne plongée dans un coma «léger» peut encore être consciente. On a dit ensuite que les déments et les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ne tombent pas sous la définition de cette notion. L'on donne à présent une définition qui s'étend bien au-delà du simple état comateux et vaut pour quiconque n'a plus la perception de lui-même et de ce qui l'entoure.

Les malades mentaux et les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer tombent eux aussi sous cette définition. L'intervenant n'est pas d'avis que l'obligation de soins qui incombe à la société doit se limiter à ceux qui sont conscients de la possibilité de demander et de recevoir des soins. Ce serait se fonder sur une vision complètement différente s'écartant très fort de celle des auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1.

Enfin, le membre répète qu'en inscrivant une notion dans la loi, on lui confère une portée juridique qui va parfois au-delà de ce qu'elle visait initialement et qui est affinée par la jurisprudence et la doctrine.

Un intervenant fait remarquer qu'un malade mental n'est pas en état de rédiger une déclaration de volonté.

L'intervenant précédent réplique qu'il se pourrait qu'il en ait rédigé une auparavant et qu'on pratique sur lui l'euthanasie au cas où la maladie mentale se serait déclarée.

Un membre ajoute que la discussion a précisément pour objet de décrire un état dans lequel une personne déclare expressément ne pas vouloir vivre. Or, une fois que l'intéressé est atteint d'une maladie mentale ou de démence, pareille déclaration de volonté peut être utilisée contre lui. Ces personnes entretiennent encore une relation avec le monde extérieur, même si elle est différente de celle d'une personne saine.

Un autre membre estime que, par le sous-amendement n° 436, l'auteur veut trop bien faire.

Pour un coma dépassé, une législation n'est pas nécessaire: les bonnes pratiques de la médecine existent.

Inclure le coma dépassé dans l'euthanasie, et requérir pour cela une déclaration anticipée, risque de provoquer un acharnement thérapeutique dans des situations dramatiques lorsqu'une telle déclaration anticipée n'a pas été rédigée.

Un membre déclare, en réponse à une précédente intervenante, que l'on peut écrire ce que l'on veut dans une déclaration anticipée, y compris des souhaits pour le cas où l'on tomberait dans la

Maar de wet is slechts van toepassing binnen de perken die hij bepaalt.

Men wil eens te meer de indruk wekken dat de wet die wordt voorbereid de «opruiming» van geesteszieken en dementen zou mogelijk maken, terwijl de tekst juist zeer duidelijk de voorwaarden bepaalt waaronder de wet van toepassing is. Mentaal gehandicapt zijn of lijden aan dementie is niet hetzelfde als buiten bewustzijn zijn.

De indiener van amendement nr. 436 merkt op dat de artsen gewoonlijk de Engelse terminologie gebruiken, namelijk «*competent*» of «*incompetent*», dit wil zeggen «(handelings)bekwaam» zijn of «niet (handelings)bekwaam» zijn.

Spreekster wil weten of de woorden «niet meer bij bewustzijn zijn» beantwoorden aan deze terminologie.

De vorige spreker antwoordt ontkennend. Spreker verkiest de Belgische rechtsterminologie die gekend is.

De indiener van amendement nr. 436 antwoordt dat zij die opmerking heeft gemaakt omdat zij meent dat het Franse woord «*conscient*» en het Nederlandse woord «bewust» die in de voorliggende tekst gebruikt worden, niet helemaal hetzelfde zijn.

Een lid onderstreept dat het debat over de bekwaamen en de onbekwaamen enerzijds, en de discussie over de personen «die niet meer bij bewustzijn zijn» twee verschillende zaken zijn. Spreker verwijst naar zijn opvatting, die reeds uitvoerig werd uiteengezet, met betrekking tot de benadeling die wilsonbekwaamen mogelijk kunnen ondervinden op het ogenblik dat de geldigheidstermijn van vijf jaar is verstreken. Ook mensen die de ziekte van Alzheimer krijgen of dement worden kunnen in de onmogelijkheid terechtkomen om hun wilsverklaring te verlengen wanneer de termijn van vijf jaar overschreden wordt, omdat ze niet meer handelingsbekwaam zijn. Dit heeft echter niets te maken met de discussie over het al dan niet «niet meer bij bewustzijn zijn» overeenkomstig voorliggend wetsvoorstel.

Het lid is de suggestie echter niet ongenegen om in de wet de term «volledig niet meer bij bewustzijn zijn» te hanteren, omdat er inderdaad bepaalde gradaties bestaan, bijvoorbeeld van een comateuze toestand. De moeilijkheid daaromtrent is echter dat het niet makkelijk zal zijn om te bepalen wat nu «volledig» is en wat niet.

Spreker meent evenwel dat het essentieel is dat men het vertrouwen in het medisch korps bewaart. Thans is er immers geen enkele regelgeving en dient men zich uitsluitend op dit vertrouwen te beroepen. Nu worden wél regels uitgewerkt. Tal van amendemen-

démence ou le handicap mental. Mais la loi ne s'applique que dans les limites qu'elle définit.

On cherche une fois de plus à faire croire que la loi en préparation permettrait l'«*élimination*» des handicapés mentaux et des déments, alors que le texte définit de façon très précise les conditions dans lesquelles il s'applique. Souffrir d'un handicap mental ou de démence n'est pas être inconscient.

L'auteur de l'amendement n° 436 remarque que les médecins utilisent généralement une terminologie anglaise, en l'occurrence *competent* ou *incompetent*, c'est-à-dire «capable» ou «incapable».

L'intervenante aimerait savoir si le mot «inconscient» correspond à cette terminologie.

Le précédent intervenant répond par la négative; l'intervenant s'en tient plutôt à la terminologie juridique belge, qui est connue.

L'auteur de l'amendement n° 436 répond que sa remarque vient de ce qu'elle croit sentir une nuance entre la terminologie française (*conscient*) et la terminologie néerlandaise (*bewust*), utilisées dans le texte à l'examen.

Un membre souligne que le débat sur les personnes capables et les personnes incapables, d'une part, et la discussion sur les personnes «inconscientes», d'autre part, sont deux choses distinctes. L'intervenant fait référence à la conception qu'il a déjà exposée de manière circonstanciée, concernant le préjudice que pourraient subir les incapables à l'expiration de la durée de validité de cinq ans. Les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de démence risquent aussi de se retrouver dans l'impossibilité de confirmer leur déclaration de volonté à l'expiration du délai de cinq ans, simplement parce qu'ils n'auraient plus la capacité légale d'agir. Cela n'a cependant rien à voir avec la discussion sur la question de savoir où finit l'état de conscience et où commence l'état d'inconscience au sens de la présente proposition de loi.

Le membre n'est toutefois pas hostile à la suggestion d'utiliser dans la loi l'expression «en état d'inconscience totale» (en néerlandais: «*volledig niet meer bij bewustzijn zijn*»), étant donné qu'il existe effectivement une gradation, par exemple, dans l'état comateux. Il y a toutefois une difficulté à cet égard parce que l'on ne peut pas dire clairement ce que l'on entend par «totale» (en néerlandais: «*volledig*»).

L'intervenant estime toutefois qu'il est essentiel que l'on continue à faire confiance au corps médical. L'on se trouve en effet actuellement devant un vide réglementaire et cette confiance est le seul élément sur lequel l'on puisse se baser. Aujourd'hui par contre, on

ten hebben evenwel als doel de artsen op te sluiten in een te eng carcan.

Een vorige spreekster herhaalt dat het grote knelpunt in de discussie is op welke categorieën van mensen het voorgestelde artikel 4 van toepassing zijn. Men is het erover eens dat het «niet meer bij bewustzijn zijn» een ruimere omschrijving is dan enkel de comateuze toestand. Blijkbaar gaat het nu over mensen die geen besef van zichzelf en van hun omgeving meer hebben. Daarbij moet men vertrouwen geven aan de artsen. Het lid meent evenwel dat de gegeven omschrijving ook sommige mentaal gehandicapten of demente personen omvat. Er is geen juridisch controleerbaar begrip voorhanden.

Een lid repliceert dat artikel 3 uitdrukkelijk stelt dat men handelingsbekwaam en bewust moet zijn om euthanasie te vragen. Een mentaal gehandicapte persoon kan derhalve niet onder de toepassingsfeer van de wet vallen.

De vorige spreekster vindt dat dit naast de kwestie is. Een perfect gezond persoon kan een wilsverklaring opstellen waarin hij beschrijft welke situaties hij niet wil meemaken, en daarna een mentale handicap krijgen of dement worden. De vraag is wat er dan gebeurt: kan op deze persoon als gevolg van een wilsverklaring euthanasie worden toegepast of niet?

Er wordt haar geantwoord dat een arts, overeenkomstig artikel 3, niet kan ingrijpen en geen euthanasie kan toepassen.

De vorige spreekster wijst erop dat het volgens artikel 4 wél kan.

Een lid repliceert dat, ook in de situatie die in artikel 4 wordt omschreven, de arts rekening dient te houden met de volledige wet, en derhalve de voorwaarden van artikel 3 moet respecteren.

Een ander lid herhaalt dat de wilsverklaring geldt voor diegenen die niet meer bij bewustzijn zijn.

Amendement nr. 475

De heer Galand dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 475), dat ertoe strekt het tweede streepje van het tweede lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«dat hij volledig en blijvend buiten bewustzijn is;»

élabore des règles. Nombre d'amendements visent toutefois à enfermer les médecins dans un carcan trop étroit.

Une préopinante répète que la grande pierre d'achoppement dans la discussion concerne la question de savoir quelles sont les catégories de personnes auxquelles s'applique l'article 4 proposé. L'on s'accorde à dire que la notion d'«état d'inconscience» a une portée plus large que celle d'état comateux. Les personnes dont il s'agit en l'espèce sont manifestement des personnes qui n'ont plus la perception d'elles-mêmes ni de ce qui les entoure. Il convient à cet égard de se fier aux médecins. La membre estime toutefois que la définition donnée englobe aussi certains handicapés mentaux ou déments. L'on ne dispose d'aucune notion juridique permettant d'exercer un contrôle.

Un membre réplique que l'article 3 prévoit explicitement qu'il faut être capable et conscient pour pouvoir faire une demande d'euthanasie. Le champ d'application de la loi ne s'étend donc pas aux handicapés mentaux.

La préopinante trouve que là n'est pas la question. Il se peut qu'une personne en parfaite santé rédige une déclaration de volonté dans laquelle elle décrit les situations qu'elle refuse de vivre et qu'elle soit atteinte par la suite d'un handicap mental ou de démence. La question se pose de savoir ce qui se passe en pareil cas: cette personne peut-elle ou non faire l'objet d'une intervention euthanasique en application de sa déclaration de volonté?

Un membre répond que, selon l'article 3, le médecin ne peut pas intervenir et qu'il ne peut donc pas y avoir d'acte euthanasique.

La précédente intervenante attire l'attention sur le fait que l'article 4 autorise bel et bien l'intervention d'un médecin.

Un membre réplique que, même dans la situation visée à l'article 4, le médecin doit tenir compte de l'ensemble de la loi et qu'il doit donc respecter les conditions fixées à l'article 3.

Un autre membre rappelle que la déclaration de volonté n'est applicable qu'aux personnes inconscientes.

Amendement n° 475

M. Galand dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 475), tendant à remplacer le 2^e tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«qu'il est dans un état d'inconscience totale et constante;»

De indiener van het amendement verduidelijkt dat volgens hem artikel 3 inderdaad ook betrekking heeft op personen die nog bewuste periodes hebben.

Hij benadrukt dat als de patiënt buiten bewustzijn is ten gevolge van een ernstige en ongeneeslijke door ziekte veroorzaakte aandoening, de artsen in de loop van de tijd een reeks gegevens hebben verzameld op basis waarvan ze zich een oordeel kunnen vormen.

Als de patiënt daarentegen buiten bewustzijn is ten gevolge van een door een ongeval veroorzaakte aandoening, zoals een schedelletsel, is zijn toestand veel moeilijker te beoordelen.

Vandaag de dag beschikt de arts onder andere over het elektro-encefalogram en over de potentialen, die gedurende een bepaalde tijd zeer negatieve resultaten kunnen geven en dan plots, onverwacht, positieve waarde opleveren.

De kennis over de neurofysiologie van het zenuwstelsel groeit en volgens de door spreker geraadpleegde specialisten is het met betrekking tot een door ongeval veroorzaakte aandoening niet adequaat om te spreken van een patiënt die onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Vandaar de door dit amendement voorgestelde formule.

Een lid vindt de verduidelijking uit dit subamendement interessant. Misschien vormt ze een tautologie, maar de formulering komt goed overeen met de bedoelingen van de indieners van het hoofdamendement.

Een ander lid wijst erop dat het amendement nr. 291 reeds stipuleert dat de toestand onomkeerbaar moet zijn, en hoe dan ook «blijvend» is.

Wat de voorgestelde toevoeging «volledig» betreft, merkt hij op dat het amendement nr. 291 voorschrijft dat de betrokkene «niet meer bij bewustzijn» is. Dit betekent dat men niet «een klein beetje», maar volledig buiten bewustzijn is.

Deze termen zijn volgens het lid klaar genoeg; toevoegingen zouden slechts misverstanden in het leven roepen.

De indiener van amendement nr. 475 meent dat het woord «blijvend» niet overeenstemt met het woord «onomkeerbaar». Specialist, bijvoorbeeld geriater, kennen de gradaties die bewusteloosheid kan vertonen. De tekst heeft geen betrekking op de onomkeerbare toestand van fluctuerende bewusteloosheid, waar de patiënt ook bewuste periodes heeft, en waar volgens spreker rekening moet worden gehouden met wat de patiënt tijdens die bewuste periodes zegt.

De tekst heeft betrekking op mensen die geen bewuste periodes hebben en met wie men dus niet kan communiceren. Dat wordt bedoeld met het woord «blijvend».

L'auteur de l'amendement précise que les personnes qui ont des périodes de conscience relèvent, en effet, selon lui, de l'article 3.

Il souligne que, lorsque l'inconscience résulte d'une affection pathologique grave et incurable, les médecins ont pu, au fil du temps, accumuler une série d'observations, leur permettant de se forger un jugement.

Au contraire, lorsque l'inconscience est le résultat d'une affection accidentelle, comme un traumatisme crânien, l'évaluation de l'état d'inconscience est beaucoup plus difficile.

La médecine actuelle dispose, entre autres, de l'électro-encéphalogramme et des potentiels évoqués, qui peuvent être tout à fait négatifs pendant un certain temps puis, de façon parfois assez imprévisible, donner des réponses positives.

Les connaissances sur la neurophysiologie du système nerveux évoluent et, selon les spécialistes consultés par l'intervenant, pour ces affections traumatiques, les termes d'inconscience irréversible étaient insuffisants, d'où la formule proposée par l'amendement.

Un membre estime que la précision apportée par le sous-amendement est intéressante. Tout au plus pourrait-il s'agir d'une tautologie, mais la formule correspond bien à l'intention des auteurs de l'amendement principal.

Un autre membre souligne que l'amendement n° 291 prévoit déjà que l'état doit être irréversible et, en tout état de cause, «constant».

En ce qui concerne l'ajout proposé du mot «totale», il fait remarquer que, selon l'amendement n° 291, l'intéressé doit être «inconscient». Cela signifie que le patient doit être totalement inconscient et qu'il ne suffit pas qu'il soit «à moitié» conscient.

Selon le membre, ces termes sont suffisamment clairs; tout ajout constituerait une source de malentendus.

L'auteur de l'amendement n° 475 estime que le mot «constant» n'a pas une portée identique au mot «irréversible». Les spécialistes, comme par exemple les gériatres, connaissent les gradations qui existent dans l'état d'inconscience. On ne vise pas ici les situations d'inconscience fluctuante irréversible, où il existe aussi des périodes de conscience, et où l'intervenant estime qu'il faut tenir compte de ce que disent les personnes lorsqu'elles se trouvent en période de conscience.

Le texte vise le cas des personnes qui ne reviennent plus à l'état de conscience, et qui n'ont plus aucun moyen de communiquer. Telle est la portée du terme «constant».

Het woord «volledig» betekent uiteraard helemaal.

Spreeker zet hier uiteen wat hij heeft geleerd uit zijn gesprekken met psychiaters en neurologen, specialisten in de begeleiding bij het levenseinde. Zij vonden de formulering van de tekst niet werkbaar en niet duidelijk genoeg voor gevallen die tot de traumatologie behoren.

Amendement nr. 477

De heer Galand c.s. dienen een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/7, amendement nr. 477), dat ertoe strekt het vijfde lid van § 1 van het voorgestelde artikel 4 aan te vullen als volgt:

«Bij de wilsverklaring wordt een medisch attest gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.»

Als de persoon op wie de wilsverklaring betrekking heeft niet in staat was ze zelf op te stellen, kan de arts die euthanasie uitvoert zich alleen wapenen tegen een strafvordering of een burgerrechtelijke vordering door zich ervan te vergewissen dat de patiënt inderdaad niet in staat was de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Het getuigenis van een persoon die hoegenaamd niet bevoegd is om deze vaststelling te doen, volstaat in dat opzicht niet.

Het door het subamendement voorgestelde systeem vormt een waarborg voor zowel de arts als de patiënt.

Een lid sluit zich aan bij dit subamendement.

Amendement nr. 480

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 480) dat beoogt een nieuw lid toe te voegen aan paragraaf 1 van het voorgestelde artikel 4, dat het niet-naleven van de formaliteiten in verband met de wilsverklaring sanctioneert met de nietigheid.

De indiener wijst erop dat, net zoals dit het geval is in artikel 3 van het wetsvoorstel, artikel 4 geen enkele juridische sanctie verbindt aan het niet-naleven van de voorwaarden die erin worden vermeld. Het lid herhaalt dat één van de essentiële kenmerken van rechtsregels er nochtans precies in bestaat dat, wanneer ze worden overtreden, hiervoor straffen worden bepaald. Anders hebben juridische normen immers geen zin.

Het argument van de indieners, dat het wetsvoorstel zeer strenge zorgvuldigheidsvereisten oplegt aan

Quant au terme «total», il signifie complet.

L'intervenant fait ici état du résultat des dialogues qu'il a pu avoir avec des spécialistes psychiatres et neurologues, spécialistes de l'accompagnement de fin de vie. Pour eux, les termes du texte n'étaient pas assez opérationnels ni assez clairs pour les cas relevant de la traumatologie.

Amendement n° 477

M. Galand et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 477), tendant à compléter l'alinéa 5 du § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration».

En effet, lorsque la personne qui a fait une déclaration anticipée était dans l'incapacité de la rédiger elle-même, la seule façon pour le médecin qui pratiquerait une euthanasie de se prémunir contre une plainte pénale ou une action au civil est qu'il ait pu se former une opinion sûre quant à l'incapacité de rédiger et de signer du patient.

Ce n'est pas le témoignage d'une personne qui n'a aucune compétence pour faire ce constat qui lui permettra d'avoir cette assurance.

Le système proposé par le sous-amendement constitue une garantie à la fois pour le médecin et pour le patient.

Un membre déclare se rallier au sous-amendement.

Amendement n° 480

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 480) visant à ajouter au § 1^{er} de l'article 4 proposé un alinéa nouveau, qui sanctionne par la nullité l'inobservation des formalités relatives à la déclaration de volonté.

L'auteur souligne que, comme c'est le cas à l'article 3 de la proposition de loi, l'article 4 n'attache aucune sanction juridique à l'inobservation des conditions qu'il mentionne. Il répète que pourtant, une des caractéristiques essentielles des règles de droit est précisément que des peines sanctionnent leur inobservation. Dans le cas contraire, en effet, les normes juridiques n'auraient aucun sens.

L'argument des auteurs selon lequel la proposition de loi impose aux intéressés des critères de prudence

de betrokken personen, snijdt geen hout vermits er geen enkele mogelijkheid is om diegenen die deze voorwaarden niet naleven te bestraffen. Vandaar het voorstel om de sanctie, die in artikel 1001 van het Burgerlijk Wetboek wordt voorop gesteld in verband met de geldigheid van testaments, over te nemen. Deze sanctie is de nietigheid van het document, in dit geval de wilsverklaring.

Een lid is van mening dat, ook wanneer niet expliciet een sanctie wordt ingeschreven, het Burgerlijk Wetboek of — wanneer het gaat om strafrechtelijke inbreuken — het Strafwetboek van toepassing is. Verschillende juristen bevestigen dat de rechter, eens hij gevat wordt, op basis van deze bepalingen uitspraak zal doen.

Spreeker betreurt dat op zijn voorstellen in verband met de mogelijke bestraffing, geen enkele reactie is gekomen.

Amendementen nrs. 483, 484 et 485

De heer Galand dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 483), dat ertoe strekt § 1 van het voorgestelde artikel 4, te vervangen als volgt:

« § 1. Elke meerderjarige persoon die in een schriftelijke verklaring zijn wil te kennen geeft dat een arts euthanasie toepast wanneer hij in een onomkeerbare toestand van bewustzijnsverlies terechtgekomen is, moet verschillende meerderjarige vertrouwenspersonen aanwijzen die de behandelende arts kunnen inlichten over zijn wilsverklaring.

De wilsverklaring moet gedateerd en getekend worden door de steller en door de vertrouwenspersoon, waarvan minstens een geen enkel materieel belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt. Ze heeft een indicatieve waarde en kan te allen tijde ingetrokken worden.

Indien een meerderjarige persoon fysiek blijvend niet in staat is de verklaring op te stellen en te tekenen, moet hij schriftelijk zijn wil laten optekenen dat een arts euthanasie toepast wanneer hij in een onomkeerbare toestand van bewustzijnsverlies terechtgekomen is, door een meerderjarige vertrouwenspersoon, in het bijzijn van een andere meerderjarige vertrouwenspersoon die geen materieel belang mag hebben bij zijn overlijden. Het geschrift moet gedateerd en getekend worden door de twee vertrouwenspersonen en er moet een medisch attest bijgevoegd worden dat de blijvende fysieke onmogelijkheid bevestigt. Het geschrift heeft een indicatieve waarde en kan te allen tijde ingetrokken worden.

De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde artsen en de leden van het verplegend team kunnen niet worden aangewezen als vertrouwenspersonen. »

très stricts ne tient pas, puisqu'il n'y a aucune possibilité de punir ceux qui ne respectent pas ces conditions. D'où la proposition d'adopter la sanction que prévoit l'article 1001 du Code civil en ce qui concerne la validité des testaments. Cette sanction est la nullité du document, en l'occurrence la déclaration de volonté.

Un commissaire estime que même lorsqu'une sanction n'est pas prévue explicitement, le Code civil ou — s'il s'agit d'infractions pénales — le Code pénal, est applicable. Différents juristes confirment qu'une fois saisi, le juge se prononcera sur la base de ces dispositions.

L'intervenant déplore que ses propositions relatives aux peines possibles n'aient suscité aucune réaction.

Amendements n^{os} 483, 484 et 485

M. Galand dépose à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 483), tendant à remplacer le § 1^{er} de l'article 4 proposé par ce qui suit:

« § 1^{er}. Toute personne majeure qui exprime, dans une déclaration écrite, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie pour le cas où elle serait frappée d'un état d'inconscience irréversible, veillera à désigner plusieurs personnes majeures de confiance susceptibles d'éclairer le médecin traitant quant à sa volonté.

La déclaration anticipée doit être datée et signée par son auteur ainsi que les personnes de confiance dont l'une, au moins, ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Elle a une valeur indicative et peut être retirée à tout moment.

Si une personne majeure se trouve physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, elle veillera à faire traduire, par écrit, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie pour le cas où elle deviendrait inconsciente de manière irréversible, par une personne majeure de confiance, et ce, en présence d'une autre personne majeure de confiance qui ne peut avoir aucun intérêt matériel à son décès. L'écrit doit être daté et signé par les deux personnes de confiance et une attestation médicale certifiant l'impossibilité physique permanente doit lui être jointe. Il a une valeur indicative et peut être retiré à tout moment.

Le médecin traitant du patient, les médecins consultés, et les membres de l'équipe soignante ne peuvent être désignés comme personnes de confiance. »

De auteur verklaart dat hij getracht heeft alle bepalingen over de wilsverklaring in § 1 samen te brengen.

In subamendement nr. 484 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17) heeft hij dezelfde handelwijze gevolgd: § 2 stelt vast wat de arts kan doen zonder een misdrijf te plegen.

Ten slotte wordt in subamendement nr. 485 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17) een § 3 voorgesteld die handelt over de vraag waar de wilsverklaring van de patiënt wordt bewaard en wat het medisch dossier allemaal moet bevatten (zie *infra*).

De subamendementen hebben dus tot doel de wettekst te ordenen en te verduidelijken. De indiener wil ook de indruk wegnemen dat de wetgever voorschrijft wat er al dan niet in de wilsverklaring mag staan, terwijl de patiënt op basis van zijn recht op vrije meningsuiting in de wilsverklaring zet wat hij wil.

De machtiging van de wet betreft de arts en de handelingen die hij kan verrichten.

De inhoudelijke verschillen tussen amendement nr. 291 en de genoemde subamendementen worden veroorzaakt door de integratie van eerder door dezelfde auteur ingediende amendementen, die reeds zijn toegelicht.

Een lid vindt subamendement nr. 483 interessant. Zij vindt echter dat er een bepaalde onzekerheid blijft bestaan over de rol van de tweede vertrouwenspersoon, die geen enkel materieel belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt.

Is die tweede persoon een getuige of een vertrouwenspersoon?

De indiener van de subamendementen antwoordt dat er geen sprake is van getuigen, anders zou die persoon als getuige voor het gerecht kunnen worden geroepen.

Het gaat hier niet om de uitvoering van een testament.

De arts draagt de verantwoordelijkheid.

De vertrouwenspersoon zet de dialoog met de arts voort, wanneer de steller van de wilsverklaring buiten bewustzijn is en dat zelf niet meer kan.

De vertrouwenspersoon spreekt niet in de plaats van de steller van de wilsverklaring, maar als iemand die hem gekend heeft en zijn wensen heeft gehoord.

De keuze van de vertrouwenspersoon is vrij maar als de patiënt wil dat de euthanasie die op basis van zijn wilsverklaring wordt uitgevoerd geen misdrijf vormt, moet hij de voorzorgsmaatregel naleven die

L'auteur précise qu'il s'est efforcé de regrouper dans le § 1^{er} tout ce qui concerne la déclaration anticipée.

Dans le sous-amendement n° 484 (doc. Sénat, n° 2-244/17), il a effectué la même démarche, en regroupant sous le § 2 tout ce que peut faire le médecin sans commettre d'infraction.

Enfin, dans le sous-amendement n° 485 (doc. Sénat, n° 2-244/17) on traite sous un § 3 de la question de savoir où se trouve la déclaration du patient, et de ce qui doit se trouver dans le dossier médical (voir *infra*).

Le sous-amendement en discussion répond donc tout d'abord à un souci d'ordonnancement et de plus grande clarté. Il tend à éviter de donner l'impression que le législateur autorise ou n'autorise pas le fait d'exprimer telle ou telle chose dans la déclaration anticipée, alors qu'en raison du droit à la liberté d'expression, le patient peut exprimer ce qu'il veut dans cette déclaration.

La permission de la loi concerne le médecin, et les actes que celui-ci pourrait poser.

Quant au fond, les différences entre l'amendement n° 291 et les sous-amendements précités constituent la reprise d'autres amendements précédemment déposés par le même auteur, et déjà explicités.

Un membre trouve le sous-amendement n° 483 intéressant. Elle estime toutefois qu'il existe une certaine ambiguïté quant au statut de la seconde personne de confiance, qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette seconde personne joue-t-elle le rôle de témoin, ou de personne de confiance?

L'auteur des sous-amendements répond qu'il n'est pas question de témoin, car sinon, la personne en question pourrait être convoquée comme témoin devant la justice.

On ne se situe pas dans une logique où une personne doit exécuter un testament.

C'est au médecin à assumer la responsabilité.

La personne de confiance poursuit le dialogue avec le médecin quand l'auteur de la déclaration est dans un état d'inconscience et ne peut plus le mener elle-même.

Elle ne parle pas à la place de cet auteur, mais comme l'ayant connu, et ayant entendu ce qu'il souhaitait.

Le choix des personnes de confiance est libre mais, si le déclarant veut que l'euthanasie qui serait pratiquée sur la base de sa déclaration anticipée ne soit pas constitutive d'infraction, il faut qu'il respecte la règle

eist dat ten minste één van de vertrouwenspersonen geen materieel belang heeft bij zijn overlijden.

De vorige spreekster leidt daaruit af dat de indiener van het subamendement slechts rekening wil houden met de wilsverklaring als een vertrouwenspersoon is aangewezen.

De indiener van de subamendementen bevestigt dit. Als geen vertrouwenspersoon is aangewezen, kan de arts eventueel de noodtoestand aanvoeren, maar hij handelt in elk geval buiten de werkingssfeer van de wet betreffende de euthanasie.

Een lid verheugt zich over enkele aspecten die in het amendement nr. 483 aan bod komen, met name het feit dat uitdrukkelijk wordt gesteld dat de wilsverklaring een indicatief karakter heeft, dat ze ten allen tijde kan worden ingetrokken en dat ook de medische redenen moeten aangegeven worden waarom de betrokken persoon niet zélf in staat is een wilsverklaring op te stellen.

Niettemin oordeelt het lid dat de bepaling, volgens dewelke het verplicht is om een vertrouwenspersoon aan te duiden, niet gewenst is.

De indiener van de subamendementen herhaalt de verklaringen die eerder hierover zijn gegeven.

Amendement nr. 328

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 328) dat beoogt de § 2 van het voorgestelde artikel 4 te doen vervallen.

De hoofdindiener legt uit dat het actief en opzettelijk levensbeëindigend handelen bij een onbewuste patiënt op basis van een wilsverklaring onaanvaardbaar is en onvoorwaardelijk strafbaar dient te blijven. Het amendement nr. 293 stelde reeds voor het gehele artikel om die reden te doen vervallen.

Het lid verwijst naar het advies van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek, naar de tussenkomsten van tal van deskundigen tijdens de hoorzittingen en naar zijn mondelinge toelichting bij het amendement nr. 293.

Een lid begrijpt niet waarom in de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 328 over wilsonbekwamen wordt gesproken, terwijl de tekst van het amendement nr. 291 voortdurend de personen die « niet meer bij bewustzijn zijn » beoogt. Dit is immers iets geheel anders.

Een ander lid veronderstelt dat men uit de woorden van de voornaamste indiener van het amendement kan afleiden dat hij zijn voordien uiteengezette argu-

de précaution selon laquelle une au moins des personnes de confiance n'aura pas d'intérêt matériel à son décès.

La précédente intervenante conclut que l'auteur du sous-amendement lie la prise en considération de la déclaration anticipée à l'existence d'une personne de confiance.

L'auteur des sous-amendements le confirme. En l'absence de désignation d'une personne de confiance, le médecin se trouvera, le cas échéant, dans le contexte de l'état de nécessité, mais en tout cas en dehors du champ d'application de la loi sur l'euthanasie.

Un commissaire se réjouit de plusieurs aspects pris en considération par l'amendement n° 483, notamment du fait de dire explicitement que la déclaration a une valeur indicative, qu'elle peut être retirée à tout moment et aussi que les raisons médicales pour lesquelles l'intéressé n'est pas en état de rédiger lui-même une déclaration, doivent également être mentionnées.

Le membre considère toutefois que la disposition selon laquelle la désignation d'une personne de confiance est obligatoire n'est pas souhaitable.

L'auteur des sous-amendements réitère les explications précédemment données à ce sujet.

Amendement n° 328

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 328) tendant à supprimer le § 2 de l'article 4 proposé.

L'auteur principal explique qu'il est inadmissible que, sur la base d'une déclaration de volonté, on pose un acte volontaire d'euthanasie active en vue de provoquer la mort de patients inconscients et que cet acte doit rester inconditionnellement punissable. L'amendement n° 293 proposait déjà de supprimer l'ensemble de l'article pour la même raison.

L'intervenant renvoie à l'avis du Comité consultatif de bioéthique, aux interventions de nombreux experts lors des auditions et à ses explications orales concernant l'amendement n° 293.

Un commissaire ne comprend pas pourquoi, dans la justification écrite de l'amendement n° 328, on parle de patients incapables d'exprimer leur volonté, alors que le texte de l'amendement n° 291 vise constamment les personnes « inconscientes ». Il s'agit en effet de tout autre chose.

Un autre membre présume que les propos de l'auteur principal de l'amendement doivent être interprétés en ce sens qu'il considère l'argumentation qu'il

mentatie beschouwt als zijnde van toepassing op § 2 van artikel 4.

De hoofdindieners van het amendement nr. 328 stelt dat er geen definitieve inhoudelijke omschrijving is van het toepassingsveld van artikel 4, waardoor het hem niet duidelijk is wat precies wordt bedoeld met personen «die niet meer bij bewustzijn» zijn. In de mondelinge toelichting bij het amendement nr. 328 heeft spreker de term «wilsonbekwamen» niet meer opnieuw gebruikt maar heeft hij gesproken over «onbewuste personen».

Een van de medeondertekenaars van het amendement nr. 328 merkt op dat in de inleidende zin van § 2 van het voorgestelde artikel wordt gesproken over een arts die euthanasie toepast «als gevolg van een wilsverklaring». Nochtans wordt in de definitie van euthanasie, die wordt gegeven in artikel 2 van voorgesteld wetsvoorstel, uitdrukkelijk bepaald dat het gaat om opzettelijk levensbeëindigend handelen door een derde op het verzoek van de patiënt. Artikel 3 bepaalt vervolgens de kwaliteiten van dit verzoek.

Het voorgestelde artikel 4, § 2, spreekt integendeel over euthanasie «als gevolg van een wilsverklaring», dat wil zeggen afgeleid uit een wilsverklaring. Dit is niet hetzelfde als een verzoek over euthanasie. Vanuit juridisch oogpunt kan men dan ook niet spreken over euthanasie. Om in overeenstemming te zijn met artikel 2 kan hier enkel de term «opzettelijk levensbeëindigend handelen» worden gehanteerd.

Een lid repliceert dat een wilsverklaring een schriftelijk verzoek inhoudt.

Amendement nr. 393

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 393), dat ertoe strekt het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«De arts die, geconfronteerd met een patiënt die lijdt aan een ongeneeslijke aandoening, niet bij bewustzijn is en in de stervensfase verkeert en die op korte termijn zal overlijden, beslist ten gevolge van een wilsverklaring als bedoeld in § 1, tot het nalaten van een bepaalde zorgverlening of van een bepaalde behandeling die het leven van de patiënt kunnen verlengen of tot het staken van die zorgverlening of behandeling of tot het geven van een pijnstillende behandeling die op grond van de huidige medische inzichten verantwoord is bij het bestrijden van de pijn en de symptomen en die als ongewild neveneffect de verkorting van het leven van de patiënt kan hebben, kan slechts handelen in overeenstemming met de huidige medische inzichten en de medische deontologie waarbij de door deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures worden nageleefd.»

a précédemment développée comme applicable au § 2 de l'article 4.

L'auteur principal de l'amendement n° 328 dit qu'il n'y est pas donné de définition intrinsèque définitive du champ d'application de l'article 4, si bien qu'il ne voit pas clairement ce que l'on entend exactement par personnes «inconscientes». Dans son commentaire oral de l'amendement n° 328, l'intervenant n'a plus utilisé le terme «wilsonbekwamen» (patients incapables d'exprimer leur volonté), mais parlé de «onbewuste personen» (personnes inconscientes).

L'un des cosignataires de l'amendement n° 328 fait observer que dans la phrase introductive du § 2 de l'article proposé, il est question d'un médecin qui pratique une euthanasie «à la suite d'une déclaration anticipée». Pourtant, la définition de l'euthanasie que donne l'article 2 de la proposition de loi en discussion dispose explicitement qu'il s'agit d'un acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci. L'article 3 arrête ensuite les qualités de cette demande.

L'article 4, § 2, proposé parle au contraire de l'euthanasie «à la suite d'une déclaration anticipée», c'est-à-dire dérivant d'une déclaration anticipée. C'est différent d'une demande d'euthanasie. Du point de vue juridique, on ne peut donc pas parler d'euthanasie. Pour la conformité avec l'article 2, on ne peut utiliser ici que l'expression «acte qui met intentionnellement fin à la vie».

Un membre réplique qu'une déclaration de volonté implique une demande écrite.

Amendement n° 393

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 393), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Face à un patient inconscient en fin de vie atteint d'une maladie incurable, dont le décès doit survenir à brève échéance, le médecin qui, à la suite d'une déclaration anticipée d'un patient telle que visée au § 1^{er}, décide de s'abstenir d'administrer certains soins ou traitements susceptibles de prolonger la vie de ce patient, ou d'interrompre de tels soins ou traitements, ou décide d'administrer des traitements analgésiques justifiés dans l'état actuel de la médecine pour soulager la douleur et les symptômes et pouvant avoir pour effet secondaire non recherché d'abrégé la vie de ce patient, ne peut agir qu'en conformité avec l'état actuel du savoir médical et de la déontologie médicale et en respectant les conditions et procédures prescrites par la présente loi.»

Dit amendement, dat van alle amendementen die door spreekster hierover ingediend werden de ruimste strekking heeft, wil de mogelijkheid afschaffen om euthanasie in de zin van artikel 2 toe te passen op patiënten die niet bij bewustzijn zijn.

De voorafgaande wilsverklaring kan volgens spreekster evenwel nooit betrekking hebben op de actieve beëindiging van het leven. De medische praktijk beschikt over een waaier van mogelijkheden om adequaat in te gaan op probleemsituaties met wilsonbekwame patiënten die in een stervensfase verkeren, zonder daar daarvoor moet worden overgegaan tot actieve levensbeëindiging. Bij dergelijke patiënten moet de arts streven naar een zo hoog mogelijke levenskwaliteit zonder in de twee uitersten te vervallen, enerzijds het voortzetten van uitzichtloze behandelingen en anderzijds de actieve levensbeëindiging.

Vele teksten uit binnen- en buitenland over medische aangelegenheden maken het onderscheid tussen euthanasie op patiënten die bij bewustzijn zijn of de actieve levensbeëindiging bij patiënten die niet bij bewustzijn zijn, en het recht van de patiënt om, binnen bepaalde grenzen, bepaalde behandelingen te weigeren.

Artikel 96 van de Code van geneeskundige plichtenleer bepaalt eveneens dat wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, de geneesheer zich tot comfortzorgen zal beperken.

Voor het overige verwijst spreekster naar haar vorige opmerkingen met betrekking tot de internationale teksten en die van de verenigingen van geneesheren.

Zij besluit dat wat haar betreft, de grootste voorzichtigheid geboden is met betrekking tot patiënten die niet bij bewustzijn zijn, wat onder meer blijkt uit de verscheidenheid en complexiteit van de adviezen van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Amendement nr. 394

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 394), dat ertoe strekt het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«De beslissing van een arts om actief een einde te maken aan het leven van een patiënt buiten bewustzijn op basis van een wilsverklaring als bedoeld in § 1, is enkel verschoonbaar overteekomstig de principes van de noodtoestand als hij zich ervan heeft vergewist dat:

- de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte;
- de patiënt buiten bewustzijn is en deze toestand onomkeerbaar is;

Cet amendement, qui, parmi ceux déposés par l'intervenante sur le sujet, a la portée la plus large, tend à supprimer la possibilité de pratiquer une euthanasie au sens de l'article 2, sur des patients inconscients.

L'intervenante estime que la directive anticipée ne peut pas porter sur l'arrêt actif de la vie. La pratique médicale dispose d'un vaste arsenal de possibilités permettant de trouver une solution adéquate aux situations problématiques des patients incapables en fin de vie sans devoir recourir à l'arrêt actif de la vie. En situation de fin de vie des personnes incapables, le médecin doit veiller à assurer au patient la meilleure qualité de vie possible, sans transgresser les deux limites que sont d'une part, l'acharnement thérapeutique et de l'autre, l'arrêt actif de la vie.

Beaucoup de textes tant nationaux qu'internationaux en matière médicale font la distinction entre l'euthanasie des patients conscients ou l'arrêt actif de la vie des patients inconscients et le droit pour le patient de renoncer, dans une certaine mesure, à certains traitements.

L'article 96 du Code de déontologie médicale précise que lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.

Pour le surplus, l'intervenante renvoie à ses précédentes interventions, en ce qui concerne les textes internationaux et ceux d'associations de médecins.

Elle conclut qu'à son estime, une grande prudence s'impose en ce qui concerne les patients inconscients, au regard, notamment, de la divergence et de la complexité des avis rendus en la matière par le Comité consultatif de bioéthique.

Amendement n° 394

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 394), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Un médecin qui décide de pratiquer un arrêt actif de la vie d'un patient inconscient à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1^{er}, ne peut être justifié à agir selon les principes de l'état de nécessité que s'il s'est assuré que:

- le patient est atteint d'une maladie grave et incurable;
- le patient est dans un état d'inconscience irréversible;

— de patiënt zich in een terminale fase bevindt en binnen afzienbare tijd zal overlijden;

— de patiënt alle comfortzorgen heeft gekregen die zijn toestand vereist.

De arts mag de verklaring van een patiënt over het actief beëindigen van zijn leven wanneer hij niet meer bij bewustzijn is, in ieder geval slechts in aanmerking nemen in uitzonderlijke medische omstandigheden op grond waarvan er redelijkerwijze kan worden aangenomen dat er geen andere oplossing is om de pijn van de patiënt te lenigen of zijn waardigheid te bewaren.»

De indiener van het amendement onderstreept dat deze tekst een afspiegeling is van de algemene visie op de noodtoestand, die door zijn groep met betrekking tot de patiënt die bij bewustzijn is wordt verdedigd, en die nu aangepast wordt aan de toestand van de patiënt die niet bij bewustzijn is.

Amendement nr. 330

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 330) dat ertoe strekt het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen door een passus volgens dewelke de arts zich voor het plegen van euthanasie slechts kan beroepen op de noodtoestand, waarbij hij moet nagaan dat de grondvoorwaarden die worden voorgeschreven door artikel 3, § 1, en tegelijkertijd de in § 2 van het voorgestelde artikel 4 van het voorliggend wetsvoorstel gestelde vereisten worden gerespecteerd.

Een van de medeondertekenaars verklaart dat er, om conform te zijn met de artikelen 2 en 3 van het EVRM, een conflict van plichten moet bestaan in hoofde van de arts en dat er, met andere woorden, moet sprake zijn van een noodtoestand. Bovendien gaat het in dit artikel 4 over personen die «niet meer bij bewustzijn zijn». Er dient bijgevolg te worden nagegaan of de voorwaarden van artikel 3 wel degelijk zijn vervuld, onder meer op het vlak van het ondraaglijk lijden, op het vlak van het overwogen en herhaald verzoek en op het vlak van de meerderjarigheid van de betrokken patiënt.

Amendement nr. 408

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement op amendement nr. 291 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 408), dat ertoe strekt het tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«— dat de patiënt bekwaam is en de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt;

— dat de wilsverklaring werd opgemaakt volgens de bepalingen van § 1;

— le patient est en fin de vie et son décès doit survenir à brève échéance;

— le patient a reçu tous les soins de confort nécessaires à son état.

La déclaration d'un patient portant sur l'arrêt actif de la vie dans un état d'inconscience ne peut, en tout état de cause, être prise en considération par le médecin qu'en présence de circonstances médicales exceptionnelles lui permettant raisonnablement de croire qu'il n'existe pas d'autre solution pour soulager la souffrance du patient ou préserver sa dignité.»

L'auteur de l'amendement souligne que ce texte constitue le décalque de la philosophie générale de l'état de nécessité, défendue par son groupe à propos du patient conscient, et adaptée ici à la situation du patient inconscient.

Amendement n° 330

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 330), visant à remplacer le premier alinéa du § 2 de l'article 4 proposé par une disposition selon laquelle le médecin ne peut pratiquer une euthanasie qu'en invoquant l'état de nécessité, tout en s'assurant que les conditions fondamentales fixées à l'article 3, § 1^{er}, ainsi que celles prévues au § 2 de l'article 4 de la proposition à l'examen sont remplies.

Un des cosignataires de l'amendement déclare que, pour que le cas soit conforme aux articles 2 et 3 de la CEDH, le médecin doit être confronté à un conflit de devoirs, c'est-à-dire qu'il faut, en d'autres termes, qu'il y ait état de nécessité. En outre, l'article 4 concerne des personnes «inconscientes». Il convient donc de vérifier que les conditions prévues à l'article 3 sont bel et bien remplies, notamment celles concernant les souffrances insupportables, le caractère réfléchi et répété de la demande et la majorité du patient concerné.

Amendement n° 408

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 408), qui tend à remplacer l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«— le patient est capable et âgé de 18 ans révolus;

— la déclaration anticipée a été rédigée selon les dispositions prévues au § 1^{er};

— dat de niet bij bewustzijn zijnde patiënt zich in een volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbare coma bevindt, dat die toestand het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en dat zijn overlijden op korte termijn onafwendbaar is.»

Dit amendement strekt ertoe de logica van artikel 4, § 2, af te stemmen op die van artikel 3, dat aan de arts de verplichting oplegt om zich van een aantal voorwaarden te vergewissen alvorens over te gaan tot euthanasie.

Het amendement veronderstelt tevens een wijziging van de eerste zin van § 2, namelijk door de woorden «indien deze arts vaststelt» te vervangen door de woorden «indien deze arts zich ervan vergewist heeft».

Deze wijziging wordt in een ander amendement voorgesteld.

Het eerste streepje dat door amendement nr. 408 voorgesteld wordt, gaat in op de wens van een vorige spreker om een onderscheid te maken tussen het feit dat sommige voorwaarden bij het opstellen van de wilsverklaring moeten vervuld zijn, en het feit dat zij vervuld moeten zijn op het ogenblik dat de arts ingrijpt.

Het tweede streepje bepaalt «dat de wilsverklaring werd opgemaakt volgens de bepalingen van § 1», omdat in de tekst van amendement nr. 291 geen controle vanwege de arts ingebouwd werd.

Ten slotte omvat het derde streepje, in een andere formulering, de drie streepjes vervat in § 2, eerste lid, van het voorgestelde artikel van amendement nr. 291.

Een lid is van mening dat dit een belangrijk amendement is, dat een antwoord biedt aan verschillende bekommernissen die zij tot uiting heeft gebracht. In de tweede paragraaf van het voorgestelde artikel 4 wordt bijvoorbeeld nergens gesproken over de handlingsbekwaamheid of de meerderjarigheid van de persoon die om euthanasie verzoekt, wat nochtans een grondvoorwaarde is overeenkomstig artikel 3, § 1, van voorliggend wetsvoorstel. Moet de arts dan niet meer de kwaliteit van het verzoek toetsen alvorens hij tot de euthanasie overgaat?

Een lid antwoordt dat het normaal is dat bijzondere voorwaarden gesteld worden met betrekking tot patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

Paragraaf 1 van het voorgestelde artikel 4 bepaalt aan welke criteria de wilsverklaring moet voldoen om geldig te zijn.

Paragraaf 2 bepaalt dat de arts bepaalde elementen moet nagaan binnen het kader van de wilsverklaring.

De structuur van het artikel lijkt dus duidelijk genoeg.

— le patient inconscient est dans un état de coma irréversible selon l'état actuel de la science, que cette situation résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable et que son décès est inéluctable à brève échéance.»

Cet amendement vise à aligner la logique de l'article 4, § 2, sur celle de l'article 3, qui impose au médecin de s'assurer d'un certain nombre de conditions avant de pratiquer son acte.

L'amendement suppose également une adaptation de la première phrase du § 2, notamment par le remplacement des mots «s'il constate» par les mots «s'il s'assure».

Cette adaptation fait l'objet d'un autre amendement.

Le premier tiret proposé par l'amendement n° 408 apporte une réponse à la préoccupation d'un précédent intervenant qui avait souligné la distinction à opérer entre le fait de remplir certaines conditions au moment de la rédaction de la déclaration anticipée, et celui de les remplir au moment où le médecin intervient.

Le deuxième tiret prévoit que «la déclaration anticipée a été rédigée selon les dispositions prévues au § 1^{er}», car le texte proposé à l'amendement n° 291 ne fait état d'aucun contrôle sur ce point de la part du médecin.

Enfin, le troisième tiret regroupe, en les exprimant autrement, les trois tirets figurant au § 2, alinéa 1^{er}, de l'article proposé à l'amendement n° 291.

Une membre estime que cet amendement est important et qu'il donne une réponse à plusieurs préoccupations qu'elle a exprimées. Ainsi n'est-il nulle part fait mention, au § 2 de l'article 4 proposé, de la capacité d'agir ou de la majorité de la personne qui demande l'euthanasie, ce qui est pourtant une condition fondamentale selon l'article 3, § 1^{er}, de la proposition à l'examen. Le médecin ne doit-il donc plus s'assurer de la valeur de la demande avant de pratiquer l'euthanasie?

Un membre répond que, s'agissant d'un patient inconscient, il est normal que des conditions particulières soient prévues.

Le § 1^{er} de l'article 4 proposé définit à quels critères la déclaration anticipée doit répondre pour être considérée comme valable.

Le § 2 prévoit que, dans le cadre de la déclaration anticipée, le médecin doit vérifier certains éléments.

La structure de l'article paraît donc assez claire.

De vorige spreekster meent dat moet getoetst worden of aan de grondvoorwaarden voor de euthanasie is voldaan en dat dient nagegaan te worden of de wilsverklaring wel conform § 1 van het voorgestelde artikel 4 is tot stand gekomen.

Als de wilsverklaring wordt opgesteld door een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige, zal die persoon die status ook nog hebben op het ogenblik dat de arts de euthanasie uitvoert.

De indiener van amendement nr. 408 antwoordt dat het voorgestelde artikel van twee verschillende hypothesen uitgaat, wat ook blijkt uit het feit dat het in twee paragrafen is opgedeeld.

Paragraaf 1 gaat uit van een persoon, een (toekomstige) patiënt.

Spreekster vindt dat hem een zo ruim mogelijk beschikkingsrecht moet worden toegekend met betrekking tot de redactie van zijn wilsverklaring.

Paragraaf 2 gaat uit van de arts en stelt de voorwaarden vast waaronder hij euthanasie kan toepassen op een patiënt die niet meer bij bewustzijn is. De inhoud van die paragraaf moet worden afgestemd op die van artikel 3.

De vorige spreker merkt op dat de eerste volzin van § 2 uitdrukkelijk verwijst naar de wilsverklaring (zoals voorzien in § 1). Dat impliceert duidelijk dat een arts geen rekening mag houden met een wilsverklaring die niet beantwoordt aan de in § 1 van het artikel vastgestelde voorwaarden.

Amendement nr. 409

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 409), dat ertoe strekt in § 2 van het voorgestelde artikel 4, de eerste volzin en de drie gedachtestreepjes te vervangen als volgt:

«De arts kan niet in geweten opzettelijk een einde maken aan het leven van een patiënt buiten bewustzijn van wie het overlijden op korte termijn onafwendbaar is en die erom verzocht heeft in een wilsverklaring, dan in de uitzonderlijke gevallen:

— dat de patiënt bekwaam is en de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt;

— dat de wilsverklaring werd opgemaakt volgens de bepalingen van § 1;

— dat de niet bij bewustzijn zijnde patiënt zich in een volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbare coma bevindt, dat die toestand het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en dat zijn overlijden op korte termijn onafwendbaar is.»

La préopinante estime qu'il faut contrôler si les conditions fondamentales auxquelles est soumise l'euthanasie sont remplies et s'assurer que la déclaration de volonté a bien été établie conformément au § 1^{er} de l'article 4 proposé.

Il est fait remarquer que, si le déclarant est majeur ou mineur émancipé au moment de la rédaction de la déclaration anticipée, il le sera nécessairement encore au moment où le médecin sera amené à pratiquer l'acte d'euthanasie.

L'auteur de l'amendement n° 408 répond que, comme l'indique l'existence de 2 paragraphes distincts, l'article proposé part de deux points de vue différents.

Le § 1^{er} prend pour point de départ une personne, qui est un (futur) patient.

L'intervenante estime qu'il faut lui laisser le plus d'autonomie possible pour rédiger sa déclaration.

Le § 2, lui, prend pour point de départ le médecin, et fixe les conditions auxquelles celui-ci peut pratiquer un acte d'euthanasie sur un patient inconscient. Il paraît judicieux d'aligner la logique de ce paragraphe sur celle de l'article 3.

Le précédent intervenant fait remarquer que la première phrase du § 2 renvoie explicitement à la déclaration anticipée «telle que prévue au § 1^{er}». Cela signifie clairement qu'une déclaration ne peut être prise en compte par le médecin que si elle répond aux conditions fixées au § 1^{er} de l'article.

Amendement n° 409

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 409), qui vise à remplacer la première phrase et les trois tirets du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«Le médecin ne peut, en conscience, mettre fin délibérément à la vie d'un patient inconscient dont le décès est inéluctable à brève échéance et qui en a fait la demande dans une déclaration anticipée, que dans les cas exceptionnels où:

— le patient est capable et âgé de 18 ans révolus;

— la déclaration anticipée a été rédigée selon les dispositions prévues au § 1^{er};

— le patient inconscient est dans un état de coma irréversible selon l'état actuel de la science, que cette situation résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable et que son décès est inéluctable à brève échéance.»

Dit amendement beoogt een grotere samenhang met de wetgevingstechniek die in artikel 3 is gebruikt voor het opsommen van de voorwaarden voor het toepassen van euthanasie.

Met dit amendement blijft euthanasie een uitzonderlijke handeling, zowel in de context van artikel 3 als van artikel 4.

Amendementen nrs. 331 en 332

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 twee subamendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendementen nrs. 331 en 332) die een passus willen toevoegen volgens dewelke de wilsverklaring moet zijn opgesteld of bevestigd minder dan een jaar (amendement nr. 331) of vijf jaar (amendement nr. 332) vóór het moment waarop de betrokkene zijn wil niet meer kan uiten.

Een van de indieners merkt op dat, wanneer een termijn wordt voorzien, deze ook het voorwerp moet uitmaken van toetsing door de arts. Het lid verwijst naar de amendementen die werden ingediend om de termijn van 5 jaar, die door de indieners van het amendement nr. 291 wordt voorgesteld in § 1, terug te brengen tot één jaar. Welke ook deze termijn moge wezen, de arts moet hoe dan ook controleren dat hij niet is overschreden, vermits dit voorschrift anders compleet zinloos is.

Een lid meent dat deze amendementen een onmogelijke vereiste opleggen.

Een ander lid herinnert eraan dat de eerste volzin van § 2 betrekking heeft op een wilsverklaring « zoals voorzien in § 1 » en dat het voorlaatste lid van § 1 bepaalt dat met de wilsverklaring alleen rekening kan worden gehouden indien zij minder dan vijf jaar voor het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.

Een van de indieners van de amendementen nrs. 331 en 332 repliceert dat de arts, volgens de tekst van het amendement nr. 291, niet moet nagaan of de termijn die wordt voorgeschreven in de eerste paragraaf van het voorgestelde artikel 4 wel wordt gerespecteerd. De tekst dient op dit vlak vervolledigd te worden.

Amendement nr. 341

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 341) dat een taalkundige correctie wenst door te voeren in de door het amendement nr. 291 voorgestelde tekst, die grammaticaal niet helemaal in orde is.

Het amendement nr. 341 wordt ingetrokken, vermits de gedrukte tekst van het amendement nr. 291 reeds is verbeterd op het taalkundige vlak.

L'amendement vise à instaurer une plus grande cohérence avec la technique légistique utilisée dans l'article 3 en ce qui concerne l'articulation des conditions de l'acte d'euthanasie.

Dans la logique de l'amendement, l'euthanasie reste un acte exceptionnel, que ce soit dans le cadre de l'article 3 ou de l'article 4.

Amendements n^{os} 331 et 332

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n^o 291, deux sous-amendements (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendements n^{os} 331 et 332), visant à ajouter une disposition selon laquelle la déclaration de volonté doit avoir été établie ou confirmée moins d'un an (amendement n^o 331) ou moins de cinq ans (amendement n^o 332) avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

Un des auteurs de l'amendement fait remarquer que, si on prévoit un délai, celui-ci doit également faire l'objet d'un contrôle par le médecin. L'intervenant se réfère aux amendements qui ont été déposés en vue de ramener à un an le délai de 5 ans que les auteurs de l'amendement n^o 291 proposent d'insérer au § 1^{er}. Mais quel que soit le délai, le médecin doit de toute façon contrôler qu'il n'a pas été dépassé, sans quoi cette disposition est parfaitement vaine.

Un membre estime que ces amendements imposent une condition impossible.

Un autre membre rappelle que la première phrase du § 2 vise une déclaration anticipée « telle que prévue au § 1^{er} », et que, d'autre part, l'avant-dernier alinéa du § 1^{er} prévoit que la déclaration « ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. »

Un des auteurs des amendements n^{os} 331 et 332 répond que, selon le texte de l'amendement n^o 291, le médecin ne doit pas vérifier si le délai prévu au § 1^{er} de l'article 4 proposé est respecté. Il convient de compléter le texte sur ce point.

Amendement n^o 341

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n^o 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 341) visant à apporter une correction linguistique au texte proposé par l'amendement n^o 291, qui, d'un point de vue grammatical, n'est pas tout à fait en ordre.

L'amendement n^o 341 est retiré puisque le texte imprimé de l'amendement n^o 291 a déjà été corrigé sur le plan linguistique.

Amendement nr. 350 B

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 350) waarvan punt B) ertoe strekt in de eerste volzin van § 2, de woorden «zoals bepaald in § 1» te vervangen door de woorden «opgemaakt door een persoon die bekwaam is, de volle leeftijd van 18 jaar heeft bereikt en zijn belangen inzake gezondheid op een redelijke wijze kan beoordelen».

Dit amendement heeft hetzelfde doel als de andere amendementen van dezelfde indiener, namelijk de wilsverklaring minder formeel maken dan wat in amendement nr. 291 wordt voorgesteld.

De in amendement nr. 350 B voorgestelde formulering is analoog met die welke de indiener heeft voorgesteld voor artikel 3.

Amendement nr. 365

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 365), dat ertoe strekt in de eerste volzin van § 2 van het voorgestelde artikel 4 de woorden «indien deze arts vaststelt» te vervangen door de woorden «indien deze arts zich ervan vergewist heeft», met het oog op de overeenstemming met artikel 3.

Een lid meent dat het voor de toepassing van artikel 4, § 2, volstaat dat de arts «vaststelt». Het is niet, zoals in artikel 3 van voorliggend wetsvoorstel, vereist dat hij zich dient te «verzekeren» van de toestand.

Eén van de indieners van amendement nr. 365 begrijpt dit standpunt niet, aangezien artikel 4 betrekking heeft op een nog delicatesere situatie dan artikel 3.

Het gaat om een patiënt die buiten bewustzijn is, zodat de arts zich niet kan beperken tot een eenvoudige vaststelling, maar zich er echt moet van vergewissen dat de voorwaarden nageleefd zijn.

Amendement nr. 334

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 334) dat wenst te specificeren dat de betrokkene zich in een comateuze toestand moet bevinden alvorens op hem euthanasie kan worden toegepast.

Een van de indieners herhaalt dat men een grote fout zou begaan wanneer de uitvoering van de wilsverklaring enkel en alleen aan het oordeel van de arts zou worden overgelaten. Aldus zou het aan de geneesheer toekomen om te bepalen wat een misdrijf is en wat niet.

Amendement n° 350 B

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 350), dont le point B) vise à remplacer, dans la première phrase du § 2 de l'article 4 proposé, les mots «telle que prévue au § 1^{er}» par les mots «rédigée par une personne capable, âgée de 18 ans révolus et apte à apprécier raisonnablement ses intérêts en matière de santé».

Cet amendement est conforme à la logique qui sous-tend les autres amendements déposés par le même auteur, et selon laquelle la déclaration anticipée ne doit pas revêtir un caractère aussi formel que celui prévu à l'amendement n° 291.

La formule proposée par l'amendement n° 350 B est parallèle à celle proposée par son auteur à l'article 3.

Amendement n° 365

Mme de T' Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 365), qui tend à remplacer, dans la première phrase du § 2 de l'article 4 proposé, les mots «s'il constate que» par les mots «s'il s'est assuré que», en vue d'assurer la concordance avec le texte de l'article 3.

Selon un membre, il suffit, pour l'application de l'article 4, § 2, que le médecin «constate». Il n'est pas exigé, comme c'est le cas à l'article 3 de la proposition à l'examen, qu'il «s'assure» de la situation.

L'un des auteurs de l'amendement n° 365 ne comprend pas ce point de vue, car le contexte de l'article 4 est encore plus délicat que celui de l'article 3.

S'agissant d'un patient inconscient, le médecin ne peut se contenter d'un simple constat, mais doit réellement s'assurer que les conditions sont remplies.

Amendement n° 334

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 334) visant à préciser que l'intéressé doit être dans le coma pour que l'on puisse pratiquer une euthanasie sur lui.

Un des auteurs de l'amendement répète que l'on commettrait une grave erreur si on laissait au seul médecin le soin d'apprécier l'exécution de la déclaration de volonté. Il appartiendrait donc au médecin de déterminer ce qui est infraction et ce qui ne l'est pas.

Een lid meent dat uit de bespreking van § 1 is gebleken dat de door het amendement nr. 334 voorgestelde libellering niet accuraat is.

Een van de indieners van het amendement nr. 334 repliceert dat deze tekst alleszins duidelijker is dan de door het amendement nr. 291 voorgestelde tekst.

De vorige spreker ontkent deze stelling.

Een van de indieners van het amendement nr. 334 verwijst naar de verantwoording bij het amendement nr. 291 waarin letterlijk wordt gezegd: «... dat hij niet meer bij bewustzijn is, met andere woorden in een coma ligt...» (Stuk Senaat, nr. 2-244/15, blz. 5). Wanneer dit de bedoeling is moet men dit ook in het dispositief weergeven, zodat elk misverstand wordt vermeden.

Amendement nr. 335

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 335) dat beoogt het tweede en het derde streepje van het eerste lid van § 2 te vervangen door een tekst die het volledig uitvallen van de hersenfuncties als determinerend criterium neemt.

Een van de indieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 335, waarin artikel 98 van de Code voor de medische plichtenleer wordt geciteerd. Wanneer het de bedoeling is om een kunstmatige verlenging van het leven te bestrijden, waarvoor vele mensen schrik hebben, is het beter dit criterium in aanmerking te nemen in plaats van de vage beschrijving van personen «die niet meer bij bewustzijn zijn».

Amendement nr. 336

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 336) dat ertoe strekt de tekst te verduidelijken in die zin dat de status van «niet meer bij bewustzijn» zijn een gevolg is van een medische aandoening.

Een van de indieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 336. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat men flauwvalt zonder dat dit ook maar iets te maken heeft met de ziekte die men in de wilsverklaring heeft beschreven. Er moet tussen beide elementen — de ziekte en het «niet meer bij bewustzijn zijn» — wel degelijk een oorzakelijk verband bestaan.

Een lid meent dat iemand die flauw valt zich niet in een onomkeerbare toestand van «niet meer bij bewustzijn» bevindt.

Zij vindt het niet noodzakelijk dat het ene het gevolg is van het andere.

Selon un membre, la discussion du § 1^{er} a montré que la formulation proposée par l'amendement n° 334 n'était pas précise.

Un des auteurs de l'amendement n° 334 répond que le texte de celui-ci est en tout cas plus clair que celui proposé par l'amendement n° 291.

Le préopinant ne partage pas ce point de vue.

Un des auteurs de l'amendement n° 334 renvoie à la justification de l'amendement n° 291, où il est dit littéralement: «... qu'il est inconscient, c'est-à-dire dans le coma ...» (doc. Sénat, n° 2-244/15, p. 5). Si telle est l'intention, il faut également le préciser dans le dispositif, afin d'éviter tout malentendu.

Amendement n° 335

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 335), visant à remplacer le deuxième et le troisième tirets du premier alinéa du § 2 par un texte qui prend comme critère déterminant la perte définitive et complète des fonctions cérébrales.

Un des auteurs de l'amendement n° 335 renvoie à la justification écrite de celui-ci, où l'on cite l'article 98 du Code de déontologie médicale. Si l'objectif est d'éviter que l'on ne prolonge artificiellement la vie, ce que beaucoup appréhendent, il vaut mieux se baser sur le critère proposé que sur une vague référence à des personnes «inconscientes».

Amendement n° 336

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 336) visant à préciser dans le texte que l'état «inconscient» doit résulter d'une affection médicale.

Un des auteurs de l'amendement n° 336 renvoie à la justification écrite de celui-ci. Une personne peut par exemple perdre connaissance sans que cela ait quoi que ce soit à voir avec la maladie qu'elle a décrite dans sa déclaration de volonté. Il faut qu'il y ait bel et bien un lien de causalité entre les deux éléments: la maladie et l'état d'inconscience.

Une membre déclare qu'une personne qui perd connaissance ne se trouve pas dans une situation irréversible d'«inconscience».

Elle estime que l'un ne doit pas nécessairement être la conséquence de l'autre.

Een ander lid verklaart dat een toestand van onomkeerbaar bewustzijnsverlies op zich al een ernstige en ongeneeslijke ziekte is.

Als in de tekst voor alle duidelijkheid toch expliciet sprake is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening, is dat om de opmerkingen van de tegenstanders van het wetsvoorstel op te vangen.

Amendement nr. 411

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 411) dat beoogt de demente personen uit te sluiten van de toepassingsfeer van § 2 van het voorgestelde artikel 4.

Een van de indieners verwijst naar haar eerdere tussenkomsten over dit thema.

Een lid vraagt wat men verstaat onder «een met dementie vergelijkbare ziekte». Hij vindt die formulering wetenschappelijk weinig verantwoord.

De vorige spreekster antwoordt dat «met een vergelijkbare ziekte» bijvoorbeeld de ziekte van Alzheimer wordt bedoeld.

Een lid vindt dat het amendement nr. 411 onduidelijk is geformuleerd.

De term «niet meer bij bewustzijn» biedt een veel grotere duidelijkheid. Het is aan de geneesheer om vast te stellen of iemand zich al dan niet in die toestand bevindt.

Amendement nr. 412

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 412) dat wil aangeven dat de personen die worden bedoeld in § 2 zich in een persistent vegetatieve toestand moeten bevinden.

Een lid vindt dit niet de juiste formule.

Een van de indieners van het amendement nr. 412 merkt op dat dit amendement precies is opgesteld op basis van de eerdere verklaringen van één van de indieners van het amendement nr. 291. Het wenst duidelijkheid te creëren over de juiste draagwijdte van artikel 4, waarop maar geen antwoord komt.

Een lid verklaart dat niet het antwoord krijgen dat men verlangt, niet hetzelfde is als geen antwoord krijgen.

De vorige spreekster leidt uit publieke verklaringen van één van de indieners van het wetsvoorstel af dat mogelijk ook demente personen onder de toepassingsfeer van artikel 4 kunnen vallen.

Un autre membre déclare qu'une situation d'inconscience irréversible est évidemment, en soi, une pathologie grave et incurable.

Si le texte vise cependant explicitement une maladie grave et incurable, afin d'apporter quelque précision, c'est pour répondre aux remarques formulées par les opposants à la proposition de loi.

Amendement n° 411

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 411) visant à exclure du champ d'application du § 2 de l'article 4 proposé, les personnes atteintes de démence sénile.

Une des auteurs de l'amendement renvoie aux interventions qu'elle a déjà faites à ce sujet.

Un membre demande ce que l'on entend par «une maladie comparable à la démence sénile». Il trouve cette formulation peu indiquée sur le plan scientifique.

La préopinante répond que, par «maladie comparable», on entend par exemple la maladie d'Alzheimer.

Un membre est d'avis que l'amendement n° 411 n'est pas formulé clairement.

Les termes «dans un état d'inconscience» sont bien plus clairs. Il appartient au médecin de constater si une personne se trouve ou non dans cet état.

Amendement n° 412

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 412) par lequel ils souhaitent préciser que les personnes visées au § 2 doivent se trouver dans un état végétatif persistant.

Selon un membre, cette formule n'est pas la bonne.

Un des auteurs de l'amendement n° 412 fait remarquer qu'il a rédigé ce dernier précisément en tenant compte des déclarations faites précédemment par un des auteurs de l'amendement n° 291. L'amendement à l'examen vise à préciser la portée exacte de l'article 4, qu'on ne connaît toujours pas.

Un membre déclare que ne pas recevoir la réponse que l'on souhaite n'est pas la même chose que ne pas recevoir de réponse.

Le préopinante déduit des déclarations publiques faites par un des auteurs de la proposition de loi que l'article 4 pourrait aussi s'appliquer aux personnes démentes.

Een lid herhaalt dat er een onderscheid bestaat tussen haar persoonlijke visie en datgene wat door het amendement nr. 291 wordt voorgesteld. In het amendement nr. 291 worden dementen uitgesloten van de toepassingsfeer en gaat het over personen «die niet meer bij bewustzijn zijn». Dit is een medische term. Vandaar dat men wil vermijden in de tekst opsommingen te geven.

Een van de indieners van het amendement nr. 412 stelt vast dat, in dat geval, aan de persoonlijke mening van de vorige spreker niet wordt tegemoet gekomen door de voorgestelde tekst.

De vorige spreker antwoordt dat dit inderdaad het geval is.

Een lid voegt hieraan toe dat de bespreking beperkt moet worden tot de ingediende teksten en dat verklaringen die niets met het wetgevend werk op zich te maken hebben, uit de discussie geweerd moeten worden.

Amendement nr. 414

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 414) dat de personen die zich in een staat van ernstige geestesstoornis of zwakzinnigheid bevinden expliciet uitsluit van het toepassingsveld van de § 2 van artikel 4.

Een lid herhaalt dat het gaat om patiënten die niet bij bewustzijn zijn. Door op amendement nr. 291 subamendementen in te dienen die bepaalde groepen personen expliciet uitsluiten, laat men uitschijnen dat amendement nr. 291 op deze personen betrekking zou hebben. Dit is niet correct.

Een ander lid merkt op dat de bespreking van deze amendementen gelijklopend is met de discussie over eerder ingediende amendementen. De verduidelijkingen die door de indieners van het voorliggend wetsvoorstel werden gegeven gelden dan ook voor deze amendementen.

Amendement nr. 333

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 333) dat wenst aan te geven dat voldoende zwaarwichtige redenen moeten voorhanden zijn om de wilsverklaring in overweging te nemen.

Een van de indieners vindt dat het onomkeerbaar «niet meer bij bewustzijn» zijn op zich niet mag volstaan.

Un membre répète qu'il y a une distinction entre sa vision personnelle des choses et ce que propose l'amendement n° 291. Dans ce dernier, les personnes démentes sont exclues du champ d'application; les personnes concernées sont des personnes «en état d'inconscience». Ce terme est un terme médical. C'est la raison pour laquelle on veut éviter de faire des énumérations dans le texte.

Un des auteurs de l'amendement n° 412 constate que, dans ce cas, le texte proposé ne correspond pas à l'opinion personnelle de la préopinante.

Cette dernière lui répond que c'est effectivement le cas.

Un membre ajoute qu'il convient de circonscrire la discussion aux textes déposés, à l'exclusion des déclarations faites par les uns et les autres en dehors du contexte du travail législatif.

Amendement n° 414

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 414) visant à exclure explicitement du champ d'application du § 2 de l'article 4 les personnes qui se trouvent dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale.

Un membre répète que l'on vise les patients inconscients. Il ne faut pas tenter de faire dire aux auteurs de l'amendement n° 291, en déposant des sous-amendements qui excluent explicitement certaines catégories de personnes, que l'amendement n° 291 viserait les personnes en question.

Un autre membre fait remarquer que la discussion de ces amendements est parallèle à celle qui a eu lieu concernant des amendements déposés précédemment. Les précisions que les auteurs de la proposition à l'examen ont données valent donc aussi pour les amendements actuellement en discussion.

Amendement n° 333

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 333) précisant qu'il doit exister des raisons suffisamment graves pour prendre en considération la déclaration de volonté.

Un des auteurs de l'amendement estime que l'état d'«inconscience» irréversible ne peut pas suffire en soi.

Amendement nr. 337

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 338) dat wenst te preciseren dat de betrokkene zich in een medisch uitzichtloze toestand moet bevinden van aanhoudende, onbehandelbare en ondraaglijke pijn.

Een van de indieners verduidelijkt dat dit amendement parallel loopt met de bepalingen van artikel 3. Zij verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 337. Naar de publieke opinie wordt door de indieners steeds gesteld dat een antwoord moet worden geboden op het ondraaglijk lijden van verschillende patiënten. Hier is deze voorwaarde evenwel volstrekt afwezig.

Amendement nr. 338

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 338) dat ertoe strekt de arts te verplichten om na te gaan of alle grondvoorwaarden die worden gesteld in artikel 3, § 1, wel zijn vervuld.

Een van de indieners licht toe dat ook hier het parallelisme met artikel 3 moet worden nagestreefd. Het lid verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 338.

Met betrekking tot de woorden in § 2 «en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd» zegt een lid dat een wettekst, en in het bijzonder een tekst in het strafrecht, altijd duidelijk moet verwijzen naar een artikel, een paragraaf of een lid.

Amendement nr. 338 is wat dat betreft nauwkeuriger, maar er moet worden geverifieerd of de verwijzing daarin overeenstemt met de bedoeling van de indieners van amendement nr. 291.

Een ander lid antwoordt dat dit niet zo is, aangezien amendement nr. 338 verwijst naar artikel 3, waar het gaat over patiënten die bij bewustzijn zijn, terwijl artikel 4 gaat over patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn en een wilsverklaring hebben opgesteld.

Vorige spreekster vraagt zich af wat in dat geval het nut is van dit zinsdeel. Welke voorwaarden en procedures zijn niet bepaald in § 2?

Vorige spreker antwoordt dat de indieners van amendement nr. 291 de zaak zullen herbekijken.

Een van de indieners van het amendement nr. 338 merkt op dat aan het begin van de tweede paragraaf van het voorgestelde artikel 4 inderdaad wordt

Amendement n° 337

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 337) visant à préciser que l'intéressé doit se trouver dans une situation de souffrance persistante et insupportable qu'aucun traitement ne peut adoucir et qui est médicalement sans issue.

Une des auteurs de l'amendement précise que celui-ci est parallèle aux dispositions de l'article 3. Elle se réfère à la justification écrite de l'amendement n° 337. Les auteurs de la proposition affirment toujours, à l'intention de l'opinion publique, qu'il faut apporter une réponse aux souffrances insupportables que ressentent certains patients. Or, ici, cette condition est totalement absente.

Amendement n° 338

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 338) visant à obliger le médecin à vérifier que toutes les exigences fondamentales posées à l'article 3, § 1^{er}, sont remplies.

Un des auteurs de l'amendement explique qu'il convient, ici aussi, de tendre vers un parallélisme avec l'article 3. L'intervenant se réfère à la justification écrite de l'amendement n° 338.

À propos des mots «et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi», figurant au § 2, un membre déclare qu'un texte de loi, et spécialement en droit pénal, doit toujours renvoyer à un article, un paragraphe, ou un alinéa déterminé.

À cet égard, l'amendement n° 338 est plus précis, mais il faut voir si le renvoi qui y figure répond à l'intention des auteurs de l'amendement n° 291.

Un autre membre répond par la négative, car l'amendement n° 338 renvoie à l'article 3, qui traite des malades conscients, alors que l'article 4 vise les malades inconscients ayant rédigé une déclaration anticipée.

La précédente intervenante se demande, dans ce cas, à quoi sert le membre de phrase en question. Quelles conditions et procédures ne sont pas prévues au § 2?

Le précédent orateur déclare que les auteurs de l'amendement n° 291 réenvisageront la question.

Un des auteurs de l'amendement n° 338 fait remarquer qu'il est effectivement dit, au début du § 2 de l'article 4 proposé, que le médecin doit respecter «les

gesteld dat de arts de «door deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures» moet naleven om uit de strafrechtelijke sfeer te blijven. Wanneer het nu gaat om een patiënt «die niet meer bij bewustzijn» is en in een wilsverklaring om euthanasie heeft verzocht, doch niet terminaal is, moeten dan alle voorwaarden die in artikel 3 van de wet worden gesteld met betrekking tot de niet-terminale patiënten worden nageleefd? Of gaat het slechts om de voorwaarden van artikel 4? Met andere woorden: wordt met «deze wet» de gehele wet bedoeld? Dit is niet helemaal duidelijk.

Amendement nr. 339

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 339) dat in de wet wil inschrijven dat, alvorens euthanasie wordt gepleegd, men moet nagaan of geen alternatieven meer voorhanden zijn om de pijn van de patiënt te behandelen en diens waardigheid te respecteren.

Een van de indieners wenst ook hier de parallel met artikel 3 te behouden. Zij meent dat te weinig wordt benadrukt dat eerst naar andere oplossingen dan euthanasie moet worden gezocht die de pijn van de patiënt wegnemen. Vanaf het ogenblik dat men blijvend «niet meer bij bewustzijn» is — wat dat ook moge betekenen — mag volgens de door het amendement nr. 291 voorgestelde tekst tot het plegen van euthanasie worden overgegaan.

Het lid verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 339.

Een lid vraagt zich af welke nog de waardigheid is van iemand die buiten bewustzijn is en die doorligwonden heeft waar men zijn vuist kan doorsteken. Dit zijn reële gevallen.

De vorige spreekster meent dat de medische wetenschap intussen wel degelijk in staat is om hieraan tegevoet te komen en om deze wonden te verzorgen.

Een lid vraagt zich af of volgens vorige spreekster dan alle patiënten die zich bevinden in de toestand die zij beschrijft en die geen wilsverklaring hebben opgesteld, moeten blijven lijden.

Een ander lid antwoordt dat dit uiteraard niet het standpunt van de zes indieners is.

Deze patiënten bevinden zich in de situatie waarin indien nodig het begrip «noodtoestand» kan worden toegepast.

Vorige spreekster antwoordt dat een wettelijke regeling die geldt voor bepaalde gevallen en niet voor andere, hoe dan ook gevolgen zal hebben, aangezien de rechter altijd geneigd zal zijn te oordelen op basis van wat er in de wet staat. Een wettelijke regeling kan gevallen die niet expliciet in de wet zijn opgenomen,

conditions et procédures prescrites par la présente loi» s'il ne veut pas être poursuivi au pénal. Par contre, lorsqu'il s'agit d'un patient «qui se trouve en état d'inconscience» — mais n'est pas en phase terminale — et qui a demandé l'euthanasie dans une déclaration anticipée, faut-il alors respecter toutes les conditions mises à l'article 3 de la loi pour les patients ne se trouvant pas en phase terminale? Ou ne faut-il satisfaire qu'aux conditions prévues à l'article 4? Autrement dit, les termes «la présente loi» signifient-ils l'ensemble de la loi? Ce point n'est pas tout à fait clair.

Amendement n° 339

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 339) visant à inscrire dans la loi qu'avant de pratiquer l'euthanasie, on doit vérifier s'il n'existe plus d'autre possibilité de traiter la douleur du patient et de garantir sa dignité.

Une des auteurs de l'amendement souhaite, ici aussi, maintenir le parallélisme avec l'article 3. Elle estime que l'on ne souligne pas assez la nécessité de rechercher d'abord d'autres solutions que l'euthanasie pour soulager le patient de ses douleurs. Dès que le patient est durablement dans un «état d'inconscience» quel que soit le sens de ce terme — on peut, selon le texte proposé par l'amendement n° 291, procéder à l'euthanasie.

L'intervenant se réfère à la justification écrite de l'amendement n° 339.

Un membre se demande quelle est encore la dignité d'un patient qui est inconscient et qui a des escarres grands comme le poing. Ce sont là des cas réels.

Selon la préopinante, la science médicale nous permet désormais de traiter ce genre de problèmes et de soigner ce type de plaies.

Un membre demande si, dans l'esprit d'une précédente intervenante, les patients qui se trouvent dans la situation qu'elle décrit et qui n'ont pas fait de déclaration anticipée doivent, eux, continuer à souffrir.

Un autre membre répond que tel n'est évidemment pas le point de vue des six auteurs.

Ces patients se trouvent dans la situation actuelle où, le cas échéant, la notion d'état de nécessité pourrait trouver à s'appliquer.

La précédente intervenante réplique que, qu'on le veuille ou non, le fait de légiférer pour certains cas et pas pour d'autres aura une incidence, car le juge aura toujours tendance à raisonner par rapport à ce qui figure dans la loi. On risque donc, en légiférant, de compliquer les choses dans tous les cas non expressé-

dus erg ingewikkeld maken (vergelijk de talloze gevallen die professor Vincent tijdens zijn hoorzitting aanhaalde).

Amendement nr. 354

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 354), dat ertoe strekt aan het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 een vierde streepje toe te voegen, luidende: «— en dat de dood op korte termijn onomkeerbaar is». Dit amendement strekt ertoe alle verwarring over de begrippen «niet meer bij bewustzijn» en «onomkeerbare toestand» weg te nemen, aangezien de draagwijdte van die begrippen niet helemaal duidelijk is, op medisch noch op juridisch vlak.

Spreekster heeft verscheidene artsen hierover gesproken, en hun opvatting over deze begrippen verschilt naargelang hun specialisatie. Blijkbaar zijn neurologen en reanimatieartsen het best geplaatst om deze begrippen correct te definiëren.

Volgens hen zouden de begrippen «patiënt die niet meer bij bewustzijn is» en «een toestand die onomkeerbaar is» in de buurt komen van het artikel van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat bepaalt wanneer een patiënt klinisch dood is en wanneer zijn organen weggenomen mogen worden. Deze toestand kan worden bepaald met een elektro-encefalogram. Als dit vlak blijft, bevindt de patiënt zich definitief in een onomkeerbare coma.

De vraag is nu of amendement nr. 291 doelt op het begrip «vegetatieve coma», waarbij het elektro-encefalogram niet vlak is en waarbij gedurende een tijdje een zekere mate van bewustzijn aanwezig kan blijven.

De in het subamendement voorgestelde toevoeging wil artsen een leidraad bieden voor de beslissingen die zij moeten nemen.

Spreekster denkt vooral aan de toestand van jonge patiënten die een wilsverklaring hebben opgesteld en het slachtoffer worden van een ongeval, maar die voldoende zouden kunnen herstellen.

Een lid legt uit dat zij recent gesprekken had met «intensivisten» die bewusteloze patiënten verzorgen bij wie de vraag is of de behandeling wordt stopgezet of niet begonnen. Uit die gesprekken blijkt dat de voornaamste kritiek van deze artsen op de tekst het begrip «buiten bewustzijn» betreft. Het betreft hier rationale kritiek die niets te maken heeft met filosofische overtuigingen. Het feit dat er in de tekst niet duidelijk wordt verwezen naar bewusteloosheid als gevolg van het feit dat de patiënt hersendood is, kan volgens hen leiden tot allerlei ontsparingen.

ment visés par la loi (*cf.* les nombreux cas cités par le professeur Vincent lors de son audition).

Amendement n° 354

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 354) tendant à ajouter, à l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article 4 proposé, un quatrième tiret rédigé comme suit: «— et que le décès est inéluctable à brève échéance». Cet amendement vise à éviter toute ambiguïté sur les notions «inconscient» et «état irréversible», dont la portée exacte n'est pas totalement éclaircie, tant sur le plan médical que sur le plan juridique.

L'intervenante a pu interroger différents médecins à ce sujet, et selon leur spécialité, leur connaissance de ces notions est différente. Il semble que les mieux placés pour les définir correctement sont, d'une part, les neurologues et, d'autre part, les médecins réanimateurs.

Ceux-ci semblent considérer que les notions de «patient inconscient dans un état irréversible» se rapprochent de la situation décrite à l'article du Code de déontologie médicale qui permet de conclure à la mort clinique du patient, et de procéder à des prélèvements d'organes. Cet état peut aussi se mesurer à travers un électroencéphalogramme. Lorsque celui-ci est plat, le patient est déclaré dans un coma irréversible.

La question est de savoir si le texte de l'amendement n° 291 vise la notion de «coma végétatif», où l'électro-encéphalogramme n'est pas plat, et où un certain état de conscience peut subsister pendant un certain temps.

L'ajout proposé par le sous-amendement vise à guider les médecins dans les décisions qu'ils auront à prendre.

L'intervenante pense surtout à la situation de patients jeunes qui, ayant fait une déclaration anticipée, sont victimes d'un accident, et pourraient néanmoins récupérer de manière satisfaisante.

Un membre expose que les entretiens récents qu'elle a pu avoir avec des médecins «intensivistes», qui s'occupent de patients inconscients pour lesquels la question de l'arrêt ou de l'abstention de traitement se pose, montrent que l'une des critiques essentielles de ces médecins à propos du texte en discussion porte sur la notion d'«inconscience». Il s'agit d'une critique rationnelle non liée à des clivages philosophiques. Le fait même qu'il ne soit pas fait référence, dans le texte, à l'inconscience strictement liée à un état de coma dépassé ouvre, selon eux, la porte à toutes les dérives.

De materie is voortdurend in ontwikkeling en de meest vergevorderde medische literatuur hierover is goed samengevat in een artikel dat in januari 2001 in de *Lancet* is verschenen. De Angelsaksische landen zijn trouwens verder gevorderd in deze materie dan wij.

Voor de eerste keer zijn er in Frankrijk «guidelines» gepubliceerd, richtlijnen die in ziekenhuizen en vooral in de intensive care worden gebruikt. Daarnaast zijn er ook statistieken gepubliceerd over de manier waarop er bewust een einde wordt gemaakt aan het leven van de patiënten door hen niet te behandelen of door de behandeling te staken (passieve euthanasie).

Dit onderzoek toont duidelijk aan dat in 50 tot 60% van de gevallen de arts beslist wanneer een patiënt sterft door de behandeling te staken of niet te beginnen. Het toont ook aan dat 94,7% van de euthanasiegevallen passieve euthanasie (staken of niet beginnen van de behandeling) betreffen.

De studie stelt de vraag wat er gebeurt met de resterende 5% van de patiënten die in een stervensfase verkeren.

De conclusie is dat artsen geen uitspraak kunnen doen over de volgende dagen in 5% van de gevallen van patiënten die in een coma liggen en van wie de toestand onomkeerbaar is.

Voor deze 5% patiënten tast de wetenschap volgens haar huidige stand nog in het duister. Artsen die vragen krijgen van de vertrouwenspersoon of van de familie, kunnen geen antwoord geven en zullen geen actieve euthanasie uitvoeren omdat zij menen dat zij hun principe van medische verantwoordelijkheid niet kunnen verloochenen als zij niet zeker weten dat de toestand onomkeerbaar is. Zij benadrukken allemaal dat dit geen exacte wetenschap is.

Kortom, men bevindt zich in Europa in een periode waarin men tastend een medische gedragscode poogt op te stellen voor de patiënt die niet meer bij bewustzijn is. Onder de artsen bestaat er nog geen vaste consensus voor dit soort patiënten. De wetgever mag hier dus niet al te eigengereid optreden.

Uit het voormelde artikel blijkt ook duidelijk dat er meer en meer rekening gehouden wordt met de wil van de patiënt.

Voor een ander lid kan het begrip «dood op korte termijn» hier moeilijk gebruikt worden. Het is namelijk zo dat met de moderne technische middelen het leven na een ongeval bijvoorbeeld nog zeer lang artificieel behouden kan blijven.

Een lid geeft toe dat de formulering voorgesteld in zijn amendement misschien niet de beste is, alhoewel zij geïnterpreteerd dient te worden in die zin dat de

La matière est en pleine évolution, et la littérature médicale la plus avancée est entre autres, très bien résumée dans un article paru dans le *Lancet* de janvier 2001. L'évolution des pays anglo-saxons est d'ailleurs plus avancée que la nôtre sur le sujet.

Pour la première fois en France, une publication a eu lieu sur les «guidelines», les codes employés dans les hôpitaux, spécialement en soins intensifs, et sur des statistiques relatives à la manière dont on y arrête consciemment la vie de patients par l'arrêt ou l'abstention de traitement (euthanasie passive).

Cette enquête montre bien que, dans 50 à 60% des cas, c'est le médecin qui décide du moment de la fin de la vie d'un patient par un arrêt ou une abstention thérapeutique. Elle montre aussi qu'en soins intensifs, lorsqu'on pratique uniquement l'euthanasie passive (c'est-à-dire l'arrêt ou l'abstention de traitement), on touche à 94,7% des malades.

L'étude s'interroge sur ce qui se passe pour les 5% de patients restants, qui sont par ailleurs en fin de vie.

La conclusion est que, dans 5% des cas de patients qui seraient dans le coma et dans une situation irréversible, les médecins ne peuvent établir un pronostic pour les jours qui suivent.

L'état actuel de la science est encore tâtonnant pour ces 5% de patients. Les médecins qui seront interpellés à leur sujet par la personne de confiance, la famille, ne pourront donner de réponse, et ne pratiqueront pas une euthanasie active, parce qu'ils estiment ne pouvoir abandonner leur principe de responsabilité médicale quand ils ne savent pas à coup sûr que la situation est irréversible. Tous soulignent que l'on ne se trouve pas là dans le domaine de la science exacte.

En conclusion, on se trouve en Europe dans une période où de façon tâtonnante, on s'efforce de mettre par écrit des codes de conduite médicale pour le patient inconscient. Il n'existe pas encore de consensus médical bien établi pour ce genre de patients. Le législateur ne doit donc pas jouer à l'apprenti sorcier en la matière.

L'article précité met aussi en évidence que la volonté du patient est de plus en plus prise en compte.

Un autre membre estime que la notion de «décès à brève échéance» paraît difficile à utiliser ici. En effet, en cas d'accident, par exemple, les moyens techniques modernes permettent de maintenir la vie de façon artificielle pendant de très longues périodes.

Un membre admet que la formule proposée par son sous-amendement n'est pas nécessairement la plus adéquate, bien qu'elle doive s'interpréter en ce sens

dood op korte termijn zou toeslaan indien deze technische middelen niet aangewend werden. Spreekster onderstreept dat men nog steeds niet weet welke situaties men precies bedoelt.

Een lid verklaart dat twee punten hem essentieel lijken. Enerzijds handelt artikel 4 over de gevallen waarin een wilsbeschikking zou bestaan, wat fundamenteel verschillend is van de situatie bedoeld in artikel 3. Anderzijds is een van de meest essentiële voorwaarden voor het toepassen van artikel 4 dat de arts vaststelt dat de toestand onomkeerbaar is, en dat dit door een tweede arts bevestigd wordt. Indien er omtrent deze onomkeerbaarheid de minste twijfel bestaat, kan artikel 4 dus niet toegepast worden.

Amendement nr. 342

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 342) dat beoogt het eerste lid van § 2 aan te passen in die zin dat de betrokken arts ook de voorwaarden en procedures van de artikelen 3 en 5 dient te respecteren.

De hoofdindiener meent dat de opbouw van de voorgestelde § 2 mank is.

Een arts die euthanasie toepast op een wilsonbekwame comateuze patiënt ingevolge zijn wilsverklaring, past in eerste instantie «euthanasie» toe.

Daarom dient dus eerstens duidelijk te worden bepaald dat de voorwaarden voor «straffeloze» euthanasie, zoals voorzien in artikel 3 en artikel 5 (meldingsplicht), moeten worden nageleefd.

Hierbovenop dient de arts ook nog een aantal bijkomende grondvoorwaarden in rekening te nemen, die opgenomen zijn in de voorgestelde § 2.

Tenslotte dient de bepaling aan het eind van het eerste lid «En hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd» behouden te blijven, nu zij de procedurele voorwaarden zoals verder voorzien in artikel 4, § 2, sanctioneerbaar maakt bij niet-naleving.

Op deze wijze wordt ook een analoge opbouw verzekerd met de bepalingen in artikel 3 van het voorstel.

Amendement nr. 329

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 329) volgens hetwelk alle voorgeschreven voorwaarden en procedures cumulatief dienen te worden nageleefd.

que le décès surviendrait à brève échéance si les moyens techniques en question n'étaient pas mis en œuvre. L'intervenante souligne que le problème reste posé de savoir quelles situations sont exactement visées.

Un membre déclare que deux points lui paraissent essentiels. D'une part, l'article 4 vise les cas où, par hypothèse, une déclaration anticipée existe, ce qui est fondamentalement différent de la situation visée à l'article 3. D'autre part, l'une des conditions essentielles pour que l'article 4 s'applique est que le médecin constate que la situation est irréversible, et que cela soit confirmé par un second médecin. Dès lors, s'il y a le moindre doute sur cette irréversibilité, l'article 4 ne s'appliquera pas.

Amendement n° 342

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 342) qui vise à adapter l'alinéa 1^{er} du § 2 en ce sens que le médecin concerné doit également respecter les conditions et les procédures définies aux articles 3 et 5.

L'auteur principal considère que la structure du § 2 proposé est bancale.

Le médecin qui, en application d'une déclaration de volonté, pratique l'euthanasie sur un patient comateux, incapable de manifester sa volonté, accomplit avant tout un «acte euthanasique».

Aussi convient-il de commencer par préciser clairement que les conditions à remplir pour que l'euthanasie puisse être considérée comme «non punissable», telles qu'elles sont définies aux articles 3 et 5 (obligation de communication), doivent être respectées.

Le médecin devra, de surcroît, tenir compte d'une série de conditions essentielles supplémentaires qui figurent au § 2 proposé.

Enfin, la disposition de l'alinéa 1^{er} *in fine* «et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi» doit être maintenue dès lors qu'elle rend punissable le non-respect des conditions procédurales prévues plus loin à l'article 4, § 2.

De cette manière, on assure également le parallélisme avec la structure des dispositions de l'article 3 de la proposition.

Amendement n° 329

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 329) un sous-amendement selon lequel toutes les conditions et procédures prescrites doivent être respectées de manière cumulative.

De hoofdindieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement nr. 329.

Amendement nr. 405

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 405), dat ertoe strekt op het einde van het eerste lid, na het woord «procedures», de woorden «alsook de aangifte» in te voegen.

Een gelijkaardig amendement werd reeds ingediend op artikel 3. De bedoeling is dat uitdrukkelijk vermeld wordt dat de euthanasieverklaring aan de evaluatiecommissie moet toegevoegd worden aan de voorwaarden waaronder euthanasie wettig zou kunnen zijn.

Er is nog steeds geen duidelijkheid over de vraag wat de juridische toestand van de arts is die een van de voorwaarden en wettelijke voorschriften genegeerd zou hebben, in het bijzonder de verplichting om een verklaring te doen aan de evaluatiecommissie. De zes indieners hebben hierop kort geantwoord dat de arts zich in dat geval buiten de wet zou stellen.

Spreekster vindt dat dit antwoord onvoldoende is, en dat de besproken tekst hierover meer duidelijkheid moet scheppen. Voor de artsen moet het duidelijk zijn dat de verklaring aan de evaluatiecommissie verplicht is en dat indien ze dat niet doen, zij voor moeilijkheden kunnen komen te staan, zelfs indien aan alle andere voorwaarden voldaan is. Een van de grondslagen van het voorstel is immers de controle, die mogelijk is dankzij het medisch dossier, maar ook dankzij de verklaring.

Een lid steunt dit amendement. Hij herhaalt zijn kritiek dat geen sancties werden voorzien op de overtreding van het wetsvoorstel.

Amendement nr. 434

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat nr. 2-244/16, amendement nr. 434), dat ertoe strekt in § 2 van het voorgestelde artikel 4 de woorden «en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd» te doen vervallen.

Spreekster verwijst naar wat zij hierover reeds gezegd heeft. Zij herhaalt dat dit lid volgens haar verwarrend is omdat de indieners van amendement nr. 291 er zelf van uitgaan dat sommige van de door de wet opgelegde voorwaarden niet van toepassing zijn op euthanasie toegepast op een patiënt die niet meer bij bewustzijn is, met name de voorwaarden betreffende het lijden van de patiënt.

L'auteur principal renvoie à la justification écrite de l'amendement.

Amendement n° 405

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 405), tendant à insérer, in fine de l'alinéa 1^{er}, après le mot «procedures», les mots «ainsi que la déclaration».

Un amendement similaire avait déjà été déposé à l'article 3. Il s'agit d'indiquer de façon explicite que, parmi les conditions qui pourraient rendre légitime un acte d'euthanasie, il faut inclure le fait de faire la déclaration d'euthanasie à la commission d'évaluation.

La question n'est toujours pas résolue de savoir quelle est la situation juridique du médecin qui n'aurait pas respecté l'une ou l'autre des conditions et prescrits légaux, et en particulier l'obligation de déclaration auprès de la commission d'évaluation. Les six auteurs ont donné à ce sujet une brève réponse, selon laquelle le médecin se trouverait alors hors champ de la loi.

L'intervenante estime que cette réponse est tout à fait insuffisante, et qu'une plus grande clarté doit exister à ce sujet dans le texte en discussion. Il doit être clair pour les médecins que la déclaration à la commission d'évaluation est impérative et que s'ils ne la font pas, ils pourront se trouver en difficulté, même si, par ailleurs, toutes les autres conditions fixées par la loi sont réunies. En effet, l'un des fondements de la proposition est le contrôle, qui s'exerce grâce au dossier médical, mais aussi grâce à cette déclaration.

Un membre soutient cet amendement. Il répète une critique qu'il a déjà formulée et selon laquelle aucune sanction n'a été prévue pour punir celui qui ne respecterait pas la loi qui serait issue de la proposition de loi à l'examen.

Amendement n° 434

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 434), tendant à supprimer, au § 2 de l'article 4 proposé, les mots «et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi».

L'intervenante renvoie à ce qu'elle a déjà exposé à ce sujet. Elle rappelle que, selon elle, l'alinéa en question risque d'engendrer des confusions puisque, de l'opinion des auteurs mêmes de l'amendement n° 291, certaines conditions visées dans la présente loi ne s'appliqueraient pas en cas d'euthanasie d'un patient inconscient, notamment celles relatives à la souffrance du patient.

Er moet precies worden vastgesteld welke voorwaarden en procedures uit deze wet, die niet in de voorgestelde § 2 zijn vermeld, overeenkomstig dit lid toch van toepassing zijn.

Een lid steunt dit amendement dat haar pertinent lijkt. Zij herinnert ook aan haar vorige opmerking, en vraagt of de indieners van het onderhavige voorstel aan een specifiek dispositief en specifieke sancties denken voor de arts die een van de vermelde voorwaarden niet nageleefd zou hebben.

Amendement nr. 403

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat nr. 2-244/16, amendement nr. 403), dat ertoe strekt na de eerste zin een nieuw 1^o in te voegen, luidende:

«1^o zich ervan vergewissen dat de wilsverklaring werd opgesteld volgens de bepalingen van § 1.

Hij dient er zich bovendien van te vergewissen dat de patiënt voor het opmaken of het bevestigen van zijn wilsverklaring alle nodige informatie heeft ontvangen over de vermoedelijke ontwikkeling van zijn ziekte, de resterende therapeutische mogelijkheden of die van palliatieve zorg in zijn toestand, waardoor hij zijn verzoek met kennis van zaken en zonder druk van buitenaf kan formuleren.

De arts mag met die wilsverklaring slechts rekening houden indien hij tot de overtuiging gekomen is dat er geen enkele andere redelijke oplossing bestaat in de toestand van de patiënt en dat de verklaring door de patiënt werd opgemaakt en bevestigd uiterlijk één jaar voor het ogenblik waarop hij niet in staat is zijn verzoek te bevestigen.»

Dit amendement stelt een parallellisme in tussen artikel 3 en artikel 4. Artikel 3 bepaalt in § 1 dat de arts zich ervan moet vergewissen dat een aantal voorwaarden vervuld zijn. In het kader van artikel 4 moet hij slechts een vaststelling doen, namelijk dat de patiënt «lijdt aan een ...» enz.

Het artikel toont vervolgens aan welke procedure hij moet volgen.

Om een coherente wet te verkrijgen moet volgens spreekster in artikel 4 dezelfde procedure en filosofie gevolgd worden als in artikel 3, namelijk dat de arts een evidente verantwoordelijkheid heeft aangaande de voorwaarden waaronder een eventuele toepassing van euthanasie verantwoord is. Een van die voorwaarden is de wilsverklaring. In artikel 3 moet de arts zich ervan vergewissen dat het verzoek herhaald en weloverwogen is, enz.

Spreekster meent dat er binnen het kader van artikel 4 op dezelfde manier gehandeld moet worden

Il convient de préciser exactement les conditions et procédures visées dans la loi, autres que celles visées au § 2 proposé, qui s'appliqueraient selon cet alinéa.

Un membre soutient le sous-amendement qui lui paraît pertinent. Elle rappelle par ailleurs sa précédente intervention, et demande si les auteurs de la proposition à l'examen envisagent un dispositif particulier et des sanctions spécifiques pour le médecin qui n'aurait pas respecté l'une ou l'autre des conditions fixées par le texte.

Amendement n^o 403

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 403), qui vise à insérer, après la première phrase, un 1^o nouveau, rédigé comme suit:

«1^o s'assurer que la déclaration anticipée a bien été rédigée selon les dispositions prévues au § 1^{er}.

Il doit en outre s'assurer que le patient a bien reçu, avant de rédiger ou de confirmer sa déclaration anticipée, toutes les informations nécessaires sur l'évolution probable de sa maladie, les possibilités de prise en charge thérapeutiques ou palliatives envisageables dans sa situation, lui permettant de formuler sa demande en toute connaissance de cause et sans pression extérieure.

Il ne peut la prendre en considération que s'il a acquis la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la déclaration a été rédigée et confirmée par le patient au plus tard un an avant le moment où le patient n'est plus en état de confirmer sa demande.»

Cet amendement tend à instaurer un parallélisme entre l'article 3 et l'article 4. L'article 3 prévoit, en son § 1^{er}, que le médecin doit s'assurer de la réunion d'une série de conditions. Dans le cadre de l'article 4, il doit seulement faire un constat, à savoir que le patient «est atteint d'une affection accidentelle ... » etc.

L'article indique ensuite quelle procédure il doit suivre.

Pour que la loi soit cohérente, il faut, selon l'intervenante, prévoir à l'article 4 le même processus et suivre la même philosophie qu'à l'article 3, à savoir que le médecin porte une responsabilité évidente en ce qui concerne les conditions dans lesquelles il peut se voir justifié pour un éventuel acte d'euthanasie. Parmi ces conditions figure, à l'article 4, la déclaration anticipée. A l'article 3, le médecin doit s'assurer que la demande est persistante, mûrement réfléchie, etc.

L'intervenante estime que, dans le cadre de l'article 4, il faut procéder de la même manière en

door de arts te verplichten na te gaan of de wilsverklaring volgens de bepalingen van § 1 opgesteld werd.

Wie anders dan de arts zou inderdaad de wettelijkheid van de wilsverklaring moeten nagaan? Hij zou zich er bovendien moeten van vergewissen dat de patiënt voor het opmaken of het bevestigen van zijn wilsverklaring alle nodige informatie heeft ontvangen over de vermoedelijke ontwikkeling van zijn ziekte, de resterende therapeutische mogelijkheden of die van palliatieve zorg in zijn toestand, waardoor hij zijn verzoek met kennis van zaken en zonder druk van buitenaf kan formuleren.

Alle voorzorgsmaatregelen die men treft in artikel 3 in het kader van de dialoog arts-patiënt moeten ook gelden in het kader van artikel 4.

Voor spreekster heeft de wilsbeschikking slechts zin indien de opsteller ervan met een arts heeft kunnen spreken over wat hem kan overkomen.

Dit past ook in het kader van de rechten van de patiënt, in het bijzonder het recht op een instemming met kennis van zaken.

Een lid is van oordeel dat dit subamendement de zieke en de welstellende op gelijke voet plaatst. Gelijkheid is weliswaar een essentieel begrip, maar dan voor identieke categorieën. De tekst van het subamendement veronderstelt dat men ziek is om een wilsbeschikking te kunnen opstellen, aangezien de betrokkene voordien «alle nodige informatie heeft ontvangen over de vermoedelijke ontwikkeling van zijn ziekte» en over de «therapeutische mogelijkheden of die van palliatieve zorg in zijn toestand». Het parallelisme dat men hier met artikel 3 wil maken is ongepast, omdat de situaties bedoeld in artikel 3 en in artikel 4 niet vergelijkbaar zijn.

Welke zin kan bijvoorbeeld de verwijzing naar de palliatieve zorg hebben voor een patiënt die onomkeerbaar buiten bewustzijn is?

Er is geen reden om steeds meer voorwaarden te stellen, aangezien de wilsbeschikking slechts een indicatief element is tussen andere, en de arts vrij blijft om een oordeel te vellen.

Bovendien wensen de indieners van het voorstel de vrijheid van het individu te behouden en willen ze hem niet dwingen een hele reeks adviezen in te winnen alvorens zijn wilsbeschikking op te stellen.

Ten slotte is volgens spreker een periode van vijf jaar aangewezen, omdat de periode van één jaar voorgesteld door het subamendement veel te kort is.

Een ander lid gaat ervan uit dat eenieder zijn of haar amendementen indient vanuit de intentie de voorgestelde teksten te verbeteren.

Zij wijst er evenwel op dat het in artikel 3 gaat om een patiënt, daar waar artikel 4 handelt over een

imposant au médecin de vérifier que la déclaration anticipée a bien été rédigée selon les dispositions prévues au § 1^{er}.

En effet, qui d'autre que le médecin pourrait être le comptable de la légalité de la déclaration anticipée? Il faudrait en outre qu'il s'assure que le patient a bien reçu, avant de rédiger ou de confirmer sa déclaration anticipée, toutes les informations nécessaires sur l'évolution probable de sa maladie, les possibilités de prise en charge thérapeutiques ou palliatives envisageables dans sa situation, lui permettant de formuler sa demande en toute connaissance de cause et sans pressions extérieures.

Toutes les précautions que l'on prévoit à l'article 3, dans le cadre d'un dialogue patient-médecin, doivent aussi être valables dans le cadre de l'article 4.

Aux yeux de l'intervenante, la déclaration anticipée n'a de sens que si la personne qui la rédige a eu l'occasion de s'entretenir avec un médecin de ce qui pourrait lui arriver.

Cela s'inscrit aussi dans le cadre des droits du patient, et en particulier du droit au consentement éclairé.

Un membre estime que ce sous-amendement met sur le même pied le malade et le bien portant. L'égalité est une notion certes essentielle, mais pour des catégories identiques. Le texte du sous-amendement suppose qu'il faut être malade pour faire une déclaration anticipée puisqu'avant de la rédiger, l'intéressé doit avoir reçu «toutes les informations nécessaires sur l'évolution probable de sa maladie», et sur «les possibilités de prise en charge thérapeutiques ou palliatives envisageables dans sa situation». Le parallèle que l'on veut opérer ici avec l'article 3 n'est pas pertinent, car les situations envisagées dans l'article 3 et dans l'article 4 ne sont pas comparables.

Quel sens, par exemple, la référence aux soins palliatifs peut-elle avoir pour un patient en état d'inconscience irréversible?

La multiplication des conditions n'a pas de raison d'être, puisque la déclaration anticipée n'est qu'un élément indicatif parmi d'autres, et que le médecin garde sa liberté d'appréciation.

Par ailleurs, les auteurs de la proposition entendent préserver la liberté de l'individu et ne veulent pas le contraindre à s'entourer d'une série d'avis préalable-ment à la rédaction de sa déclaration.

Enfin, le délai de cinq ans paraît préférable à l'intervenant, qui estime que le délai d'un an proposé par le sous-amendement est beaucoup trop court.

Une autre membre considère que chaque commissaire dépose ses amendements dans l'intention d'améliorer les textes proposés.

Elle attire toutefois l'attention sur le fait qu'à l'article 3, il est question du patient alors qu'à

bewuste, meerderjarige persoon die een wilsverklaring neerschrijft. De voorwaarden die worden gesteld voor de euthanasie die wordt toegepast op de patiënt, bedoeld in artikel 3, kunnen derhalve niet zomaar worden toegepast op de persoon die in artikel 4 wordt bedoeld.

De wilsverklaring is bovendien één element — naast andere elementen — waarmee de arts rekening moet houden. De door het amendement nr. 403 beoogde voorzichtigheid is volgens spreekster dan ook niet op haar plaats.

Gelukkig is het zo dat eenieder in alle vrijheid en onafhankelijkheid een wilsverklaring kan en mag neerschrijven. Dit hoort zo te blijven.

Om te beginnen merkt de auteur van amendement nr. 403 op dat alle amendementen uiteraard voor verbetering vatbaar zijn.

Bovendien was zij van bij het begin van het debat voorstander van een uitbreiding van het voorstel naar de rechten van de patiënt, met inbegrip van de wilsverklaring, die daar perfect in past, met name wat betreft het recht op geïnformeerde toestemming. Spreekster schaart zich achter de idee dat eenieder zijn wensen op papier mag zetten wanneer en hoe hij dat wenst. Zij meent echter dat, als men wenst dat de arts werkelijk rekening houdt met de wilsverklaring, er op een gegeven moment een voorafgaande dialoog met de arts geweest moet zijn.

Een lid benadrukt dat niet iedereen per se een behandelende arts heeft, maar dat iedereen toch het recht heeft een wilsverklaring op te stellen en kan wensen dat hiermee rekening wordt gehouden.

Vorige spreekster gaat verder en verwijst naar de documenten die ADMD heeft doorgegeven over het levenstestament. Er wordt terecht verwezen naar de wetgeving in andere landen, met name in Denemarken, waar de bepalingen over het levenstestament vervat zijn in de wetgeving op de rechten van de patiënt.

Een lid meent dat de opvatting van vorige spreekster erg ver van een liberale geneeskunde staat, en veeleer een systeem voorstaat waarin het individu verpletterd wordt door de structuren die eigenlijk bescherming moeten bieden en minder rechten heeft dan op dit moment. Bovendien is het in de huidige samenleving niet denkbeeldig dat eenzelfde persoon tijdens zijn leven meerdere keren van arts verandert.

Een ander lid meent dat de arts niet belast kan worden met de onmogelijke taak om een persoon die in goede gezondheid verkeert te informeren over alles wat hem zou kunnen overkomen. Daarom vormt de formulering van het subamendement een probleem.

Een ander lid meent dat een persoon die een duidelijke wil uit, niet behandeld mag worden als een kind door allerlei procedures op te leggen.

l'article 4, il est question d'une personne consciente majeure qui rédige une déclaration de volonté. Les conditions auxquelles doit satisfaire l'intervention euthanasique pratiquée sur le patient, telles que visées à l'article 3, ne sont donc pas applicables automatiquement pour ce qui est des personnes visées à l'article 4.

De surcroît, la déclaration de volonté n'est qu'un des éléments, dont le médecin a à tenir compte. La prudence dont il est question à l'amendement n° 403 n'a donc pas sa place en l'espèce, selon l'intervenante.

Heureusement, chacun peut rédiger une déclaration de volonté en toute liberté et en toute indépendance. Il ne faut pas que cela change.

L'auteur de l'amendement n° 403 observe tout d'abord que tous les amendements sont évidemment perfectibles.

Par ailleurs, elle a souhaité depuis le début du débat que l'on élargisse la proposition aux droits du patient, en ce compris la déclaration anticipée, qui s'y intègre parfaitement, notamment sous l'aspect du droit au consentement éclairé. L'intervenante s'accorde avec l'idée que chacun peut mettre ses souhaits par écrit quand et comme il l'entend. Elle estime cependant que si l'on veut que le médecin prenne véritablement en compte la déclaration anticipée, il doit y avoir eu, à un moment donné, un dialogue avec un médecin.

Un membre souligne que toute personne n'a pas nécessairement un médecin traitant, mais qu'elle n'en a pas moins le droit de rédiger une déclaration anticipée, et de souhaiter que celle-ci soit prise en compte.

La précédente intervenante poursuit en renvoyant aux documents communiqués par l'ADMD à propos du testament de vie. Celle-ci fait à juste titre référence à des législations existant dans d'autres pays et notamment au Danemark, où les dispositions relatives au testament de vie s'intègrent dans la législation sur les droits du patient.

Un membre estime que la conception de la précédente intervenante s'éloigne d'une médecine libérale, au profit d'un système où l'individu, écrasé par les structures qui sont censées l'encadrer, aura moins de droits qu'il n'en a actuellement. De plus, dans la société actuelle, il est probable qu'au cours de sa vie, un même individu changera plusieurs fois de médecin.

Un autre membre est d'avis qu'il ne faut pas donner au médecin la mission impossible d'informer une personne en bonne santé sur tout ce qui pourrait lui arriver. À cet égard, la formulation du sous-amendement pose problème.

Un autre membre encore estime que, lorsqu'une personne émet une volonté claire, il ne faut pas vouloir l'infantiliser par toutes sortes de procédures.

Amendement nr. 404

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement op amendement nr. 291 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 404), dat ertoe strekt het 1^o van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

« 1^o twee andere artsen, van wie een neuroloog is, raadplegen over het terminale karakter van ernstige en ongeneeslijke ziekte, alsook het onomkeerbaar karakter van de coma waarin de patiënt zich bevindt.

De geraadpleegde artsen nemen inzage van het medisch dossier en onderzoeken de patiënt. Zij stellen een verslag van hun bevindingen op. Die artsen moeten onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als van de behandelende arts. Zij moeten bevoegd zijn om over de aandoening in kwestie te oordelen.

Indien de neuroloog het onomkeerbare karakter van de coma niet kan bevestigen, mag de behandelende arts niet ingaan op het verzoek van de patiënt. »

De indiener benadrukt dat het nuttig is te beschikken over het advies van een neuroloog, die bij uitstek geschikt is om zich uit te spreken over het onomkeerbaar karakter van een coma. Zij verwijst eveneens naar de wetsvoorstellen die reeds werden ingediend en specifiek naar het wetsvoorstel van mevrouw Leduc c.s., waarin veel interessante elementen zaten zoals bijvoorbeeld de verplichting om niet een maar twee andere artsen te raadplegen. Er werd in bepaald dat, mochten deze artsen geen overeenstemming bereiken, een beroep wordt gedaan op een derde arts en dat, mocht over de aanwijzing van deze arts geen overeenstemming bestaan, een beroep wordt gedaan op het gerecht. Spreekster wilde niet zover gaan in de procedure.

Een lid benadrukt dat de laatste zin van het subamendement een nieuw element bevat. Tot nu toe was de arts uiteindelijk vrij om te beslissen. Spreekster kan niet aanvaarden dat de neuroloog de situatie kan blokkeren door zijn veto te stellen.

De indiener van amendement nr. 404 meent dat een enkele arts niet voldoende is en dat de tweede arts een neuroloog moet zijn. Zij is wel bereid de laatste zin van haar subamendement te schrappen aangezien die eigenlijk een vanzelfsprekendheid bevat omdat, als de neuroloog de onomkeerbare toestand van het buiten bewustzijn zijn niet bevestigt, men zich niet meer in de toepassingssfeer van het artikel bevindt.

Vorige spreker antwoordt dat, wat hem betreft, het subamendement een stap achteruit is ten opzichte van het hoofdamendement, waarin wordt bepaald dat de tweede arts bevoegd moet zijn voor de betrokken pathologie. Er zijn immers ontelbare uiteenlopende pathologieën die de dood tot gevolg kunnen hebben, er is dus geen reden om zich voor alle gevallen te beperken tot een neuroloog.

Amendement n° 404

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 404), ayant pour objet de remplacer le 1^o du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

« 1^o consulter deux autres médecins — dont un des deux est neurologue — quant au caractère terminal de la maladie grave et incurable, ainsi que sur le caractère irréversible du coma dont est atteint le patient.

Les médecins consultés prennent connaissance du dossier médical et examinent le patient. Ils rédigent un rapport de leurs constatations. Ces médecins doivent être indépendants à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant. Ils doivent être compétents quant à la pathologie concernée.

Si le neurologue ne peut confirmer le caractère irréversible du coma, le médecin traitant ne peut répondre à la demande du patient. »

L'auteur souligne l'utilité de disposer de l'avis d'un neurologue, qui paraît particulièrement indiqué pour se prononcer sur le caractère irréversible d'un coma. Elle renvoie aussi à des propositions de loi antérieurement déposées, et notamment à celle de Mme Leduc et consorts, qui contenait beaucoup d'éléments intéressants, et notamment l'obligation de consulter, non pas un, mais deux autres médecins. Il y était prévu qu'en cas de désaccord entre ceux-ci, on faisait appel à un troisième médecin et qu'en cas de désaccord sur la désignation de celui-ci, on faisait appel au tribunal. L'intervenante n'a pas voulu aller aussi loin dans la procédure.

Un membre souligne l'élément nouveau que constitue la dernière phrase du sous-amendement. Jusqu'à présent, le médecin demeurait, *in fine*, libre de sa décision. L'intervenant ne peut accepter que le neurologue puisse ainsi bloquer la situation en mettant son veto.

L'auteur de l'amendement n° 404 estime qu'un seul médecin ne suffit pas et qu'il faut que le second médecin soit un neurologue. Pour le surplus, l'intervenante se dit prête à supprimer la dernière phrase de son sous-amendement, qui exprime une évidence puisque, si le neurologue ne confirme pas l'irréversibilité de l'inconscience, on se trouve hors du champ d'application de l'article.

Le précédent orateur répond qu'à son estime, le sous-amendement constitue un recul par rapport à l'amendement principal, qui prévoit que le second médecin doit être compétent quant à la pathologie concernée. En effet, il y a des pathologies nombreuses et variées, susceptibles d'entraîner le décès, et il n'y a pas de raison de se limiter à un neurologue dans tous les cas.

De indiener van amendement nr. 404 antwoordt dat de neuroloog het best geplaatst is om zich uit te spreken over het onomkeerbare karakter van de coma, en dat een arts met een andere specialisatie niet noodzakelijk over de technische bekwaamheid beschikt. Spreekster zal de formulering van haar amendement herzien om tegemoet te komen aan de opmerkingen die werden geformuleerd.

Een lid benadrukt dat er twee mogelijke situaties zijn: een eerste waarbij de bewusteloosheid het resultaat is van een ongeval, een tweede waarbij de bewusteloosheid het resultaat is van een ontwikkelde aandoening. In dat laatste geval heeft een arts de patiënt gedurende geruime tijd gevolgd en kent hij de ontwikkeling die dit type aandoening zal volgen. In het eerste geval is het echter vrij waarschijnlijk dat de geraadpleegde arts een neurochirurg of een neuroloog zal zijn, bekwaam in traumatologie. Wellicht kunnen in het Frans de termen «*compétent dans la pathologie concernée*» worden vervangen door de woorden «*compétent dans l'affection concernée*», om van toepassing te zijn op beide hypothesen.

Een ander lid sluit zich aan bij de visie van de vorige spreker. Een comateuze toestand is immers niet noodzakelijk hetzelfde als een toestand van «niet meer bij bewustzijn zijn».

Verder merkt hij op dat hier voortdurend wordt gesproken over ziekenhuissituaties, waar een neuroloog wellicht makkelijk bij de zaak kan worden betrokken. De meeste mensen sterven echter thuis. In dat geval wordt het heel ingewikkeld om telkens automatisch een neuroloog te betrekken.

De indiener van amendement nr. 404 blijft erbij dat de tekst van amendement nr. 291 niet duidelijk is, waar er staat «hij moet een andere arts raadplegen met betrekking tot de onomkeerbare situatie van de patiënt». Wordt hier nu wel of niet de onomkeerbaarheid van de bewusteloosheid bedoeld?

Een lid antwoordt dat de «situatie» beschreven wordt in de drie streepjes die voorafgaan in de tekst.

Amendement nr. 343

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 343) dat het tweede lid, 1^o, van § 2 van het voorgestelde artikel wenst te vervangen door een passus volgens dewelke een andere arts dient geraadpleegd te worden over de naleving van de voorwaarden, uitgedrukt in artikel 3 en in het eerste lid van deze paragraaf.

De hoofdindiener verklaart dat de enkele toetsing door de geraadpleegde arts van het onomkeerbaar karakter van de onbewuste toestand niet kan volstaan, en beperkt blijft tot het bevestigen van deze

L'auteur de l'amendement n° 404 répond que c'est le mieux placé pour se prononcer sur le caractère irréversible du coma, ce pour quoi un médecin d'une autre spécialité n'a pas nécessairement la compétence technique. Pour le surplus, l'intervenante annonce qu'elle reverra la formulation de son amendement pour répondre aux remarques qui ont été formulées.

Un membre souligne que deux situations sont possibles: celle où l'inconscience résulte d'un accident, et celle où elle est la conséquence, moins brutale, d'une pathologie évolutive. Dans ce dernier cas, c'est un médecin qui a suivi le patient depuis un certain temps et qui connaît l'évolution de ce type de pathologie qui va agir. Dans le premier cas, par contre, il est plus que probable que le médecin consulté soit un neurochirurgien ou un neurologue, compétent en traumatologie. Peut-être faudrait-il remplacer les termes «compétent dans la pathologie concernée» par les mots «compétent dans l'affection concernée», pour couvrir les deux hypothèses.

Un autre membre souscrit au point de vue du préopinant. Un état comateux n'est en effet pas nécessairement la même chose qu'un état d'«inconscience».

Il fait par ailleurs remarquer que l'on parle continuellement en l'espèce de situations en milieu hospitalier, où l'intervention d'un neurologue est évidemment facile à assurer. Toutefois, comme la plupart des gens meurent chez eux, il est très difficile d'obtenir systématiquement l'intervention d'un neurologue.

L'auteur de l'amendement n° 404 maintient que le texte de l'amendement n° 291 n'est pas clair, lorsqu'il indique: «consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient». Ces mots visent-ils oui ou non l'irréversibilité de l'inconscience?

Un membre répond que la «situation médicale» est celle décrite par les trois tirets qui précèdent dans le texte.

Amendement n° 343

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 343) qui tend à remplacer l'alinéa 2, 1^o, du § 2 de l'article proposé par un passage selon lequel un autre médecin doit être consulté à propos du respect des conditions définies à l'article 1^{er} et à l'alinéa 3 de ce paragraphe.

L'auteur principal déclare que le seul contrôle, par le médecin consulté, du caractère irréversible de l'état d'inconscience ne peut suffire et que ce contrôle sert simplement à confirmer le diagnostic. Il faut dès lors

diagnose. In het kader van een euthanasiërende handeling dient de geraadpleegde arts zich dan ook uit te spreken over het vervuld zijn van alle grondvoorwaarden.

Amendement nr. 345

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 345) dat ertoe strekt in te schrijven dat de behandelende arts met de vertrouwenspersoon de resultaten van de raadpleging moet bespreken.

De hoofdindiener meent dat de voorgestelde tekst de taak van de arts na de raadpleging door de tweede arts enkel tot de formele informatieplicht beperkt. Dit volstaat niet. De vertrouwenspersoon dient de resultaten van de raadpleging samen met de arts ook te kunnen evalueren en bespreken.

Een lid zegt de goedkeuring van dit amendement te zullen overwegen. Hijzelf heeft de tekst steeds begrepen zoals de vorige spreker hem heeft uitgelegd.

Amendement nr. 357

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 357) dat ertoe strekt in het 1^o van § 2 van het voorgestelde artikel 4, de zinnen «indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging» te doen vervallen, en dit idee op te nemen aan het eind van het 3^o van dezelfde paragraaf door de woorden «en hem informeren over de resultaten van de raadpleging bedoeld in het 1^o» toe te voegen.

De indiener vindt het immers logischer om alles wat de vertrouwenspersoon betreft op te nemen onder het 3^o.

Amendement nr. 358

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 358), dat ertoe strekt het 1^o van § 2 van het voorgestelde artikel 4 aan te vullen als volgt: «Deze dient bij voorkeur een specialist neurologie te zijn».

Spreekster verwijst naar wat zij hierover reeds gezegd heeft bij de bespreking van een ander amendement. Misschien is de formulering van dit amendement aanvaardbaarder voor de indieners van amendement nr. 291.

que le médecin consulté se prononce aussi, dans la perspective de l'accomplissement d'un acte euthanasique, à propos du respect ou non de toutes les conditions essentielles.

Amendement n° 345

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 345) qui vise à insérer une disposition selon laquelle le médecin traitant doit discuter les résultats de la consultation avec la personne de confiance.

L'auteur principal estime que le texte proposé limite la tâche du médecin, après consultation du deuxième médecin, à un simple devoir formel d'information. Cela ne suffit pas. La personne de confiance doit aussi pouvoir évaluer et discuter les résultats de la consultation avec le médecin.

Un membre annonce qu'il envisagera l'approbation de cet amendement. Lui-même a toujours compris le texte dans le sens que lui donne le préopinant.

Amendement n° 357

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 357) tendant à supprimer, au 1^o du § 2 de l'article 4 proposé, la phrase «Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation», et d'exprimer plutôt cette idée à la fin du 3^o du même paragraphe, par l'ajout des mots: «et l'informer des résultats de la consultation du médecin visé au 1^o».

L'auteur trouve en effet plus logique de reprendre sous le 3^o tout ce qui concerne la personne de confiance.

Amendement n° 358

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 358) tendant à compléter le 1^o du § 2 de l'article 4 proposé par les mots «Celui-ci sera de préférence spécialiste en neurologie».

L'intervenante renvoie à ce qu'elle a déjà exposé à ce sujet, à propos d'un autre amendement. Peut-être la formule du présent amendement pourrait-elle être plus acceptable pour les auteurs de l'amendement n° 291.

Amendement nr. 407

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 407), dat ertoe strekt de eerste volzin van het tweede lid van de voorgestelde § 2 van artikel 4 te doen luiden als volgt:

«Bovendien moet de arts vooraf».

Dit amendement, al ingediend op artikel 3, verandert niets aan de betekenis, maar houdt volgens de indiener een betere leesbaarheid van de tekst in en is vanuit wettelijk oogpunt juister.

Amendement nr. 439

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 439), dat ertoe strekt in § 2, tweede lid, van het voorgestelde artikel 4 tussen het 1^o en het 2^o, een 1^{obis}, in te voeren, luidende:

«1^{obis} in voorkomend geval de arts raadplegen die de patiënt geholpen heeft om zijn wilsverklaring op te stellen.»

De indiener meent dat het raadzaam is voor de patiënt om zich bij het opstellen van zijn wilsverklaring door een arts te laten bijstaan.

De arts die een patiënt verzorgt die het bewustzijn verloren heeft, kan in dat geval van zijn confrater nuttige inlichtingen krijgen over de wil van de patiënt op het ogenblik dat deze zijn wilsverklaring opstelde.

Amendement nr. 356

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 356), dat ertoe strekt het 2^o van het tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«2^o de wilsverklaring van de patiënt bespreken met het verplegend team dat regelmatig met hem in contact staat.»

De indiener verkiest deze formulering boven de woorden «het verplegend team of leden daarvan», aangezien toch vanzelf spreekt dat alleen die leden van het team die geregeld in contact zijn met de patiënt moeten worden geraadpleegd.

Amendement nr. 344

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 344) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 4, § 2, tweede lid, 2^o, in te schrijven dat de arts de patiënt niet enkel dient te on-

Amendement n° 407

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 407), visant à remplacer la première phrase de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«En outre, le médecin doit au préalable».

Cet amendement déjà déposé à l'article 3, ne change rien au fond, mais améliore, selon son auteur, la lisibilité du texte et est légitimement plus correct.

Amendement n° 439

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 439), tendant à insérer au § 2, alinéa 2 de l'article 4 concerné, entre le 1^o et le 2^o, un 1^{obis} rédigé comme suit:

«1^{obis} consulter, le cas échéant, le médecin qui a aidé le patient à rédiger sa déclaration.»

L'auteur estime qu'il est conseillé au patient de se faire aider par un médecin pour rédiger sa déclaration anticipée.

Face à un patient inconscient, le médecin en charge de ce patient pourra recevoir des informations utiles de son confrère quant à la volonté du patient lorsqu'il a rédigé sa déclaration.

Amendement n° 356

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 356), tendant à remplacer le 2^o de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«2^o s'entretenir avec l'équipe soignante en contact régulier avec le patient de la déclaration anticipée de ce dernier.»

L'auteur estime cette rédaction préférable aux termes «l'équipe soignante ou des membres de celle-ci», car il paraît évident que seuls les membres de l'équipe qui sont en contact régulier avec le patient doivent être consultés.

Amendement n° 344

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 344) qui vise à insérer à l'article 4, § 2, alinéa 2, 2^o, proposé une disposition selon laquelle le médecin doit non seule-

derzoeken maar ook moet nagaan of de verzorging en de toegediende behandeling gepast zijn.

De hoofdindieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 344.

Amendement nr. 346

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 346) dat in het tweede lid, 3^o van de § 2 van het voorgestelde artikel 4 wil inschrijven dat niet enkel de wilsverklaring, maar ook de resultaten van de besprekingen die de arts voerde met de tweede arts en met het verplegend team moeten worden besproken met de vertrouwenspersoon.

De hoofdindieners verwijst naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement nr. 346.

Amendement n^o 347

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 347) dat het 4^o van tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 wil vervangen door een tekst volgens dewelke de inhoud van de wilsverklaring en de resultaten van de bespreking bedoeld in het 1^o, 2^o en 3^o met de naasten van de patiënt moet worden besproken.

De hoofdindieners meent dat het aanduiden van een vertrouwenspersoon niet tot gevolg mag hebben dat de naasten — die bijvoorbeeld niet aangeduid zijn — op geen enkele manier nog worden betrokken. Bovendien dienen zij over alle resultaten van de verschillende raadplegingen te worden ingelicht en geconsulteerd.

Een lid interpreteert dit amendement zo dat zelfs als de patiënt zijn naasten niet bij de zaak wou betrekken terwijl hij nog bij bewustzijn was, dezen in ieder geval geïnformeerd moeten worden wanneer hij niet meer bij bewustzijn is.

De vorige spreker verwijst naar de libellering van het 4^o, die het mogelijk maakt dat, indien er geen vertrouwenspersoon werd aangewezen in de wilsverklaring, een en ander niet met de naasten moet worden besproken. Dit is de letterlijke interpretatie van de tekst.

Verschillende leden bevestigen dat de aanwijzing van een vertrouwenspersoon niet verplicht is.

Amendement nr. 348

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat,

mais aussi vérifier si les soins donnés et le traitement administré sont adéquats.

L'auteur principal renvoie à la justification écrite de l'amendement n^o 344.

Amendement n^o 346

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat n^o 2-244/16, amendement n^o 346) qui vise à insérer à l'alinéa 2, 3^o, du § 2 de l'article 4 proposé une disposition selon laquelle non seulement la déclaration, mais aussi les résultats des discussions menées par le médecin avec le deuxième médecin et l'équipe soignante doivent être discutés avec la personne de confiance.

L'auteur principal renvoie à la justification écrite de l'amendement n^o 346.

Amendement n^o 347

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat n^o 2-244/16, amendement n^o 347) qui vise à remplacer le 4^o de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par un texte selon lequel le contenu de la déclaration anticipée et les résultats de l'entretien visé aux 1^o, 2^o et 3^o doivent être discutés avec les proches du patient.

L'auteur principal estime que la désignation d'une personne de confiance ne peut pas avoir pour conséquence que les proches — qui n'auraient pas été désignés, par exemple — ne soient plus associés en aucune manière à la procédure. En outre, ils doivent être informés et consultés au sujet de tous les résultats des diverses consultations.

Un membre interprète l'amendement en ce sens que, même si le patient n'avait pas voulu impliquer ses proches lorsqu'il était encore conscient, ces proches doivent en tout état de cause être informés lorsqu'il est inconscient.

Le préopinant renvoie au texte du 4^o, qui permet, si aucune personne de confiance n'a été désignée dans la déclaration, de ne pas devoir discuter les divers points en question avec les proches. Telle est l'interprétation littérale du texte.

Plusieurs membres confirment que la désignation d'une personne de confiance n'est pas obligatoire.

Amendement n^o 348

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc.

nr. 2-244/16, amendement nr. 348) dat in het tweede lid, 4^o, van § 2 van het voorgestelde artikel 4 de woorden «naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen» wenst te vervangen door de woorden «naasten van de patiënt die de patiënt in zijn wilsverklaring heeft aangewezen».

De hoofdindieners meent dat moet worden uitgesloten dat het overleg met de naasten enkel kan gebeuren met die naasten die door de vertrouwenspersoon worden aangewezen. Alle naasten die door de patiënt zijn aangewezen in zijn wilsverklaring hebben het recht om de inhoud ervan te kennen.

Amendement nr. 355

Mevrouw de T^r Serclaes en de heer Galand dienen op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 355), dat ertoe strekt het 4^o van het tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«4^o de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt.»

Een van de indieners benadrukt dat het grootste risico voor de artsen die euthanasie toepassen momenteel de reacties zijn van de naasten die klacht kunnen indienen omdat zij niet vooraf zijn geïnformeerd of niet begrepen hebben wat er gebeurd is.

De artsen hebben er belang bij dat de naasten het zoveel mogelijk eens zijn over de voorgenomen handeling.

Hij wordt immers niet alleen geconfronteerd met de patiënt, maar ook met de reacties van de familieleden na diens overlijden.

Amendement nr. 433

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 433) dat ertoe strekt het 4^o van het tweede lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«4^o de inhoud van de wilsverklaring van de patiënt bespreken met diens naasten, behalve indien de patiënt zich daartegen heeft verzet in zijn verklaring.»

De indiener verwijst naar een recente studie van de *Lancet* waarnaar ze reeds heeft verwezen en waaruit blijkt dat de familie slechts in 59 % van de gevallen op de hoogte wordt gebracht. Dat behoort dus duidelijk nog niet tot de medische cultuur, maar de moderne tendens — waarbij het amendement aansluit — gaat toch steeds meer in de richting van het informeren van de naasten.

Een lid meent dat het geen goed idee is om in een wilsverklaring personen uitdrukkelijk uit te sluiten

Sénat n^o 2-244/16, amendement n^o 348) qui vise à remplacer, à l'alinéa 2, 4^o, du § 2 de l'article 4 proposé, les mots «proches du patient que la personne de confiance désigne» par les mots «proches du patient que celui-ci a désignés dans sa déclaration anticipée».

L'auteur principal estime qu'il doit être exclu que la concertation avec les proches soit limitée à ceux d'entre eux qui sont désignés par la personne de confiance. Tous les proches désignés par le patient dans sa déclaration de volonté ont le droit d'en connaître le contenu.

Amendement n^o 355

Mme de T^r Serclaes et M. Galand déposent à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 355), tendant à remplacer le 4^o de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«4^o s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient.»

L'un des auteurs souligne que le plus grand risque, aujourd'hui, pour les médecins qui pratiqueraient un acte d'euthanasie, vient des réactions des proches qui pourraient déposer plainte, parce qu'ils n'ont pas été préalablement informés ou qu'il n'ont pas compris ce qui se passait.

Les médecins ont intérêt à ce qu'un maximum de consensus se fasse parmi les proches à propos de l'acte envisagé.

En effet, il s'agit de gérer non seulement la situation du patient, mais aussi celle de la famille après le décès de ce dernier.

Amendement n^o 433

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/16, amendement n^o 433) qui tend à remplacer le 4^o de l'alinéa 2 du § 2 de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«4^o s'entretenir du contenu de la déclaration du patient avec les proches de ce dernier, sauf si le patient s'y est opposé dans sa déclaration.»

L'auteur renvoie à la récente étude du *Lancet* qu'elle a déjà mentionnée, et dont il résulte que dans 59 % des cas seulement, les familles ont été informées. Cette information ne fait donc pas encore partie de la culture du monde médical, mais la tendance actuelle, dans laquelle s'inscrit l'amendement, va de plus en plus dans le sens de l'information des proches.

Un membre estime que l'on aurait tort d'exclure explicitement certaines personnes de la concertation

van het overleg dat door artikel 4 wordt voorgeschreven. Spreker meent dat het wenselijk is om zich te beperken tot die personen die uitdrukkelijk zijn aangeduid in de wilsverklaring.

Amendement nr. 396

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 396), dat ertoe strekt tussen het tweede en het derde lid van § 2 van het voorgestelde artikel een nieuw lid in te voeren, luidende:

«Vóór de arts de wilsverklaring van een patiënt in aanmerking neemt, moet hij zich ervan vergewissen dat de verklaring niet werd ingetrokken of aangepast.»

De indiener verduidelijkt dat het amendement uitgaat van de idee dat de arts alleen rekening mag houden met de wilsverklaringen die onweerlegbaar geldig zijn.

Een lid vraagt hoe men er zich concreet kan van vergewissen dat de patiënt zijn verzoek niet heeft ingetrokken.

De indiener van het amendement antwoordt dat de oplossing uit twee elementen bestaat: het eerste is het nog niet verwezenlijkte systeem van registratie van de wilsverklaringen. Dat moet uiteraard up-to-date zijn.

Een tweede element is dat een arts die vaststelt dat de wilsverklaring bestaat, dat de getuigen aanwezig waren en de vertrouwenspersoon is aangewezen, informeel contact opneemt met die getuigen en die vertrouwenspersoon, die wellicht tot de onmiddellijke omgeving zullen behoren.

De vorige spreker begrijpt de bedoeling achter het subamendement, maar vindt dat het meer moet worden uitgewerkt.

De indiener van het amendement antwoordt dat zij haar subamendement niet dieper heeft uitgewerkt omdat het laatste lid van het artikel terzake een opdracht geeft aan de Koning.

Een lid vindt het idee achter het subamendement goed. Volgens hem mag men niet te diep in de details treden, aangezien de intrekking door de patiënt misschien op heel informele wijze is gebeurd, bijvoorbeeld door een woord of een teken aan de verpleegster zonder enige getuige. Het hele team moet worden ondervraagd (en niet alleen bepaalde «leden» ervan) om zeker te zijn dat zij niet zo'n wilsuiting hebben waargenomen. Tenzij men er natuurlijk van uitgaat dat de medische teams niet goed werken: in dat geval moet men niet dit soort wetgeving maken, maar hen eerst de nodige middelen geven opdat ze wel correct kunnen werken. Men moet de arts vrij laten beslissen over de manier waarop hij deze controle uitoefent,

prévue à l'article 4, dans le cadre d'une déclaration de volonté. L'intervenant estime qu'il est souhaitable de se limiter aux personnes qui sont explicitement désignées dans la déclaration de volonté.

Amendement n° 396

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 396), visant à insérer entre le 2° et le 3° alinéas du § 2 de l'article 4 proposé, un alinéa nouveau rédigé comme suit:

«Avant de prendre en considération la déclaration anticipée d'un patient, le médecin s'assure que cette déclaration n'a pas été retirée ou adaptée.»

L'auteur précise que l'amendement s'inspire de la considération selon laquelle il importe que le médecin ne prenne en considération qu'une déclaration de volonté dont la validité est incontestable.

Un membre demande comment l'on peut s'assurer concrètement que le patient n'a pas retiré sa demande.

L'auteur de l'amendement estime que deux éléments de réponse existent: le premier est que cela dépendra du système d'enregistrement des déclarations, qui n'est pas encore finalisé. Encore faut-il que cet enregistrement soit à jour.

Un second élément de réponse est que si le médecin constate que la déclaration existe, qu'il y a eu des témoins et qu'une personne de confiance a été désignée, on peut imaginer un contact informel avec ces témoins et cette personne de confiance, qui feront sans doute partie de l'entourage immédiat.

Le précédent intervenant comprend l'intention qui inspire le sous-amendement, mais estime que celui-ci devrait être plus élaboré.

L'auteur de l'amendement répond qu'elle n'a pas développé davantage son sous-amendement, parce que le dernier alinéa de l'article prévoit une délégation au Roi en la matière.

Un membre estime que l'idée qui sous-tend le sous-amendement est bonne. Il ne faut, selon lui, pas trop entrer dans les détails, car la révocation par le patient a pu se faire de façon très informelle, par exemple par un mot ou un signe fait à une infirmière en l'absence de tout autre témoin. Il faudra interroger toute l'équipe (et non pas seulement «des membres» de celle-ci) pour savoir s'ils n'ont pas enregistré une telle manifestation de volonté. À moins que l'on ne considère que les équipes médicales dysfonctionnent, auquel cas il ne faut pas faire ce type de législation, mais commencer par leur donner les budgets nécessaires pour qu'elles fonctionnent correctement. Il est donc préférable de laisser le médecin libre de la

maar hij moet daarover wel informatie optekenen in het medisch dossier.

Een vorige spreker heeft bedenkingen bij dit systeem dat hem nogal hachelijk lijkt omdat het hele medische team moet worden ondervraagd.

Een lid stelt voor zich te baseren op de reeds bestaande procedure inzake het afstaan van organen: de informatiedienst van het ministerie van Volksgezondheid wordt via elektronische weg geregeld geïnformeerd over het standpunt van de betrokken personen. Dit systeem heeft reeds een evaluatie doorstaan en werkt goed.

De vertrouwenspersoon kan de bevoegde dienst ogenblikkelijk meedelen dat de patiënt van idee veranderd is.

Een lid antwoordt dat de vertrouwenspersoon niet noodzakelijk dag en nacht aan het bed van de ziekenhuispatiënt zit.

Een lid herinnert eraan dat de wilsbeschikking in ieder geval slechts indicatief is. Indien de arts het voornemen heeft euthanasie toe te passen, zal hij alle voorzorgen nemen en zich ervan vergewissen dat de verwanten ermee instemmen. De procedure moet zo nauwkeurig mogelijk zijn, maar de arts heeft de eindverantwoordelijkheid over de handeling en de voorzorgen die in dit verband moeten genomen worden. Hij zal het risico nemen van een eventuele intrekking die niet geverifieerd zou zijn.

Een ander lid verwijst naar het amendement nr. 427. De wilsverklaring — die eigenlijk een «euthanasieverklaring» is — is opgevat als een middel om te weten te komen wat de wil is van de patiënt, nu deze zijn wil niet meer kan uiten. De bedoeling is derhalve zo goed als mogelijk te weten welke de wil is van de betrokkene, gegeven de context waarin hij zich bevindt. Uiteindelijk is het de echte wil van de betrokkene die doorslaggevend is. Het is belangrijker rekening te houden met wat de patiënt echt wil dan met een stuk papier dat mogelijk jaren tevoren is opgemaakt. Vandaar dat in het amendement nr. 427 wordt voorgesteld dat een wilsverklaring zonder enige formaliteit op elk ogenblik kan worden ingetrokken, en dat dergelijke intrekking bindend is voor de arts, ongeacht de wijze waarop deze van de intrekking kennis heeft genomen. Dit is mogelijk via een verpleegster, via de vertrouwenspersoon, via een collega-arts, enzovoort.

Een vorige spreker meent dat amendement nr. 427 geen afdoende antwoord biedt, omdat het de arts bindt, terwijl men steeds het indicatieve aspect benadrukt heeft.

manière dont il effectue la vérification, au sujet de laquelle il mentionnera des informations au dossier médical.

Un précédent orateur exprime des réserves par rapport à ce système, qui lui paraît assez hasardeux, où il faut interroger l'équipe médicale.

Un membre propose de s'appuyer sur ce qui existe à l'heure actuelle pour la procédure de don d'organes: le service d'information du Ministère de la Santé est, par voie informatique, régulièrement informé de l'avis remis par les personnes. Ce système, qui a déjà pu être évalué, fonctionne bien.

La personne de confiance peut, dans l'instant, communiquer au service compétent le changement de volonté de la personne.

Un membre répond que la personne de confiance n'est pas nécessairement présente jour et nuit au chevet de la personne hospitalisée.

Un membre rappelle qu'en tout état de cause, la déclaration n'est qu'indicative. Si le médecin a l'intention de pratiquer une euthanasie, il prendra toutes ses précautions, et s'assurera notamment que les proches sont d'accord. La procédure doit être la plus précise possible, mais c'est le médecin qui aura la responsabilité finale de l'acte et des précautions qui doivent l'entourer. C'est lui qui prendra le risque d'un retrait éventuel qui n'aurait pas été vérifié.

Un autre membre renvoie à l'amendement n° 427. La déclaration de volonté — qui est en fait une «déclaration d'euthanasie» — est conçue comme étant un moyen permettant de connaître la volonté du patient dès lors que celui-ci ne peut plus la formuler. L'objectif est dès lors de savoir autant que possible quelle est la volonté de l'intéressé dans la situation dans laquelle il se trouve. C'est en fin de compte la volonté authentique de l'intéressé qui est prépondérante. Il est plus important de tenir compte de ce que le patient veut vraiment que d'un bout de papier qui a peut-être été rédigé il y a des années. C'est pourquoi il est proposé, à l'amendement n° 427, de prévoir que la déclaration de volonté peut être retirée à tout moment, sans formalité aucune, et que le retrait engage le médecin qui en a connaissance de quelque manière que ce soit. Il peut en avoir eu connaissance par l'intermédiaire d'une infirmière de la personne de confiance, d'un collègue médecin, etc.

Un précédent intervenant estime que l'amendement n° 427 ne constitue pas une réponse adéquate, parce qu'il engage le médecin, alors que l'on a toujours voulu, jusqu'à présent, se placer dans une logique indicative.

Amendement nr. 366

Mevrouw de T'Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 366) dat ertoe strekt § 2, tweede lid, van het voorgestelde artikel 4 te vervangen door een 4^obis, luidende :

«4^obis over de toestand van de patiënt overleg plegen met de cel voor hulp bij de beslissing of met het ethisch comité van de instelling zo de patiënt in het ziekenhuis is opgenomen. Bevindt de patiënt zich thuis, dan pleegt de arts overleg met elke bestaande instantie van die aard.»

De indiener meent dat wanneer het om een patiënt gaat die niet meer bij bewustzijn is, het onontbeerlijk is dat verwezen wordt naar een derde instantie in het beslissingsproces van de arts die euthanasie zou kunnen toepassen.

Meermaals werd het Angelsaksische voorbeeld aangehaald, waar dit verwijzen naar een derde instantie een normale geneeskundige praktijk is.

Vele artsen wensen zich te kunnen wenden tot een derde instantie aan wie zij hun standpunt zouden kunnen voorleggen. Het is niet de bedoeling dat deze instantie beslissingen neemt, maar de arts kan daarvoor vanuit een ander perspectief zijn eigen opvattingen en gevoelens, en de betreffende medische situatie, overzien.

Een lid is van oordeel dat artsen, die in een bepaalde situatie vragen willen stellen, dit uiteraard kunnen doen. Het is echter niet aangewezen een verplichting op te leggen. Waar blijft immers de autonomie van de patiënt en van de arts? Het lid heeft de indruk dat de artsen worden geketend wanneer het gaat om hun verplichtingen. Van waar komt dit grote wantrouwen tegenover de artsen? Dit staat immers in schril contrast met het grote vertrouwen dat in de arts wordt gesteld bij het huidige gedoogbeleid of bij de zogenaamde «passieve» euthanasie.

Amendement nr. 440

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat nr. 2-244/17, amendement nr. 440), dat ertoe strekt § 2, tweede lid, van het voorgestelde artikel 4 aan te vullen met een 5^o, luidende :

«5^o de mening vragen van afgevaardigde leden van het ethisch comité in het ziekenhuis of van elke cel voor hulp bij de beslissing die nuttig advies kan geven.»

Dit amendement geeft de basisfilosofie weer van de indienster van het amendement en van haar groep. Het is ook een van de oplossingen die weerhouden werden door het Raadgevend Comité voor de bio-

Amendement n° 366

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 366) tendant à compléter le § 2, alinéa 2, de l'article 4 proposé par un 4^obis libellé comme suit :

«4^obis s'entretenir de la situation du patient avec la cellule d'aide à la décision ou avec le comité d'éthique de l'institution, si le patient est hospitalisé. S'il est au domicile, le médecin s'entretiendra avec toute instance existante de même nature.»

L'auteur estime que, s'agissant d'un patient inconscient, la référence à une instance tierce est indispensable dans le processus de décision du médecin qui pourrait pratiquer l'euthanasie.

Il a été fait référence à plusieurs reprises à l'expérience anglo-saxonne, où cette référence à un tiers appartient à la pratique médicale habituelle.

Beaucoup de médecins souhaitent pouvoir s'adresser à une instance tierce avec laquelle ils pourraient confronter leur point de vue. Il ne s'agit pas d'une instance appelée à prendre des décisions, mais elle permet au médecin de prendre du recul par rapport à ses propres conceptions et émotions, et par rapport à la situation médicale en question.

Un membre estime que les médecins qui veulent poser des questions dans une situation déterminée peuvent bien entendu le faire. Il n'est toutefois pas indiqué d'imposer une obligation. Qu'en serait-il sinon de l'autonomie du patient et du médecin? L'intervenant a l'impression que les médecins ont les mains liées pour ce qui est de leurs obligations. D'où vient cette grande méfiance à l'égard des médecins? Elle fait nettement contraste avec la grande confiance que l'on accorde au médecin, dans le cadre de l'actuelle politique de tolérance ou de l'euthanasie «passive».

Amendement n° 440

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 440), tendant à compléter le § 2, alinéa 2, de l'article 4 proposé par une 5^o, libellé comme suit :

«5^o recueillir l'avis de membres délégués du Comité d'éthique hospitalier ou de toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée.»

Cet amendement traduit la philosophie de base de l'auteur de l'amendement et de son groupe. C'est aussi l'une des solutions retenues par le Comité consultatif de bioéthique. Contrairement à l'amende-

ethiek. In tegenstelling tot het amendement dat door een ander lid ingediend werd, stelt dit amendement voor het advies in te winnen van de afgevaardigde leden van het ethisch comité in het ziekenhuis, en niet van dit comité als dusdanig.

Deze structuren zijn thans operationeel, en het is belangrijk dat de arts hun advies inwint voor zulk een delicate aangelegenheid als de beslissingen met betrekking tot patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn.

Een lid steunt dit amendement. Waar ze aanwezig zijn, is het wenselijk dat de ethische comités van de betrokken ziekenhuizen een advies geven over de beslissing die wordt genomen.

Amendement nr. 397

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat nr. 2-244/16, amendement nr. 397), dat ertoe strekt tussen het tweede en het derde lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4, een nieuw lid toe te voegen, luidende:

«De arts vergewist zich ervan dat de voorwaarden in deze paragraaf zijn vervuld, door in alle geval en met name met behulp van de adviezen van de personen bedoeld in deze paragraaf, over te gaan tot een algehele evaluatie van de fysieke en psychische gezondheidstoestand van de patiënt, met inachtneming van de sociaal-economische aspecten van zijn toestand.»

Dit amendement ligt in dezelfde lijn als de bepaling voorgesteld in een ander amendement van dezelfde indiener, dat mogelijke socio-economische ontsporingen wil vermijden.

In een artikel verschenen in de *Artsenkrant* legde professor Clumeck de nadruk op deze globale evaluatie van de fysieke en psychische gezondheidstoestand, en van de familiale, sociale en economische aspecten.

Amendement nr. 398

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16), amendement nr. 398), dat ertoe strekt tussen het tweede en het derde lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4, een nieuw lid in te voegen, luidende:

«De arts neemt een beslissing met behulp van het advies van de in deze paragraaf bedoelde personen en van de wilsverklaring van de patiënt.»

Dit amendement past in de filosofie van de indiener van het amendement en van haar groep, namelijk dat de arts een beslissing moet nemen na een collegiale raadpleging.

ment déposé par un autre membre, le présent amendement propose de recueillir l'avis de membres délégués du comité d'éthique hospitalier, et non de ce comité comme tel.

Ces structures fonctionnent à l'heure actuelle, et il importe que le médecin recueille leur avis, dans une matière aussi délicate que celle des décisions à prendre à l'égard de patients inconscients.

Un membre soutient cet amendement. Il est souhaitable que là où ils existent les comités éthiques des hôpitaux concernés rendent un avis sur la décision qui est prise.

Amendement n° 397

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 397), tendant à insérer, entre le 2^e et le 3^e alinéa du § 2 de l'article 4 proposé, un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«Le médecin s'assure de l'ensemble des conditions visées au présent paragraphe, en procédant, en tout état de cause, à l'aide notamment des avis des personnes visées au présent paragraphe, à une évaluation globale de la santé physique et psychique du patient qui prenne en compte les aspects familiaux et socio-économiques de sa situation.»

Le but de cet amendement est d'assurer un parallèle avec la disposition proposée par un autre amendement du même auteur, en vue d'éviter de possibles dérives socio-économiques.

Dans un article publié dans le *Journal du médecin*, le professeur Clumeck insistait sur cette évaluation globale de la santé physique et psychique, et des aspects familiaux, sociaux et économiques de la situation.

Amendement n° 398

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 398), tendant à insérer, entre le 2^e et le 3^e alinéa du § 2 de l'article 4 proposé, un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«Le médecin prend sa décision à l'aide des avis des personnes visées au présent paragraphe, et de la déclaration anticipée du patient.»

Cet amendement s'inscrit dans la philosophie de l'auteur de l'amendement et de son groupe, selon laquelle la décision doit être prise par le médecin après consultation collégiale.

Amendement nr. 430

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 430), dat ertoe strekt in § 2 van het voorgestelde artikel 4, voor het laatste lid, de volgende tekst in te voegen:

«De arts kan bijkomende voorwaarden verbinden aan zijn optreden. Hij vermeldt dat in het medisch dossier.»

Dit amendement dient in verband geplaatst te worden met amendement nr. 407.

Zoals een gelijkaardig amendement ingediend op artikel 3, strekt het ertoe de bewoording van de tekst te veranderen om de leesbaarheid ervan te verbeteren.

Aangezien artikel 4 echter handelt over patiënten die niet meer bij bewustzijn zijn, moet de uitleg over de eventuele bijkomende voorwaarden voor het optreden van de arts in het medisch dossier vermeld worden.

Een lid stelt dat de formulering van § 2 volgens hem heel duidelijk is en dat de eerste zin en het laatste lid ervan volkomen beantwoorden aan de bekommernis die aan de grondslag lag van subamendement nr. 430.

Indien de arts bijkomende voorwaarden stelt, zullen zij natuurlijk in het medisch dossier vermeld worden, overeenkomstig het laatste lid van § 2 van het voorgestelde artikel 4 in amendement nr. 291.

Amendement nr. 349

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/16, amendement nr. 349), dat ertoe strekt het derde lid van § 2 van het voorgestelde artikel te herformuleren opdat ook de resultaten van de consultaties die de arts pleegde met het verplegend team, de vertrouwenspersoon en de naasten van de patiënt in het medisch dossier worden opgenomen.

Een van de indieners merkt op dat de zorgvuldigheidsvereisten, zoals spreekster ze opvat, geen louter procedurele vereisten zijn. Het is niet de bedoeling dat men zomaar het lijstje van voorwaarden afgaat. Het gaat ook om de inhoud van de gesprekken en van de resultaten van de gevoerde raadplegingen. Deze zullen immers belangrijk blijken wanneer de toetsingscommissie een oordeel zal vellen over de beslissing van de arts. De commissie moet immers kunnen beschikken over de resultaten van de voorgeschreven raadplegingen om een gefundeerd oordeel uit te spreken.

Amendement nr. 395

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/16,

Amendement n° 430

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 430), tendant à insérer, au § 2 de l'article 4 proposé, avant le dernier alinéa, le texte suivant :

«Le médecin peut mettre des conditions complémentaires à son intervention. Il en fera mention dans le dossier médical.»

Cet amendement doit être lu par référence à l'amendement n° 407.

Il vise, comme un amendement similaire déposé à l'article 3, à modifier l'articulation du texte en vue d'en améliorer la lisibilité.

Toutefois, l'article 4 visant des patients inconscients, c'est dans le dossier médical que doit se faire l'explication des conditions complémentaires éventuelles que le médecin mettrait à son intervention.

Un membre estime pour sa part que le libellé du § 2 est parfaitement clair et rencontre parfaitement en sa première phrase et son dernier alinéa les préoccupations qui inspirent le sous-amendement n° 430.

Si le médecin fixe des conditions complémentaires, elles seront évidemment consignées au dossier médical, conformément au dernier alinéa du § 2 de l'article 4 proposé à l'amendement n° 291.

Amendement n° 349

M. Vandenberghe et consorts déposent, à l'amendement n° 291, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amendement n° 349) visant à reformuler le troisième alinéa du § 2 de l'article proposé afin que les résultats des consultations que le médecin a eues avec l'équipe soignante, la personne de confiance et les proches du patient soient également inclus dans le dossier médical.

Un des auteurs de l'amendement fait remarquer que les conditions de procédure, telles que les conçoit l'intervenante, ne constituent pas des exigences purement procédurales. L'objectif n'est pas de tenir compte sans plus de la liste des conditions. Le contenu des discussions et les résultats des consultations sont également importants. Il apparaît en effet qu'ils le sont lorsque la commission de contrôle rendra un jugement sur la décision du médecin. La commission doit en effet pouvoir disposer des résultats des consultations prescrites pour rendre un jugement fondé.

Amendement n° 395

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/16, amende-

amendement nr. 395), dat ertoe strekt in lid 3 van § 2 van het voorgestelde artikel 4, na de woorden «van de geraadpleegde arts», de woorden «alsmede de adviezen van de verschillende geraadpleegde personen» in te voegen.

De indienster is de mening toegedaan dat de adviezen van het verplegend team, van de vertrouwenspersoon en van de verwanten in het medisch dossier moeten worden opgenomen.

Zij verwijst nogmaals naar het artikel dat in januari 2001 in *The Lancet* verschenen is en dat een overzicht geeft van de houding van de Europese artsen; zij betreurt dat het medisch dossier al te vaak geen enkel element bevat over de medische beslissingen aangaande het levenseinde.

De paternalistische mentaliteit van sommige artsen en hun terughoudendheid om alles in het medisch dossier te noteren, moeten veranderen. Het medisch dossier moet veel meer bevatten dan nu het geval is.

Amendement nr. 437

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 437), dat ertoe strekt in § 2 van het voorgestelde artikel 4 het tweede en het derde streepje te vervangen als volgt:

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

— en dat dit bewustzijnsverlies strikt verband houdt met een toestand van onomkeerbare coma.»

De indienster verwijst naar de verantwoording van amendement nr. 436.

Amendement nr. 438

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 438), waarvan punt A ertoe strekt in de voorgestelde § 2 de woorden «indien deze arts vaststelt» te vervangen door de woorden «indien deze arts zich ervan vergewist heeft».

Punt B strekt ertoe de drie voorgestelde streepjes te vervangen als volgt:

«— dat de patiënt meerderjarig, bekwaam en helder was op het ogenblik dat hij zijn wilsverklaring opstelde;

— dat de patiënt de exacte toestand waarin hij zich op dat ogenblik bevond in overweging heeft genomen;

— dat de patiënt de gevolgen van zijn wilsverklaring correct inschatte;

ment n° 395), tendant à insérer, à l'alinéa 3 du § 2 de l'article 4 proposé, après les mots «médecin consulté», les mots «ainsi que les avis des différentes personnes consultées».

L'auteur souligne qu'à son estime, les avis des membres du personnel soignant, de la personne de confiance, ainsi que des proches devraient figurer au dossier médical.

Elle renvoie une fois encore à l'article paru dans la revue *The Lancet* de janvier 2001, qui fait un état de la mentalité des médecins européens, et déplore que trop souvent, le dossier médical ne contienne aucun élément sur les décisions médicales de fin de vie.

La mentalité paternaliste de certains médecins, et leurs réticences à consigner tout ce qui se passe dans le dossier médical, doivent changer; le dossier médical devrait être bien plus fourni qu'il ne l'est à l'heure actuelle.

Amendement n° 437

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 437), tendant à remplacer, au § 2 de l'article 4 proposé, les deuxième et troisième tirets par ce qui suit:

«— qu'il est inconscient de manière irréversible selon l'état actuel de la science,

— et que cette inconscience est strictement liée à un état de coma dépassé.»

L'auteur renvoie à la justification développée à propos de l'amendement n° 436.

Amendement n° 438

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 438), dont le point A tend à remplacer, au § 2 proposé, les mots «s'il constate que» par les mots «s'il s'est assuré que».

Le point B a pour objet de remplacer les trois tirets proposés par ce qui suit:

«— le patient était majeur, capable et lucide au moment de la rédaction de sa déclaration anticipée;

— le patient avait pris en considération l'exacte situation dans laquelle il se trouve actuellement;

— le patient avait pleinement apprécié les conséquences de sa déclaration;

— dat de patiënt moreel niet onder druk werd gezet door een andere persoon op het ogenblik dat hij zijn beslissing heeft genomen;

— dat de patiënt zich in exact dezelfde toestand bevindt als die welke hij in zijn wilsverklaring omschreven heeft, namelijk :

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- dat hij niet meer bij bewustzijn is en dat deze toestand volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en dat dit bewustzijnsverlies strikt verband houdt met een toestand van onomkeerbare coma.

De arts vergewist zich ervan dat aan deze voorwaarden wordt voldaan en doet daarvoor een beroep op onder meer de meningen van de personen als bedoeld in het volgende lid.»

Dit subamendement herneemt elementen die in verschillende andere amendementen van dezelfde indienster voorkomen, zonder iets aan de grondgedachte ervan te veranderen.

Amendement nr. 473

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 476), dat ertoe strekt het tweede streepje van § 2, eerste lid, van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«— de wilsverklaring werd opgesteld volgens de voorwaarden bepaald in § 1.»

Dit amendement wordt ingetrokken.

Amendement nr. 476

De heer Galand dient een subamendement in op amendement nr. 291 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 476), dat ertoe strekt het tweede streepje van § 2, eerste lid, van het voorgestelde artikel 4 te vervangen als volgt:

«dat hij volledig en blijvend buiten bewustzijn is».

Dit amendement ligt in het verlengde van amendement nr. 475 van dezelfde indiener.

Amendement nr. 482

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 482), dat zowel de eerste als de tweede paragraaf betreft. Het strekt er enerzijds toe om het tweede streepje van het tweede

— le patient n'avait pas été moralement influencé par une autre personne au moment où il a pris sa décision;

— le patient se trouve dans la situation exacte décrite dans sa déclaration, à savoir :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable,
- qu'il est inconscient de manière irréversible selon l'état actuel de la science,
- et que cette inconscience est strictement liée à un état de coma dépassé.

Le médecin s'assure de la rédaction de ces conditions à l'aide notamment des avis des personnes visées à l'alinéa suivant.»

Ce sous-amendement reprend des éléments qui figurent dans plusieurs autres amendements du même auteur, sans rien changer à la philosophie déjà exposée par celui-ci.

Amendement n° 473

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 473), tendant à compléter la première phrase du § 2, alinéa 1^{er}, de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«— que la déclaration de volonté a été établie selon les conditions fixées au § 1^{er}.»

Cet amendement est retiré.

Amendement n° 476

M. Galand dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 476), tendant à remplacer le 2^e tiret du § 2, alinéa 1^{er}, de l'article 4 proposé par ce qui suit:

«est dans un état d'inconscience totale et constante».

Cet amendement s'inscrit dans la logique de l'amendement n° 475 du même auteur.

Amendement n° 482

M. Vankrunkelsven dépose un sous-amendement à l'amendement n° 291 (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 482) concernant les deux premiers paragraphes. Cet amendement tend, d'une part, à remplacer le deuxième tiret de l'alinéa 2 du § 1^{er} par une

lid van § 1 te vervangen in die zin dat wordt bepaald dat de betrokkene niet langer in staat is zijn wil te uiten, hetgeen een betere formulering is dan de thans voorgestelde term «niet meer bij bewustzijn zijn». Anderzijds wil het amendement in de tweede paragraaf ook de bepalingen van artikel 3, §§ 1 en 2, 1^o, 2^o, 4^o, 5^o en 6^o overnemen.

De indiener van het amendement meent dat er, vanuit medisch oogpunt, wel vragen kunnen worden gesteld bij de term «niet meer bij bewustzijn zijn». Spreker benadrukt dat patiënten die in coma zijn vandaag reeds volgens bepaalde ethische normen niet meer onderworpen zijn aan therapeutische hardnekkigheid. Wanneer nu op deze patiënten euthanasie zou kunnen worden toegepast als gevolg van een wilsverklaring, vergroot de kans dat de comateuze patiënten die geen wilsverklaring hebben opgesteld zullen worden onderworpen aan therapeutische hardnekkigheid. In de rechtspraak zou een bepaalde tendens kunnen ontstaan om artsen, die comateuze patiënten zonder wilsverklaring niet langer medisch behandelen, te veroordelen.

Vandaar het voorstel om in artikel 4 te spreken over personen die hun wil niet meer kunnen uiten. Een arts, die als gevolg van een wilsverklaring euthanasie toepast op dergelijke patiënten, moet maximaal voldoen aan de vereisten van artikel 3. De senator meent dat het meestal zal gaan om patiënten die over deze aangelegenheid reeds hebben overlegd met de betrokken artsen, bijvoorbeeld wanneer ze een hersentumor krijgen, en op een bepaald ogenblik hun wil niet meer kunnen uiten.

Een dergelijke situatie wordt niet gedekt door artikel 4 van het wetsvoorstel, zoals het thans is geformuleerd. Het is evenwel mogelijk dat terminale patiënten hun wil niet meer kunnen uiten, maar wel nog bij bewustzijn zijn en erg lijden. In deze situatie zou men, volgens het thans voorgestelde artikel 4, geen euthanasie kunnen toepassen.

De senator ziet derhalve een dubbel voordeel aan het amendement nr. 482. Vooreerst meent hij dat de comateuze patiënten beter zullen beschermd worden omdat het gevaar verkleint dat ze onderworpen worden aan therapeutische hardnekkigheid. Bovendien zouden personen onder het toepassingsveld van artikel 4 vallen die er nu niet onder vallen, maar waarop de regeling van de wilsverklaring toepasselijk zou moeten zijn. Alle waarborgen die worden geboden in artikel 3, zijn op deze personen ook van toepassing, zodat het risico op ontsporingen wordt weggenomen.

Een lid wijst erop dat er in België vier keer méér actieve levensbeëindiging wordt vastgesteld dan in Nederland. Het is mogelijk dat tal van personen ook in ons land om euthanasie willen vragen, al dan niet

disposition prévoyant que l'intéressé n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, ce qui formule mieux les choses que le terme «inconscient» qui est proposé actuellement. Il tend, d'autre part, à reproduire au § 2, les dispositions de l'article 3, §§ 1^{er} et 2, 1^o, 2^o, 4^o, 5^o et 6^o.

L'auteur estime que, d'un point de vue médical, le terme «inconscience» soulève beaucoup de questions. L'intervenant souligne que certaines normes éthiques empêchent déjà l'acharnement thérapeutique sur les patients comateux. Si l'on pouvait désormais donner suite à la demande d'euthanasie formulée par ces patients dans une déclaration de volonté, les patients comateux qui n'ont pas rédigé de déclaration de volonté n'en seraient que plus exposés au risque d'acharnement thérapeutique. L'on risquerait de voir se dessiner dans la jurisprudence une certaine tendance à condamner les médecins qui ne donnent plus aucun traitement médical aux patients qui n'ont pas rédigé de déclaration de volonté.

D'où la proposition qui est faite de parler à l'article 4 de personnes qui ne sont plus en mesure de manifester leur volonté. Un médecin qui pose un acte euthanasique sur de tels patients en application d'une déclaration de volonté devra remplir toutes les exigences définies à l'article 3. Le sénateur estime qu'il s'agira généralement de patients qui se sont déjà concertés avec leur médecin sur cette question, par exemple pour le cas où ils viendraient à développer une tumeur au cerveau et ne seraient plus en mesure, à un moment donné, de manifester leur volonté.

Pareille situation n'est pas couverte par l'article 4 de la proposition de loi dans sa formulation actuelle. Il se peut toutefois que des patients en phase terminale ne soient plus en mesure de manifester leur volonté bien qu'ils soient encore conscients et qu'ils souffrent beaucoup. Selon le texte actuel de l'article 4 proposé, l'on ne pourrait pas pratiquer d'euthanasie dans une telle situation.

Selon le sénateur, l'amendement n^o 482 offre donc un double avantage. Il pense tout d'abord que les patients comateux seront mieux protégés puisqu'ils risqueront moins d'être victimes d'un acharnement thérapeutique. De plus, cet amendement aurait pour effet de faire entrer dans le champ d'application de l'article 4 des personnes qui n'y entrent pas actuellement, alors que les règles relatives à la déclaration de volonté devraient leur être applicables. Toutes les garanties offertes à l'article 3 leur sont également applicables, si bien que tout risque de dérapage est évité.

Un membre souligne que l'on dénombre en Belgique quatre fois plus d'interruptions actives de vie qu'aux Pays-Bas. Il est possible que, dans notre pays aussi, nombre de personnes veuillent faire une

via een wilsverklaring, maar dit niet kunnen omdat ze zich dan buiten de wet stellen. Wanneer dit nu mogelijk zou worden, zouden tal van mensen wellicht een wilsverklaring opstellen waarin ze vragen om euthanasie. Dit zal het aantal personen wiens leven actief wordt beëindigd door de arts zonder dat ze hierom hebben gevraagd sterk drukken.

De indiener van het amendement nr. 482 meent dat het een fictie is te denken dat massaal wilsverklaringen zouden worden opgesteld wanneer voorliggend voorstel wet zou worden. Zelfs wanneer 50% van de mensen dat zou doen, zou dit tot gevolg hebben dat voor de groep van comateuze patiënten die geen wilsverklaring hebben opgesteld, het vermijden van therapeutische hardnekkigheid bijzonder moeilijk zou worden ten gevolge van de rechtspraak die zal ontstaan op basis van het voorgestelde artikel 4. Nochtans is dit essentieel, zoals ook uit de hoorzittingen is gebleken.

De vorige spreker antwoordt dat die groep juist vragende partij is om een wilsverklaring te kunnen opstellen die de arts kan helpen bij zijn besluitvorming.

Verder merkt het lid op dat het amendement nr. 482 veel verder gaat dan het amendement nr. 291, omdat het eenieder die niet meer bekwaam is zijn wil te uiten, betreft bij de wilsverklaring. Het amendement nr. 291 schrijft uitdrukkelijk voor dat de betrokken personen onomkeerbaar «niet meer bij bewustzijn» mogen zijn.

Een lid meent dat de door het subamendement voorgestelde formulering minder precies is dan het begrip «volledig en blijvend buiten bewustzijn» waaraan spreker zich wenst te houden.

Een ander lid wijst erop dat de eerste zin van het amendement nr. 482 een heel ander toepassingsgebied creëert voor de regeling van de wilsverklaring. Er wordt immers gesproken over mensen «die hun wil niet meer kunnen uiten». Het is derhalve mogelijk dat deze mensen nog wel een wil hebben, maar deze niet meer tot uiting kunnen brengen. Een stuk papier wordt dan belangrijker dan de wil van de betrokkene.

Het lid meent dat dit heel ver staat van haar visie, volgens welke de arts euthanasie kan toepassen wanneer hij zich in een noodtoestand bevindt die ontstaat omdat hij wordt geconfronteerd met het ondraaglijk en onbehandelbaar lijden van een terminaal zieke patiënt, indien deze erom verzoekt. Hier wordt de arts gedwongen tot een actieve levensbeëindiging omdat een persoon in gezonde toestand zijn wil op papier zet en nadien zijn wil niet meer kan uiten. Dit gaat zelfs verder dan de wilsonbekwamen, omdat

demande d'euthanasie, par le biais d'une déclaration de volonté ou par un autre biais, mais qu'elles ne puissent pas le faire sans se mettre hors la loi. Si la possibilité de le faire leur était offerte, beaucoup choisiraient sans doute de rédiger une déclaration de volonté avec demande d'euthanasie. Cela fera fortement diminuer le nombre de personnes dont la vie est interrompue activement par le médecin sans qu'elles en aient fait la demande.

L'auteur de l'amendement n° 482 estime qu'il est illusoire de penser que l'adoption de la présente proposition amènerait le grand public à rédiger massivement des déclarations de volonté. Même si 50% des gens en rédigeaient une, il deviendrait particulièrement difficile, en raison de la jurisprudence qui se développerait sur la base de l'article 4 proposé, d'éviter que les patients comateux qui n'ont pas rédigé de déclaration de volonté ne fassent l'objet d'un acharnement thérapeutique. Or, ce point est essentiel, comme les auditions l'ont montré.

Le préopinant répond que le groupe en question demande précisément que l'on puisse rédiger une déclaration de volonté qui pourra aider le médecin à prendre sa décision.

Le membre fait remarquer en outre que l'amendement n° 482 va beaucoup plus loin que l'amendement n° 291, étant donné qu'il associe à la déclaration de volonté tous ceux qui ne sont plus capables d'exprimer leur volonté. L'amendement n° 291 prescrit expressément que les personnes concernées doivent être dans un état d'inconscience irréversible.

Un membre estime la formulation proposée par le sous-amendement moins précise que la notion d'«inconscience totale et constante», à laquelle l'intervenant préfère se tenir.

Une autre membre attire l'attention sur le fait que la première phrase de l'amendement n° 482 crée un champ d'application tout autre pour le régime de la déclaration de volonté. Il est en effet question des personnes «qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté». Il est dès lors possible que ces personnes aient encore une volonté, mais qu'elles ne soient plus en mesure de l'exprimer. Un morceau de papier primerait alors leur volonté.

La membre trouve tout cela fort éloigné de sa vision des choses. Elle estime en effet que le médecin peut pratiquer l'euthanasie lorsqu'il se trouve dans un état de nécessité dû au fait qu'il est confronté à la souffrance insupportable et impossible à traiter d'un patient en phase terminale qui demande l'euthanasie. Dans le cas en question, le médecin est contraint de pratiquer une interruption active de vie parce qu'une personne a couché sa volonté sur papier quand elle était en bonne santé et qu'elle n'est plus en mesure

volgens het amendement nr. 482 alleen vereist is dat men zijn wil niet meer kan uiten.

Nog een ander lid is van oordeel dat in het amendement nr. 482 een zekere juridische logica zit, wanneer men het koppelt aan de opvatting van de indiener ervan over artikel 3. Daarin wordt immers de wil centraal gesteld, als uiting van het absolute zelfbeschikkingsrecht. In die optiek is artikel 4 de tegenpool van artikel 3, vermits wordt gesproken over de persoon die zijn wil niet meer kan uiten.

Er zijn evenwel twee problemen verbonden aan het amendement nr. 482, die tot enorme misverstanden aanleiding kunnen geven. In de eerste plaats is er ook hier de vraag naar het exacte toepassingsgebied, een vraag die ook rijst wanneer het gaat over «personen die niet meer bij bewustzijn zijn». Bovendien kan men zich vragen stellen bij het voorstellingsvermogen van de persoon die de euthanasieverklaring opstelt over de omstandigheden die hij beschrijft.

Voorts verwijst spreker andermaal naar artikel 2 van het EVRM, volgens hetwelk de wet het menselijk leven beschermt en een delegatie aan het medisch korps van deze bevoegdheid derhalve uitsluit.

Met betrekking tot de tweede paragraaf, legt het lid het verband met een amendement dat door hem werd ingediend en dat ook de herneming van alle voorwaarden van artikel 3 in artikel 4 vooropstelt. Weliswaar kan met deze zienswijze theoretisch worden ingestemd, *in concreto* is dit echter niet het geval omdat het gaat om personen die hun wil niet meer kunnen uiten.

De indiener van het amendement nr. 482 zegt te kunnen begrijpen dat, wanneer voor bepaalde personen artikel 3 onaanvaardbaar is, zij ook het amendement nr. 482 onaanvaardbaar vinden.

Hij is het evenwel niet eens met de zienswijze van een vorige spreker, die moeite heeft met het feit dat personen worden bedoeld die hun wil niet meer kunnen uiten. Dit is verbazend, omdat het amendement nr. 291 zelf spreekt over een wilsverklaring voor het geval men zijn wil niet meer kan uiten. Het hele artikel 4 is derhalve gebaseerd op dit concept.

De senator begrijpt de bewering van een aantal commissieleden wel die stellen dat het begrip «niet meer bij bewustzijn zijn» een begrip is dat uitgebreid of ingekrompen kan worden in de toepassing ervan. Hij meent dat de door het amendement nr. 482 voorgestelde terminologie — patiënten die hun wil niet meer kunnen uiten — meer duidelijkheid biedt en een sluitender regeling inhoudt wanneer een en ander wordt gekoppeld aan de voorwaarden van artikel 3.

d'exprimer sa volonté. Cela ne concerne pas seulement les incapables, puisque, selon l'amendement n° 482, il est simplement requis que l'intéressé ne soit plus en mesure d'exprimer sa volonté.

Un autre membre estime que l'on constate que l'amendement n° 482 obéit à une certaine logique juridique lorsqu'on l'examine à la lumière de la conception que son auteur a de l'article 3. Il confère en effet une place centrale à la volonté en tant qu'expression du droit absolu à l'autodétermination. Dans cette optique, l'article 4 forme le contrepied de l'article 3, puisqu'il y est question de la personne qui n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

L'amendement n° 482 soulève cependant deux problèmes qui peuvent donner lieu à d'énormes malentendus. Tout d'abord se pose ici la question de savoir quel est son champ d'application exact. Cette question se pose aussi en ce qui concerne les «personnes inconscientes». L'on peut en outre se demander dans quelle mesure la personne qui rédige une déclaration de volonté peut encore se représenter les circonstances qu'elle décrit.

L'intervenant renvoie à nouveau à l'article 2 de la CEDH qui prévoit que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi, excluant par là même une délégation de ce droit au corps médical.

S'agissant du § 2, le membre fait le lien avec un amendement qu'il a déposé et qui vise également à inscrire à l'article 4 toutes les conditions définies à l'article 3. Si l'on peut souscrire en théorie au point de vue sous-jacent, on ne peut pas y souscrire dans la pratique, étant donné que les personnes en question ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté.

L'auteur de l'amendement n° 482 affirme pouvoir comprendre que, si l'article 3 est inadmissible pour certains, l'amendement n° 482 l'est tout autant pour eux.

Il ne partage cependant pas l'opinion du préopinant qui a du mal à admettre que l'on vise des personnes qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté. C'est d'autant plus étonnant qu'il est question dans l'amendement n° 291, d'une déclaration de volonté pour le cas où l'intéressé ne serait plus en mesure d'exprimer sa volonté. Tout l'article 4 repose donc sur ce concept.

Le sénateur comprend l'argument de plusieurs commissaires qui affirment que la notion d'«inconscience» est une notion qui peut être étendue ou réduite selon l'application qui en est faite. Il considère que la terminologie de l'amendement n° 482 — les patients qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté — est plus claire et rend le régime en question plus cohérent dans la mesure où l'on y couple les conditions de l'article 3.

Een vorige spreker herinnert eraan dat het artikel 4, § 2, duidelijk de gevallen omschrijft waarin de geneesheer euthanasie mag uitvoeren op basis van een wilsverklaring.

De tekst voegt eraan toe dat de persoon niet bij bewustzijn mag zijn.

De term «onbekwaam» is koren op de molen van zij die willen aantonen dat mentaal gehandicapten en dementen het voorwerp van euthanasie zouden kunnen uitmaken.

De spreker wil niet horen van een dergelijke oplossing.

Een lid meent dat amendement nr. 482 veel te ver gaat; het gaat immers terug naar het begrip van feitelijke en terechte onbekwaamheid.

Een ander lid bevestigt uitdrukkelijk dat het amendement nr. 291 een beperkter toepassingsgebied beoogt.

Anderzijds repliceert hij op de opmerking van een vorige spreker dat het voorstellingsvermogen van mensen veel groter is dan hij wil doen geloven.

Amendement nr. 485

De heer Galand dient op amendement nr. 291 een subamendement in (Stuk Senaat nr. 12-244/17, amendement nr. 485) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 4 aan te vullen met een § 3, luidende:

«§ 3. De in § 1, eerste lid, bedoelde wilsverklaring van de patiënt of indien die er niet is, het in § 1, derde lid, bedoelde geschrift waarin zijn wil is opgetekend, alsmede het verslag van de geraadpleegde arts moeten bij het medische dossier van de patiënt worden gevoegd.

Alle stappen die door de artsen ondernomen worden en het resultaat ervan worden systematisch door hen opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

Er wordt verwezen naar de reeds tijdens de discussie over amendement nr. 483 verstrekte uitleg.

De indiener van het amendement herinnert eraan, dat de wilsverklaring volgens hem in het medisch dossier hoort, het Rijksregister lijkt hem *in casu* een niet geschikte verplichting.

Amendement nr. 2

De heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne dienen op artikel 4, zoals opgenomen in het wetsvoorstel nr. 2-244/1, een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/2, amendement nr. 2) dat ertoe strekt de zinsnede volgens welke de mandataris erop

Un précédent orateur rappelle que l'article 4, § 2, détermine clairement les cas où le médecin peut pratiquer une euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée de volonté.

Le texte précise que la personne doit être inconsciente.

Le terme «incapable» apporterait de l'eau au moulin de ceux qui veulent démontrer que les handicapés mentaux et les déments pourraient faire l'objet d'une euthanasie.

L'intervenant ne veut pas d'une telle solution.

Un membre estime que l'amendement n° 482 va beaucoup trop loin, car il ramène à la notion d'incapacité de fait et de droit.

Un autre membre confirme expressément que l'amendement n° 291 vise un champ d'application plus restreint.

Il réagit, d'autre part, à l'observation d'un intervenant précédent en affirmant que la capacité d'imagination des gens est bien supérieure à ce qu'il veut faire croire.

Amendement n° 485

M. Galand dépose à l'amendement n° 291 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 485), tendant à compléter l'article 4 proposé par un § 3, rédigé comme suit:

«§ 3. La déclaration anticipée du patient visée au § 1^{er}, alinéa premier, ou à défaut, l'écrit actant sa volonté visé au § 1^{er}, alinéa 3, ainsi que le rapport du médecin consulté doivent être versés dans le dossier médical du patient.

L'ensemble des démarches effectuées par les médecins et leur résultat sont systématiquement consignés par eux dans le dossier médical du patient.»

Il est renvoyé aux explications déjà fournies lors de la discussion de l'amendement n° 483.

L'auteur de l'amendement rappelle que, selon lui, la place de la déclaration anticipée du patient est dans le dossier médical, le Registre national lui apparaissant comme une contrainte inappropriée en l'espèce.

Amendement n° 2

MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne déposent à l'article 4, tel qu'il figure dans la proposition n° 2-244/1, un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/2, amendement n° 2) visant à atténuer la portée du membre de phrase dans lequel il est prévu que le

toeziet dat de wilsverklaring wordt uitgevoerd, af te zwakken.

Een van de indieners stelt echter vast dat in het amendement nr. 291 terdege rekening werd gehouden met de bekommernis die hij tot uiting wenste te brengen en dat de betrokken passage niet meer voorkomt in het amendement dat de indieners van het wetsvoorstel zelf hebben ingediend.

Het amendement nr. 2 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 49

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 49) dat ertoe strekt artikel 4 van het wetsvoorstel te vervangen. Er wordt verwezen naar de verantwoording van amendement nr. 48 van dezelfde indieners op artikel 3 van het wetsvoorstel.

*
* *

STEMMINGEN

Amendement nr. 15 en alle subamendementen die er betrekking op hebben worden ingetrokken.

Het amendement nr. 293 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 294 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 351 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 399 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 350A van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het amendement nr. 361 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 24 tegen 2 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 483 van de heer Galand wordt verworpen met 27 tegen 2 stemmen.

Het amendement nr. 295 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 362A van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 25 tegen 2 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 296 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

mandataire doit veiller à ce que la déclaration de volonté soit exécutée.

Un des auteurs de l'amendement constate cependant qu'on a dûment tenu compte, dans l'amendement n° 291, de l'inquiétude qu'il avait souhaité formuler et que le passage en question ne figure plus dans l'amendement qui a été déposé par les auteurs mêmes de la proposition de loi.

L'amendement n° 2 est retiré.

Amendement n° 49

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 49), tendant à remplacer l'article 4 de la proposition de loi. Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 48, déposé par les mêmes auteurs à l'article 3 de la proposition de loi.

*
* *

VOTES

L'amendement n° 15 et tous les sous-amendements qui s'y rapportent sont retirés.

L'amendement n° 293 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 294 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 351 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 399 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 350A de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 361 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 24 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'amendement n° 483 de M. Galand est rejeté à par 27 voix contre 2.

L'amendement n° 295 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 362A de Mme de T' Serclaes est rejeté par 25 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'amendement n° 296 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 9 et 1 abstention.

Het amendement nr. 297 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 298 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

Het amendement nr. 360 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 369 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 371 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 372 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 400 van mevrouw Leduc c.s. wordt aangenomen met 20 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 299 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 352A van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 373 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 352B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het amendement nr. 374 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 300 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 375 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 376 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

Het amendement nr. 377A van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 379A van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 359 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 362B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

L'amendement n° 297 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 298 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 360 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 369 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 371 de Mme Nyssens est rejeté par 15 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 372 de Mme Nyssens est rejeté par 15 voix contre 11 et 3 abstentions.

L'amendement n° 400 de Mme Leduc et consorts est adopté par 20 voix contre 9.

L'amendement n° 299 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 352A de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 373 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 352B de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 374 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 300 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 375 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 376 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 377A de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 379A de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 359 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 362B de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 9 et 3 abstentions.

Het amendement nr. 436 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 482A van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 28 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 301 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 402 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 302 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 415 (A en B) van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 303 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 475 van de heer Galand wordt verworpen met 14 tegen 5 stemmen bij 10 onthoudingen.

Het amendement nr. 413 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 416 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 378 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 377B van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 379B van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 304 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 305 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 306 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 307 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

L'amendement n° 436 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 482A de M. Vankrunkelsven est rejeté par 28 et 1 abstention.

L'amendement n° 301 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 402 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 302 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 415 (A et B) de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté avec 17 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 303 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 475 de M. Galand est rejeté par 14 voix contre 5 et 10 abstentions.

L'amendement n° 413 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 416 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 378 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 377B de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 379B de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 304 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 305 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 306 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 307 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

Het amendement nr. 308 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 380 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 363 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 stemmen tegen 1 stem bij 11 onthoudingen.

Het amendement nr. 309 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 370 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 7 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement nr. 310 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 381 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 382 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 385 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 417 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt eenparig aangenomen door de 29 aanwezige leden.

Het amendement nr. 401 van de heren Dubié en Galand wordt verworpen met 16 tegen 4 stemmen bij 9 onthoudingen.

Het amendement nr. 368 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 2 stemmen bij 9 onthoudingen.

Het amendement nr. 387 van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 425 van mevrouw Nyssens en de heer Galand wordt verworpen met 17 tegen 4 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het amendement nr. 311 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 312 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 313 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 308 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 380 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 363 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 1 et 11 abstentions.

L'amendement n° 309 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 370 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 7 et 4 abstentions.

L'amendement n° 310 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 381 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 382 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 385 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 417 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 401 de MM. Dubié et Galand est rejeté par 16 voix contre 4 et 9 abstentions.

L'amendement n° 368 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 387 de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 425 de Mme Nyssens et M. Galand est rejeté par 17 voix contre 4 et 8 abstentions.

L'amendement n° 311 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 312 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 313 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

Het amendement nr. 383 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 384 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 10 onthoudingen.

Het amendement nr. 386 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 8 stemmen bij 5 onthoudingen.

Het amendement nr. 314 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 315 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 388 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 406 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 stemmen tegen 1 stem bij 9 onthoudingen.

Het amendement nr. 474 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 478 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 435 van mevrouw Leduc c.s. wordt aangenomen met 17 tegen 2 stemmen bij 10 onthoudingen.

Het amendement nr. 316 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 317 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 426 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 318 van mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 319 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 389 (A en B) van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 419 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 383 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 384 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 2 et 10 abstentions.

L'amendement n° 386 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 8 et 5 abstentions.

L'amendement n° 314 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 315 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 388 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 406 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 1 et 9 abstentions.

L'amendement n° 474 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 478 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 435 de Mme Leduc et consorts est adopté par 17 voix contre 2 et 10 abstentions.

L'amendement n° 316 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 317 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 426 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 318 de Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 319 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 389 (A et B) de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 419 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

Het amendement nr. 320 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 477 van de heer Galand c.s. wordt eenparig aangenomen door de 29 aanwezige leden.

Het amendement nr. 418 van de heren Geens en Remans wordt verworpen met 24 tegen 4 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 410 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 9 onthoudingen.

Het amendement nr. 367 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 429 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 428 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement nr. 427 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 321 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 421 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 422 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 423 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 322 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt eenparig aangenomen door de 28 aanwezige leden.

Het amendement nr. 390 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

Het amendement nr. 391 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 5 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 392 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 420 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 7 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 323 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

L'amendement n° 320 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 477 de M. Galand et consorts est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 418 de MM. Geens et Remans est rejeté par 24 voix contre 4 et 1 abstention.

L'amendement n° 410 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 3 et 9 abstentions.

L'amendement n° 367 de Mme T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 429 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 428 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 9 et 4 abstentions.

L'amendement n° 427 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 321 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 421 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 422 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 423 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 322 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 390 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 391 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 5 et 3 abstentions.

L'amendement n° 392 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 420 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 7 et 3 abstentions.

L'amendement n° 323 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10.

Het amendement nr. 324 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 325 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

Het amendement nr. 326 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 327 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 7 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement nr. 424 (A en B) van de heer Vandenberghe c.s. wordt ingetrokken ten voordele van het amendement nr. 427.

Het amendement nr. 432 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 353 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 431 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 364 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 480 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 352C van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 328 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 484 van de heer Galand wordt verworpen met 19 tegen 3 stemmen bij 6 onthoudingen.

Het amendement nr. 482B van de heer Vankrunkelsven wordt eenparig verworpen door de 28 aanwezige leden.

Het amendement nr. 393 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 394 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 408 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 438 (A en B) van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 7 stemmen bij 1 onthouding.

L'amendement n° 324 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 325 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 326 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 327 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 7 et 4 abstentions.

L'amendement n° 424 (A et B) de M. Vandenberghe et consorts est retiré au profit de l'amendement n° 427.

L'amendement n° 432 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 353 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 431 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 364 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 480 de M. Vandenberghe est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 352C de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 328 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 484 de M. Galand est rejeté par 19 voix contre 3 et 6 abstentions.

L'amendement n° 482B de M. Vankrunkelsven est rejeté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 393 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 394 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9.

L'amendement n° 408 de Mme T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 438 (A et B) de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 7 et 1 abstention.

Het amendement nr. 409 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 7 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 330 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 7 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 331 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 332 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 473 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere. wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 341 (A en B) van de heer Vandenberghe c.s. wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 350B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 365 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 334 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen.

Het amendement nr. 437 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 335 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 476 van de heer Galand wordt verworpen met 15 tegen 5 stemmen bij 8 onthoudingen.

Het amendement nr. 336 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 411 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 412 (A en B) van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 414 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 333 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 337 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

L'amendement n° 409 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 7 et 3 abstentions.

L'amendement n° 330 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 7 et 1 abstention.

L'amendement n° 331 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 332 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 473 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est retiré.

L'amendement n° 341 (A et B) de M. Vandenberghe et consorts est retiré.

L'amendement n° 350B de Mme T' Serclaes est est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 365 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 334 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8.

L'amendement n° 437 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 335 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 476 de M. Galand est rejeté par 15 voix contre 5 et 8 abstentions.

L'amendement n° 336 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 411 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 412 (A et B) de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 414 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 333 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 337 de M. Vandenberghe c.s. est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

Het amendement nr. 338 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 339 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 340 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 354 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 342 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 329 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 405 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 19 tegen 7 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 434 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 2 stemmen bij 7 onthoudingen.

Het amendement nr. 403 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 404 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 7 stemmen bij 3 onthoudingen.

Het amendement nr. 343 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 345 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 357 A van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 7 stemmen bij 4 onthoudingen.

Het amendement nr. 358 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 19 tegen 7 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 407 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 439 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 356 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 344 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

L'amendement n° 338 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 339 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 340 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 354 de Mme T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9.

L'amendement n° 342 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 329 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 405 de Mme T' Serclaes est rejeté par 19 voix contre 7 et 2 abstentions.

L'amendement n° 434 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 2 et 7 abstentions.

L'amendement n° 403 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 404 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 7 et 3 abstentions.

L'amendement n° 343 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 345 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 357 A de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 7 et 4 abstentions.

L'amendement n° 358 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 19 voix contre 7 et 2 abstentions.

L'amendement n° 407 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 439 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 356 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 344 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11.

Het amendement nr. 346 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 357 B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 347 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 348 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen.

Het amendement nr. 355 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken ten voordele van het amendement nr. 433.

Het amendement nr. 433 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 366 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 440 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

Het amendement nr. 396 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 398 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 397 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen.

Het amendement nr. 430 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 349 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 395 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 485 van de heer Galand wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Het amendement nr. 2 van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne vervalt.

Het amendement nr. 49 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

De gesubamendeerde § 1 van het door amendement nr. 291 van mevrouw Leduc c.s. voorgestelde artikel 4, wordt aangenomen met 18 stemmen tegen 6 stemmen bij 3 onthoudingen.

L'amendement n° 346 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 357 B de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 347 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 348 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 11.

L'amendement n° 355 de Mme de T' Serclaes est retiré au profit de l'amendement n° 433.

L'amendement n° 433 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 366 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 440 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 396 de Mme Nyssens est rejeté par 15 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 398 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 397 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 9.

L'amendement n° 430 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 349 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 395 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 485 de M. Galand est rejeté par 15 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 2 de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne devient sans objet.

L'amendement n° 49 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 17 voix contre 3 et 8 abstentions.

Le § 1^{er} de l'article 4 proposé par l'amendement n° 291 de Mme Leduc et consorts tel que sous-amendé est adopté par 18 voix contre 6 et 3 abstentions.

Paragraaf 2 van hetzelfde artikel en het gehele door amendement nr. 291 voorgestelde artikel 4, dat gesubamendeerd werd, worden aangenomen met 18 stemmen tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Problematiek van de zwangere vrouw (amendement op artikel 3, en amendementen betreffende een artikel 4bis (nieuw)).

De heer Vankrunkelsven heeft verscheidene amendementen ingediend betreffende de problematiek van euthanasie bij de zwangere vrouw.

De eerste reeks amendementen wordt gevoegd bij artikel 3, een ander amendement wordt hernomen onder een artikel 4bis (nieuw).

A. Amendementen betreffende het artikel 3: amendementen nrs. 115 C en 227

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 14 twee subamendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 115C, en Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 227) die betrekking hebben op euthanasie bij zwangere vrouwen.

De indiener verklaart dat hij reeds eerder — vóór de indiening van het amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. — een amendement hieromtrent heeft neergelegd (Stuk Senaat, nr. 2-244/2, amendement nr. 1 J), maar dat de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 er thans voor opteren niet te raken aan de bepalingen van het Strafwetboek.

Het amendement nr. 115 C wenst artikel 3 aan te vullen met een nieuw lid, doch de redactie ervan strookt niet meer met de opbouw van het artikel overeenkomstig het amendement nr. 14 en wordt ingetrokken.

Het amendement nr. 227 strekt ertoe in § 1 van het voorgestelde artikel 3 een streepje toe te voegen, volgens hetwelk een arts zich ervan moet vergewissen dat de vrouwelijke patiënte, op wie hij euthanasie wenst toe te passen, niet zwanger is van een levensvatbaar kind. De senator benadrukt dat euthanasie niet per definitie uitgesloten is bij een zwangere patiënt, maar dat dit wel het geval is indien de betrokkene zwanger is van een levensvatbaar kind. In die situatie moet eerst alles worden gedaan opdat het kind geboren zou worden.

Spreker zegt niet goed te begrijpen waarom dit punt, dat was opgenomen in verschillende voorstellen die aanvankelijk waren ingediend, verdwenen is in het wetsvoorstel nr. 2-244/1. Het lijkt hem wenselijk dit element expliciet op te nemen.

Een lid bevestigt dat dit element eveneens werd opgenomen in het wetsvoorstel dat aanvankelijk door haar werd ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-105), maar dat het niet werd overgenomen in het wets-

Le § 2 du même article ainsi que l'ensemble de l'article 4 proposé par l'amendement n° 291, et tel que sous-amendé, sont adoptés par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

Problématique de la femme enceinte (amendements à l'article 3, et amendements relatifs à un article 4bis nouveau)

M. Vankrunkelsven a déposé plusieurs amendements relatifs à la problématique de l'euthanasie dans le cas d'une femme enceinte.

La première série d'amendements est insérée à l'article 3; un autre amendement est repris sous un article 4bis nouveau.

A. Amendements relatifs à l'article 3: amendements n°s 115 C et 227

M. Vankrunkelsven dépose deux sous-amendements (doc. Sénat, n° 2-244/8, amendement n° 115 C et doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 227) à l'amendement n° 14; ces deux sous-amendements concernent l'euthanasie pratiquée sur des femmes enceintes.

L'auteur déclare qu'il avait déjà déposé un amendement à ce sujet auparavant (doc. Sénat, n° 2-244/2, amendement n° 1 J) — avant le dépôt de l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts — mais que les auteurs de la proposition de loi n° 2-244 ont maintenant choisi de ne pas modifier les dispositions du Code pénal.

L'amendement n° 115 C tend à compléter l'article 3 par un alinéa nouveau, mais sa rédaction ne correspond plus à la structure de l'article résultant de l'amendement n° 14 et il est par conséquent retiré.

L'amendement n° 227 tend à insérer, au § 1^{er} de l'article 3 proposé, un nouveau tiret suivant lequel un médecin doit s'assurer que le patient sur lequel il souhaite pratiquer une euthanasie, n'est pas une femme enceinte d'un enfant viable. Le sénateur souligne que l'euthanasie n'est pas exclue par définition dans le cas d'une patiente enceinte, mais qu'elle l'est si l'intéressée est enceinte d'un enfant viable. Dans ce cas-là, il faut d'abord tout mettre en œuvre pour que l'enfant naisse.

L'intervenant déclare ne pas bien comprendre pourquoi ce point, qui figurait dans plusieurs des propositions initialement déposées, a disparu de la proposition de loi n° 2-244/1. Il lui paraît souhaitable d'insérer explicitement cet élément.

Une membre confirme que cet élément figurait également dans la proposition de loi qu'elle avait initialement déposée (doc. Sénat, n° 2-105), mais qu'il n'a pas été repris dans la proposition de loi n° 2-244.

voorstel nr. 2-244. De reden hiervoor is dat, wanneer bijvoorbeeld een vrouw die zwanger is van een levensvatbaar kind een ongeval heeft, de arts in eer en geweten een medisch besluit zal nemen om dat kind te laten geboren worden.

De indiener van de amendementen nrs. 115 C en 227 repliceert dat er in dergelijke situatie geen sprake is van een euthanasieverzoek. Dit is iets volledig anders. De vraag die hier voorligt is, of euthanasie mag worden toegepast op een vrouw die bijvoorbeeld zeven maanden zwanger is en die conform de voorwaarden van artikel 3 hierom verzoekt. Spreker meent dat dit moet verhinderd worden en dat de euthanasie moet worden uitgesteld tot na de geboorte van het kind. Dit is de bedoeling van het amendement nr. 227.

De vorige spreekster kondigt aan het amendement nr. 227 te zullen steunen.

Een lid meent dat dit amendement zeer belangrijk en delicaat is. Men kan zich immers inbeelden wat de verantwoordelijkheid van een zwangere vrouw is die om euthanasie verzoekt. Het komt haar voor dat een vrouw in dat geval nooit om euthanasie zou vragen. Hoewel het lid zich op het eerste gezicht principieel akkoord kan verklaren met de intentie van de indiener van het amendement nr. 227 — namelijk het kind te redden —, aarzelt zij toch om het te steunen omdat dit vrouwen die zich in een dergelijke positie bevinden, stigmatiseert.

Een ander lid verwijst naar de wetgeving met betrekking tot de zwangerschapsafbreking waarin aan een vrouw die zich in een noodsituatie bevindt, de vrijheid wordt verleend om abortus te vragen tijdens een periode van enkele weken. Na deze periode is dit niet meer mogelijk. De coherentie van deze regeling met het amendement nr. 227, dat blijkbaar aan een zwangere vrouw het recht wenst te verlenen om euthanasie te vragen wanneer haar kind niet levensvatbaar is, is volgens het lid volledig zoek.

Meestal neemt men aan dat een kind levensvatbaar is vanaf het ogenblik dat de moeder minstens zes maanden zwanger is. Vanaf dat ogenblik kan dus, volgens het amendement nr. 227, de betrokken vrouw geen euthanasie meer vragen, terwijl dit wel zou mogelijk zijn wanneer ze slechts vijf maanden zwanger zou zijn. Dit is niet erg logisch. Het lijkt wenselijk hier de termijnen over te nemen die ook in de wetgeving met betrekking tot de zwangerschapsafbreking werden ingeschreven en die werden ingegeven door een medische benadering van een zwangerschap. Aldus zou de euthanasie niet meer mogelijk worden na de derde maand van de zwangerschap.

Een vorige spreekster vraagt zich af wat precies moet worden verstaan onder het begrip «levensvatbaar». De artsen moeten hierover beslissen.

Het lid vindt tevens dat men, in dergelijke omstandigheden, erover moet waken dat de geboorte van het

La raison en est que si par exemple une femme enceinte d'un enfant viable est victime d'un accident, le médecin prendra en son âme et conscience une décision médicale pour faire naître cet enfant.

L'auteur des amendements nos 115 C et 227 réplique que dans ce type de situation, il n'est pas question d'une demande d'euthanasie. Il s'agit de tout autre chose. La question qui se pose ici est celle de savoir si on peut pratiquer une euthanasie sur une femme qui serait, par exemple, enceinte de sept mois et qui demanderait l'euthanasie conformément aux conditions de l'article 3. L'intervenant estime qu'on ne doit pas le permettre et que l'euthanasie doit être différée jusqu'après la naissance de l'enfant. Tel est l'objectif de l'amendement n° 227.

La préopinante déclare qu'elle apportera son soutien à l'amendement n° 227.

Une membre estime qu'il s'agit d'un amendement très important et très délicat. On peut en effet imaginer quelle est la responsabilité d'une femme enceinte qui demande l'euthanasie. Il lui semble qu'une femme ne demandera jamais l'euthanasie dans cette situation. Si la membre peut, à première vue, souscrire en principe à l'intention de l'auteur de l'amendement n° 227 — à savoir sauver la vie de l'enfant — elle hésite à soutenir l'amendement car il stigmatise les femmes qui se trouvent dans une telle situation.

Un autre membre fait référence à la loi relative à l'interruption de grossesse, en vertu de laquelle une femme qui se trouve dans une situation de détresse est libre de solliciter un avortement pendant une période de quelques semaines. Passé cette période, la chose n'est plus possible. Le membre est d'avis qu'il n'y a aucune cohérence entre cette réglementation et l'amendement n° 227, qui tend apparemment à accorder à la femme enceinte le droit de demander une euthanasie si son enfant n'est pas viable.

On considère généralement qu'un enfant est viable à partir du moment où la mère est enceinte depuis six mois au moins. Selon l'amendement n° 227, à partir de ce moment, la femme en question ne pourra donc plus demander l'euthanasie, alors qu'elle pourrait le faire si elle n'était enceinte que de cinq mois. Ce n'est pas très logique. Il paraît souhaitable en l'espèce de reprendre les délais qui ont été inscrits dans la loi relative à l'interruption de grossesse et correspondant à une approche médicale de la grossesse. L'euthanasie ne serait alors plus possible au-delà du troisième mois de la grossesse.

Une préopinante se demande ce qu'il faut entendre exactement par «viable». C'est aux médecins d'en décider.

La membre estime également que dans ces circonstances, il faut veiller à ce que l'enfant naisse prématurément.

kind vervroegd wordt. Een kind dat niet in liefde gedragen wordt is immers vaak zeer ongelukkig.

Een lid erkent dat het gestelde probleem bijzonder complex en delicaat is. Niettemin verwijst hij naar het wetsvoorstel dat initieel door hem werd ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-10) en dat dit probleem ook behandelde.

Men mag immers niet vergeten dat, volgens het thans besproken wetsvoorstel nr. 2-244/1, er geen misdrijf is indien bepaalde voorwaarden vervuld zijn. In de andere gevallen — bijvoorbeeld wanneer het gaat om minderjarigen — is er wel degelijk een misdrijf en blijft de huidige strafwet van toepassing. Wanneer nu geen bijzondere regeling voor zwangere vrouwen wordt ingevoerd, betekent dit dat zij rechtmatig om euthanasie mogen verzoeken wanneer alle voorwaarden, gesteld in artikel 3, worden vervuld, zonder dat er sprake is van enig misdrijf. Het lijkt dan ook wenselijk in een bijzondere regeling te voorzien voor zwangere vrouwen.

Een ander lid meent eveneens dat het amendement nr. 227 een zeer moeilijk thema aansnijdt. Zij betreurt dat de parallel wordt getrokken met de wetgeving inzake de zwangerschapsafbreking, die een heel andere materie is.

Het lid is van oordeel dat er, in de situatie die wordt beschreven door het amendement nr. 227, werkelijk sprake is van een noodtoestand in de strafrechtelijke betekenis van het woord. Dit is immers een schoolvoorbeeld van wat onder een waardenconflict wordt verstaan. Het lijkt spreekster niet wenselijk om een bijzondere regeling in te schrijven in het kader van de bespreking van dit wetsvoorstel.

Een lid meent dat vele mensen een oplossing verwachten voor dit bijzondere probleem. Het delicate karakter ervan maakt dat elke senator het moeilijk heeft om hierover een degelijk voorstel te formuleren. Dit mag evenwel niet verhinderen dat een regeling wordt uitgewerkt.

Het lid verduidelijkt dat de parallel die hij heeft getrokken met de wetgeving inzake abortus enkel betrekking heeft op de termijnen die erin worden gesteld, om te vermijden dat de term «levensvatbaar kind», die voor interpretatie vatbaar is, wordt gebruikt.

De indiener van de amendementen nrs. 115C en 227 repliceert dat de term «levensvatbaar kind» precies wordt gebruikt om aan te geven dat de zwangere vrouw het recht op euthanasie niet wordt ontnomen. Men kan immers de bevalling bespoedigen en het kind laten geboren worden en vervolgens de euthanasie toepassen op de betrokken vrouw.

Een lid is van oordeel dat de werkelijke draagwijdte van het amendement nr. 227 hierin bestaat dat euthanasie ook mogelijk is voor zwangere vrouwen, maar dat niettemin voorzorgsmaatregelen moeten

rément. En effet, un enfant qui n'est pas porté avec amour est souvent très malheureux.

Un membre reconnaît que le problème est particulièrement complexe et délicat. Il renvoie cependant à la proposition de loi qu'il avait déposée initialement (doc. Sénat, n° 2-10) et qui traitait également de ce problème.

On ne doit pas en effet perdre de vue que, suivant la proposition de loi n° 2-244/1 à l'examen, il n'y a pas de délit lorsque certaines conditions sont remplies. Dans les autres cas — par exemple lorsqu'il s'agit de mineurs — il y a bel et bien délit et la loi pénale en vigueur reste applicable. Si on n'introduit pas de disposition particulière pour les femmes enceintes, cela signifie qu'elles pourront légitimement demander l'euthanasie lorsque toutes les conditions prévues à l'article 3 sont remplies, sans qu'il soit question de délit. Il paraît dès lors souhaitable de prévoir un régime particulier pour les femmes enceintes.

Une autre membre juge elle aussi que l'amendement n° 227 aborde un thème très difficile. Elle regrette que l'on fasse un parallèle avec la législation relative à l'interruption de grossesse, qui est une matière totalement différente.

La membre estime que dans la situation décrite par l'amendement n° 227, on peut vraiment parler d'un état de nécessité au sens pénal du terme. Il s'agit en effet d'un cas d'école de ce que l'on entend par conflit de valeurs. L'intervenante ne juge pas souhaitable d'insérer une disposition spéciale dans le cadre de la proposition de loi à l'examen.

Un commissaire considère que de nombreuses personnes attendent une solution à ce problème particulier, dont le caractère délicat met chaque sénateur devant la difficulté de formuler une proposition convenable en la matière. Cela ne saurait toutefois empêcher l'élaboration d'une réglementation.

L'intervenant explique que le parallèle qu'il a établi avec la législation en matière d'avortement porte uniquement sur les délais qu'elle fixe, pour éviter d'utiliser les mots «enfant viable», qui sont susceptibles d'interprétation.

L'auteur des amendements n°s 115C et 227 réplique que l'on utilise les termes «enfant viable» précisément pour indiquer que la femme enceinte n'est pas privée du droit à l'euthanasie. On peut en effet accélérer l'accouchement et faire naître l'enfant, pour ensuite pratiquer l'euthanasie sur la femme.

Un membre estime que la portée réelle de l'amendement n° 227 est de permettre également l'euthanasie sur les femmes enceintes, étant entendu toutefois qu'il faut prendre des mesures de précaution pour l'enfant

worden genomen voor het kind dat reeds levensvatbaar is. Het lid vindt het echter niet wenselijk deze problematiek reeds te regelen in voorliggend wetsvoorstel, dat in zijn geheel reeds een gevoelige materie behandelt. Het signaal, dat een arts ook euthanasie mag toepassen op zwangere vrouwen, mag in deze wet niet worden gegeven.

Het is volgens de spreker veeleer verkieslijk om, bij een dergelijk conflict van waarden, terug te vallen op de deontologie die thans in de medische praktijk wordt gehanteerd voor dergelijke situaties. Voorzichtigheid is geboden. Dit sluit niet uit dat deze problematiek, net zoals de materie van de euthanasie bij minderjarige personen, in een later stadium kan worden geregeld.

Een ander lid zegt de bekommernis van de vorige spreker te delen. Zij stelt echter vast dat, waar in het wetsvoorstel nr. 2-244/1 uitdrukkelijk als grondvoorwaarde werd ingeschreven dat een euthanasieverzoek dient uit te gaan van een meerderjarige en euthanasie bij minderjarigen derhalve expliciet wordt uitgesloten, artikel 3 geen bepaling bevat omtrent de zwangere vrouw. Eén en ander heeft concreet tot gevolg dat, wanneer dit zo zou blijven, euthanasie in beginsel straffeloos kan worden toegepast bij een zwangere vrouw die aan alle grondvoorwaarden voldoet. Dit is *a fortiori* het geval wanneer een amendement over deze aangelegenheid zou verworpen worden.

De vorige spreker is het hiermee niet eens.

Een ander lid meent dat de bespreking van het amendement nr. 227 de complexiteit van het globale debat aantoonde. Hier is inderdaad sprake van een echt waardenconflict, zoals enkele sprekers reeds terecht hebben opgemerkt.

Niettemin wijst het lid erop dat nergens in de wet een absoluut recht op euthanasie wordt ingeschreven. Het gaat steeds om een gesprek dat moet worden gevoerd met de arts, die uiteindelijk zijn verantwoordelijkheid opneemt en een medische beslissing neemt. Zeker wanneer een arts bijvoorbeeld wordt geconfronteerd met een zwangere vrouw die in coma ligt, valt deze bij het nemen van een hele reeks medische beslissingen terug op de reeds bestaande medische deontologie daaromtrent.

Spreekster onderstreept dat de situatie die wordt beschreven in het amendement nr. 227 slechts zeer uitzonderlijk voorkomt. Het is niet wenselijk een wet, die reeds een delicate aangelegenheid behandelt en bijvoorbeeld euthanasie niet uitsluit voor niet-terminale patiënten, nog te verzwaren met dergelijke extreme toepassingen. De rechtsfiguur van de noodtoestand biedt voldoende juridische waarborgen om dergelijke situaties te dekken.

Een senator erkent eveneens dat hier een bijzonder delicaat punt wordt aangesneden. Naast de vraag om euthanasie, die wordt gesteld door een zwangere

qui est déjà viable. L'intervenant trouve néanmoins qu'il n'est pas souhaitable de régler dès maintenant cette problématique dans la proposition de loi en discussion, qui traite déjà dans son ensemble d'une matière sensible. La loi proposée ne peut pas donner le feu vert à la pratique, par un médecin, de l'euthanasie sur les femmes enceintes.

Face à un tel conflit de valeurs, il est préférable, aux yeux de l'intervenant, de recourir à la déontologie en vigueur dans la pratique médicale lorsque de telles situations se produisent. La prudence est de mise. Cela n'exclut pas la possibilité de régler cette problématique à un stade ultérieur, tout comme la pratique de l'euthanasie sur les mineurs d'âge.

Une autre membre dit partager la préoccupation du préopinant. Elle constate toutefois qu'alors que l'on a inscrit explicitement comme condition de fond dans la proposition de loi n° 244/1 que la demande d'euthanasie doit émaner d'un majeur et que l'euthanasie est donc explicitement exclue pour les mineurs, l'article 3 ne comporte aucune disposition concernant la femme enceinte. Concrètement, tout cela a pour effet qu'à situation inchangée, l'euthanasie peut en principe être pratiquée impunément sur une femme enceinte qui satisfait à toutes les conditions de fond. C'est le cas *a fortiori* si un amendement concernant cette question est rejeté.

L'intervenant précédent n'est pas d'accord.

Une autre commissaire estime que la discussion de l'amendement n° 227 prouve la complexité du débat global. Il est en effet question ici d'un véritable conflit de valeurs, comme plusieurs intervenants l'ont fait remarquer à juste titre.

Elle signale néanmoins qu'aucune disposition de la loi n'instaure un droit absolu à l'euthanasie. Il s'agit toujours d'une conversation qu'il faut avoir avec le médecin, lequel, en définitive, assume ses responsabilités et prend une décision médicale. C'est surtout lorsqu'il est confronté, par exemple, à une femme enceinte qui se trouve dans le coma qu'un médecin s'inspire, pour prendre toute une série de décisions médicales, de la déontologie médicale qui existe déjà en la matière.

L'intervenante souligne que la situation que décrit l'amendement n° 227 ne se produit que très exceptionnellement. Il n'est pas souhaitable d'alourdir par de telles applications extrêmes une loi qui traite déjà d'une question délicate et n'exclut, par exemple, pas l'euthanasie pour les patients qui ne sont pas en phase terminale. La norme juridique de l'état de nécessité offre suffisamment de garanties juridiques pour couvrir de telles situations.

Un sénateur reconnaît que l'on aborde ici un point particulièrement délicat. Outre la demande d'euthanasie qui émane d'une femme enceinte, il importe

vrouw, is het van belang na te gaan op welke wijze het belang van het ongeboren kind best wordt beschermd. Volgens het lid moet de aanpak van een dergelijke situatie ook verschillen al naargelang het gaat om een vrouw die zich al dan niet in een terminale fase bevindt. Artikel 3 van het voorliggend wetsvoorstel sluit immers niet uit dat euthanasie wordt toegepast op niet-terminale patiënten.

Een lid meent trouwens dat het voorgestelde amendement zou kunnen worden gevoegd bij een andere beschikking dan het artikel 3 van het voorstel.

De indiener van amendement nr. 227 herinnert eraan dat hij op 17 januari 2000 reeds een amendement nr. 1J (Stuk Senaat, nr. 2-244/2) heeft ingediend en het reeds vermelde amendement nr. 115C (Stuk Senaat, nr. 2-244/8), dat beoogt het euthanasieverzoek van een patiënte die een levensvatbaar kind verwacht, op te schorten.

Het amendement nr. 227 dat in bespreking is, heeft als enige doel het idee te herformuleren op basis van de amendementen nr. 1J en 115C. Als reactie op de opmerking van vorige spreker, meent de commissielid dat het logisch is dit element bij artikel 3 te voegen. Dat artikel omschrijft de voorwaarden binnen welke de geneesheer, die geconfronteerd wordt met een euthanasieverzoek, geen strafbaar feit begaat.

Een lid meent dat het voorbarig is om zich over amendement nr. 227 uit te spreken. De commissie heeft er, omwille van de zeer sterke sociale terughoudendheid voor dit soort kwesties, voor gekozen niet in te gaan op thema's zoals euthanasie bij minderjarigen of hulp bij zelfdoding. Spreekster vindt een verzoek van een zwangere vrouw om euthanasie erg delicaat omdat ook het ongeboren kind rechten heeft.

Het commissielid vraagt bedenktijd, opdat elke fractie de mogelijkheid zou hebben een weloverlegd standpunt over deze vraag in te nemen.

Een ander lid wijst erop dat artikel 8 van zijn initieel wetsvoorstel (Stuk Senaat, nr. 2-10) bepaalde dat een euthanasieverzoek uitgaande van een vrouw die een levensvatbaar kind verwacht, werd opgeschort. Voor de spreker is het perfect mogelijk de problematiek van het euthanasieverzoek van een zwangere vrouw elders te behandelen dan in het bewuste artikel 3.

De indiener van het amendement nr. 227 stemt ermee in de discussie uit te stellen maar dringt erop aan dat deze kwestie in de commissie wordt besproken. Hij trekt amendementen nrs. 115 C en 227 in maar kondigt aan een ander amendement in te dienen, om een nieuw artikel in te voegen dat het euthanasieverzoek van een zwangere vrouw regelt.

Voor een lid is het essentieel dat de wet uitdrukkelijk euthanasie bij zwangere vrouwen uitsluit. Indien het amendement nr. 227 wordt ingetrokken en er

d'examiner quelle est la meilleure manière de protéger l'intérêt de l'enfant à naître. Selon l'intervenant, l'approche d'une telle situation doit aussi être différente selon qu'il s'agit ou non d'une femme qui se trouve en phase terminale. L'article 3 de la proposition de loi en discussion n'exclut en effet pas que l'euthanasie soit pratiquée sur des patients qui ne se trouvent pas en phase terminale.

Un membre estime que l'amendement proposé pourrait par ailleurs être inséré dans une autre disposition que l'article 3 de la proposition.

L'auteur de l'amendement n° 227 rappelle qu'il a déposé, le 17 janvier 2000 déjà, un amendement n° 1J (doc. Sénat n° 2-244/2) et le 5 décembre 2000, l'amendement n° 115C précité (doc. Sénat n° 2-244/8) visant à suspendre la demande d'euthanasie émanant d'une patiente enceinte et porteuse d'un enfant viable.

L'amendement n° 227 à l'examen a simplement pour but de reformuler l'idée à la base des amendements n° 1J et 115C. En réaction à la remarque du préopinant, le commissaire considère qu'il est logique d'ajouter cet élément à l'article 3 qui définit les conditions dans lesquelles le médecin, confronté à une demande d'euthanasie, ne commet pas d'infraction.

Une membre estime qu'il est prématuré de se prononcer sur l'amendement n° 227. La commission a choisi de ne pas aborder des thèmes tels que l'euthanasie de mineurs ou l'assistance au suicide en raison des réticences sociales très fortes liées à ces questions. La question de la demande d'euthanasie émanant d'une femme enceinte est, pour l'intervenante, particulièrement délicate puisqu'il faut également tenir compte des droits de l'enfant à naître.

La commissaire demande un délai de réflexion pour que chaque groupe ait la possibilité d'arrêter une position mûrement réfléchie sur la question.

Un autre membre fait remarquer que l'article 8 de sa proposition de loi initiale (doc. Sénat, n° 2-10) prévoyait que la demande d'euthanasie était suspendue lorsqu'elle émanait d'une femme enceinte d'un enfant viable. Pour l'intervenant, il est parfaitement possible de traiter la problématique de la demande d'euthanasie d'une femme enceinte ailleurs que dans l'article 3 en discussion.

L'auteur de l'amendement n° 227 accepte que l'on reporte la discussion mais insiste pour que cette question soit débattue en commission. Il retire les amendements n°s 115 C et 227 mais annonce le dépôt d'un autre amendement visant à insérer un article nouveau réglant la demande d'euthanasie d'une femme enceinte.

Pour un membre, il est essentiel que la loi exclue explicitement la possibilité d'euthanasie pour les femmes enceintes. Si l'amendement n° 227 est retiré et

geen enkele beschikking de euthanasieprocedure bij een zwangere patiënte opschort, betekent dit dat een zwangere patiënte wordt behandeld alsof zij niet zwanger is. Dat is onaanvaardbaar.

B. Amendementen betreffende artikel 4bis (nieuw): amendementen nrs. 267, 685 en 686

Amendement nr. 267

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/14, amendement nr. 267), dat ertoe strekt een nieuw artikel *4bis* in te voegen in het wetsvoorstel betreffende de euthanasie, dat luidt als volgt:

«Art. *4bis*. — De bepaling van artikel 3, § 1, eerste lid, is niet van toepassing indien de patiënte zwanger is van een levensvatbaar kind.»

De indiener verwijst naar de discussie omtrent het amendement nr. 227, dat een wijziging van artikel 3, § 1, beoogde en dat werd teruggetrokken om de discussie over dit artikel niet nodeloos te rekken. Niettemin wenst spreker het debat over deze problematiek ten gronde te voeren en heeft hij een amendement tot invoeging van een artikel *4bis* ingediend, hoewel dit vanuit wetgevingstechnisch oogpunt wellicht niet de beste oplossing is.

De senator wijst erop dat enkele indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 in de voorstellen betreffende de euthanasie die ze eerder afzonderlijk hadden ingediend de problematiek van de zwangere vrouwen uitdrukkelijk hadden behandeld. Wanneer het ongebooren kind levensvatbaar is, is er sprake van twee levens. Hoe dan ook heeft de wetgever de plicht om in die zin op te treden, dat een leven wordt beschermd.

Spreker geeft toe dat dit misschien een te theoretische invalshoek is, vermits een zwangere vrouw zelden om euthanasie zal verzoeken. Toch is het niet uitgesloten dat een zwangere vrouw, wanneer ze weet dat ze zal sterven en dat ze het kind niet zal kunnen opvoeden, ervoor zou opteren om het kind dan niet te laten geboren worden. De wetgever heeft hier een verantwoordelijkheid op te nemen.

Het amendement nr. 267 gaat niet zover dat men zwangere vrouwen het recht ontnemt om euthanasie te vragen, maar beoogt wel het leven van het ongebooren kind te beschermen wanneer dit levensvatbaar zou zijn. In dat geval moet niet worden gewacht op de spontane geboorte van het kind om euthanasie toe te passen, maar moet men de nodige medische handelingen stellen opdat het kind geboren wordt. Wanneer het verzoek van de betrokken vrouw voldoet aan de wettelijke voorwaarden, kan op haar euthanasie worden gepleegd.

De senator is er zich goed van bewust dat deze problematiek bij tal van leden van de Verenigde

qu'aucune disposition ne suspend la procédure d'euthanasie lorsque la patiente est enceinte, cela revient à traiter la femme enceinte comme si elle ne l'était pas, ce qui est inacceptable.

B. Amendements relatifs à un article 4bis (nouveau): amendements n^{os} 267, 685 et 686

Amendement n^o 267

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/14, amendement n^o 267), qui vise à insérer dans la proposition de loi relative à l'euthanasie un article *4bis* nouveau, libellé comme suit:

«Art. *4bis*. — La disposition visée au nouvel article 3, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, ne s'applique pas lorsque la patiente est une femme enceinte d'un enfant viable.»

L'auteur renvoie à la discussion relative à l'amendement n^o 227, qui visait à modifier l'article 3, § 1^{er}, et qui a été retiré pour ne pas allonger inutilement la discussion de cet article. L'intervenant souhaite toutefois débattre du fond de ce problème et a déposé un amendement insérant un article *4bis*, bien que du point de vue de la technique législative, ce ne soit sans doute pas la meilleure solution.

Le sénateur souligne que plusieurs des auteurs de la proposition de loi n^o 2-244 avaient traité explicitement de la problématique des femmes enceintes dans les propositions antérieures relatives à l'euthanasie qu'ils avaient déposées séparément. Si l'enfant à naître est viable, il est question de deux vies. Quoi qu'il en soit, le législateur est tenu d'intervenir dans le sens de la protection d'une vie.

L'intervenant reconnaît que c'est peut-être là un point de vue trop théorique, puisqu'une femme enceinte demandera rarement l'euthanasie. Il n'est pourtant pas exclu qu'une femme enceinte, si elle sait qu'elle va mourir et qu'elle ne pourra pas élever l'enfant, choisisse alors de ne pas le laisser naître. Le législateur a ici des responsabilités à prendre.

L'amendement n^o 267 ne va pas jusqu'à priver les femmes enceintes du droit de demander l'euthanasie, mais tend à protéger la vie de l'enfant à naître lorsque celui-ci est viable. Dans ce cas, il ne faut pas attendre la naissance spontanée de l'enfant pour pratiquer l'euthanasie, mais il faut accomplir les actes médicaux nécessaires pour que l'enfant voie le jour. Si la demande de la femme concernée remplit les conditions légales, on peut pratiquer sur elle l'euthanasie.

Le sénateur se rend bien compte que cette problématique se heurte à l'opposition de nombreux

Commissies weerstand oproept en dat men zich kan afvragen of hier geen conflict met de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking in het leven wordt geroepen. Niettemin meent hij dat de abortuswetgeving een andere benadering heeft, vermits ze beoogt het ongeboren kind te aborteren en het leven van de zwangere vrouw te respecteren. Overigens is abortus niet meer mogelijk wanneer het kind levensvatbaar wordt geacht.

De indiener van het amendement nr. 267 hoopt op de steun te kunnen rekenen van diegenen die in hun aanvankelijke voorstellen betreffende de euthanasie deze problematiek behandeld hebben.

Een lid vraagt de indiener van amendement nr. 267 wat hij verstaat onder het begrip «levensvatbaar kind». Deze term is inderdaad nergens in de wet terug te vinden. Hij heeft meteen al de wet op de zwangerschapsonderbreking uitgesloten, maar de spreker denkt dat het een vergissing is en is vast van plan dat later aan te tonen.

Het begrip levensvatbaar speelt in die laatste wet, die enkel termijnen vastlegt, in ieder geval niet mee.

De indiener van het amendement nr. 267 antwoordt dat in deze context onder de term «levensvatbaar kind» zijns inziens moet worden verstaan het kind dat, wanneer het kunstmatig wordt geboren alvorens de euthanasie op de moeder wordt toegepast, een redelijke kans maakt om te overleven.

De vorige spreker verklaart dat eenieder weet dat de standpunten in het debat over het begin van het leven zeer ver uiteen liggen.

Dat is de reden waarom de wet een aantal termijnen heeft vastgelegd, zonder daarom het filosofisch-religieuze debat over de levensvatbaarheid aan te gaan.

Vanaf wanneer moet er in casu vanuit gegaan worden dat het kind een redelijke kans om te leven heeft?

Indien het amendement wordt goedgekeurd, wat zal de rechter die in de toekomst de wet moet toepassen doen? Zal hij zich beroepen op zijn geweten, op de wet op de zwangerschapsafbreking, op medische begrippen (volgens welke het kind levensvatbaar is rond de zesde maand)?

Dat dreigt aanzienlijke problemen in de rechtspraak te veroorzaken.

De spreker herinnert eraan dat men tot op heden zoveel mogelijk de door de wet bepaalde voorwaarden heeft proberen te objectiveren.

De indiener van het amendement nr. 267 merkt op dat in artikel 3, § 3, van onderhavig wetsvoorstel, zoals het is geamendeerd door het amendement nr. 14, wordt gesproken over de arts die van oordeel is

membres des commissions réunies et que l'on peut se demander si l'on ne crée pas ici un conflit avec la législation relative à l'interruption de grossesse. Il estime néanmoins que la législation sur l'avortement procède d'une autre approche, puisqu'elle vise à supprimer l'enfant à naître et à respecter la vie de la femme enceinte. Par ailleurs, l'avortement n'est plus possible lorsque l'enfant est considéré comme viable.

L'auteur de l'amendement n° 267 espère pouvoir compter sur l'appui de ceux qui ont traité de cette problématique dans leurs propositions initiales relatives à l'euthanasie.

Un membre demande à l'auteur de l'amendement n° 267 ce qu'il entend par «enfant viable». En effet, ces termes n'interviennent nulle part dans la législation. Il a écarté d'emblée la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, mais l'intervenant pense que c'est une erreur et entend le démontrer ultérieurement.

En tout état de cause, la notion de viabilité n'intervient pas dans cette dernière loi, qui fixe simplement des délais.

L'auteur de l'amendement n° 267 répond que dans ce contexte, il y a lieu d'entendre, d'après lui, par «enfant viable», l'enfant qui, lorsqu'il naît artificiellement avant que l'euthanasie ne soit pratiquée sur la mère, a une chance raisonnable de survivre.

Le précédent intervenant déclare que chacun sait que des points de vue très différents existent dans le débat sur le début de la vie.

C'est pourquoi la loi a fixé un certain nombre de délais, sans entrer dans le débat philosophico-religieux de la viabilité.

En l'espèce, à partir de quand faut-il considérer que l'enfant a des chances raisonnables de vivre?

Si l'amendement est voté, que fera, demain, le juge chargé d'appliquer la loi? Se référera-t-il à sa conscience, à la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, à des notions médicales (selon lesquelles l'enfant est viable vers le sixième mois)?

Cela risque de susciter des problèmes importants en matière d'interprétation jurisprudentielle.

L'intervenant rappelle que, jusqu'à présent, l'on a essayé d'objectiver autant que possible les conditions fixées par la loi.

L'auteur de l'amendement n° 267 fait observer que l'article 3, § 3, de la proposition de loi en discussion tel qu'il a été amendé par l'amendement n° 14 parle du médecin qui est d'avis « que le décès n'interviendra

«dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden». Hierin wordt eveneens verwezen naar een medische interpretatie en wordt een termijn aangegeven die bijzonder vaag is.

Ook bij de vraag of een kind al dan niet levensvatbaar is, is een medisch oordeel vereist. Bovendien kan het antwoord op deze vraag verschillen al naargelang de evolutie van de medische wetenschap. Thans gebeurt het dat kinderen die na 26 weken zwangerschap worden geboren, overleven, terwijl dit vroeger ondenkbaar was. Het is bijgevolg onmogelijk om een exacte termijn te bepalen om te definiëren wat een levensvatbaar kind is.

De senator herhaalt dat, zijns inziens, in deze context onder een «levensvatbaar kind» moet verstaan worden, een kind dat een redelijke kans maakt om te overleven wanneer het kunstmatig wordt geboren alvorens op de moeder euthanasie wordt toegepast.

De vorige spreker antwoordt dat men termijnen vastlegt als dat mogelijk is. Hij meent dat de indiener van het amendement manifest weigert vast te leggen wanneer euthanasie op een zwangere vrouw wettelijk is of niet. Indien het amendement wordt goedgekeurd zoals het nu voorligt, zal dat tot een conflict tussen twee wetgevingen leiden.

Indien men de abortuswet naleeft, mag men, in de huidige stand van zaken, gedurende twaalf weken abortus plegen, dus, volgens sommigen, een einde maken aan het leven van de embryo.

Na die periode van twaalf weken mag het enkel in bijzondere omstandigheden, namelijk wanneer het lever van de vrouw in gevaar is.

Indien men daarentegen meent dat het kind niet levensvatbaar is van de vierde tot de zesde maand, zou men euthanasie op de vrouw kunnen uitvoeren, en op die manier een einde maken aan het leven van het kind. Momenteel zou men worden vervolgd, tenzij men zich kan rechtvaardigen.

Een lid zegt perplex te staan tegenover de door het amendement voorgestelde tekst. Betreffende de term «levensvatbaarheid» brengt hij voor de spreekster bepaalde beschikkingen uit het burgerlijk recht ter sprake, zoals artikel 725 van het Burgerlijk Wetboek inzake successies.

Wat de grond van de zaak betreft, merkt de spreekster op dat het amendement een nieuw discussieveld opent. Ze had liever gehad dat men ervan had afgezien deze kwestie te regelen binnen het kader van het in bespreking zijnde voorstel.

Een ander lid verklaart een nogal verdeelde mening te hebben over het bewuste amendement.

Het begrip levensvatbaar kind lijkt tamelijk duidelijk; het gaat om een geboren kind dat zich in een toestand bevindt om buiten z'n moeder te leven. Het lijkt

manifestement pas à brève échéance». Cet article renvoie également à une interprétation médicale et mentionne un délai particulièrement vague.

Un avis médical est également requis sur la question de savoir si un enfant est viable ou non. En outre, la réponse à cette question peut différer en fonction de l'évolution de la science médicale. À l'heure actuelle, il arrive que des enfants nés après 26 semaines de grossesse survivent, alors que jadis, c'était inconcevable. Il est donc impossible de fixer un délai précis pour définir ce qu'est un enfant viable.

Le sénateur répète qu'à son avis, il y a lieu d'entendre, dans ce contexte, par «enfant viable» un enfant qui a une chance raisonnable de survivre s'il naît artificiellement avant que l'euthanasie ne soit pratiquée sur la mère.

Le précédent intervenant répond que l'on fixe des délais lorsque c'est possible. Il estime que l'auteur de l'amendement refuse manifestement de fixer les moments de légalité ou d'illégalité d'un acte d'euthanasie pratiqué sur une femme enceinte. Si l'amendement est adopté tel quel, on suscitera un conflit entre deux législations.

Dans l'état actuel des choses, si l'on suit la loi sur l'avortement, on peut, pendant douze semaines, avorter, c'est-à-dire, selon certains, mettre fin à la vie de l'embryon.

Passé ce moment, on ne peut plus le faire que dans des circonstances particulières, à savoir le péril pour la vie de la femme.

Par contre, si l'on estime que l'enfant n'est pas viable à partir du quatrième mois jusqu'au sixième, on pourrait pratiquer une euthanasie sur la femme et mettre ainsi fin à la vie de l'enfant, alors qu'actuellement, sauf justification, on serait poursuivi.

Une membre se dit perplexé par rapport au texte de l'amendement proposé. En ce qui concerne le terme «viable», il évoque, pour l'intervenante, certaines dispositions de droit civil, comme l'article 725 du Code civil en matière de successions.

Quant au fond, l'intervenante observe que l'amendement ouvre un champ nouveau de discussion. Elle préférerait que l'on s'abstienne de régler cette question dans le cadre de la proposition en discussion.

Un autre membre déclare avoir un avis assez partagé par rapport à l'amendement en discussion.

La notion d'enfant viable semble assez claire; il s'agit de l'enfant qui naît et qui se trouve en situation de vivre en dehors de sa mère. Quant à préciser à

nogal onzeker om te bepalen vanaf welk moment dat in de huidige stand van zaken mogelijk is, aangezien dat moment variabel is.

Op medisch vlak is de levensvatbaarheid nogal relatief. Die ligt tussen twee limieten die niet zo ver uit mekaar liggen, namelijk tussen 24 of 25 en 28 weken.

De spreker stelt met interesse vast dat het Burgerlijk Wetboek blijkbaar verwijst naar een begrip dat niet duidelijk omlijnd is, en dit in een materie die door de auteurs van dit wetboek nochtans als belangrijk wordt beschouwd, namelijk de erfenis.

De medische betekenis van de term «levensvatbaar» lijkt dus nauwkeuriger dan de juridische betekenis ervan.

De levensvatbaarheid kan ook worden bepaald in termen van burgerlijke stand, door de verplichting om het kind als doodgeboren aan te geven, of het als een miskraam te beschouwen.

Over de grond van de zaak denkt de spreker dat, positief geformuleerd, het de zorg van indiener van het amendement — dat onder de vorm van een verbod is uitgesproken — is, om te bepalen dat, indien een vrouw een levensvatbaar kind draagt, de geneesheer, tegenover een door deze vrouw geuit euthanasieverzoek, of wanneer die vrouw een wilsverklaring heeft opgesteld en ze zich in een toestand bevindt waarin ze niet meer tot bewustzijn kan worden gebracht, verplicht is rekening te houden met de staat van zwangerschap van de vrouw in kwestie en het probleem van die zwangerschap te regelen, alvorens rekening te houden met het euthanasieverzoek.

Wanneer deze situatie zich voordoet, dan is het kind ofwel levensvatbaar, en kan men aan de vrouw een keizersnede voorstellen, ofwel leidt de toestand waarin de patiënte zich bevindt tot een spontane abortus, ofwel bevindt de vrouw zich binnen de door de wet beschreven voorwaarden op zwangerschapsafbreking, die een abortus wettigen.

De spreker vraagt zich dan ook af of het verstandig is een tekst op te stellen over een probleem waarop de antwoorden op medisch vlak evident lijken.

Hij kan enkel vaststellen dat de indiener het amendement absoluut wil indienen.

Hij zou echter niet willen dat een negatieve stemming met betrekking tot een dergelijk amendement verkeerd zou worden geïnterpreteerd.

Een lid wijst erop dat de problematiek van de euthanasie bij zwangere vrouwen reeds werd behandeld in het wetsvoorstel op de euthanasie dat zij heeft neergelegd (Stuk Senaat, nr. 2-105/1), alvorens door enkele fractieleiders een gezamenlijk voorstel werd ingediend.

Spreekster betreurt evenwel dat voortdurend de parallel wordt getrokken tussen enerzijds de wetge-

partir de quel moment cela est possible en l'état actuel des choses, cela paraît assez aléatoire, car ce moment est variable.

Sur le plan médical, la viabilité est assez relative, entre deux limites qui ne sont pas très éloignées l'une de l'autre, à savoir entre 24 ou 25 et 28 semaines.

L'intervenant constate avec intérêt que le Code civil fait apparemment référence à une notion qui n'est pas parfaitement précisée, dans une matière pourtant considérée comme importante par les auteurs de ce Code, à savoir celle de l'héritage.

L'acceptation médicale du terme «viable» semblerait donc plus précisé que son acceptation juridique.

La viabilité peut aussi être déterminée, en termes d'état civil, par l'obligation qui est faite soit de déclarer un enfant mort-né, soit de considérer qu'il y a eu fausse couche.

Sur le fond, l'intervenant pense que, formulé de façon positive, le souci de l'auteur de l'amendement — qui est exprimé sous forme d'interdiction — est de prévoir que, si une femme est porteuse d'un enfant viable, obligation est faite au médecin, face à une demande d'euthanasie exprimée par cette femme, ou lorsque celle-ci a rédigé une déclaration anticipée et se trouve dans un état d'inconscience irréversible, de prendre en compte l'état de grossesse de la femme en question, et de régler le problème de cette grossesse, avant de prendre en compte la demande d'euthanasie.

Lorsque cette situation se présente, soit l'enfant est viable, et l'on peut proposer à la femme une césarienne, soit la situation dans laquelle se trouve la patiente aboutit à un avortement spontané, soit encore la femme se trouve dans les conditions décrites par la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, et qui légitime l'avortement.

L'intervenant se demande dès lors s'il est judicieux de prévoir un texte qui traite d'un problème auquel les réponses sur le plan médical lui semblent aller de soi.

Il ne peut que constater la volonté de l'auteur de l'amendement de déposer celui-ci.

Il ne voudrait pas cependant qu'un vote négatif par rapport à un tel amendement soit mal interprété.

Une commissaire signale que le problème de l'euthanasie chez les femmes enceintes a déjà été traité dans la proposition de loi relative à l'euthanasie qu'elle a déposée (doc. Sénat, n° 2-105/1), avant que quelques chefs de groupe ne déposent une proposition commune.

L'intervenante regrette toutefois que l'on établisse continuellement un parallèle entre, d'une part, la

ving inzake zwangerschapsafbreking en anderzijds de problematiek van de euthanasie. Het gaat immers over twee volstrekt van mekaar verschillende thema's. In de abortuswetgeving werd voorzien dat, wanneer de normale termijn verstreken is, zwangerschapsafbreking slechts mogelijk is indien het leven van de vrouw in gevaar is. Wanneer het einde van het leven van de zwangere vrouw in zicht is, zal zij er wellicht alles aan doen om het leven van haar kind te beschermen.

Volgens het lid kan worden gesproken van een levensvatbaar kind vanaf het ogenblik dat men weet dat dit kind ook buiten de moederschoot kan overleven. Daarvoor staan vandaag vele mogelijkheden open. Wanneer het mogelijk is dat dit kind het overleeft, moeten deze mogelijkheden ten volle worden aangevend.

Navraag bij de Nederlandse collega's leert spreekster evenwel dat een situatie, zoals ze beschreven staat in het amendement nr. 267, zich daar nog nooit heeft voorgedaan. Een zwangere vrouw zal steeds prioriteit geven aan het leven van haar kind en zal haar verzoek tot euthanasie hieraan ondergeschikt maken. Ook mocht het amendement nr. 267 niet goedgekeurd worden, zal een arts die wordt geconfronteerd met een dergelijke situatie hoe dan ook zijn medische verantwoordelijkheid nemen.

Het lid wijst er bovendien op dat ook de vader van het kind rechten heeft. Indien het amendement nr. 267 wordt gehandhaafd, dient dit aspect te worden toegevoegd aan de voorgestelde tekst. In dat geval zal spreekster haar goedkeuring verlenen aan dit amendement.

Een lid verwijst naar een van de vorige interventies. Als vrouw had ze toen reeds haar gevoel van onbehagen geuit tegenover het bewuste amendement.

Ze meent inderdaad dat het indienen van een dergelijk amendement op een zekere manier de goede naam van de vrouwen en de geneesheren te grabbel gooit. Het amendement lijkt hen in die mate als onverantwoordelijk te beschouwen, dat de wet er een beschikking moet voor opstellen. Die beschikking zou de vrouwen beletten het te vragen en de geneesheren beletten een uitermate ernstige handeling uit te voeren waarover ze diep zullen hebben nagedacht.

Een vrouw die een levensvatbare foetus draagt, die reeds tamelijk ver in haar zwangerschap gevorderd is, die dus haar kind heeft willen houden, en die zich in een ernstige en ongeneeslijke toestand bevindt, zal een euthanasieverzoek pas uiten na een gesprek met de geneesheer waarin hij haar de mogelijkheid zal bieden het kind te redden, bijvoorbeeld door een keizersnede.

Overigens, wanneer het kind levensvatbaar is, wordt het reeds als een persoon beschouwd, aange-

législation sur l'interruption de grossesse et, d'autre part, la problématique de l'euthanasie. Il s'agit en effet de deux thèmes tout à fait différents. Dans la législation sur l'avortement, il a été prévu que lorsque le délai normal est écoulé, l'interruption de grossesse n'est possible que si la vie de la femme est en danger. Lorsque la fin de vie de la femme enceinte est en vue, elle fera sans doute tout pour protéger la vie de son enfant.

Selon l'intervenante, on peut parler d'enfant viable dès l'instant où l'on sait que cet enfant pourra également survivre hors de l'utérus de la mère. Cela ouvre aujourd'hui la voie à de nombreuses possibilités. S'il est possible que cet enfant survive, ces possibilités doivent être exploitées à fond.

En se renseignant auprès des collègues néerlandais, l'intervenante a toutefois appris qu'une situation comme celle que décrit l'amendement n° 267 ne s'y est jamais produite. Une femme enceinte accordera toujours la priorité à la vie de son enfant et y subordonnera sa demande d'euthanasie. Même si l'amendement n° 267 n'est pas adopté, le médecin confronté à une telle situation prendra de toute manière ses responsabilités du point de vue médical.

L'intervenante ajoute que le père de l'enfant a, lui aussi, des droits. Si l'amendement n° 267 est maintenu, cet aspect doit être ajouté au texte proposé. Dans ce cas, elle donnera son agrément audit amendement.

Une membre se réfère à l'une de ses précédentes interventions, où elle avait déjà exprimé le malaise qu'elle ressent, en tant que femme, par rapport à l'amendement en discussion.

Elle estime en effet que le dépôt d'un tel amendement fait, d'une certaine façon, injure aux femmes et aux médecins, car il semble les considérer comme à ce point irresponsables que la loi devrait prévoir une disposition qui les empêche, pour les unes de demander, et pour les autres, de pratiquer un acte extrêmement grave auquel ils auront réfléchi de façon approfondie.

Une femme enceinte d'un fœtus viable, qui a déjà mené sa grossesse relativement loin, qui a donc voulu garder son enfant, et qui se trouve dans une situation de maladie grave et incurable, ne formulera une demande d'euthanasie, après un dialogue avec le médecin, que si celui-ci lui offre une possibilité de sauver son enfant, par exemple, grâce à une césarienne.

Par ailleurs, si l'enfant est viable, il est déjà considéré comme une personne, puisqu'il est capable

zien het kan erven zoals elk ander individu. Uit dit feit zou men zelf kunnen afleiden dat, volgens het bewuste wetsvoorstel, euthanasie uitgesloten zou zijn.

Uit de door spreekster aan de specialisten gestelde vragen blijkt dat die laatste vooral te maken krijgen met de omgekeerde toestand als die beschreven in het amendement, namelijk vrouwen die, ondanks een ernstige ziekte, bepaalde behandelingen weigeren omdat ze bovenal hun zwangerschap tot een goed einde willen brengen. Dikwijls stelt men hen dan een keizersnede voor opdat ze én hun kind ter wereld kunnen brengen én op een adequate manier verzorgd kunnen worden.

Het amendement heeft dus veeleer betrekking op een schoolvoorbeeld.

Indien men deze logica tot het einde wil doortrekken, zou men die zelfs moeten uitbreiden en bepalen dat, van zodra een vrouw zwanger is, ze geen euthanasie meer kan verkrijgen.

Een ander lid sluit zich aan bij de meeste vorige sprekers: de aangehaalde gevallen zijn dermate marginaal dat het amendement meer problemen veroorzaakt dan oplost.

Het is waar dat de term «levensvatbaar» een medische betekenis heeft, een soms filosofische en een juridische betekenis.

Verder gebruiken andere wettelijke bepalingen dan artikel 725 van het Burgerlijk Wetboek dit begrip.

Zo bepaalt artikel 33*bis* van het Burgerlijk Wetboek dat vorderingen betreffende de verwantschap niet ontvankelijk zijn indien het kind niet levensvatbaar geboren is. Dit betekent dat leefbaarheid pas na de geboorte beoordeeld wordt.

De spreker blijft erbij dat men niet kan discussiëren over noch stemmen een amendement, waarvan men de draagwijdte niet kent, aangezien er ten minste drie verschillende betekenissen van het begrip levensvatbaarheid bestaan.

Een vrouwelijke senator meent dat de auteur van het amendement een aanzienlijk risico neemt door het in te dienen. Talrijke actoren op het terrein mogen dan al verschillende moeilijke situaties ter sprake hebben gebracht, op geen enkel moment is er sprake geweest van die welke met het bewuste amendement wordt bedoeld. Gezien het uitzonderlijk karakter van deze situatie, gaat het echt om een geval waar de toepassing van het begrip toestand van overmacht op zijn plaats is. Ofwel zal het gaan om een ernstig zieke vrouw, die behandelingen zal krijgen die vermoedelijk tot gevolg zullen hebben dat ze niet zwanger kan raken, ofwel zal het gaan om een vrouw die het slachtoffer is geworden van een ongeval en die een wilsverklaring heeft geuit met een uitdrukkelijk euthanasieverzoek. In dit geval zal de geneesheer de kansen

d'hériter comme tout autre individu. On pourrait même déduire de cette circonstance que, selon la proposition de loi en discussion, l'euthanasie serait exclue.

Il résulte des questions posées par l'intervenante aux spécialistes de terrain que ceux-ci rencontrent surtout la situation inverse à celle décrite dans l'amendement, à savoir celle de femmes qui, en dépit d'une maladie grave, refusent certains traitements, parce qu'elles veulent par priorité mener leur grossesse le plus loin possible. Souvent, on leur propose alors une césarienne, afin qu'elles puissent à la fois mettre au monde leur enfant, et être soignées de façon adéquate.

L'amendement envisage donc plutôt un cas d'école.

Si l'on veut suivre sa logique jusqu'au bout, il faudrait même l'élargir et prévoir qu'une femme, dès l'instant où elle est enceinte, ne peut plus obtenir l'euthanasie.

Un autre membre déclare partager le point de vue de la précédente intervenante. Les cas visés sont à ce point marginaux que l'amendement crée plus de problèmes qu'il n'en résout.

Il est vrai que le terme «viable» a une acception médicale, une acception parfois philosophique, et une acception juridique.

Du reste, d'autres dispositions légales que l'article 725 du Code civil utilisent cette notion.

Ainsi, l'article 33*bis* du Code civil prévoit que les actions relatives à la filiation ne sont pas recevables si l'enfant n'est pas né viable. Cela signifie que la viabilité s'apprécie après la naissance.

L'intervenant maintient que l'on ne peut discuter ni voter un amendement dont on ne connaît nullement la portée, parce qu'il existe au minimum trois acceptions différentes de la notion de viabilité qu'il mentionne.

Une sénatrice estime qu'en déposant cet amendement, son auteur prend un risque important. En effet, si les nombreux acteurs de terrain ont évoqué beaucoup de situations difficiles, il n'a été question à aucun moment de celle évoquée dans l'amendement en discussion. Étant donné le caractère exceptionnel de cette situation, il s'agit vraiment d'un cas où l'application de la notion d'état de nécessité peut être tout à fait justifiée. Soit il s'agira d'une femme gravement malade, subissant des traitements qui auront sans doute pour conséquence l'impossibilité d'être enceinte, soit il s'agira d'une femme victime d'un accident qui aura fait une déclaration anticipée avec une demande explicite d'euthanasie. Dans ce cas, le médecin devra évaluer les chances de la mère et celles de l'enfant, puisque l'amendement ne comporte aucune

van de moeder moeten inschatten en die van het kind, aangezien er in het amendement geen enkele definitie van het begrip levensvatbaar kind staat. Maar geen enkele geneesheer zal het risico lopen euthanasie uit te voeren op een vrouw die een levensvatbaar kind verwacht.

Sommigen vragen zich af wat de publieke opinie ervan zal denken, en dat schaadt, volgens de spreker, de sereniteit van de wetgever.

Indien het amendement zou worden behouden, wat de verantwoordelijkheid van de indiener is, dan zou spreker tegen dit amendement stemmen, wat volgens haar niet betekent dat euthanasie op vrouwen, die zwanger zijn van een levensvatbaar kind, toegelaten is.

Het is een zware vergissing om een zo'n uitzonderlijk geval aan te halen, en er wetgevend tegenover op te treden, en daardoor verwarring te zaaien bij de geneesheren.

Het amendement zal meer moeilijkheden veroorzaken dan concrete gevallen oplossen, wat strijdig is met het doel van het wetsvoorstel.

Een lid stemt in met hetgeen door de andere sprekers is gezegd. In het burgerlijk recht is het begrip levensvatbaar kind veeleer van toepassing op het kind na de geboorte. In het strafrecht bestaat dit begrip niet. Het is de huidige wetgeving over de zwangerschapsafbreking die de foetus onrechtstreeks beschermt vanaf een bepaalde leeftijd.

Het amendement zou tot gevolg hebben dat we twee tegenstrijdige normen in het recht zouden hebben.

De spreker denkt dat de vraag betreffende het woord «levensvatbaar» onbeantwoord zal blijven.

Een ander lid merkt op dat in het Burgerlijk Wetboek geen definitie wordt gegeven van het «levensvatbaar kind» omdat dit om een feitelijke vaststelling gaat. De context waarin in het Burgerlijk Wetboek wordt gesproken over het levensvatbaar kind — namelijk het verkrijgen van een erfrecht — vloeit voort uit het Latijnse adagium «*Infans conceptus pro iam nato habetur quotiens de commodis eius agitur*», dat wil zeggen dat de mens wordt geacht mens te zijn vanaf zijn geboorte, onder de voorwaarde dat hij levend en levensvatbaar wordt geboren. Dit is een loutere vaststelling, die niets te maken heeft met een juridische appreciatie. Het gebruik van de term «levensvatbaar kind» in het Burgerlijk Wetboek heeft derhalve niets te maken met de problematiek van de euthanasie bij zwangere vrouwen.

Verder oordeelt het lid dat de reden van de indiening van het amendement nr. 267 gelegen is in het overdreven ruime toepassingsgebied van de wet. Dit laat immers ruimte voor allerhande hypothesen, waarin verschillende tegenovergestelde belangen met

définition de la notion d'enfant viable. Mais aucun médecin ne prendra le risque de pratiquer une euthanasie sur une femme enceinte d'un enfant viable.

La question que se posent certains de ce que dira l'opinion publique nuit, selon l'intervenante, à la sérénité du législateur.

Au cas où l'amendement serait maintenu, ce qui relève de la responsabilité de son auteur, l'intervenante votera contre cet amendement, ce qui, à ses yeux, n'implique pas l'autorisation de pratiquer l'euthanasie sur des femmes enceintes d'un enfant viable.

C'est une grave erreur de se saisir d'un cas d'espèce tout à fait exceptionnel, et de légiférer à ce sujet, en introduisant une difficulté et une confusion chez les médecins.

L'amendement créera plus de difficultés qu'il ne résoudra de cas concrets, ce qui est contraire à l'objectif de la proposition de loi.

Un membre se rallie à ce qui a été dit par d'autres intervenants. En droit civil, la notion d'enfant viable s'applique plutôt à l'enfant après sa naissance. En droit pénal, cette notion n'existe pas. C'est la législation actuelle sur l'interruption volontaire de grossesse qui, indirectement, amène une protection du fœtus à partir d'un certain âge.

L'amendement aurait pour conséquence que l'on aurait en droit deux normes contradictoires.

L'intervenant pense que la question relative au mot «viable» reste une question sans réponse.

Un autre membre fait observer que le Code civil ne donne pas de définition de l'«enfant viable», parce qu'il s'agit là d'une constatation de fait. Le contexte dans lequel le Code civil parle de l'enfant viable — à savoir l'obtention d'un droit de succession — résulte de l'adage latin «*Infans conceptus pro iam nato habetur quotiens de commodis eius agitur*», c'est-à-dire que l'homme est censé être homme dès sa naissance, à la condition qu'il naisse vivant et viable. C'est là une simple constatation, qui n'a rien à voir avec une appréciation juridique. L'emploi du terme «enfant viable» dans le Code civil n'a donc rien à voir avec la problématique de l'euthanasie chez les femmes enceintes.

Selon le membre, le dépôt de l'amendement n° 267 est plutôt motivé par le champ d'application exagérément large de la loi. Celui-ci se prête en effet à toutes sortes d'hypothèses dans lesquelles différents intérêts opposés doivent être conciliés. Pareilles questions ne

mekaar dienen te worden verzoend. Dergelijke aan-gelegenheden horen evenwel niet thuis in een euthanasiewet.

Ten gronde, meent spreker dat het amendement fundamenteel niets wijzigt aan de tekst. De verantwoording ervan luidt immers :

«Dit artikel laat het leven van het ongeboren, maar reeds levensvatbaar, kind primeren op het euthanasieverzoek.»

De indiener van het amendement nr. 267 gaat er blijkbaar van uit dat een vrouw, die zwanger is van een levensvatbaar kind, zou kunnen overwegen om euthanasie te vragen zonder het kind tot leven te brengen. De opvattingen van de geneeskunde gaan er toch van uit dat, wanneer er een ongeboren, levensvatbaar kind is, dit kind dient geboren te worden alvorens men zou overgaan tot euthanasie. Welke redelijke geneesheer kan tot een andere conclusie komen ?

Het lid vindt dan ook dat hier sprake is van een verkeerde probleemstelling. De juiste probleemstelling dient volgens hem te zijn of een zwangere vrouw in het licht van de euthanasiewetgeving op een andere manier moet behandeld worden dan een niet-zwangere vrouw.

De indiener van het amendement nr. 267 benadrukt dat het nooit zijn bedoeling is geweest de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 stokken in de wielen te steken bij de behandeling ervan. Het is niet fair om op deze wijze kritiek te leveren op het amendement nr. 267.

De senator herhaalt dat het amendement is gebaseerd op voorstellen die reeds tot uiting zijn gekomen in verschillende wetsvoorstellen, die zowel in de Senaat als in de Kamer van volksvertegenwoordigers werden ingediend. Men dient zich te bezinnen over de moeilijkheden die zich zouden kunnen voordoen in de situatie waarin de zwangere vrouw om euthanasie verzoekt. Het feit dat deze situatie niet aan bod is gekomen tijdens de hoorzittingen, is daarbij geen argument.

Met betrekking tot de interpretatie van de term «levensvatbaar kind», is spreker niet tegen de idee om een concrete termijn in de wet in te schrijven, voor zover deze tenminste voldoende ruim is. De senator kan zich eveneens vinden in het voorstel dat door een vorige interveniënt werd geopperd om, in het algemeen, een andere medische benadering voor te schrijven al naar gelang het al dan niet om een zwangere vrouw gaat. Daarbij dienen de levenskansen van het ongeboren kind alleszins in overweging te worden genomen. Wanneer het probleem, op deze wijze gesteld, op een bredere consensus kan rekenen en minder controversieel zou worden, is de senator bereid om in die richting mee een oplossing te zoeken.

Een lid herhaalt dat het hem absurd lijkt te denken dat de geneesheer niet eerst het probleem van het le-

sonst toutefois pas à leur place dans une loi sur l'euthanasie.

Quant au fond, l'intervenant estime que l'amendement ne modifie rien d'essentiel au texte. Il est en effet justifié comme suit :

«Cet article fait primer la vie de l'enfant non né, mais déjà viable, sur la demande d'euthanasie.»

L'auteur de l'amendement n° 267 part manifestement de la supposition qu'une femme, enceinte d'un enfant viable, pourrait envisager de demander l'euthanasie avant de mettre son enfant au monde. Or, le monde médical part du principe qu'il faut faire naître tout enfant en gestation, qui est viable, avant de pratiquer l'euthanasie. Quel médecin sérieux pourrait arriver à une autre conclusion ?

L'intervenant estime qu'ici aussi, le problème est mal posé. Selon lui, le véritable problème est de savoir si, dans le cadre de la législation sur l'euthanasie, il faut traiter différemment une femme qui est enceinte et une femme qui ne l'est pas.

L'auteur de l'amendement n° 267 souligne qu'il n'a jamais eu l'intention de mettre des bâtons dans les roues des auteurs de la proposition n° 2-244 pour ce qui est de l'examen de celle-ci. Il n'est pas correct de suggérer qu'une telle situation a existé, pour critiquer par ce biais l'amendement n° 267.

Le sénateur répète que son amendement s'inspire des diverses propositions de loi qui ont été déposées tant au Sénat qu'à la Chambre des représentants. Il y a lieu de réfléchir aux difficultés qui pourraient surgir au cas où une femme enceinte demanderait l'euthanasie. Le fait que l'on n'ait pas parlé de cette situation au cours des auditions ne constitue pas un argument en l'espèce.

En ce qui concerne l'interprétation des termes «enfant viable», l'intervenant ne s'oppose pas à la suggestion d'inscrire un délai concret dans la loi, pour autant que celui-ci soit suffisamment long. Le sénateur peut également souscrire à la proposition faite par un préopinant de prévoir, d'une manière générale, un traitement médical différent pour les femmes enceintes et les autres. Il faut en tout cas prendre en considération les chances de survie de l'enfant en gestation. Le sénateur déclare qu'au cas où un consensus plus large pourrait se réaliser à propos du problème et où il pourrait devenir moins controversé, il serait prêt à aider à trouver une solution qui aille dans le sens évoqué.

Un membre répète qu'il lui paraît absurde de penser que, face à une femme consciente, qui est

vensvatbaar kind zou regelen, dan dat van een bewuste vrouw, die ernstig en ongeneeslijk ziek is, en die aan alle door de wet bepaalde voorwaarden om euthanasie te vragen beantwoordt.

Hetzelfde geldt voor een vrouw, die niet meer bij bewustzijn kan worden gebracht en die binnen de vijf voorafgaande jaren een wilsverklaring heeft afgelegd.

Het is moeilijk een formule te vinden die bij een wettekst past en op een positieve manier de bezorgdheid van de indiener van het amendement uit, namelijk dat de beschikkingen van de wet enkel van toepassing zijn op de vrouw, die een levensvatbaar kind draagt, nadat de geneesheer rekening heeft gehouden met de specifieke toestand van die vrouw.

De wetgever is trouwens niet bij machte specifieke voorwaarden terzake te bepalen.

De spreker meent dat het belangrijk is dat het probleem werd aangekaart en dat eenieder zich heeft kunnen uiten over het onderwerp.

Er lijkt een brede consensus te bestaan over het feit dat bijzondere aandacht moet worden geschonken aan een vrouw, die een levensvatbaar kind draagt, en die zich in een toestand bevindt, waarin ze euthanasie zou kunnen vragen.

Naar aanleiding van deze beschouwing wordt de amendement nr. 267 ingetrokken.

Amendementen nrs. 685 en 686

De heer Monfils heeft bij amendement nr. 267 twee subamendementen ingediend (Stuk Senaat nr. 2-244/20, amendement nr. 685 en aanvullend amendement nr. 686). Het eerste strekt ertoe de woorden «van een levensvatbaar kind» te schrappen, het tweede strekt ertoe die woorden te vervangen door de woorden «van twaalf weken».

Deze beide subamendementen worden tevens ingetrokken.

Artikel 4bis (nieuw)

Amendementen nrs. 16 en 292, 240 (A tot C), 55, 266 (A tot C) en 56

De heer Monfils c.s. hadden een amendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 16) dat ertoe strekte een artikel 4bis (nieuw) betreffende bijzondere voorwaarden en een aangepaste procedure ingeval de onbewuste patiënt een wilsverklaring heeft opgesteld.

Gezien de bespreking van en de stemming over de vorige artikelen, dienen mevrouw Leduc c.s. een subamendement in op amendement nr. 16 (Stuk Senaat,

atteinte d'une maladie grave et incurable, et qui est en situation de demander l'euthanasie parce qu'elle répond à toutes les autres conditions prévues par la loi, le médecin ne s'occuperait pas d'abord de régler le problème de l'enfant viable qu'elle porte.

La même réflexion vaut pour une femme dans un état d'inconscience irréversible qui a fait une déclaration anticipée dans les cinq ans qui précèdent.

Il est difficile de trouver une formule qui puisse convenir à un texte de loi et qui exprime de façon positive la préoccupation de l'auteur de l'amendement, à savoir que les dispositions de la loi ne peuvent s'appliquer chez la femme enceinte d'un enfant viable qu'après que le médecin a pris en compte la situation spécifique de cette femme.

Le législateur est par ailleurs dans l'incapacité de fixer des conditions spécifiques en la matière.

L'intervenant trouve important que le problème ait été soulevé, et que les uns et les autres aient pu s'exprimer par rapport au sujet.

Il semble exister un large consensus pour considérer qu'une attention particulière doit être accordée à une femme porteuse d'un enfant viable et qui se trouve dans une situation où elle pourrait bénéficier d'une euthanasie.

À la suite de cette discussion, l'amendement n° 267 est retiré.

Amendements n^{os} 685 et 686

M. Monfils a déposé à l'amendement n° 267 deux sous-amendements (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 685 et amendement subsidiaire n° 686). Le premier tend à supprimer les mots «d'un enfant viable», et le second tend à les remplacer par les mots «de douze semaines».

Ces deux sous-amendements sont également retirés.

Article 4bis (nouveau)

Amendements n^{os} 16 et 292, 240 (A à C), 55, 266 (A à C) et 56

M. Monfils et consorts avaient déposé un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 16), tendant à insérer un article 4bis (nouveau), relatif aux conditions et procédure particulières au cas du patient inconscient ayant rédigé une déclaration anticipée.

Compte tenu de la discussion et du vote relatifs aux articles précédents, Mme Leduc et consorts déposent à l'amendement n° 16 un sous-amendement (doc.

nr. 2-244/15, amendement nr. 292) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel *4bis* (nieuw) te doen vervallen.

Amendement nr. 16 en subamendement nr. 292 worden eenparig aangenomen door de 26 aanwezige leden.

De amendementen nrs. 240 (A en C) van de heer Monfils c.s., 55 van mevrouw Lindekens c.s., 266 (A tot C) van de heer Vandenberghe en 56 van mevrouw Lindekens c.s., allemaal subamendementen op amendement nr. 16, worden bijgevolg ingetrokken.

Artikel 5

Amendement nr. 17

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 17), dat ertoe strekt het opschrift van hoofdstuk IV te vervangen door de woorden «Hoofdstuk IV — Aangifte», en artikel 5 te vervangen als volgt:

«Art. 5. — De arts die euthanasie toepast, bezorgt binnen vier dagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel *5ter* van deze wet aan de in artikel *5bis* bedoelde federale evaluatiecommissie.»

De hoofdindienster legt uit dat, waar aanvankelijk twee afzonderlijke wetsvoorstellen werden ingediend — namelijk het wetsvoorstel betreffende de euthanasie (nr. 2-244) en het wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet betreffende de euthanasie (nr. 2-245/1) —, thans geopteerd wordt voor één voorstel (nr. 2-244/1).

Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat de federale commissie niet enkel als een evaluatiecommissie te beschouwen is, maar ook als een buffer die het mogelijk maakt dat niet alle aangiften worden overgezonden naar het gerecht. Wanneer de euthanasie volgens de wet is verlopen, hoeft deze aangifte niet aan het parket te worden overgemaakt. Voor de artsen was dit belangrijk. Dit neemt niet weg dat ook de controle achteraf nog een belangrijk gegeven blijft.

Het amendement nr. 17 B strekt er dan ook toe de problematiek van de evaluatie en van de federale commissie in te voegen in de wet betreffende de euthanasie.

Een lid is van oordeel dat de meldingsplicht en de naleving hiervan de toetssteen is voor het antwoord op de vraag of de wet het leven wel voldoende beschermt. Het Nederlandse voorbeeld, waaruit blijkt dat de meerderheid van de artsen de euthanasie niet meldt, zou tot enige voorzichtigheid moeten aanleiding geven. Het lid wenst enige bedenkingen te

Sénat, n° 2-244/15, amendement n° 292) tendant à supprimer l'article *4bis* proposé.

L'amendement n° 16 et le sous-amendement n° 292 sont adoptés à l'unanimité des 26 membres présents.

Par conséquent, les amendements nos 240 (A et C) de M. Monfils et consorts, 55 de Mme Lindekens et consorts, 266 (A à C) de M. Vandenberghe et 56 (A et B) de Mme Lindekens et consorts, qui sont des sous-amendements à l'amendement n° 16, sont dès lors retirés.

Article 5

Amendement n° 17

Mme Vanlerberghe et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17) visant à remplacer l'intitulé du chapitre IV par les mots «Chapitre IV — Déclaration» et à remplacer l'article 5 par la disposition suivante:

«Art. 5. — Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, endéans les quatre jours, le document d'enregistrement visé à l'article *5ter*, dûment complété, à la commission d'évaluation fédérale visée à l'article *5bis* de la présente loi.»

L'auteur principal de l'amendement déclare que l'on avait initialement déposé deux propositions — à savoir la proposition de loi relative à l'euthanasie (n° 2-244) et la proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi relative à l'euthanasie (n° 2-245/1) —, et que l'on opte maintenant pour une seule proposition (n° 2-244/1).

Les auditions ont montré qu'il faut considérer la commission fédérale non seulement comme une commission d'évaluation, mais aussi comme un organe-tampon qui permet de ne pas transmettre toutes les déclarations à la justice. Lorsque l'euthanasie a été pratiquée conformément à la loi, la déclaration ne doit pas être envoyée au parquet. C'était un point important pour les médecins. Il n'empêche que le contrôle *a posteriori* reste un élément important.

L'amendement n° 17 B vise dès lors à inscrire dans la loi relative à l'euthanasie un volet concernant l'évaluation et la commission fédérale.

Un membre estime que le devoir de notification et le respect de celui-ci constituent les éléments à partir desquels on peut savoir si la loi protège suffisamment la vie. L'exemple des Pays-Bas, où, semble-t-il, la majorité des médecins ne déclarent pas les cas d'euthanasie, devrait nous inciter à une certaine prudence. L'intervenant souhaite émettre quelques

maken bij het artikel 5 van voorliggend wetsvoorstel, rekening houdende met het amendement nr. 17B dat de indieners op het eigen voorstel hebben neergelegd.

Deze bedenkingen hebben in de eerste plaats betrekking op de meldingsplicht van de euthanasiegevallen en de handhaving van de wetgeving hieromtrent, die als de «achillespees» van de ganse constructie kunnen worden beschouwd.

— Euthanasie dient, als uitzonderlijk en maatschappelijk handelen, vanzelfsprekend onderworpen te zijn aan een doeltreffende maatschappelijke controle.

Om na te gaan of de arts wel degelijk de voorwaarden heeft nageleefd waaronder de uitgevoerde euthanasie «geen misdrijf is», is een afdoende toetsing hiervan noodzakelijk. Een goede en betrouwbare regulering van het euthanaserend handelen staat of valt immers met de controle die er kan op worden uitgeoefend. Zonder dergelijke controle, wordt de feitelijke depenalisering immers bevestigd.

— De Europese Commissie voor de rechten van de mens oordeelde bovendien in de zaak Isiltan tegen Turkije (22 mei 1995) dat artikel 2 EVRM de verplichting impliceert «*d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir la cause d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants*».

Hierin wordt bevestigd dat artikel 2 van het EVRM voor de Staat niet enkel een negatieve (onthoudings)verplichting inhoudt, maar ook een positieve verplichting om derwijze te handelen dat het menselijk leven op actieve wijze wordt beschermd.

Ook artikel 13 van het EVRM, dat een recht op «daadwerkelijke rechtshulp» waarborgt, is in het geding wanneer de overheid nalaat degenen op te sporen en te vervolgen die zich aan moord of doodslag hebben schuldig gemaakt.

Wanneer de overheid in gebreke blijft om aangepaste maatregelen te nemen teneinde een imminente bedreiging van het leven af te wenden, of de daders van een levensberoving te vervolgen, kan zij wegens schending van het EVRM worden veroordeeld.

— De rechtshandhaving van een euthanasie-regelgeving is evenwel niet onproblematisch.

Professor Velaers schrijft hierover:

«De rechtshandhaving blijft de achillespees van heel de regeling. Nogmaals, wat baat het precieze voorwaarden in een wet in te schrijven, over het 'terminaal' karakter van de ziekte, over de vrijwilligheid van het verzoek om euthanasie, over de uitzichtloosheid van het lijden, over de afwezigheid van afdoende pijnstillers, wanneer de geneesheren niet of niet voldoende bereid zijn verantwoording af te leggen over hun handelen, zodat het niet of nauwe-

considérations à propos de l'article 5 de la proposition à l'examen, en tenant compte de l'amendement n° 17B que les auteurs de la proposition ont déposés eux-mêmes.

Ces considérations portent principalement sur le devoir de notification des cas d'euthanasie et sur le respect de la législation en la matière, qui peuvent être considérés comme formant ensemble le point faible de la proposition.

— L'euthanasie doit évidemment être soumise, en tant qu'acte exceptionnel et de nature sociale, à un contrôle social efficace.

Pour vérifier si un médecin a bel et bien rempli les conditions nécessaires pour que l'euthanasie ne puisse pas être qualifiée d'«infraction», il faut un contrôle suffisant. L'efficacité et la fiabilité d'une réglementation en matière d'euthanasie dépendent en effet entièrement du contrôle possible. En l'absence de pareil contrôle, la dépenalisation de fait est en effet entérinée.

— La Commission européenne des droits de l'homme a en outre jugé, dans l'affaire Isiltan contre la Turquie (22 mai 1995) que l'article 2 de la CEDH emportait l'obligation «*d'instaurer un système judiciaire efficace permettant d'établir la cause d'un décès survenu à l'hôpital et éventuellement la responsabilité des médecins traitants*».

On y confirme que l'article 2 de la CEDH emporte non seulement, pour l'État, une obligation négative (d'abstention), mais également une obligation positive d'agir de manière que la vie humaine soit protégée activement.

L'article 13 de la CEDH, qui garantit un droit à un «recours effectif», est également en cause lorsque les pouvoirs publics omettent de rechercher et de poursuivre ceux qui se sont rendus coupables d'homicide ou de meurtre.

Lorsque les pouvoirs publics restent en défaut de prendre les mesures adéquates pour parer à une menace de mort imminente, ou de poursuivre les auteurs d'un acte ayant entraîné la mort, ils peuvent être condamnés pour violation de la CEDH.

— Le respect d'une réglementation en matière d'euthanasie n'est toutefois pas facile à garantir.

Le professeur Velaers écrit à ce sujet ce qui suit:

«*De rechtshandhaving blijft de achillespees van heel de regeling. Nogmaals, wat baat het precieze voorwaarden in een wet in te schrijven, over het 'terminaal' karakter van de ziekte, over de vrijwilligheid van het verzoek om euthanasie, over de uitzichtloosheid van het lijden, over de afwezigheid van afdoende pijnstillers, wanneer de geneesheren niet of niet voldoende bereid zijn verantwoording af te leggen over hun handelen, zodat het niet of nauwe-*

lijks mogelijk is enige controle uit te oefenen teneinde de naleving van de voorwaarden te verzekeren. In 1994 heeft een multi-disciplinaire 'Committee on Medical Ethics' van het Britse House of Lords precies om die redenen een euthanasiewetgeving afge-
wezen.»

— De problematiek van het controlemechanisme kwam eveneens aan bod tijdens de hoorzittingen. Deze maakten duidelijk dat het aanvankelijk door de meerderheid voorgestelde systeem van rechtstreekse aangifte door de arts bij de procureur des Konings niet enkel juridisch betwistbaar (*nemo tenetur*-beginsel) maar ook in de praktijk niet werkbaar zou zijn: van artsen verwachten dat ze door vrijwillige melding het risico lopen strafrechtelijk te worden vervolgd, heeft inderdaad iets naïefs.

In de hoorzittingen werd bovendien gewezen op de noodzakelijke complementariteit van een *a priori*-procedure met de achteraf te verrichten controle.

Belangrijk(er) zijn evenwel de opmerkingen van de gehoorde juristen. Dat de artsen geen directe dreiging van het strafrecht willen gewaarworden ten gevolg van een melding of een controle is een zaak waar terecht rekening dient mee gehouden te worden. Een andere en even belangrijke zaak is dat deze controle uiteindelijk de controle van een strafrechtelijk vastgestelde norm beoogt, welke is opgedragen aan het openbaar ministerie. Zij dient dus in alle onafhankelijkheid in staat gesteld te worden haar functie uit te oefenen. Indien dit niet gebeurt, wordt de strafnorm immers uitgehold wegens niet controleerbaar, hetgeen neerkomt op een feitelijke totale depenalisering.

Voorzitter Panier was onder meer zeer terughoudend over een «veradministratiesering» van de controle middels specifieke commissies:

«Het probleem ten gronde is te weten of men het risico moet nemen de aansprakelijkheden te verzwakken. Opgepast voor, zonder daarom obscurantist te willen zijn, wat ik de systematische «verwetenschappelijking» van de juridische keuzes noem, die uiteindelijk ergens politieke keuzes in tweede rang zijn. Opgepast voor het risico om zich te verschuilen achter het advies van de geneesheer: de referentiearts naar wie ik verondersteld ben te telefoneren wanneer ik een euthanasiedossier ontvang, heeft me geantwoord, dat het, volgens wat ik hem heb verteld, goed was. Ik ben dus ingedekt. Een van de tendensen in het postmoderne recht is, ergens de verantwoordelijkheid afschuiven op de wetenschap. Ik ben een van de eersten die zich erover verheugt dat we meer en meer, niet-gezegden, onvoorziene omstandigheden of obscurantismes, elimineren, maar de keuze moet nu ook weer niet verplaatst worden van de rechtbank naar het laboratorium.»

*lijks mogelijk is enige controle uit te oefenen teneinde de naleving van de voorwaarden te verzekeren. In 1994 heeft een multi-disciplinaire 'Committee on Medical Ethics' van het Britse House of Lords precies om die redenen een euthanasiewetgeving afge-
wezen.»*

— Le problème du mécanisme de contrôle a également été abordé au cours des auditions. Celles-ci ont clairement indiqué que le système de la déclaration directe du médecin au procureur du Roi, proposé initialement par la majorité, était juridiquement contestable (principe «*nemo tenetur*») et inapplicable dans la pratique; il est en effet naïf de penser que des médecins vont courir le risque, en faisant une déclaration spontanée, d'être poursuivis au pénal.

Au cours des auditions, on a d'ailleurs souligné qu'il fallait nécessairement que la procédure «*a priori*» et le contrôle à effectuer *a posteriori* soient complémentaires.

Les observations formulées par les juristes consultés sont toutefois plus importantes. Les médecins ne veulent pas être menacés directement de poursuites pénales à la suite d'une déclaration ou d'un contrôle. C'est une chose dont on tiendra compte à juste titre. Mais il est tout aussi important de tenir compte du fait que le contrôle en question est finalement celui d'une norme de droit pénal, et qu'un tel contrôle est confié au ministère public. Il convient donc de permettre à celui-ci d'exercer sa mission en toute indépendance, sans quoi la norme pénale sera vidée de son contenu en raison de l'impossibilité d'en contrôler le respect, et l'on assistera dès lors à une dépenalisation totale de fait.

Le président Panier s'est montré très réticent notamment à l'égard d'une bureaucratisation du contrôle par des commissions spécifiques:

«Le problème de fond est de savoir s'il faut prendre le risque d'un étiolement des responsabilités. Attention à ce que — sans pour autant être un obscurantiste — j'appelle la dérive de «scientifisation» systématique des choix juridiques qui sont finalement en quelque sorte des choix politiques au second degré. Attention au risque de se couvrir par l'avis du spécialiste: le toubib de référence, auquel je suis censé téléphoner quand je reçois un dossier d'euthanasie, m'a répondu que, d'après ce que je lui ai dit, c'était bon. Je suis donc couvert. Une des tendances du droit postmoderne est de se 'défausser' en quelque sorte sur la science. Dieu sait si je suis de ceux qui se félicitent que l'on puisse de plus en plus éliminer des non-dits, des imprévus ou des obscurantismes par les progrès que fait la science, mais il ne faudrait pas déplacer le choix du palais de justice au laboratoire.»

Hier wordt welsprekend aangetoond dat er een toenemende trend tot wetenschappelijke objectivering wordt waargenomen wanneer moeilijke beslissingen worden genomen, terwijl de positieve wetenschappen hier meestal niet voor geroepen zijn. Het recht daarentegen — *ars aequi et boni* — moet keuzes maken en moet een bepaalde benadering kiezen om een bepaald gedrag te beoordelen. Indien men rechtsregelen in het leven roept, is de essentie ervan gelegen in de sanctie op de niet-naleving.

Professor Vanneste verklaarde:

«Persoonlijk ben ik van mening dat zowel een procedure *a priori* als een procedure *a posteriori* noodzakelijk is. De procedure *a posteriori* in de voorliggende wetsvoorstellen gebeurt via de vaststelling van het overlijden en de overlijdensaangifte. Een variante, die we in het CVP-voorstel terugvinden, bestaat erin de taak toe te vertrouwen aan de arts-specialist in de gerechtelijke geneeskunde, die een eerste toetsing achteraf doet. In het derde voorstel (van het Raadgevend Comité) werd nog een bijkomende voorwaarde om de misbruiken tegen te gaan gesuggereerd, namelijk het aanbrenge van een belichting op het legitiem medisch handelen bij het levenseinde. In alle aangewende technieken kan immers heimelijk de intentie of het motief aanwezig zijn om tot levensbeëindiging over te gaan. Dit zijn sluiptwegen voor ongevraagde of illegitieme levensbeëindiging.»

Men dient immers wetgeving te maken om misbruiken te bestrijden en ontsporingen te vermijden.

Professor Adams wees vooral op de noodzaak van de buffer, en verwees hierbij naar de Nederlandse toetsingscommissies:

«Als er één les te leren valt uit de Nederlandse situatie, dan is het wel dat een regeling met betrekking tot euthanasie enerzijds artsen moet stimuleren aan de samenleving verantwoording af te leggen over hun levensbeëindigend handelen en anderzijds de kwaliteit van dit handelen moet bewaken en bevorderen. In ieder geval zal een regeling enkel behoorlijk functioneren wanneer ze wordt gedragen door de personen die ermee moeten werken, en dat zijn natuurlijk in de eerste plaats de artsen zelf. (...)

De artsen wensen niet in de strafrechterlijke sfeer getrokken te worden.»

Volgens de heer Dalcq:

«We leven in een rechtsstaat en het zou gevaarlijk zijn de bevoegdheid van de rechter in die materie te beperken. Ik heb in het begin van dit betoog mijn vertrouwen in de rechterlijke macht uitgesproken en ik herhaal dit. Dit vertrouwen moet integraal behouden blijven.»

Cela démontre de manière éloquent que l'on constate une tendance croissante à l'objectivation scientifique lorsque des décisions difficiles doivent être prises, alors que telle n'est généralement pas la vocation des sciences positives. Le droit — *ars aequi et boni* — doit par contre faire des choix et adopter une optique sur laquelle pourra se baser l'appréciation d'un comportement donné. Lorsque l'on crée des règles de droit, leur essence réside dans la sanction infligée à ceux qui ne les respectent pas.

Le professeur Vanneste a déclaré:

«Je suis personnellement d'avis que tant une procédure *a priori* qu'une procédure *a posteriori* sont nécessaires. La procédure *a posteriori* dans les présentes propositions de loi repose sur le constat de décès et la déclaration de décès. Une variante, que nous retrouvons dans la proposition CVP, consiste à confier cette tâche au médecin légiste, qui fait une première évaluation *a posteriori*. Dans la troisième proposition (du comité consultatif), une condition supplémentaire a été suggérée pour réprimer les abus, à savoir l'apport d'un éclairage sur l'acte médical légitime en fin de vie. Dans toutes les techniques utilisées, l'intention ou le motif de procéder à la fin de vie peuvent en effet être présents secrètement. Ce sont des moyens détournés de fin de vie non demandée ou illégitime.»

Il convient en effet de légiférer afin de lutter contre les abus et d'éviter les dérives.

Le professeur Adams a surtout souligné la nécessité du tampon, citant ici l'exemple des commissions de contrôle néerlandaises:

«S'il faut tirer une leçon de la situation aux Pays-Bas, c'est qu'un régime relatif à l'euthanasie doit, d'une part, encourager les médecins à répondre devant la société des actes qu'ils posent pour mettre fin à la vie et, d'autre part, surveiller et améliorer la qualité de ces actes. En tout cas, pour que les règles édictées fonctionnent convenablement, il faut qu'elles soient acceptées par les personnes qui doivent les appliquer, c'est-à-dire en premier lieu les médecins eux-mêmes. (...)

Les médecins ne veulent pas être attirés dans la sphère pénale.»

Selon M. Dalcq:

«Nous vivons dans un pays de droit et il serait malsain de réduire en cette matière la compétence du juge. J'ai dit au début de cet exposé ma confiance dans la pouvoir judiciaire, je la répète. Il faut maintenir cette confiance intégralement.»

— Er bestaan hoedanook mogelijkheden om een realistische en werkbare meldings- en handhavingssystemen uit te werken, die rekening houdt met volgende principes:

- beperken van de onmiddellijke strafrechtelijke dreiging voor artsen door het invoeren van een «buffer» (hetgeen de meldingsbereidheid zal doen toenemen);
- invoeren van een transparant en verplicht meldingssysteem, met een doelgerichte steekproefwijze controle op de waarachtigheid van de meldingen. Indien men de fiscale aangiften controleert, waarom dan niet de euthanasieaangiften controleren?
- verzekeren van een onaantastbare onderzoeks- en vervolgingsmogelijkheid van het parket, tot bescherming van de patiënt, in overeenstemming met de bindende bepalingen van het EVRM.

Het voorgestelde artikel 5 en volgende voorziet enkel in een niet-gesancioneerde melding door de arts door het overmaken van een registratieformulier aan de Evaluatiecommissie. Zij komen dan ook op geen enkele wijze tegemoet aan de grote, juridische principes die hierboven werden uiteengezet of aan de bekommernissen die tijdens de hoorzittingen werden geuit.

Niet enkel dit meldingssysteem is op zich gebrekkig, ook het voorgestelde controlesysteem via deze Evaluatiecommissie loopt juridisch én feitelijk mank, waardoor elke reële controle onmogelijk zal worden. Het voorstel is het koninginnenstuk om een louter administratieve controle te organiseren, die elk onderzoek en rechtshandhaving van de strafwet en de erin opgenomen bepalingen met betrekking tot euthanasie uitsluit. Alle amendementen om de artikelen 3 en 4 juridisch afdwingbaar te maken door in sancties te voorzien op de niet-naleving ervan, werden immers verworpen. Het recht onderscheidt zich van alle andere humane wetenschappen door de afdwingbaarheid ervan, dat wil zeggen door de sanctionering van de niet-naleving. Hier komt dan ook tot uiting dat het wetsvoorstel nr. 2-244/1 een loutere depenalisering nastreeft van de euthanasie, zonder al te veel strafrechtelijke risico's in te bouwen.

De spreker wenst vervolgens nog een aantal opmerkingen te maken die de meldingsplicht bij het overlijden van personen betreffen.

1. Huidig Belgisch systeem

— In België is het aantal lijkopgravingen bij de hoogste ter wereld. Volgens specialisten in de forensische geneeskunde heeft dit te maken met een gebrek aan duidelijke regels in verband met het vaststellen van de overlidensoorzaak, de melding ervan aan een

— Il existe en tout état de cause des possibilités d'élaborer des règles praticables et réalistes en matière de déclaration et de contrôle de l'application des actes euthanasiques réglementés, qui tiennent compte des principes suivants:

- limitation de la menace pénale immédiate pour les médecins par l'instauration d'un «tampon» (ce qui contribuera à améliorer le taux de déclaration);
- instauration d'un système de déclaration transparent et obligatoire, assorti d'un contrôle par sondages portant sur la véracité des déclarations. On contrôle bien les déclarations fiscales; pourquoi ne pourrait-on dès lors pas contrôler les déclarations d'euthanasie?
- assurance pour le parquet de disposer d'un pouvoir intangible d'enquête et de poursuites, en vue de la protection du patient, conformément aux dispositions contraignantes de la CEDH.

Les articles 5 et suivants proposés se bornent à prévoir une déclaration non sanctionnée du médecin par la transmission d'un formulaire d'enregistrement à la commission d'évaluation. Ils ne satisfont donc nullement aux grands principes juridiques précités ni aux préoccupations formulées dans le cadre des auditions.

Outre ce système de déclaration déjà lacunaire, le système de contrôle par le biais de cette commission d'évaluation est bancal sur le plan juridique et dans les faits, ce qui empêchera tout contrôle effectif. La proposition vise à organiser un contrôle purement administratif excluant toute forme d'enquête et de maintien de la loi pénale et des dispositions de celles-ci relatives à l'euthanasie. Tous les amendements visant à rendre les articles 3 et 4 juridiquement contraignants en infligeant des sanctions à ceux qui y contreviennent, ont en effet été rejetés. Le droit se distingue de toutes les autres sciences humaines par son caractère contraignant, c'est-à-dire par les sanctions qu'entraîne son non-respect. Ce qui apparaît ici, c'est que la proposition de loi n° 2-244/1 vise une simple dépenalisation de l'euthanasie, sans trop prévoir de sanctions pénales.

L'intervenant souhaite en outre émettre plusieurs observations concernant l'obligation de déclarer tout décès.

1. Système en vigueur en Belgique

— La Belgique détient le record du monde du nombre d'exhumations. Selon certains spécialistes en médecine légale, cet état de chose est dû à l'absence de règles claires concernant le constat de la cause du décès, sa notification à une autorité experte et le

deskundige overheid en de controle op de waarachtigheid van de opgegeven doodsoorzaak. Men dient dan ook bijzonder omzichtig te zijn met studies allereerst met betrekking tot het levenseinde, vermits hiervoor enige wetenschappelijke basis niet voorhanden is door een gebrekkig systeem van aangifte van overlijden.

De huidige regelgeving dateert nog van het begin van de vorige eeuw. Toen stierven de meeste mensen thuis, met alle sociale controle van dien. Nu gebeuren de meeste overlijdens in de veel meer besloten sfeer van een ziekenhuis. Alleen al om met deze maatschappelijke verschuiving rekening te houden, is een aanpassing van de wetgeving, vandaag opgenomen in de artikelen 77 en volgende van het Burgerlijk Wetboek, noodzakelijk. In de media duiken regelmatig berichten op dat een niet-natuurlijk overlijden zonder veel moeite werd voorgesteld als een natuurlijk overlijden.

Zeker nu men overgaat tot het toelaten van een «administratieve» euthanasie is het noodzakelijk een transparant meldingssysteem te hebben, dat bovendien controleerbaar is. Dit is des te meer noodzakelijk nu tal van amendementen die werden ingediend op de artikelen 3 en 4 tot regulering van andere medische beslissingen omtrent het levenseinde werden weggestemd, waardoor ongecontroleerde clandestiene euthanasie wordt mogelijk gemaakt. De sluipweg wordt op die manier zeer breed uitgemeten. Het heeft immers geen zin een controlesysteem uit te bouwen voor artsen die aangifte doen van een «niet-natuurlijke dood», als men reeds «bij de bron» geen garantie heeft dat artsen daadwerkelijk steeds een waarachtige aangifte zullen verrichten (en bijvoorbeeld de juiste doodsoorzaak opgeven).

Dit alles heeft niets te maken met een groot wantrouwen ten opzichte van het medisch korps. Elders — men denke hierbij aan de medische nomenclatuur — werden immers tal van administratieve controlemechanismen ingebouwd die misbruiken moeten vermijden. Dit is een normale procedure.

— Ook in het derde voorstel van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heerste er een consensus over de onaangepastheid van de huidige wetgeving aangaande de overlijdensverklaring en de aangifte van overlijden.

— De huidige bepalingen in het Burgerlijk Wetboek maken slechts melding van overlijden ingevolge een natuurlijke doodsoorzaak en een gewelddadig overlijden. Gezien het niet wenselijk is om euthanasie, zoals uitgevoerd volgens de wettelijke voorwaarden, in een van beide categorieën onder te brengen, is een specifieke regeling hoedanook noodzakelijk.

2. Noodzaak van de meldingsplicht

— Het Belgisch recht voorziet tot op heden nog niet in een meldingsplicht voor de arts van een overlij-

den. Il convient donc de manier les diverses études relatives à la fin de vie avec la plus grande prudence, compte tenu de l'absence de base scientifique inhérente aux lacunes du système de déclaration de décès.

La réglementation actuelle date encore du début du siècle passé. À cette époque, on mourait généralement chez soi, ce qui assurait un certain contrôle social. De nos jours, la plupart des gens décèdent dans le cadre beaucoup plus fermé d'un hôpital. Il s'impose d'adapter la législation contenue aujourd'hui aux articles 77 et suivants du Code civil, ne fût-ce que pour tenir compte de cette évolution sociale. Les médias se font régulièrement l'écho de cas dans lesquels on fait passer sans grande difficulté une mort qui n'a rien de naturel pour une mort naturelle.

À présent que l'on autorise une euthanasie «administrative», il s'impose assurément d'avoir un système de déclaration qui soit à la fois transparent et contrôlable. Cela s'impose avec d'autant plus de force que de nombreux amendements aux articles 3 et 4, qui avaient été déposés en vue de réglementer d'autres décisions médicales concernant la fin de vie ont été rejetés, ouvrant ainsi la porte à une pratique clandestine et incontrôlable de l'euthanasie. On fait ainsi la part belle à la voie détournée. Quel sens cela a-t-il, en effet, de mettre en place un système de contrôle des médecins qui déclarent une «mort non naturelle» si l'on n'a déjà pas de garantie à la source que la déclaration faite par les médecins sera toujours conforme à la vérité (et que, par exemple, elle mentionnera la cause exacte du décès)?

Tout cela n'a rien à voir avec une grande méfiance envers le corps médical. Nombre de mécanismes de contrôle administratif destinés à prévenir les abus ont déjà été prévus par ailleurs — notamment dans la nomenclature médicale. C'est une procédure normale.

— Selon la troisième proposition du Comité consultatif de bioéthique, il existait au sein de ce Comité un consensus sur l'inadaptation de la législative actuelle en matière de constat de décès et de déclaration de décès.

De plus, les dispositions actuelles du Code civil ne connaissent que le décès pour «cause naturelle» ou par «mort violente». Comme il n'est pas souhaitable de ranger l'euthanasie pratiquée conformément aux conditions légales dans une de ces deux catégories, il est en tout cas nécessaire de prévoir des règles spécifiques.

2. Nécessité de l'obligation de déclaration

— Le droit belge n'impose pas pour l'heure au médecin l'obligation de déclarer un décès. Pareille

den. Dergelijke meldingsplicht is nochtans noodzakelijk, *a fortiori* in het kader van de euthanasiewetgeving. Het Burgerlijk Wetboek dient dientengevolge te worden aangepast. Het meerderheidsvoorstel voorziet geen enkele bepaling terzake.

— Bovendien dient het niet naleven van de meldingsplicht te worden gesanctioneerd; dit is niet het geval in het meerderheidsvoorstel, nu in de besprekingen van het voorstel werd gesteld dat niet alle voorwaarden van de wet cumulatief dienden te worden nageleefd en een amendement van de fractie van het lid in deze zin werd weggestemd.

3. Controle op de authenticiteit van de melding

Het meerderheidsvoorstel voorziet in geen enkele mogelijkheid om authenticiteit en valse verklaringen na te gaan; dit is nochtans noodzakelijk in geval van euthanasie.

Het voorstel van de fractie van spreker bestaat uit de volgende elementen:

— Het is noodzakelijk om een bepaling in te voegen in het Burgerlijk Wetboek die de waarachtigheid van de aangiftes van overlijden nagaat door middel van steekproeven; op een valse aangifte dient een strafsanctie te worden gesteld.

— De inschakeling van een specialist in de gerechtelijke geneeskunde voor de aangifte in de gevallen van euthanasie is noodzakelijk; hij fungeert immers als buffer, die met kennis van zaken kan nagaan of de voorwaarden zijn nageleefd.

Anderzijds beschikt hij ook over de nodige medische expertise om vast te stellen of het al dan niet over euthanasie of over een ongewoon, verdacht of gewelddadig overlijden gaat.

4. Voorafgaand verlof tot teraardebestelling/crematie

— In het oorspronkelijk voorstel van de meerderheid werd nog in een regeling voorzien waarbij, in geval van euthanasie, de teraardebestelling enkel kan gebeuren na toestemming van de procureurs des Konings. Deze bepaling, opgenomen in artikel 8, wordt echter geschrapt, met als verantwoording dat door de schrapping van de verplichte verzending aan de procureur des Konings, diens instemming voor de teraardebestelling niet langer nodig is.

Op deze wijze wordt evenwel elke mogelijkheid tot autopsie (per hypothese na 2 maanden, als de evaluatiecommissie, die zich immers dient uit te spreken binnen 2 maanden, zou twijfelen aan de naleving van de voorwaarden) uitgesloten.

obligation de déclaration est pourtant nécessaire, *a fortiori* dans le cadre de la législation sur l'euthanasie. Il convient dès lors d'adapter le Code civil. La proposition de la majorité ne prévoit aucune disposition en la matière.

— De plus, le non-respect du devoir de déclaration doit donner lieu à l'application de sanctions; or, tel n'est pas le cas dans la proposition de la majorité, puisqu'il a été dit dans les discussions de la proposition que toutes les conditions de la loi ne devaient pas être remplies de manière cumulative et qu'un amendement du groupe de l'intervenant prévoyant le contraire, a été rejeté.

3. Contrôle de l'authenticité de la déclaration de décès

La proposition de la majorité ne prévoit aucune possibilité de détecter l'authenticité et les fausses déclarations, ce qui est pourtant indispensable en cas d'euthanasie.

La proposition du groupe de l'intervenant comprend les éléments suivants:

— Il faut insérer dans le Code civil une disposition permettant de contrôler par sondage la véracité des déclarations de décès; une fausse déclaration doit être punie par une sanction pénale.

— Il faut faire appel à un médecin légiste pour contrôler la déclaration en cas d'euthanasie; celui-ci ferait en effet office de tampon et examinerait en connaissance de cause si les conditions ont été respectées.

Par ailleurs, il dispose également de l'expertise médicale nécessaire pour pouvoir constater qu'il s'agit d'une euthanasie ou d'une mort anormale, suspecte ou violente.

4. Autorisation d'inhumation/crémation

— La proposition initiale de la majorité comportait encore une règle selon laquelle, en cas d'euthanasie, l'inhumation ne pouvait avoir lieu qu'après autorisation du procureur du Roi. On supprime à présent cette disposition, qui figurait à l'article 8, pour le motif que, comme on a supprimé la transmission obligatoire au procureur du Roi, l'accord de celui-ci n'est plus nécessaire.

De cette manière, on exclut toutefois toute possibilité d'autopsie (par hypothèse, 2 mois plus tard, si la commission d'évaluation, qui est en effet tenue de se prononcer dans les 2 mois, devait avoir un doute quant au respect des conditions).

— Aanbeveling 1159 van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa (1991) over de harmonisering van autopsieregels stelt trouwens uitdrukkelijk dat « *autopsies should be carried out in all cases of suspicious death or where there are doubts as to the cause* » (punt 4 van de aanbeveling).

— De vraag rijst bovendien hoe het voorgestelde artikel 5 en volgende te rijmen valt met de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek en de Wet op de begraafplaatsen en de lijkbezorging van 20 juli 1971.

— Ingevolge artikel 81 Burgerlijk Wetboek kan voor « niet-natuurlijke » doden (met name bij aanwijzingen van een gewelddadige dood of andere omstandigheden) slechts worden overgegaan tot teraardebestelling nadat een officier van politie een proces-verbaal heeft opgesteld; betekent dit dat men euthanasie als een « natuurlijke dood » dient te beschouwen om deze regeling uit te sluiten? Nochtans bepaalt artikel 7 van het meerderheidsvoorstel dat euthanasie enkel als een « natuurlijke dood » kan worden beschouwd met betrekking tot verzekeringsrechtelijke aspecten.

— Ingevolge artikel 22 van de wet op de begraafplaatsen en de lijkbezorging dient bij de aanvraag tot verlof tot crematie steeds een attest gevoegd te worden waarin de behandelende geneesheer of de geneesheer die het overlijden heeft vastgesteld, vermeldt of het overlijden te wijten is aan een natuurlijke of gewelddadige of verdachte of niet vast te stellen oorzaak. In deze laatste gevallen dient het dossier overgezonden te worden aan de procureur des Konings.

Zal euthanasie dan door de behandelende arts dienen te worden beschouwd als « natuurlijke doodsoorzaak » om te vermijden dat de procureur kennis neemt van het dossier? Nochtans bepaalt artikel 7 van het meerderheidsvoorstel dat euthanasie slechts als « natuurlijke dood » wordt beschouwd met betrekking tot de verzekeringsrechtelijke implicaties. Bovendien dient bij een natuurlijke dood en crematie een door de ambtenaar van de burgerlijke stand aangewezen geneesheer steeds een tweede onderzoek naar de doodsoorzaak te voeren. *Quid* in geval van euthanasie?

Hier is dus hoe dan ook een probleem, waardoor andermaal wordt bevestigd dat de aangifteregeling van overlijden moet worden herzien.

— Ook het Nederlandse voorstel voorziet in een specifieke regeling met betrekking tot aangifte van het overlijden, waarbij een onderscheid gemaakt wordt tussen de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak, dood ten gevolge van levensbeëindiging op verzoek of hulp bij zelfdoding en « andere gevallen ».

Artikel 10-D van het voorstel voorziet bovendien in een nieuwe bepaling in de « Wet op de lijkbezorging »,

— La recommandation 1159 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie prévoit d'ailleurs explicitement que « l'autopsie devrait être pratiquée dans tous les cas de décès suspects ou dont la cause est douteuse » (point 4 de la recommandation).

— En outre, force est de se demander comment concilier les articles 5 et suivants avec les dispositions du Code civil et de la loi du 20 juillet 1971 sur les funérailles et sépultures.

— Conformément à l'article 81 du Code civil, lorsqu'il y aura mort « non naturelle » (notamment des signes ou indices de mort violente ou d'autres circonstances), on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police aura dressé procès-verbal. Cela signifie-t-il qu'il faut considérer l'euthanasie comme une « mort naturelle » pour éviter d'appliquer cette disposition? L'article 7 de la proposition de la majorité prévoit pourtant que l'euthanasie ne peut être considérée comme une « mort naturelle » que pour ce qui est du droit des assurances.

— En vertu de l'article 22 de la loi sur les funérailles et sépultures, à la demande d'autorisation doit toujours être joint un certificat dans lequel le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès indique s'il y a eu mort naturelle ou violente ou suspecte, ou une cause de décès impossible à déceler. Dans ces derniers cas, le dossier doit être transmis au procureur du Roi.

Le médecin traitant devra-t-il considérer l'euthanasie comme une « mort naturelle » pour éviter que le procureur ne prenne connaissance du dossier? Pourtant, l'article 7 de la proposition de la majorité prévoit que l'euthanasie n'est considérée comme une « mort naturelle » que pour ce qui est de son incidence en matière de droit des assurances. En outre, en cas de mort naturelle et de crémation, un médecin désigné par l'officier de l'état civil doit toujours vérifier une seconde fois les causes du décès. Que fera-t-on en cas d'euthanasie?

Il se pose donc en tout état de cause un problème, ce qui confirme une nouvelle fois qu'il faut revoir les règles concernant la déclaration de décès.

— La proposition néerlandaise prévoit elle aussi, concernant la déclaration de décès, des règles spécifiques dans lesquelles on fait le départ entre la mort naturelle, la mort due à une demande d'euthanasie ou d'aide au suicide et les « autres cas ».

L'article 10-D de la proposition vise en outre à insérer une nouvelle disposition dans la loi sur les sépultures.

die bepaalt dat als de officier van justitie meent niet tot afgifte van een verklaring van geen bezwaar tegen begraving of verbranding te kunnen overgaan, hij de toetsingscommissie hiervan op de hoogte brengt. Ook het Nederlandse systeem voorziet dus in een voorafgaande toelating; het meerderheidsvoorstel sluit dergelijke mogelijkheid hoe dan ook uit.

Tenslotte dient ook de gemeentelijke lijkschouwer die meent niet tot afgifte van een verklaring van overlijden te kunnen overgaan, de officier van justitie rechtstreeks op de hoogte te brengen (dus ook in geval hij de verklaring van de behandelende arts niet geloofwaardig acht). Het meerderheidsvoorstel voorziet enkel in de aangifte aan de evaluatiecommissie, zonder kennisgeving aan het parket (tenzij bij twee derde meerderheid).

5. Conclusie

Vooreerst moeten enkele noodzakelijke aanpassingen van het Burgerlijk Wetboek worden doorgevoerd in verband met de aangifte van overlijden. Het voorstel van de fractie van de spreker omvat de volgende punten:

— In het deel van het Burgerlijk Wetboek dat handelt over de akten van overlijden, worden wijzigingen aangebracht die voorzien in een aangepaste regeling over de vaststelling, de aangifte en de controle van elk overlijden.

— Na ieder overlijden dient voortaan een verklaring van overlijden (waarvan de vorm en de inhoud bij koninklijk besluit moeten worden geregeld) te worden opgemaakt door een arts.

— Deze verklaring van overlijden wordt opgemaakt door de arts die het overlijden heeft vastgesteld wanneer hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.

— Wanneer de overledene een bloed- of aanverwant is van de arts, die het overlijden heeft vastgesteld, mag deze in geen geval de verklaring van overlijden opstellen.

— Artsen, erkende specialisten in de gerechtelijke geneeskunde en verbonden aan een erkend instituut voor forensische geneeskunde oefenen steekproefsgewijze, overeenkomstig bij koninklijk besluit nader te bepalen regels, toezicht uit op de waarachtigheid van de verklaring van overlijden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Zij kunnen daartoe overgaan tot uitwendig en inwendig onderzoek van het stoffelijk overschot.

— De aangifte dient te worden gedaan door getuigen, zo mogelijk, de twee naaste bloedverwanten of burens of, wanneer iemand buiten zijn woning is gestorven, de persoon in wiens huis hij overleden is, en een bloedverwant of een andere persoon of bij ontstentenis van voornoemde personen door de arts die de verklaring heeft opgesteld.

res, qui prévoit que si l'officier de justice estime qu'il ne peut pas délivrer l'attestation d'absence d'objection à l'inhumation ou à la crémation, il en informe la commission de contrôle. Le système néerlandais aussi prévoit donc une autorisation préalable. La proposition de la majorité exclut, en tout état de cause, pareille possibilité.

Enfin, le médecin légiste communal qui estime ne pas pouvoir dresser une déclaration de décès doit en informer directement l'officier de justice (donc également s'il estime que la déclaration du médecin traitant n'est pas crédible). La proposition de la majorité prévoit uniquement une déclaration à la commission d'évaluation, sans notification au parquet (sauf en cas de majorité des deux tiers).

5. Conclusion

Tout d'abord, il faut procéder à quelques adaptations indispensables du Code civil à propos de la déclaration de décès. La proposition du groupe de l'intervenant comprend les éléments suivants:

— Des modifications sont apportées à la partie du Code civil qui traite des actes de décès. Ces modifications tendent à mettre en place un régime adéquat de constatation, de déclaration et de contrôle de tout décès.

— Après tout décès, un certificat de décès (dont la forme et le contenu seront réglés par arrêté royal) sera désormais établi par le médecin.

— Ce certificat de décès sera établi par le médecin qui a constaté le décès s'il est convaincu que la mort résulte d'une cause naturelle.

— Lorsque le défunt est parent et/ou allié du médecin qui a constaté le décès, celui-ci ne peut en aucun cas établir le certificat de décès.

— Des médecins, spécialistes agréés en médecine légale et attachés à un institut reconnu de médecine légale, contrôlent par sondage, conformément aux modalités à préciser par arrêté royal, la véracité du certificat de décès résultant d'une cause naturelle. À cet effet, ils peuvent procéder à une expertise externe et interne du corps.

— La déclaration du décès se fera par des témoins qui seront, si possible, les deux plus proches parents ou voisins, ou, lorsqu'une personne est décédée hors de son domicile, la personne chez laquelle elle est décédée et un parent ou autre, ou à défaut des personnes précitées, par le médecin qui a rédigé le certificat.

— De arts die het overlijden vaststelt, mag geen verklaring opstellen indien hij er niet van overtuigd is dat het overlijden het gevolg is van een natuurlijke oorzaak.

— Betreft het een geval van euthanasie, dan dient hij een specifieke procedure na te leven, met name de melding aan een wetsarts, die de naleving van de voorwaarden nagaat. Zo hij een kennelijke niet-naleving vaststelt, maakt hij het dossier over aan de procureur des Konings. Indien geen onregelmatigheden worden vastgesteld, wordt het dossier overgemaakt aan een regionale toetsingscommissie, die op haar beurt na onderzoek het dossier overmaakt aan de procureur des Konings. De teraardebestelling kan slechts geschieden met toestemming van de procureur des Konings.

— In alle andere gevallen van onnatuurlijk overlijden dient deze arts het overlijden onmiddellijk te melden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand. Deze ambtenaar die kennis krijgt van het ongewoon overlijden, dient dit op zijn beurt te melden aan de procureur des Konings die in ieder geval overgaat tot aanduiding van een arts verbonden aan en onder toezicht van een erkend instituut voor de gerechtelijke geneeskunde. De teraardebestelling kan slechts geschieden met toestemming van de procureur des Konings.

Bovendien dient andermaal de noodzaak van strafsancties te worden onderstreept. Het niet naleven van de meldingsplicht, het afleggen van valse overlijdensaangiftes dient strafrechtelijk te worden gesanctioneerd.

Het lid wenst bovendien tal van bemerkingen te maken in verband met het controlesysteem dat door de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 wordt voorgesteld.

1. Ongrondwettelijke inperking van de bevoegdheid van het parket

De hoorzittingen en de Nederlandse situatie wezen uit dat een «buffer» tussen arts en parket noodzakelijk is om de meldingsbereidheid van de artsen te verwezenlijken.

In het meerderheidsvoorstel vervult de «Evaluatiecommissie» deze rol van buffer. Evenwel is zij veel meer dan een buffer of eerste «toetsingsluik»; zij is veeleer een autonome instantie die — in de plaats van het parket — op administratieve wijze de noodzaak tot vervolging adviseert.

Het voorgestelde artikel 5 en volgende bepalen immers dat de evaluatiecommissie slechts onder strikte en beperkende voorwaarden het dossier kan overmaken aan de procureur, namelijk:

— enkel bij twijfel van de evaluatiecommissie;

— Le médecin qui constate le décès ne peut pas établir le certificat s'il n'est pas convaincu que le décès résulte d'une cause naturelle.

— S'il s'agit d'un cas d'euthanasie, il doit respecter une procédure spécifique, à savoir informer un médecin légiste, qui vérifie si les conditions ont été respectées. S'il constate que les conditions n'ont manifestement pas été respectées, il transmet le dossier au procureur du Roi. S'il ne constate aucune irrégularité, il transmet le dossier à une commission régionale de contrôle, qui transmet à son tour le dossier, après examen, au procureur du Roi. L'inhumation n'aura lieu qu'avec l'autorisation du procureur du Roi.

— Dans tous les autres cas de décès non naturel, le médecin est tenu de signaler sans délai le décès à l'officier de l'état civil. Ayant été informé d'un décès anormal, l'officier de l'état civil est tenu de le signaler à son tour au procureur du Roi, qui procède en tout cas à la désignation d'un médecin attaché à un institut reconnu de médecine légale et soumis à la surveillance de ce dernier. L'inhumation n'aura lieu qu'avec l'autorisation du procureur du Roi.

En outre, il faut souligner une fois de plus la nécessité de prévoir des sanctions pénales. Il faut sanctionner pénalement le non-respect de l'obligation de déclarer le décès, ainsi que la rédaction de faux certificats de décès.

Par ailleurs, le membre souhaite formuler de nombreuses remarques sur le système de contrôle proposé par les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1.

1. Limitation inconstitutionnelle de la compétence du parquet

Il ressort des auditions et de la situation qui existe aux Pays-Bas qu'il doit y avoir un «tampon» entre le parquet et les médecins pour que ceux-ci soient disposés à déclarer les cas d'euthanasie.

Dans la proposition déposée par la majorité, la «commission d'évaluation» remplit ce rôle de tampon. Elle est toutefois bien plus qu'un tampon ou premier «volet de contrôle»; elle est plutôt une instance autonome qui — à la place du parquet — rend un avis administratif sur la nécessité de poursuivre.

Les articles 5 et suivants proposés prévoient en effet que la commission d'évaluation ne peut transmettre le dossier au procureur que si des conditions strictes et limitatives sont remplies:

— Il faut qu'il y ait un doute de la part de la commission d'évaluation;

— na een beslissing met twee derde meerderheid genomen;

— deze beslissing dient gemotiveerd te zijn.

Artikel 151 Grondwet, § 1, bepaalt echter:

«De rechters zijn onafhankelijk in de uitoefening van hun rechtsprekende bevoegdheden.

Het openbaar ministerie is onafhankelijk in de individuele opsporing en vervolging onverminderd het recht van de bevoegde minister om de vervolging te bevelen en om de bindende richtlijnen van het strafrechterlijk beleid, inclusief die van het opsporings- en vervolgingsbeleid, vast te leggen.»

De voorgestelde controleprocedure, waarbij het parket enkel dié gevallen krijgt waarvan de evaluatiecommissie twijfelt of de voorwaarden werden nageleefd, is dan ook niet grondwettelijk conform. Evenmin kan een andere instelling zich in de plaats stellen van het openbaar ministerie in de uitoefening van zijn bevoegdheden.

Deze visie wordt overigens uitdrukkelijk bevestigd in het advies van 10 oktober 2000 van de Raad van State met betrekking tot het wetsvoorstel inzake het federaal parket, volgens hetwelk (Stuk Kamer, 2000-2001, nr. 50-897/2, blz. 9):

«(...) Zoals aangegeven is in algemene opmerking nr. II, wordt verwezen naar het vorige advies dat de afdeling wetgeving op 13 augustus 1998 gegeven heeft. In het bijzonder de bepalingen van artikel 4 van het onderhavige voorstel zijn reeds grotendeels in het voormelde advies onderzocht.

Toen dat advies gegeven is, was artikel 151 van de Grondwet evenwel nog niet herzien. De Raad van State vestigt derhalve de aandacht van de indieners van het voorstel op die nieuwe grondwetsbepaling, krachtens welke «... het openbaar ministerie (...) onafhankelijk (is) in de individuele opsporing en vervolging onverminderd het recht van de bevoegde minister om de vervolging te bevelen en om de bindende richtlijnen van het strafrechtelijk beleid, inclusief die van het opsporings- en vervolgingsbeleid, vast te leggen».

Paragraaf 3 van het voorgestelde artikel 143 van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat de federale procureur onder het gezag van de minister van Justitie alle taken van het openbaar ministerie in strafzaken uitvoert. Gewoontegetrouw wordt aangenomen dat zulk een formulering de minister van Justitie de bevoegdheid verleent om vervolgingen te bevelen, maar het hem niet mogelijk maakt het openbaar ministerie een injunctie te geven om de vervolging stop te zetten, noch om zich in de plaats te stellen van het openbaar ministerie wanneer het zijn bevoegdheden uitoefent.

— la décision doit avoir été prise à la majorité des deux tiers;

— la décision doit être motivée.

L'article 151, § 1^{er} de la Constitution prévoit toutefois ce qui suit:

«Les juges sont indépendants dans l'exercice de leurs compétences juridictionnelles.

Le ministère public est indépendant dans l'exercice des recherches et poursuites individuelles, sans préjudice du droit du ministre compétent d'ordonner des poursuites et d'arrêter des directives contraignantes de politique criminelle, y compris en matière de politique de recherche et de poursuite.»

La procédure de contrôle proposée, aux termes de laquelle le parquet ne reçoit que les dossiers dans lesquels la commission d'évaluation doute que les conditions nécessaires aient été remplies, n'est dès lors pas conforme à la Constitution. Une autre institution ne peut davantage se substituer au ministère public dans l'exercice de ses attributions.

Cette vision est d'ailleurs confirmée formellement dans l'avis du 10 octobre 2000 du Conseil d'État sur la proposition de loi concernant le parquet fédéral, selon lequel (doc. Chambre, n° 50-897/2 2000-2001, p. 9):

«(...) Comme il a été indiqué dans l'observation générale n° II, il est fait référence au précédent avis de la section de législation donné le 13 août 1998. En particulier, les dispositions constituant l'article 4 de la proposition à l'examen ont déjà été examinées dans une large mesure dans l'avis précité.

Toutefois, à l'époque où cet avis a été donné, l'article 151 de la Constitution n'avait pas encore été révisé. Dès lors, le Conseil d'État attire l'attention des auteurs de la proposition sur cette nouvelle disposition constitutionnelle, aux termes de laquelle «... le ministère public est indépendant dans l'exercice des recherches et des poursuites individuelles, sans préjudice du droit du ministre compétent d'ordonner des poursuites et d'arrêter des directives contraignantes de politique criminelle, y compris en matière de politique de recherche et de poursuite».

Le paragraphe 3 de l'article 143 proposé du Code judiciaire prévoit que le procureur fédéral exerce toutes fonctions du ministère public dans les affaires pénales sous l'autorité du ministre de la Justice. Il est traditionnellement admis que semblable formulation confère au ministre de la Justice le pouvoir d'ordonner des poursuites mais ne lui permet pas d'adresser au ministère public une injonction tendant à l'arrêt des poursuites, ni de se substituer au ministère public dans l'exercice de ses attributions.

De minister van Justitie kan evenmin een algemene negatieve injunctie geven waarbij hij het openbaar ministerie zou verhinderen te vervolgen in alle gevallen waarin deze of gene strafwettekst van toepassing is (...).»

Het antwoord van de indieners van het wetsvoorstel op deze opmerking is wellicht dat steeds klacht bij het parket kan worden neergelegd. De vraag is evenwel hoe dergelijke klachten worden behandeld. Wat is het verband tussen zo'n klacht en de bij wet vastgelegde rol van de evaluatiecommissie? Is men er zich van bewust dat een dergelijke klacht een louter incidentele betekenis heeft? Kan de bescherming van het leven worden herleid tot een klachtdelict?

Spreker meent dat een dergelijke administratieve regeling de grondwettelijke bevoegdheid van het parket ondergraaft. Men kan niet zomaar zeggen dat de systematische handhaving van de strafrechtelijke norm kan worden toegewezen aan een ander orgaan en dat het openbaar ministerie slechts een subsidiaire bevoegdheid heeft, zonder artikel 151 van de Grondwet te schenden. Dit zou immers betekenen dat heel het juridische systeem waarop men steunt, namelijk dat de minister van Justitie nooit negatieve injuncties kan geven ten aanzien van een strafvervolgning en enkel positieve injuncties kan geven, compleet wordt ondergraven.

Wanneer de voorgestelde regeling wet zou worden, staat de minister van Justitie niets in de weg om ook voor andere materies administratieve commissies in het leven te roepen die zouden bepalen wanneer de dossiers worden overgemaakt aan het parket. Daarmee wordt de objectiviteit in de rechtsgang evenwel volledig buitenspel gezet en is het niet uitgesloten dat juridische beslissingen worden genomen in functie van de politieke overtuiging van de betrokkene. De bedoeling van een rechtsstaat is immers dat een procureur-generaal niet kan handelen zoals de minister van Ambtenarenzaken, die onlangs verklaarde dat indien hij de keuze zou hebben tussen een socialist en een christen-democraat, hij de socialist zou benoemen. Dit heeft niets meer te maken met een objectieve afweging van titels en verdiensten.

Zelfs indien de voorgestelde regeling van artikel 5 en volgende niet tot doel zou hebben dat de evaluatiecommissie de bevoegdheden van het openbaar ministerie uitsluit (en dus wel grondwetsconform zou zijn), is het duidelijk dat het voorgestelde controlemechanisme een maat voor niets is en onwerkbaar is. De zogenaamde 'buffer' is dan werkelijk van alle nut beroofd, omdat het openbaar ministerie nog steeds tot rechtstreekse vervolging kan overgaan buiten de werking van de evaluatiecommissie. Het spreekt voor zich dat dit uiteindelijk geenszins het beoogde doel bereikt en enkel clandestiene euthanasie in de hand zal werken.

Le ministre de la Justice ne peut pas non plus adresser une injonction négative à caractère général par laquelle il empêcherait le ministère public d'entamer des poursuites dans tous les cas d'application de tel ou tel texte de loi pénale (...).»

Les auteurs de la proposition de loi répondront probablement à l'observation qui vient d'être faite que l'on peut toujours déposer plainte au parquet. Il y a cependant lieu de se demander quel traitement est réservé à ce type de plaintes. Quel est le lien entre pareille plainte et le rôle, défini par la loi, de la commission d'évaluation? Est-on conscient du fait qu'une telle plainte a une signification tout à fait secondaire? Peut-on faire, d'une atteinte à la protection de la vie, un simple délit de plainte?

L'intervenant estime qu'une réglementation administrative de ce genre sape la compétence constitutionnelle du parquet. On ne peut pas prétendre que le maintien systématique de la norme pénale peut être confié à un autre organe et que le ministère public n'a qu'une compétence subsidiaire, sans violer l'article 151 de la Constitution. Faire cela reviendrait à ébranler complètement l'ensemble du système juridique sur lequel on se fonde et selon lequel le ministre de la Justice ne peut donner que des injonctions positives et jamais d'injonctions négatives dans le cadre de poursuites pénales.

Au cas où la réglementation proposée serait coulée dans une loi, rien n'empêcherait le ministre de la Justice de créer des commissions administratives pour d'autres matières, commissions qui décideraient à quel moment les dossiers seraient transmis au parquet. La procédure manquerait tout à fait d'objectivité et il n'est pas exclu que des décisions juridiques pourraient être prises en fonction des convictions politiques de l'intéressé. Dans un État de droit, un procureur général ne peut, en effet, pas agir comme le ministre de la Fonction publique vient de le faire en déclarant que, s'il avait le choix entre un socialiste et un socio-chrétien, il nommerait le socialiste. Une telle affirmation est à mille lieues d'une appréciation objective des titres et des mérites de chacun.

Il est clair que même si la réglementation proposée aux articles 5 et suivants ne visait pas à ce que la commission d'évaluation supprime les compétences du ministère public (et si elle était donc conforme à la Constitution), le mécanisme de contrôle proposé serait une mesure pour rien et ne serait pas opérationnel. Le «tampon» perdrait alors toute utilité, puisque le ministère public pourrait encore engager directement des poursuites indépendamment du fonctionnement de la commission d'évaluation. Il est évident que l'on n'atteindra pas ainsi le but visé et que l'on ne fera que favoriser l'euthanasie clandestine.

Ook in Nederland sprak de Raad van State zich uit tegen de voorgestelde wettelijke regulering, waarbij het openbaar ministerie enkel de bevoegdheid zou behouden een vervolgingsbeslissing te nemen ingeval de toetsingscommissie zou oordelen dat er onregelmatigheden werden begaan bij de euthanasie.

De Nederlandse Raad van State oordeelde het volgende:

«In zijn advies over het vorige wetsvoorstel heeft de Raad erop gewezen dat, bij een positief oordeel van de toetsingscommissie, strafvervolgning gewoonlijk achterwege zal blijven en slechts hoge uitzondering zal zijn. Daarmede kan de praktijk groeien dat het merendeel van de gevallen binnen een redelijke termijn met een toetsing door de toetsingscommissie wordt afgedaan.

In § 4 van de toelichting, alsmede in de toelichting op artikel 9 wordt gesteld dat, indien de regionale toetsingscommissie van oordeel is dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, daarmede de zaak is afgedaan en dat de commissie alleen dan haar oordeel aan het parket-generaal van het openbaar ministerie zendt als de arts naar haar oordeel niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten.

Ook in § 5 van de toelichting wordt opgemerkt dat met het oordeel dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, deze niet langer strafbaar is en dat met een zodanig oordeel de zaak is afgedaan. Dit betekent, aldus de toelichting, dat verreweg de meeste meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding niet langer ter besluitvorming aan het openbaar ministerie worden gezonden.»

De Raad van State oordeelde dat zulks grote problemen deed rijzen ten aanzien van de onafhankelijke positie van het openbaar ministerie. De Nederlandse Raad van State was van mening dat aan de wettelijke bevoegdheid van een openbaar ministerie geen grenzen kunnen worden gesteld en dat «alle beslissingen van de toetsingscommissie — zowel de negatieve als de positieve — aan het oordeel van de rechter moeten onderworpen kunnen worden en door hem worden getoetst».

De Nederlandse Raad van State kwam tot enkele conclusies. Wanneer het openbaar ministerie zijn volle bevoegdheid zou behouden, zou dit betekenen «dat het ten behoeve van een consistente jurisprudentie ook in alle gevallen moet kunnen beschikken over het oordeel van de toetsingscommissie, ook over het positieve oordeel».

Wanneer dus het openbaar ministerie de bevoegdheid over het algemeen vervolgingsbeleid behoudt, moet het derhalve van alle beslissingen worden ingelicht omdat het openbaar ministerie moet kunnen oordelen in welke gevallen euthanasie toelaatbaar is

Aux Pays-Bas aussi, le Conseil d'État s'est prononcé contre la réglementation légale proposée, selon laquelle le ministère public n'aurait plus eu compétence pour engager des poursuites qu'au cas où la commission de contrôle aurait estimé que des irrégularités avaient été commises au cours de l'euthanasie.

Le Conseil d'État néerlandais a rendu l'avis suivant:

«In zijn advies over het vorige wetsvoorstel heeft de Raad erop gewezen dat, bij een positief oordeel van de toetsingscommissie, strafvervolgning gewoonlijk achterwege zal blijven en slechts hoge uitzondering zal zijn. Daarmede kan de praktijk groeien dat het merendeel van de gevallen binnen een redelijke termijn met een toetsing door de toetsingscommissie wordt afgedaan.

In § 4 van de toelichting, alsmede in de toelichting op artikel 9 wordt gesteld dat, indien de regionale toetsingscommissie van oordeel is dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, daarmede de zaak is afgedaan en dat de commissie alleen dan haar oordeel aan het parket-generaal van het openbaar ministerie zendt als de arts naar haar oordeel niet heeft gehandeld overeenkomstig de zorgvuldigheidsvereisten.

Ook in § 5 van de toelichting wordt opgemerkt dat met het oordeel dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld, deze niet langer strafbaar is en dat met een zodanig oordeel de zaak is afgedaan. Dit betekent, aldus de toelichting, dat verreweg de meeste meldingen van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding niet langer ter besluitvorming aan het openbaar ministerie worden gezonden.»

Le Conseil d'État a estimé que cela posait d'énormes problèmes en ce qui concerne l'indépendance du ministère public. Selon le Conseil d'État néerlandais, l'on ne peut limiter la compétence légale d'un ministère public et toutes les décisions de la commission de contrôle — les décisions négatives et les décisions positives — doivent pouvoir être soumises à l'appréciation du juge qui doit pouvoir les examiner» (traduction).

Le Conseil d'État néerlandais a tiré une série de conclusions. Il faudrait, au cas où le ministère public conserverait ses pleines compétences, prévoir, dans le souci d'assurer la cohérence de la jurisprudence, qu'il doit également pouvoir disposer, dans tous les cas, de l'avis de la commission de contrôle, y compris de l'avis positif» (traduction).

Par conséquent, si le ministère public conserve la compétence pour la politique générale en matière de poursuites, il doit être informé de toutes les décisions qui sont prises, parce qu'il doit pouvoir juger dans quels cas l'euthanasie est acceptable et dans quels cas

en wanneer niet. Deze bevoegdheid moet niet door een administratieve commissie worden uitgeoefend.

Overigens heeft de Raad van State in Nederland erop gewezen dat, met het oog op de rechtszekerheid, de betrokken geneesheer spoedig in kennis zou worden gesteld mocht hij strafrechtelijk worden vervolgd.

De Nederlandse regering antwoordde op dit alles dat, indien de regionale toetsingscommissie tot een positief oordeel komt over het handelen van de arts, er geen sprake is van enig redelijk vermoeden van schuld aan een strafbaar feit: «Alsdan is er geen aanleiding voor het openbaar ministerie om een vervolgingsonderzoek in te stellen en alsdan gebruik te maken van zijn wettelijke bevoegdheden.»

Dergelijke regeling leidt evenwel tot «lekenrechtspraak» en zet het openbaar ministerie hoe dan ook buiten spel. Het advies van de Raad van State werd genegeerd.

Wat in geval er aangifte wordt gedaan van een onregelmatige euthanasie, terwijl de toetsingscommissie van oordeel is dat alle voorwaarden werden nageleefd? Welk gegeven zal dan doorwegen om effectief over te gaan tot een opsporings- en/of gerechtelijk onderzoek?

2. Waarom een twee-derde meerderheid?

De verantwoording bij de amendementen geven geen verklaring waarom met een tweederde meerderheid dient beslist te worden met betrekking tot de doorzending van een dossier naar het parket.

Zelfs in het Nederlandse voorstel wordt niet in een dergelijke strikte regeling voorzien en wordt de pariteit voorop gesteld.

Gezien de samenstelling van de evaluatiecommissie (8 artsen) is het bovendien mogelijk dat deze artsen steeds een blokkeringmechanisme kunnen mogelijk maken, zodat doorzending naar het parket uitzonderlijk zou kunnen blijken.

3. Statuut van de evaluatiecommissie?

Wat is het statuut van deze commissie? Is zij als een administratief rechtscollege te beschouwen? Kan de arts in beroep gaan tegen beslissingen van de commissie?

4. Onwerkzame centralisatie van de evaluatiecommissie

Het is noodzakelijk dat de evaluatiecommissie op regionale basis wordt georganiseerd.

Het is immers zeer de vraag of de centrale evaluatiecommissie op efficiënte wijze alle aangiftes zal

elle ne l'est pas. Cette compétence ne doit pas être exercée par une commission administrative.

Le Conseil d'État néerlandais a d'ailleurs souligné que, dans le souci d'assurer la sécurité juridique, l'on informerait dans les meilleurs délais le médecin concerné des poursuites pénales éventuellement engagées contre lui.

À tout cela, le gouvernement néerlandais a répondu qu'au cas où la commission de contrôle régionale rendrait un jugement positif à propos des actes du médecin, il n'y aurait aucune présomption sérieuse de culpabilité pénale: «Le ministère public n'a alors aucun motif de procéder à une investigation en vue d'engager des poursuites et d'user de ses compétences légales» (*traduction*).

Pareille réglementation débouche toutefois sur une «jurisprudence de profanes» et met de toute façon le ministère public sur la touche. L'on n'a pas tenu compte de l'avis du Conseil d'État.

Quid lorsqu'une déclaration d'euthanasie irrégulière est faite alors que la commission d'évaluation estime que toutes les conditions ont été remplies? Quelle est alors la donnée qui déterminera si l'on va effectivement ouvrir une information et/ou une instruction judiciaire?

2. Pourquoi une majorité des deux tiers?

Les justifications des amendements n'indiquent pas pourquoi il y a lieu de décider à la majorité des deux tiers en ce qui concerne la transmission d'un dossier au parquet.

Même la proposition néerlandaise ne prévoit pas de régime strict de ce genre et postule la parité.

Compte tenu de la composition de la commission d'évaluation (8 médecins), il est en outre possible que ces médecins puissent toujours actionner un mécanisme de blocage et la transmission au parquet pourrait bien s'avérer exceptionnelle.

3. Le statut de la commission d'évaluation?

Quel est le statut de cette commission? Doit-on la considérer comme une juridiction administrative? Le médecin peut-il introduire un recours contre les décisions de la commission?

4. Centralisation inefficace de la commission d'évaluation

La commission d'évaluation doit être organisée sur une base régionale.

En effet, il n'est pas du tout certain que la commission d'évaluation centrale pourra traiter efficacement

kunnen verrichten. Alleen al volgens het onderzoek van Deliëns c.s. blijken er 640 gevallen van euthanasie te zijn in België, 65 geassisteerde zelfmoorden en 1 796 gevallen van levensbeëindiging zonder verzoek. In de hypothese dat alle artsen waarachtige aangifte doen kan men zich afvragen of de centrale commissie deze gevallen tijdig zal kunnen behandelen.

5. Samenstelling van de commissie

— Slechts 4 van de zestien leden zijn jurist; nochtans dienen zij te oordelen over het voldoen aan de wettelijke voorwaarden...

— In Nederland maakt ook een ethicus deel uit van de regionale toetsingscommissie. Dit wordt niet voorzien in voorliggend wetsvoorstel.

— Hoe bovendien de onpartijdigheid van de commissieleden waarborgen? Er moeten specifieke bepalingen voorzien worden met betrekking tot verwantschap of onverenigbaarheden.

6. Opdracht van de commissie

— De commissie dient na te gaan of de voorwaarden vervuld zijn. Evenwel heeft zij geen inzage in de adviezen en de verslagen van de geconsulteerde personen. Dit dient uitdrukkelijk voorzien te worden, als bijlage bij het registratiedocument.

— De commissie kan bijkomende documenten en informatie opvragen. Aldus neemt de commissie de taak aan van een onderzoekscommissie. Dit gaat al te ver. Bij twijfel dient zij het dossier hoe dan ook door te sturen naar het parket, dat voor het onderzoek zal instaan. Evenmin is duidelijk of de commissie een positief injunctierecht heeft.

— Naast haar controletaak heeft de commissie ook een evaluatietak. Beide taken — controleren en evalueren — kunnen soms tegengesteld zijn. Van enige onafhankelijkheid is hier geen sprake, hoewel de rechtspraak ter zake dit vereist.

7. Rechterlijke macht niet als bedreiging maar als waarborg

Het meerderheidsvoorstel gaat al te veel uit van de rechterlijke macht als een bedreiging, veeleer dan als een waarborg.

8. Opmaak van het registratiedocument

Het wetsvoorstel bepaalt dat de evaluatiecommissie zelf het registratiedocument opstelt. Blijkbaar heeft de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de evaluatiecommissie inzake de zwangerschapsafbreking hier model gestaan, hoewel deze laatste commissie een algemene controle doet en geen indi-

toutes les déclarations. Rien que d'après l'enquête de Deliëns et consorts, il y a manifestement en Belgique 640 cas d'euthanasie, 65 cas de suicide assisté et 1 796 cas d'interruption de vie sans demande. Dans l'hypothèse où tous les médecins feraient réellement une déclaration, on peut se demander si la commission centrale pourra traiter ces cas dans les délais.

5. Composition de la commission

— Sur les 16 membres que compte la commission, 4 seulement sont juristes et pourtant ils doivent juger si les conditions légales ont été respectées...

— Aux Pays-Bas, la commission régionale d'évaluation comprend également un éthicien. La proposition de loi à l'examen, elle, ne le prévoit pas.

— De plus, comment garantir l'impartialité des membres de la commission? Il y a lieu de prévoir des dispositions spécifiques au sujet de la parenté ou des incompatibilités.

6. La mission de la commission

— La commission doit vérifier si les conditions ont été remplies. Elle n'a toutefois pas le droit de prendre connaissance des avis et des rapports des personnes consultées. Il y a lieu de le prévoir expressément, comme annexe au document d'enregistrement.

— La commission peut requérir des documents et des informations supplémentaires. Elle assume ainsi le rôle d'une commission d'enquête. C'est aller trop loin. En cas de doute, le dossier doit être transmis dans tous les cas au parquet qui se charge de l'instruction. On ne voit pas non plus clairement si la commission a un droit d'injonction positive.

— Outre sa mission de contrôle, la commission a également une mission d'évaluation. Ces deux missions — contrôle et évaluation — peuvent parfois s'opposer. Il n'y a aucune indépendance en l'espèce, alors que la jurisprudence l'exige dans cette matière.

7. Le pouvoir judiciaire perçu comme une menace et non comme une garantie

La proposition de la majorité part trop du principe que le pouvoir judiciaire est une menace plutôt qu'une garantie.

8. Élaboration du document d'enregistrement

La proposition de loi prévoit que la commission d'évaluation rédigerait elle-même le document d'enregistrement. On s'est manifestement inspiré du modèle de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation pour l'interruption de grossesse, alors que cette commission-là exerce un

viduele gevallen beoordeelt. Ook hier bepaalt de wet dat de commissie zelf het registratiedocument opstelt.

Dat was geen eenvoudige opdracht. Uiteindelijk is de registratie van zwangerschapsafbrekingen pas op 1 oktober 1992 aangevat, dit is ruim 2 jaar na de inwerkingtreding van de wet van 3 april 1990. Zoals de tekst van het voorstel luidt, kan de commissie dat document maar opstellen na de inwerkingtreding van de wet en nadat de commissie werd samengesteld, wat ook een tijdrovende aangelegenheid zal zijn. Vermits bij hypothese de wet van toepassing is en de naleving van de meldingsplicht niet wordt gesanctioneerd, kan euthanasie straffeloos en zonder enige controle achteraf worden verricht. Als die situatie een of twee jaar aansleept, dreigen dan geen praktijken te ontstaan die achteraf niet meer kunnen worden teruggeschreefd?

Het is derhalve aangewezen dat de Koning dit document opstelt; bovendien moet het document beschikbaar zijn vanaf de eerste dag dat de wet in werking treedt.

Het voorstel van de fractie van de spreker zou erin bestaan om de verplichting in te schrijven voor elke behandelende arts om binnen de 24 uur na het euthanaserend handelen een schriftelijk verslag over te maken aan de wetsarts, die onmiddellijk nagaat of alle zorgvuldigheidsvereisten werden nageleefd.

Bij kennelijke niet-naleving van deze zorgvuldigheidsvereisten, maakt de wetsarts onmiddellijk zijn bevindingen over aan de procureur des Konings, die hierop kan besluiten dat niet tot teraardebestelling mag worden overgegaan.

Indien de wetsarts geen onregelmatigheden vaststelt, maakt hij het verslag samen met zijn bevindingen over aan een op te richten regionale toetsingscommissie, die op haar beurt de naleving van de voorwaarden onderzoekt en verslag uitbrengt aan de procureur des Konings.

Een andere spreekster onderstreept het belang van de artikelen 5 en volgende, aangezien ze de manier betreffen, waarop de controle van euthanasiedaden wordt opgevat.

In Nederland is men begonnen met het sluiten van een akkoord tussen de mensen op het terrein en het college van procureurs-generaal. Daarin was bepaald in welk kader het openbaar ministerie euthanasiehandelingen toeliet. Naarmate de discussie vorderde en na de twee evaluaties op het terrein, heeft men gepoogd een systeem uit te bouwen, dat het enerzijds mogelijk maakte een controle uit te voeren, en anderzijds te verifiëren dat de geneesheren die euthanasie hadden uitgevoerd, wel degelijk de gewilde verklaring aflegden.

contrôle général et n'examine pas de cas particuliers. Là encore, la loi prévoit que la commission établit elle-même le document d'enregistrement.

Ce n'était pas une mince affaire. En fin de compte, l'enregistrement des interruptions de grossesse n'a commencé que le 1^{er} octobre 1992, soit plus de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi, le 3 avril 1990. Telle que la proposition est rédigée, la commission ne peut établir ce document qu'une fois la proposition de loi entrée en vigueur et qu'après la constitution de la commission, ce qui prendra aussi du temps. Puisque, par hypothèse, la loi est d'application et que le respect de l'obligation de communiquer n'est pas sanctionné, l'euthanasie peut être pratiquée en toute impunité et sans le moindre contrôle *a posteriori*. Si cette situation persiste un ou deux ans, ne risque-t-on pas de voir apparaître des pratiques que l'on ne pourra plus réprimer par la suite?

Il est dès lors indiqué que ce soit le Roi qui établisse ce document; de plus, le document doit être disponible dès le premier jour de l'entrée en vigueur de la loi.

La proposition du groupe de l'intervenant consisterait à prévoir une obligation pour chaque médecin traitant de transmettre, dans les 24 heures suivant l'acte d'euthanasie, un rapport écrit au médecin légiste, qui vérifie immédiatement si toutes les règles de prudence ont été respectées.

Si ces règles de prudence n'ont manifestement pas été respectées, le médecin légiste transmet immédiatement ses conclusions au procureur du Roi, qui peut décider qu'on ne pourra pas procéder à l'inhumation.

Si le médecin légiste ne constate pas d'irrégularités, il transmet son rapport avec ses conclusions à une commission d'évaluation régionale à créer, qui examine à son tour le respect des conditions et fait rapport au procureur du Roi.

Une autre intervenante souligne l'importance des articles 5 et suivants, puisqu'ils concernent la manière dont est conçu le contrôle des actes d'euthanasie.

Aux Pays-Bas, l'on a commencé par la conclusion d'un accord entre les gens de terrain et le collège des procureurs généraux, indiquant dans quel cadre des actes d'euthanasie pouvaient être admis par le ministère public. Au fur et à mesure de la discussion et des deux évaluations réalisées sur le terrain, on a tenté de mettre sur pied un système permettant, d'une part, d'assurer un contrôle et, d'autre part, de vérifier que les médecins qui avaient pratiqué une euthanasie feraient bien la déclaration voulue.

Momenteel geeft in Nederland slechts 40% van de geneesheren die euthanasie uitoefenen het aan ondanks het systeem dat is uitgebouwd.

Er kan echter pas een euthanasiewet worden uitgewerkt, indien men er zich tegelijk van vergewist dat een efficiënte controle op het terrein kan worden uitgevoerd.

De ervaring in Nederland toont ons dat die controle niet simpel is en dat de geneesheren er nogal weigerachtig tegenover staan.

Amendement nr. 17 brengt een aanzienlijke verandering aan in vergelijking met het initiële wetsvoorstel, aangezien de verplichting alle euthanasiehandelingen rechtstreeks aan de procureur des Konings te melden werd geschrapt.

De evaluatiecommissie, die aanvankelijk door een afzonderlijk wetsvoorstel werd geregeld, wordt opgenomen in het voorstel dat ter onderzoek voorligt en omgevormd tot een controlecommissie, zonder dat men zich heeft afgevraagd of deze commissie die rol wel degelijk kan vervullen.

Er bestaan verschillende opties inzake controle: het Nederlandse systeem (met de beperkingen waarover we het reeds hebben gehad), en de andere mogelijkheden die werden uitgewerkt in het kader van de bio-ethische adviescommissie, namelijk een controle vooraf en achteraf, aangezien beide noodzakelijk zijn.

In de reeds gestemde artikelen van het voorstel dat ter onderzoek voorligt, bestaat een controle vooraf niet, ondanks de neergelegde amendementen, onder andere betreffende de niet-terminale fase.

Een andere mogelijke vorm van controle, die eveneens werd uitgesloten, betreft de problematiek van de rechten van de patiënt, en meer bepaald de rechten op inlichtingen en op instemming. Dit zou een externe controle op het ziekenhuis mogelijk maken. Dat is een gesloten milieu waar zich ongeveer 70% van de sterfgevallen voordoen, en waar een efficiënte controle heel moeilijk is.

Wat het hoofdstuk IV voorgesteld met amendement nr. 17 betreft, kan men zich afvragen wat de sanctie is in geval van niet-aangifte door de geneesheer aan de evaluatiecommissie.

Er is geen verband tussen de beschikkingen van hoofdstuk II betreffende de voorwaarden en de procedure, en het hoofdstuk betreffende de verklaring aan de commissie.

Het amendement van de spreekster die voorstelde uitdrukkelijk de verklaring aan de evaluatiecommissie te omschrijven als een van de door de geneesheer na te leven voorwaarden opdat er geen sprake zou zijn van een strafbaar feit, werd verworpen.

À l'heure actuelle encore, aux Pays-Bas, malgré le système mis en place, seuls 40% environ des médecins qui pratiquent l'euthanasie en font la déclaration.

Or, on ne peut élaborer une loi sur l'euthanasie que si l'on s'assure en même temps qu'un contrôle efficace puisse être réalisé sur le terrain.

L'expérience hollandaise montre que ce contrôle n'est pas simple, et que les médecins y sont réticents.

L'amendement n° 17 apporte un changement important par rapport à la proposition de loi initiale, puisque l'on a supprimé l'obligation de signaler tous les actes d'euthanasie directement au procureur du Roi.

La commission d'évaluation initialement visée par une proposition de loi distincte est intégrée à la proposition à l'examen, et transformée en commission de contrôle, sans que l'on se soit interrogé sur la possibilité pour cette commission de remplir réellement ce rôle.

Différentes options existent en matière de contrôle: le système hollandais (avec les faiblesses qui viennent d'être décrites), et les autres possibilités élaborées dans le cadre du Comité consultatif de bioéthique, à savoir des contrôles à la fois a priori et a posteriori, les deux étant nécessaires.

Dans les articles déjà votés de la proposition à l'examen, le contrôle *a priori* n'existe pas, en dépit des amendements déposés, notamment, en ce qui concerne la phase non terminale.

Une autre forme de contrôle possible, qui a également été écartée, concerne la problématique des droits du patient, et en particulier les droits à l'information et au consentement, qui permettraient d'introduire un contrôle extérieur à l'hôpital, milieu clos où se produisent environ 70% des décès et où il est très difficile d'exercer un contrôle efficace.

En ce qui concerne le chapitre IV proposé à l'amendement n° 17, la question se pose de savoir quelle est la sanction en cas de non-déclaration par le médecin à la commission d'évaluation.

Il n'y a pas de lien entre les dispositions du chapitre II relatif aux conditions et procédure, et le chapitre relatif à la déclaration à la commission.

L'amendement de l'intervenante, qui proposait de viser explicitement la déclaration à la commission d'évaluation comme l'une des conditions à respecter par le médecin pour qu'il n'y ait pas infraction, a été rejeté.

De Nederlandse wet bepaalt het uitdrukkelijk in zijn artikel 20 (artikel 293 van het Nederlandse Strafwetboek).

De spreker besluit dat er geen sancties bepaald zijn in geval van het niet-naleven van de verplichting tot aangifte aan de commissie.

Dat lijkt haar ernstig, aangezien het systeem van het wetsvoorstel slechts verdedigd kan worden door middel van een voldoende controle van wat op het terrein gebeurt, en meer bepaald wanneer er geen vraag vanwege de patiënt is geweest.

Het door de zes indieners voorgestelde model van evaluatiecommissie is overgenomen van de, door de wet van 13 augustus 1990 gecreëerde commissie inzake zwangerschapsonderbreking.

De voorgestelde oplossing lijkt de spreker nogal halfslachtig.

De door de wet van 13 augustus 1990 gecreëerde commissie had als taak, de toepassing van de beschikkingen betreffende zwangerschapsafbreking te evalueren. Het ging erom «alle twee jaar een statistisch uitgewerkt verslag op te maken voor het Parlement, op basis van de inlichtingen verkregen krachtens artikel 2 en 3, een verslag dat de toepassing en de evolutie van de wet gedetailleerd evalueerde, en dat zo nodig aanbevelingen formuleerde met het oog op een initiatief (...).

Voor de toepassing van deze opdracht mag de commissie inlichtingen inwinnen bij de autoriteiten en organismen betreffende gezinsplanning, de verantwoordelijke familie, de contraceptie, (...).

De aldus verkregen inlichtingen zijn vertrouwelijk.»

Dit systeem is haast letterlijk overgenomen door de tekst die ter onderzoek voorligt.

De rol die men de commissie hier wil laten spelen is echter verschillend.

De spreker deelt de mening van een vorige spreker niet. Die vond het noodzakelijk de evaluatie- en controleopdracht te scheiden (*cf.* de Nederlandse wet die de commissie een zekere evaluatierol geeft).

Maar ze stelt vast dat het voorgestelde artikel 5 enkel de evaluatieopdracht van de commissie vermeldt, terwijl, volgens haar, ook de controleopdracht zou moeten worden vermeld.

Er moet bijgevolg ook opnieuw worden nagedacht over de samenstelling van de commissie en de manier waarop die functioneert.

Wat de bufferrol betreft, die men aan deze commissie wil geven, verwijst de spreker naar de bijzonder interessante hoorzitting met professor Adams, die een grondige analyse van het Nederlandse systeem heeft gemaakt.

Cependant, la loi hollandaise le prévoit explicitement en son article 20 (article 293 du Code pénal hollandais).

L'intervenante conclut qu'il n'y a pas de sanction prévue en cas de non-respect de l'obligation de déclaration à la commission.

Cela lui paraît très grave, car le système de la proposition de loi n'est défendable que moyennant un contrôle suffisant de ce qui se passe sur le terrain, en particulier lorsqu'il n'y a pas eu de demande de la part du patient.

Le modèle de commission d'évaluation proposé par les six auteurs est calqué sur celui de la commission créée par la loi du 13 août 1990 en matière d'interruption volontaire de grossesse.

La solution proposée paraît batarde aux yeux de l'intervenante.

En effet, la commission créée par la loi du 13 août 1990 était chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de la grossesse. Il s'agissait d'«établir à l'attention du Parlement, tous les deux ans, un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3, un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de la loi, le cas échéant des recommandations en vue d'une initiative (...).

Pour l'application de cette mission, la commission peut s'informer auprès des pouvoirs et organismes concernant le planning familial, la parenté responsable, la contraception, (...).

Les renseignements recueillis sont confidentiels.»

Ce système a été transposé de façon quasi-littérale dans le texte à l'examen.

Or, le rôle que l'on veut faire jouer ici à la commission est différent.

L'intervenante ne partage pas le point de vue d'un précédent orateur, qui estimait nécessaire de dissocier la mission d'évaluation de celle de contrôle (*cf.* la loi hollandaise, qui donne aussi à la commission un certain rôle d'évaluation).

Mais elle constate que l'article 5 proposé ne mentionne que la mission d'évaluation de la commission, alors qu'il faudrait aussi, selon elle, mentionner son rôle de contrôle.

Il faut aussi repenser en conséquence la composition de la commission et la manière dont elle fonctionne.

Quant au rôle de tampon que l'on veut donner à cette commission, l'intervenante renvoie à l'audition particulièrement intéressante du professeur Adams, qui a fait une analyse approfondie du système hollandais.

Nu blijkt dat men in Nederland sterk geëvolueerd is in de manier om de controle te bekijken. De Belgische wetgever zou zich kunnen laten inspireren door deze ervaring.

Het Nederlandse systeem gaat via een mededeling aan een wetsdokter, en gebruikt de overlijdenscertificaten als controle-instrument (*cf.* de door een vorige spreker geformuleerde voorstellen in dit verband).

In de tekst dat ter onderzoek voorligt, zou meer aandacht moeten worden geschonken aan de manier waarop de overlijdenscertificaten worden opgesteld.

De kwestie van het respect van het privé-leven van personen, verbonden met het eventuele overmaken van het medisch dossier aan de evaluatiecommissie, zal ook moeten worden onderzocht.

Bovendien, en in tegenstelling tot wat in Nederland gebeurt, waar de commissie de naam van de geneesheer en de patiënt kent, is de controle, die door de tekst die ter onderzoek voorligt wordt voorzien, niet van individuele aard.

In dit verband heeft professor Adams onder andere het volgende verklaard:

«Ik meen dat de controle achteraf door een evaluatiecommissie individueel moet zijn. In Nederland is de situatie dezelfde. Zoniet, wordt niets gecontroleerd.»

Een lid merkt op dat het individuele karakter van de controle niet compatibel is met het anonieme karakter, dat onder bepaalde omstandigheden kan opgeheven worden. De geneesheer kan er ook toe worden gebracht zijn verslag te verduidelijken.

De vorige spreekster antwoordt dat dit enkel geldt in geval van problemen. De hele kwestie is nu te weten hoe de commissie zal kunnen vaststellen dat er een probleem bestaat.

De commissie moet over voldoende gegevens beschikken om een echte controle te kunnen uitoefenen, anders laat men het beter over aan het openbaar ministerie.

De kwestie van de rol van het openbaar ministerie tegenover de commissie moet ook worden verduidelijkt.

Het openbaar ministerie vervult blijkbaar volledig zijn rol met betrekking tot het neerleggen van een klacht.

Momenteel komen de klachten van naasten, of veeleer zelden, van een lid van het verplegend personeel of van een andere geneesheer. De jongste jaren zijn er slechts weinig vervolgingen geweest.

Misschien zal het bestaan van een wet het neerleggen van klachten vergemakkelijken.

Wat zal er gebeuren, indien een klacht wordt ingediend door een naaste van de na euthanasie overleden

Il apparaît que les Pays-Bas ont sensiblement évolué dans leur manière de concevoir le contrôle. Le législateur belge pourrait utilement s'inspirer de cette expérience.

Le système hollandais passe par une communication à un médecin légiste, et utilise le certificat de décès comme instrument de contrôle (*cf.* les propositions formulées à ce sujet par un précédent orateur).

Dans le texte à l'examen, une attention plus grande et un effort de modernisation devraient être consacrés à la manière dont les certificats de décès sont rédigés.

La question du respect de la vie privée des personnes, à laquelle est liée l'éventuelle transmission du dossier médical à la commission d'évaluation, devra aussi être examinée.

En outre, contrairement à ce qui se passe aux Pays-Bas, où la commission connaît le nom du médecin et du patient, le contrôle prévu par le texte à l'examen n'est pas de nature individuelle.

À ce sujet, le professeur Adams a notamment déclaré, lors de son audition:

«Je considère que le contrôle *a posteriori* par une commission d'évaluation doit être un contrôle individuel. Il en est ainsi également aux Pays-Bas. Sinon, rien n'est contrôlé.»

Un membre observe que le caractère individuel du contrôle n'est pas incompatible avec l'anonymat, qui peut être levé dans certaines circonstances. Le médecin peut également être amené à expliciter son rapport.

La précédente intervenante répond que ceci ne vaut qu'en cas de problème. Or, toute la question est de savoir comment la commission pourra arriver à constater qu'un problème existe.

Il faut que les données en sa possession soient suffisantes pour lui permettre d'exercer un véritable contrôle, sinon, il vaut mieux laisser faire le ministère public.

La question du rôle du ministère public par rapport à la commission devra aussi être clarifiée.

Ce rôle reste apparemment entier par rapport à un dépôt de plainte.

Actuellement, les plaintes émanent des proches ou, beaucoup plus rarement, d'un membre du personnel infirmier ou d'un autre médecin. Très peu de poursuites ont eu lieu au cours des dernières décennies.

Peut-être l'existence d'une loi facilitera-t-elle le dépôt de plaintes.

Dans l'hypothèse où une plainte est déposée par un proche d'une personne décédée suite à une euthana-

persoon, terwijl de commissie had geoordeeld dat aan alle door de wet bepaalde voorwaarden was voldaan?

Zal het parket dan contact met de commissie opnemen om de motieven van die beslissing te kennen?

Behoudt het parket zijn volledige bevoegdheid en krijgt de gewone strafprocedure haar normale verloop?

Met betrekking tot de rol van het parket verwijst de spreker naar het advies van de Raad van State en naar de discussie in het Parlement over de Nederlandse wet. Daaruit zou blijken dat dit punt het voorwerp was van een van de fundamenteelste kritieken op deze wet.

De spreker verklaart dat ze de fundamentele redenen waarom de patiënt en de arts anoniem moeten blijven niet ziet.

De samenstelling en de concrete werking van de evaluatiecommissie moeten eveneens worden besproken.

In Nederland gaat het om regionale commissies die slechts drie leden tellen. De spreker ziet niet waarom er in België regionale commissies zouden moeten worden gecreëerd, gelet op de grootte van ons land en aangezien het aantal te behandelen gevallen waarschijnlijk beperkt zal zijn.

Een spreker merkt op, zoals andere sprekers vóór haar, dat de commissie met twee verschillende opdrachten wordt belast: een evaluatie- en een controleopdracht. Deze opdrachten vereisen verschillende middelen, verschillende actoren, en situeren zich in verschillende juridische en gerechtelijke contexten.

Met betrekking tot de evaluatieopdracht kennen we in België een ander voorbeeld dat reeds werd aangehaald. Het gaat om de commissie die werd opgericht inzake abortus. Deze commissie kreeg de opdracht het fenomeen abortus in ons land te evalueren, het aantal abortussen vast te stellen, de sociaal-economische realiteit af te bakenen, te bepalen hoe de verschillende actoren op dit gebied te werk gaan, enzovoort.

Ook op het gebied van euthanasie is er een evaluatiecommissie nodig. Deze commissie moet onderzoeken welke medische praktijken worden aangewend, in welke gevallen om euthanasie wordt gevraagd, of de wetgeving eventueel moet worden aangepast, enzovoort.

Het verdient aanbeveling de samenstelling van deze evaluatiecommissie te bespreken. Er bestaan diverse systemen om de commissieleden aan te stellen. De spreker merkt echter op dat ze het heel belangrijk vindt dat de meest bevoegde personen ter zake deel uitmaken van deze commissie.

sie, alors que la commission avait considéré qu'il avait été satisfait aux conditions fixées par la loi, que se passera-t-il?

Le parquet prendra-t-il contact avec la commission, pour connaître les motifs de sa décision?

Le pouvoir du parquet reste-t-il entier, et la procédure pénale ordinaire suit-elle alors son cours?

À propos du rôle du parquet, l'intervenante renvoie à l'avis du Conseil d'État et à la discussion parlementaire relatifs à la loi hollandaise, dont il ressortait que ce point faisait l'objet de l'une des critiques les plus fondamentales formulées à l'égard de cette loi.

L'intervenante déclare qu'elle n'aperçoit pas la raison fondamentale pour laquelle l'anonymat du patient et celui du médecin doivent être sauvegardés.

La composition et le fonctionnement concret de la commission d'évaluation doivent aussi être discutés.

Aux Pays-Bas, il s'agit de commissions régionales qui ne comptent que trois membres. En Belgique, compte tenu de la dimension du pays et du nombre vraisemblablement restreint de cas à traiter, l'intervenante ne voit pas pourquoi il faudrait prévoir des commissions régionales.

Une intervenante note, comme de précédents orateurs, que la commission se voit confier deux missions différentes, à savoir l'évaluation et le contrôle, qui nécessitent des outils différents, des acteurs différents, et se situent dans des contextes juridique et judiciaire différents.

En ce qui concerne la mission d'évaluation, on en connaît en Belgique un autre exemple déjà cité, à savoir la commission créée en matière d'avortement pour évaluer le phénomène de l'avortement dans notre pays, connaître le nombre d'avortements, cerner la réalité socio-économique, déterminer comment travaillent les acteurs de terrain dans ce domaine, etc.

Une commission d'évaluation s'impose aussi dans le domaine de l'euthanasie pour savoir quelles sont les pratiques médicales, dans quels cas les euthanasies sont demandées, si une adaptation éventuelle de la législation est indiquée, etc.

La composition de cette commission d'évaluation mérite discussion. Plusieurs systèmes de désignation sont possibles, mais l'intervenante se dit très soucieuse de ce que se retrouvent dans la commission les personnes les plus compétentes en la matière.

Het is de taak van een evaluatiecommissie zich zo weinig mogelijk in te laten met individuele dossiers en bij voorkeur anonieme gevallen te behandelen.

Bijgevolg heeft de spreekster bedenkingen bij de tweede opdracht waarmee de commissie wordt belast; het gaat om de controleopdracht.

De band met het parket en de gerechtelijke wereld en met de wetgeving inzake overlijdensakten is niet duidelijk.

De spreekster is ervan overtuigd dat de commissie, zoals bedoeld in de tekst die ter bespreking voorligt, op verzet zal stoten vanwege de artsen die euthanasie uitvoeren, gelet op wat er met hun dossier zal gebeuren.

De commissie is samengesteld uit artsen. Artsen hebben niet alleen een afkeer van administratieve formaliteiten, maar het is ook bekend tot welke moeilijkheden een controle door collega's kan leiden. Het gevaar bestaat dat de efficiëntie van de controle vermindert.

Met betrekking tot het parket en de overlijdensakten, lijkt het evident dat er onzekerheid blijft bestaan.

De tekst bepaalt dat de commissie in geval van twijfel de anonimiteit van het dossier mag opheffen en het bewuste dossier aan een grondiger onderzoek mag onderwerpen.

Het staat niet vast welke aard de commissie zal hebben (administratief, pre-gerechtelijk, sociologisch, ...). In ons recht bestaat er geen enkel vergelijkbaar precedent.

Het lijkt wel degelijk om een «pre-gerechtelijke» commissie te gaan. Een tweederde meerderheid is vereist om te beslissen een dossier naar het parket te verwijzen. Stelt de commissie vast dat de voorwaarden niet vervuld zijn, dan is de verwijzing naar het parket echter slechts een mogelijkheid, met alle willekeurigheid die daarvan het gevolg kan zijn.

Waarom is er trouwens een tweederde meerderheid vereist? Hoe kan men het vertrouwen van de actoren behouden indien zij weten dat de commissie op een gegeven ogenblik kan beslissen het dossier aan het parket te bezorgen?

De spreekster keurt het idee van een bufferinstantie goed, maar stelt de vraag waarom de gerechtelijke overheid hierbij niet van bij aanvang kan worden betrokken.

Waarom zou men geen gerechtsarts aanstellen als bufferinstantie, eventueel door dit beroep te reorganiseren?

De tekst die ter onderzoek voorligt, voorziet in geen enkele wijziging van de huidige wetgeving inzake overlijdensakten. De ambtenaar van de burgerlijke stand krijgt kennis van het overlijden, in tegenstelling tot het parket.

Le rôle d'une commission d'évaluation est d'entrer le moins possible dans l'examen de cas individuels, et de rester de préférence dans l'anonymat.

Dès lors, la seconde mission dévolue à la commission, à savoir celle de contrôle, suscite chez l'intervenante des réticences.

Le lien avec le parquet et le monde judiciaire et avec la législation sur les actes de décès n'est pas clair.

L'intervenante est convaincue que, telle qu'elle est conçue dans le texte à l'examen, la commission rencontrera des résistances de la part des médecins qui pratiquent des euthanasies, étant donné le sort qui sera réservé à leur dossier.

La commission est pour partie composée de médecins. Or, on connaît, outre l'aversion des médecins pour les formalités administratives, les difficultés que peut susciter un contrôle opéré par des pairs. L'effectivité du contrôle risque d'en souffrir.

En ce qui concerne le parquet et les actes de décès, il paraît évident qu'une incertitude subsiste.

Le texte prévoit qu'en cas de doute, la commission peut lever l'anonymat du dossier et procéder à un examen plus approfondi de celui-ci.

La nature de la commission (administrative, pré-judiciaire, sociologique, ...) est incertaine. Il n'existe pas de précédent comparable dans notre droit.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une commission «pré-judiciaire». Ce n'est qu'à la majorité des 2/3 qu'elle peut décider de renvoyer le dossier au parquet. Si la commission constate que les conditions ne sont pas remplies, le renvoi au parquet n'est cependant qu'une faculté, avec tout l'arbitraire qui peut en découler.

Pourquoi, par ailleurs, requérir une majorité des 2/3? Comment garder la confiance des acteurs, si l'on sait que la commission peut, à un moment donné, transmettre le dossier au parquet?

Si l'intervenante souscrit à l'idée d'une instance-tampon, elle se demande pourquoi l'on ne pourrait associer dès le départ le pouvoir judiciaire à la démarche.

Pourquoi ne pas faire intervenir un médecin légiste comme instance-tampon, le cas échéant, moyennant une réorganisation de cette profession?

Le texte à l'examen ne prévoit aucune modification à la législation actuelle sur les actes de décès. L'officier de l'état civil est informé du décès, mais le parquet ne l'est pas.

Pas nadat de commissie het dossier heeft onderzocht, kan een vermoeden ontstaan van onregelmatige euthanasie.

Een tweede punt van kritiek heeft betrekking op het ontbreken van een band met de gewone justitie. Er werd gezegd dat een particulier in elk geval een klacht kan indienen. Zal de betrokkene op de hoogte worden gebracht van het feit of de arts het voorziene formulier al dan niet heeft ingevuld en naar de commissie heeft teruggestuurd?

Is er een sanctie voorzien indien de arts deze formaliteit niet naleeft?

Indien de particulier weet dat de arts deze formaliteit heeft nageleefd maar niettemin vermoedt dat er sprake is van euthanasie, kan hij dan contact opnemen met de commissie?

Welke contacten mag de commissie hebben in het kader van haar opdracht? Mag ze, in het kader van haar onderzoeksbevoegdheid, niet alleen de arts ondervragen, maar tevens alle actoren die bij het proces betrokken zijn?

Welke conclusies zal de rechter trekken in het geval dat klacht is ingediend, maar de commissie geen onregelmatigheden heeft ontdekt?

De spreker zegt dat ze ervan overtuigd is dat een rechter onmogelijk alleen de complexiteit van een euthanasiedossier kan vatten.

Indien er een vermoeden van onwettelijke euthanasie bestaat, moet dan niet van bij aanvang worden voorzien dat de gerechtelijke actoren sneller kunnen optreden?

Kan niet worden voorzien dat, op het ogenblik waarop het overlijden wordt gemeld, in geval van euthanasie, een gerechtsarts ambtshalve op de hoogte wordt gebracht en de opdracht krijgt het dossier te bestuderen?

Moet daarvoor een beroep worden gedaan op een hybride orgaan, waarvan de spreker de evaluatieopdracht overigens wel op prijs stelt?

Bovendien is de spreker toch wel wat beducht voor de schifting die in een zo belangrijke materie kan worden gemaakt door een commissie waarvan, zoals hierboven gezegd, de precieze aard niet wordt bepaald.

Kan men dit soort opdracht toevertrouwen aan personen die tegelijk controleur en gecontroleerde kunnen zijn?

Een lid vraagt aan de vorige spreker of men kan zeggen, wanneer een rechtbank een deskundige of een college van deskundigen aanstelt, dat de betrokkenen tegelijk rechter en partij zijn.

Zij antwoordt ontkennend, maar benadrukt dat hun opdracht past in een gerechtelijk kader, onder

Ce n'est qu'après examen du dossier par la commission qu'il pourrait y avoir un soupçon d'euthanasie irrégulière.

Une deuxième critique concerne l'absence de lien avec la justice ordinaire. Il a été dit qu'une plainte pouvait en tout état de cause être déposée par un particulier. Celui-ci sera-t-il informé de ce que le médecin a ou non rempli et renvoyé à la commission le formulaire prévu?

Y a-t-il une sanction si le médecin ne respecte pas cette formalité?

Si le particulier sait que cette formalité a bien été remplie, mais soupçonne une euthanasie, peut-il avoir un contact avec la commission?

Quels sont les contacts que la commission peut avoir dans le cadre de sa mission? Dans son pouvoir d'investigation, peut-elle interroger, outre le médecin, tous les acteurs qui sont intervenus dans le processus?

Si une plainte a été déposée, mais que la commission n'a pas décelé d'irrégularité, quelles conclusions le juge va-t-il en tirer?

L'intervenante se dit convaincue qu'un juge ne peut pas appréhender seul la complexité d'un dossier d'euthanasie.

Ne faut-il pas, dès le départ, lorsqu'il existe un soupçon d'euthanasie illégale, que les acteurs de la justice puissent intervenir plus rapidement?

Au moment de la déclaration du décès, ne peut-on, d'office, lorsqu'il y a euthanasie, informer un médecin légiste, qui étudiera le dossier?

Faut-il pour cela avoir recours à un organe hybride, dont l'intervenante apprécie par ailleurs la mission d'évaluation?

En outre, l'intervenante redoute quelque peu le tri que pourrait opérer une commission dont, comme il vient d'être dit, la nature exacte n'est pas définie, et ce dans une matière aussi importante.

Est-il bon de confier une telle mission à des personnes qui peuvent être à la fois contrôleur et contrôlé?

Un membre demande à la précédente intervenante si, lorsqu'un tribunal désigne un expert ou un collègue d'experts, on peut dire que ceux-ci sont à la fois juge et partie.

Celle-ci répond par la négative, mais souligne que leur mission s'inscrit dans un cadre judiciaire, qu'elle

toezicht van de rechter wordt uitgeoefend, alsook dat een deskundige per definitie zelfstandig en onpartijdig handelt.

De vorige spreker stelt vast dat het standpunt van de vorige spreekster aansluit op de logica van de positie die ze voorheen al verdedigde. Daarbij verzette ze zich ertegen dat euthanasie, al was het maar gedeeltelijk, zou worden gedeepeniseerd. Ze gaf er de voorkeur aan de controle van de rechtbanken terzake te behouden.

Het is duidelijk dat de rol van de evaluatiecommissie niet dezelfde is als de opdracht van een rechtscollege.

De vorige spreekster antwoordt dat de commissie weliswaar geen gerechtelijke opdracht heeft. Ze vreest echter dat de rol van de commissie van dezelfde aard is als die van een rechtscollege, aangezien het erom gaat vast te stellen of er in bepaalde dossiers al dan niet een inbreuk is begaan, zonder dat de vereiste waarborgen om dit soort opdracht uit te voeren echter aanwezig zijn.

De vorige spreker stelt vast dat de argumenten van verschillende tegenstanders van het voorstel op kenmerkende wijze steeds samenvallen, en dat er dus slechts sprake zou zijn van verzet tegen de algemene filosofie van het wetsvoorstel.

Een lid verklaart nota te hebben genomen van de verschillende punten van kritiek van de tegenstanders van de tekst met betrekking tot de federale evaluatie- en controlecommissie.

Hij zal hier nauwgezet op antwoorden.

Om te beginnen is het algemeen bekend dat het medisch korps gewoonlijk heel terughoudend staat tegenover het idee dat het verplicht zou worden verantwoording af te leggen aan een derde, en vooral aan de gerechtelijke overheden, over de wijze waarop artsen hun patiënten behandelen. Het lijkt dan ook een goed idee om een orgaan te creëren dat als tussenpersoon zou optreden tussen de gerechtelijke overheid en het medisch korps. De spreker was geen voorstander van een rechtstreekse en systematische verzending aan het parket.

De verplichting voor de arts om zijn daad te melden, zoals in Nederland, is volgens de spreker een positief element: artsen zullen twee keer nadenken alvorens euthanasie uit te voeren.

Vervolgens stelt de spreker vast dat er vragen werden gesteld over het statuut van deze commissie, met name over het punt of de federale commissie een rechtscollege of een administratief orgaan is.

De commissie die men voor ogen heeft is geen rechtscollege en evenmin een administratief orgaan. Immers, deze organen nemen beslissingen die worden

s'exerce sous le contrôle du juge, et qu'un expert est par définition indépendant et impartial.

Le précédent orateur constate que le point de vue de la précédente intervenante s'inscrit dans la logique de la position qu'elle a précédemment défendue, et selon laquelle elle était opposée à une dépenalisation, même partielle, de l'euthanasie, et préférait maintenir le contrôle des tribunaux en la matière.

Quant au rôle de la commission d'évaluation, il est clair qu'il n'est pas juridictionnel.

La précédente intervenante répond que ce rôle n'est certes pas judiciaire, mais qu'elle craint fort qu'il ne soit de nature juridictionnelle, puisqu'il s'agit bien de savoir s'il y a ou non infraction dans des dossiers déterminés, sans cependant que les garanties nécessaires pour exercer ce type de mission ne soient présentes.

Le précédent orateur constate que, de façon caractéristique, les arguments de différents opposants à la proposition se rejoignent toujours, et qu'il n'y aurait donc qu'une opposition à la philosophie générale de la proposition de loi.

Un membre déclare avoir pris bonne note des différentes critiques formulées par les opposants au texte quant à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation.

Il tient à répondre précisément à chacune d'elles.

Tout d'abord, nul n'ignore que le corps médical en général est très réticent à l'idée d'être obligé de rendre des comptes à un tiers, et surtout aux autorités judiciaires, quant aux actes posés à l'égard des patients. Donc, l'idée de prévoir une instance intermédiaire entre le pouvoir judiciaire et le corps médical paraît une bonne chose. L'intervenant était réticent à un transfert direct et systématique au parquet.

L'obligation pour le médecin de déclarer son acte, comme dans le modèle hollandais, constitue à ses yeux un élément positif: les médecins réfléchiront à deux fois avant de pratiquer une euthanasie.

L'intervenant constate ensuite que des interrogations ont été formulées quant au statut de cette commission, notamment sur le point de savoir si la commission fédérale est un organe juridictionnel ou administratif.

La commission, telle qu'elle est prévue, n'est ni un organe juridictionnel, ni un organe administratif. En effet, ces organes prennent des décisions qui

opgelegd aan de personen op wie ze betrekking hebben. De commissie daarentegen spreekt geen veroordelingen uit.

De commissie voert evenmin een gerechtelijk onderzoek. Haar activiteiten situeren zich voorafgaand aan een eventueel gerechtelijk onderzoek.

Bijgevolg regelt de commissie geen geschil met betrekking tot de straf.

Was de commissie een administratief orgaan, dan zou er een mogelijkheid van beroep bestaan voor de Raad van State. Deze mogelijkheid is niet voorzien.

De commissie is een orgaan *sui generis*: ze wordt gecreëerd om informatie te ontvangen van artsen die euthanasie uitvoeren. Ze bewaart informatie en filtert ze een eerste keer. Ze heeft het recht de informatie die ze ontvangt aan het licht te brengen.

Immers, gelijk wie kan feiten bij het parket aan het licht brengen, net zoals ook niemand daartoe verplicht is. Het feit informatie aan te geven bij het parket vormt geen gerechtelijke beslissing.

De gerechtelijke activiteiten van het parket worden op geen enkele manier geschaad: het parket kan vervolgingen instellen zonder dat de commissie daartoe een verzoek indient, en het kan beslissen niet te vervolgen hoewel de commissie de aandacht van het parket vestigt op een precies geval. Nadat de commissie een dossier naar het parket heeft gestuurd, is alles nog mogelijk: de rechtsgang wordt nergens belemmerd. Had de wetgever integendeel voorzien dat het parket zijn activiteiten moest onderbreken gedurende de tijd die de commissie nodig heeft om een beslissing te nemen, dan was er een probleem geweest.

Bovendien kan niemand de beslissing van de commissie betwisten, wat bewijst dat het niet om een gerechtelijke beslissing gaat.

Er werd ook een vraag gesteld met betrekking tot de grondwettelijke aard van de commissie. De artikelen van de Grondwet die tot problemen zouden kunnen leiden, hebben betrekking op de instelling van een rechtscollege. Welnu, de commissie is geen rechtscollege. Tot slot vormt haar oprichting geen belemmering voor de gewone rechtsgang.

Volledigheidshalve nemen we hierna de argumenten op die kunnen worden opgeworpen door wie oordeelt dat de commissie een rechtscollege is.

Artikel 146 van de Grondwet bepaalt dat «geen rechtbank, geen met eigenlijke rechtspraak belast orgaan kan worden ingesteld dan krachtens een wet». Dit artikel heeft alleen betrekking op met eigenlijke rechtspraak belaste organen. De evaluatiecommissie is zeker geen met eigenlijke rechtspraak belast orgaan. Zelfs al was ze dat wel, dan nog wordt ze georganiseerd door een wet, niet door een koninklijk besluit, zoals de Grondwet vereist. Bovendien heeft deze commissie niets buitengewoons.

s'imposent aux personnes qu'elles concernent. La commission, quant à elle, ne condamne pas.

Elle ne procède pas non plus à une instruction. Son travail se situe en amont de l'instruction.

La commission ne règle donc pas un contentieux de la peine.

Si c'était un organe administratif, cela entraînerait une possibilité d'appel devant le Conseil d'État. Cela n'est pas prévu.

La commission est un organe *sui generis*: elle est mise en place pour recevoir des informations des médecins pratiquant l'euthanasie. Elle est dépositaire d'informations et exerce un premier filtre. Elle est en droit de dénoncer les informations reçues.

En effet, tout un chacun peut dénoncer des faits au parquet, tout comme personne n'est obligé de le faire. La commission est ce «tout un chacun». Le fait de dénoncer des informations au parquet ne constitue pas une décision judiciaire.

Le parquet n'est en rien affecté dans son travail judiciaire: il peut poursuivre sans sollicitation de la commission, et ne pas poursuivre alors que la commission attire son attention sur un cas précis. Lorsque la commission envoie le dossier au parquet, tout peut encore se passer: le cours de la justice n'est en rien entravé. Par contre, si le législateur avait prévu que l'action du parquet devait être suspendue jusqu'à ce que la commission rende sa décision, il y aurait eu un problème.

De plus, la décision de la commission ne peut être contestée par personne, ce qui prouve que ce n'est pas une décision judiciaire.

La question a également été posée du caractère constitutionnel de la commission. Les articles de la Constitution qui pourraient poser problèmes sont relatifs à l'instauration d'une juridiction. Or, la commission n'est pas une juridiction. Enfin, sa création n'entrave pas le cours normal de la justice.

Pour une information complète, voici les arguments qui pourraient être soulevés si on devait considérer que la commission est une juridiction.

L'article 146 de la Constitution prévoit que «nul tribunal, nulle juridiction contentieuse ne peut être établi qu'en vertu d'une loi». Cet article ne concerne que les juridictions contentieuses. La commission d'évaluation n'est en rien une juridiction contentieuse. Et même si c'était le cas, elle est organisée par une loi, comme l'exige la Constitution et pas par un arrêté royal. Cette commission n'a en plus rien d'extraordinaire.

De bevoegdheid van de wetgever is exclusief, maar niet beperkt.

Geen buitengewone rechtbanken commissies kunnen, onder welke benaming ook, in het leven worden geroepen.

Wat verstaat men onder commissie/rechtbank en onder buitengewone rechtbanken ?

De aard van een commissie is tijdelijker dan die van een rechtbank. Een commissie wordt opgericht om te oordelen over één of meer welbepaalde zaken (P. Wigny, *Droit constitutionnel*, deel II, Brussel, Bruylant, 1952, blz. 734).

De rechtsleer oordeelt meestal dat het Nationaal Congres met het uitsluiten van de commissies en buitengewone rechtbanken tot doel had de politieke rechtscolleges uit te sluiten (M. Verdussen, *Contours et enjeux du droit constitutionnel pénal*, Brussel, Bruylant, 1995, blz. 421; P. Wigny, *op. cit.*, blz. 733-734: «Al te vaak in het verleden werden bijzondere commissies, bloedrechtbanken ingesteld, die de werktuigen waren van de wraak van de regering. Zo werden politieke misdaden begaan die des te verfoeilijker waren omdat ze werden begaan zonder enige rechtsvorm te overschrijden.»).

Natuurlijk is de evaluatiecommissie geen politieke rechtbank.

Voor andere interpretaties van artikel 146 kan worden verwezen naar de stelling van de heer Verdussen (p. 420-421).

Artikel 13 van de Grondwet bepaalt dat «niemand tegen zijn wil kan worden afgetrokken van de rechter die de wet hem toekent».

Met het oprichten van de commissie maakt de nieuwe wet het mogelijk alle anomalieën in euthanasieprocedures systematisch op te sporen en ze naar het gerecht te verwijzen. Het staat de strafrechtelijke overheden vervolgens vrij te oordelen of er al dan niet reden is om repressief op te treden. Bovendien wordt het werk van het parket niet tenietgedaan: proactief opsporen, gerechtelijk onderzoek op grond van een klacht.

Een derde vraag heeft betrekking op de waarde die de beslissingen van de commissie hebben.

Indien de commissie oordeelt dat de procedure die de arts heeft gevolgd volkomen legaal is en het parket van zijn kant van het tegendeel overtuigd is, loopt de commissie dan niet het risico in diskrediet te worden gebracht? Volgens de spreker is dat geen probleem. Misschien zal men zeggen dat de commissie niet nauwgezet heeft gewerkt. En wat dan nog? Bovendien is het de taak van de commissie de aandacht van het parket op bepaalde gevallen te vestigen, zonder dat ze enig dwingend gezag bezit. De commissie geeft alleen maar een signaal, ze neemt geen gerechtelijke beslissing.

La compétence du législateur est exclusive, mais non limitée.

En effet, l'article 146 de la Constitution poursuit en précisant: «Il ne peut être créé de commissions ni de tribunaux extraordinaires, sous quelque dénomination que ce soit.»

Qu'entend-on par commission/tribunal et par tribunaux extraordinaires ?

Une commission a un caractère plus temporaire qu'un tribunal. Une commission est constituée pour juger une ou plusieurs affaires déterminées (P. Wigny, *Droit constitutionnel*, titre II, Bruxelles, Bruylant, 1952, p. 734).

La majorité de la doctrine considère qu'en excluant les commissions et les tribunaux extraordinaires, le Congrès national visait à exclure les juridictions politiques (M. Verdussen, *Contours et enjeux du droit constitutionnel pénal*, Bruxelles, Bruylant, 1995, p. 421; P. Wigny, *op. cit.*, p. 733-734: «Trop souvent dans l'histoire ont été créés des commissions spéciales, des tribunaux de sang qui étaient les ministres de la vengeance gouvernementale. Ainsi se perpétrèrent des crimes politiques d'autant plus odieux qu'ils étaient accomplis dans toutes les formes judiciaires»).

Il est évident que la commission d'évaluation n'est pas un tribunal politique.

Pour d'autres interprétations de l'article 146, on se référera à la thèse de M. Verdussen (blz. 420-421).

L'article 13 de la Constitution, quant à lui, prévoit que «nul ne peut être distrait, contre son gré, du juge que la loi lui assigne».

La nouvelle loi permet, par la création de la commission, un dépistage systématique des anomalies survenues dans les procédures d'euthanasie, et leur renvoi en justice. Les autorités pénales sont libres de considérer qu'il y a ou non matière à répression. De plus, le travail du parquet n'est pas mis à mal: recherche pro-active, instruction sur base d'une plainte.

Une troisième question porte sur la valeur des décisions de cette commission.

Si la commission considère que la procédure suivie par le médecin est tout à fait légale et que le parquet, lui, estime le contraire, la commission ne risque-t-elle pas d'être discréditée? Cela ne pose pas de problème selon l'intervenant. On dira peut-être que la commission n'a pas réalisé son travail avec rigueur. Et alors? De plus, elle est là pour attirer l'attention du parquet sans pouvoir de contrainte. Elle donne seulement un signal, elle ne rend pas une décision judiciaire.

De commissie hoeft zich er allerminst voor te schamen dat ze terzake de deskundige wordt van de rechtbanken. In elk geval heeft het parket niet de nodige middelen om alles zelf te gaan analyseren. Het beschikt evenmin over de vereiste kennis om een volledig passend standpunt in te nemen.

De vierde vraag is de volgende: moet deze commissie niet worden ingesteld op het niveau van de gewesten?

De zes indieners menen van niet. De commissie moet uniek en federaal zijn. Het is duidelijk dat de omvang van het Belgische grondgebied niet verantwoordt dat verscheidene organen worden gecreëerd. Bovendien is het belangrijk te verzekeren dat er eenheid van interpretatie is in het hele land. Uiteindelijk werd een unieke structuur ingesteld, naar het voorbeeld van de federale commissie belast met het evalueren van de wet inzake abortus en van het Nationaal Comité voor de bio-ethiek.

Een vijfde vraag heeft betrekking op wat er gebeurt indien een arts nalaat de commissie kennis te geven van zijn daad.

Indien een familielid of een verzorger klacht indient bij het parket, wordt de arts vervolgd. Men kan deze situatie vergelijken met een autobestuurder die 150 km/uur rijdt, hoewel hij weet dat de maximumsnelheid 120 km/uur bedraagt. Hij loopt het risico te worden vervolgd, maar het kan ook gebeuren dat hij niet zal worden vervolgd. Bovendien worden ook niet alle moorden aangegeven bij de gerechtelijke overheden.

Een zesde punt van bezwaar heeft betrekking op het feit dat het lichaam van de overleden patiënt na de euthanasie wordt begraven zonder de voorafgaande toelating van het parket.

Dit klopt, maar het is niet door een lichaam opnieuw op te graven dat men kan achterhalen of de wettelijke procedure werd nageleefd. Hoe kan men dan immers nagaan of het lijden werkelijk ondraaglijk was, of een tweede arts werd geraadpleegd? De autopsie zal geen antwoord geven op deze vragen.

Er is nog een vraag: waarom wordt voorzien dat een tweederde meerderheid vereist is om een dossier naar het parket te verwijzen?

De zes indieners menen dat een grote meerderheid van de leden ervan overtuigd moet zijn dat het nodig is de aandacht van het parket op het dossier te vestigen. Dit mag niet lichtzinnig gebeuren.

Zijn er trouwens niet te weinig juristen in deze commissie?

Er zij op gewezen dat het om een medische materie gaat en dat deze commissie geen rechtscollege is. De commissie mag niet uitsluitend samengesteld zijn uit artsen, maar ook niet uitsluitend uit juristen: de leden van de commissie moeten uit diverse vakgroepen komen.

Il n'y a rien de gênant à voir la commission devenir l'expert des tribunaux en la matière. De toute façon, le parquet n'est pas armé pour tout analyser lui-même, et ne dispose pas des connaissances nécessaires pour adopter une position tout à fait adéquate.

La quatrième question est la suivante: cette commission ne devrait-elle pas être instaurée au niveau régional?

Les six auteurs estiment que non. La commission doit être unique et fédérale. Il est clair que l'étendue du territoire belge ne justifie pas une multiplication des instances. De plus, il importe d'assurer une uniformité d'interprétation sur l'ensemble du territoire; enfin, une structure unique a été instaurée, comme c'est le cas pour la commission fédérale chargée d'évaluer la loi sur l'avortement et pour le Comité national de bioéthique.

Une cinquième interrogation porte sur le point de savoir ce qui se passe si un médecin ne déclare pas son acte à la commission.

Si une plainte est déposée par un membre de la famille ou de l'équipe soignante dans les mains du parquet, le médecin sera poursuivi. On peut comparer cette situation à un automobiliste qui roule à 150 km/h, sachant que la limite de vitesse est fixée à 120 km/h; il prend le risque d'être puni ou non. De plus, tous les meurtres ne sont pas portés à la connaissance des autorités judiciaires.

Une sixième objection concerne le fait que le corps du patient décédé suite à une euthanasie soit enterré sans l'autorisation préalable du parquet.

C'est vrai, mais ce n'est pas en exhumant un corps que l'on pourra savoir si la procédure prévue par la loi a été respectée. Comment vérifier alors que les souffrances étaient insupportables, qu'un deuxième médecin était consulté? L'autopsie ne révélera rien de tout cela.

Autre question: pourquoi avoir prévu une majorité des deux-tiers pour le renvoi au parquet?

Les six auteurs estiment qu'une large majorité des membres doit être convaincue que le dossier nécessite d'attirer l'attention du parquet. Cela ne doit pas être fait à la légère.

Y a-t-il par ailleurs trop peu de juristes dans cette commission?

Il faut rappeler qu'il s'agit d'une matière médicale et que cette commission n'est pas un organe juridictionnel. Il ne doit pas y avoir que des médecins, ni seulement des juristes: la composition pluridisciplinaire s'impose.

Tot slot: waarom zou het hinderlijk zijn dat dit orgaan tegelijk een evaluatie- en een controleopdracht krijgt?

Er bestaat reeds een orgaan van dit type op het gebied van de jeugdbescherming. Immers, het decreet van 4 maart 1991 beschrijft, in artikel 27, de bevoegdheden van de gemeenschapsraad voor hulpverlening aan de jeugd.

Deze raad is een reflectieorgaan. Hij kan advies uitbrengen en voorstellen doen, ook op eigen initiatief, op het gebied van jeugdbescherming of jeugdbijstand. Deze raad is met name bevoegd om advies te verlenen over de aard van de sancties die moeten worden voorzien tegen instellingen, diensten en personen op wie het decreet van toepassing is, wanneer zij de beschikkingen van dit decreet niet naleven met betrekking tot de rechten van jongeren. De adviezen van de raad hebben ook betrekking op de procedures om vervolgingen in te stellen en op de verhaalmiddelen die kunnen worden aangewend.

Deze beschikking gaat nog verder dan de beschikking voorzien voor de federale commissie; deze laatste doet geen voorstellen betreffende sancties voor artsen die in de fout gaan.

De spreker besluit dat de diverse punten van kritiek tegen deze commissie niet gerechtvaardigd zijn.

Over het gebrek aan sancties voor sommige bepalingen verklaart een ander lid dat juridische normen zich inderdaad onderscheiden van het geheel van sociale normen door hun dwingend karakter.

Dit dwingend karakter impliceert echter niet noodzakelijkerwijze dat elke beschikking een eigen en uitdrukkelijke sanctie moet bevatten. Binnen het positief recht voldoet alleen het substantieel strafrecht bijna perfect aan dit model.

Heel wat bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, het Gerechtelijk Wetboek, het Wetboek van strafvordering voorzien niet in specifieke sancties. Een inbreuk op die regels leidt niet systematisch tot een sanctie. Niet alle rechtsregels zijn van openbare orde.

Het niet-naleven van de meeste juridische regels leidt niet tot een sanctie als zodanig, maar wordt, naargelang het geval, beoordeeld om de schending van een recht (bijvoorbeeld: een burgerlijk recht) te herstellen of te oordelen over de regelmatigheid van een procedure, een beslissingsproces. Dat is hier ook het geval.

Met betrekking tot het aantasten van de grondwettelijke en wettelijke bevoegdheden van het openbaar ministerie, alsook met betrekking tot de injunctiebevoegdheid ten overstaan van het openbaar ministerie, verwees een vorige spreker naar de regel volgens

Enfin, en quoi est-il gênant que cet organe joue un rôle à la fois d'évaluation et de contrôle?

Il existe déjà un organe de ce genre dans le cadre de la protection de la jeunesse. En effet, le décret du 4 mars 1991, en son article 27, décrit les compétences du conseil communautaire de l'aide à la jeunesse.

Ce conseil est un organe de réflexion qui peut émettre des avis et des propositions, même d'initiative, en matière de protection ou d'aide à la jeunesse. Ce conseil a notamment le pouvoir de donner un avis sur la nature des sanctions à prévoir à l'encontre des institutions, des services et des personnes auxquels s'applique le décret, lorsque ceux-ci ne respectent pas les dispositions du titre de ce décret relatif aux droits des jeunes, sur les procédures d'engagement des poursuites et les recours dont ils disposent.

Cette disposition va encore plus loin que celle prévue pour la commission fédérale qui, elle, ne suggère aucun type de sanction pour les médecins fautifs.

L'intervenant conclut que les critiques adressées à l'encontre de cette commission ne sont pas justifiées.

Un autre membre déclare, à propos de l'absence de sanction de certaines dispositions, qu'il est vrai, comme l'a souligné un précédent orateur, que les normes juridiques se singularisent, par rapport à l'ensemble des normes sociales, par leur caractère contraignant.

Toutefois, ce caractère contraignant n'implique pas nécessairement que chaque disposition soit assortie d'une sanction propre et expresse. Au sein du droit positif, seul le droit pénal substantiel répond presque parfaitement à ce modèle.

Nombre de règles du Code civil, du Code judiciaire, du Code d'instruction criminelle ne sont pas accompagnées de sanctions spécifiques. Leur violation n'entraîne pas systématiquement une sanction. Toutes les règles de droit ne sont pas d'ordre public.

Le non-respect de la majorité des normes juridiques n'entraîne pas une sanction en tant que telle mais est pris en considération pour, selon le cas, réparer la violation d'un droit (droit civil par exemple), ou juger de la régularité d'une procédure, d'un processus de décision. C'est le cas ici.

À propos de l'empiètement sur les compétences constitutionnelles et légales du ministère public, et quant au pouvoir d'injonction vis-à-vis du ministère public, un précédent orateur a invoqué la règle selon laquelle même le ministre de la Justice ne peut donner

welke zelfs de minister van Justitie geen negatieve injunctiebevoegdheid (om niet te vervolgen) heeft jegens het parket.

In de veronderstelling dat de arts geen gevolg zou geven aan de vragen van de commissie, zou zij daaruit haar conclusies trekken en in voorkomend geval het parket op de hoogte brengen, dat zijn volledige bevoegdheid behoudt.

Met betrekking tot het niet-nakomen van de formaliteiten van de evaluatieprocedure, rijst de vraag of die formaliteiten ook voorwaarden zijn voor de wettelijkheid van de beslissing zelf om euthanasie uit te voeren; in dit geval zou het niet-nakomen van die formaliteiten de euthanasie automatisch onwettelijk maken.

Een lid leek bevestigend te antwoorden. Volgens de spreker is de evaluatieprocedure geen voorwaarde voor de wettelijkheid van een reeds gestelde handeling, is ze geen voorwaarde voor de wettelijkheid van de euthanasie, aangezien deze procedure er komt na de beslissing en de uitvoering daarvan.

Wordt deze procedure niet veeleer ingesteld om zich ervan te vergewissen dat bepaalde twijfelachtige praktijken worden beoordeeld, en niet zozeer om de wettelijkheid van de euthanasie te waarborgen?

Indien de arts deze procedure echter niet volgt, wekt hij achterdocht op en stelt hij zich misschien ook bloot aan vervolgingen vanwege het parket.

Een lid is het niet eens met de voorstelling van zaken als zou de evaluatiecommissie, bij gebrek aan concrete sancties die de wet vooropstelt, nagaan of alle voorwaarden en procedures werden nageleefd en dat ze, wanneer blijkt dat dit niet het geval is, toch nog zal onderzoeken of er sprake is van een noodtoestand in de strafrechtelijke betekenis van het woord. De evaluatiecommissie moet zagezegd oordelen «over de procedure in haar geheel». Deze terminologie is overgenomen uit artikel 6 van het EVRM dat betrekking heeft op het recht op een eerlijk proces, dat de verschillende lidstaten moeten garanderen.

Deze volzin is hier echter allerm minst op zijn plaats, omdat vele niet-juristen oordelen over het verloop van de procedure en over de vraag of er nu al dan niet sprake is van een noodtoestand. Nochtans is door de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 herhaaldelijk gesteld dat de rechtsfiguur van de noodtoestand niet dienstig is voor de voorliggende procedure, terwijl nu als richtlijn wordt meegegeven dat de evaluatiecommissie oordeelt of er al dan niet een noodtoestand aanwezig is. Onder welke voorwaarden zal deze commissie erkennen dat er een noodtoestand is? Wat zal het beleid zijn van het evaluatiecommissie?

De commissie zal immers een beleid in de echte zin van het woord voeren omdat ze niet incidenteel oordeelt — als gevolg van een klacht — maar structureel.

des injonctions négatives (de ne pas poursuivre) au parquet.

Dans l'hypothèse où le médecin ne répondrait pas aux demandes de la commission, cette dernière en tirerait les conclusions et informerait, le cas échéant, le parquet dont les pouvoirs restent entiers.

En ce qui concerne le non-respect des formalités de la procédure d'évaluation, la question se pose de savoir si celles-ci sont également des conditions de légalité de la décision même de pratiquer une euthanasie, auquel cas leur non-respect rendrait automatiquement l'euthanasie illégale.

Un membre a semblé répondre par l'affirmative. Selon l'intervenant, la procédure d'évaluation ne conditionne pas la légalité d'un acte déjà posé, ne conditionne pas la légalité de l'euthanasie, cette procédure étant postérieure à la décision et à son accomplissement.

Cette procédure n'est-elle pas instituée davantage pour assurer que, si certaines pratiques sont douteuses, elles soient jugées, et moins pour garantir la légalité de l'euthanasie?

Mais si le médecin ne suit pas cette procédure, il s'expose aux suspicions et s'exposera peut-être aussi à une poursuite du parquet.

Un commissaire dit ne pas partager le point de vue selon lequel, à défaut de sanctions concrètes prévues par la loi, la commission d'évaluation vérifierait si toutes les conditions et toutes les procédures ont été respectées et s'il s'avérerait que non, qu'elle examinerait malgré tout aussi si l'on peut parler d'un état de nécessité au sens pénal du terme. La commission d'évaluation doit pour ainsi dire se prononcer sur «la totalité du procès». Cette terminologie est empruntée à l'article 6 de la CEDH, qui concerne le droit à un procès équitable, que les divers États membres doivent garantir.

Cette phrase n'est toutefois pas du tout à sa place ici, parce que de nombreux non-juristes se prononcent sur le déroulement de la procédure et sur la question de savoir si l'on peut ou non parler d'un état de nécessité. Pourtant, les auteurs de la proposition de loi n° 2-244 ont dit et répété que le recours à la notion juridique d'état de nécessité n'est pas utile dans la procédure en discussion, et, malgré tout, on donne maintenant comme consigne de prévoir que la commission d'évaluation juge s'il y a ou non un état de nécessité. Sous quelles conditions cette commission reconnaît-elle qu'il y a état de nécessité? Quelle sera la politique de la commission d'évaluation?

Elle mènera en effet une politique au vrai sens du terme, parce qu'elle se prononce non pas incidemment — à la suite d'une plainte — mais structurel-

Deze constructie is volstrekt onaanvaardbaar en beantwoordt geenszins aan de beginselen van de rechtsstaat.

Een ander lid verwijst naar zijn vorige interventie betreffende het feit dat de commissie niet de aard van een rechtscollège heeft.

Het woord «oordeelt» is het enige woord dat op het tegendeel zou kunnen wijzen, maar in de context betekent dit woord duidelijk «is van mening dat».

Overigens kan men niet tegelijk beweren enerzijds dat de commissie nergens toe dient en anderzijds dat ze de autonomie van rechtscollèges in het gedrang brengt.

Met betrekking tot artikel 151 van de Grondwet ziet de spreker niet in waar dit artikel betrekking zou hebben op de huidige discussie. Hij wijst erop dat nooit naar dit artikel werd verwezen toen werd gesproken over de oprichting van de Gemeenschapsraad voor hulpverlening aan de jeugd, die advies verleent over de sancties die men zou kunnen treffen tegen instellingen of organen die de wetsbepalingen niet nakomen.

Met betrekking tot de inbreuk waarnaar de tekst verwijst, gaat het om de huidige beschikkingen van het Strafwetboek, die sancties voorzien in geval van moord.

Een soortgelijke formulering wordt gebruikt inzake abortus, waar de rechter, indien een klacht wordt ingediend, een aantal subjectieve criteria moet beoordelen.

Indien hij meent dat er een inbreuk werd begaan, past de rechter artikel 350, eerste lid, van het Strafwetboek toe indien er toestemming was van de vrouw, of artikel 348 indien de vrouw geen toestemming had gegeven.

Indien de rechter op grond van een globaal onderzoek van het dossier daarentegen tot het besluit komt dat alles op regelmatige wijze is verlopen, gaat hij over tot vrijspraak.

Het voorliggende wetsvoorstel richt geen systeem in dat vager is dan de wetgeving inzake abortus, die momenteel geen bijzondere juridische problemen doet rijzen.

Beide teksten bevatten overigens bepaalde overeenkomsten, waar ze ernaar streven zich ervan te vergewissen of de betrokkene zich bewust was van wat hij vroeg op het ogenblik van zijn verzoek.

Overigens geniet de rechter steeds een beoordelingsbevoegdheid met betrekking tot de feiten van de zaak.

De vorige spreker is het niet eens met de wijze waarop zijn standpunt door een andere interveniënt is voorgesteld. Het is niet omdat er sprake is van «oordelen» dat er ook sprake is van een jurisdictio-

lement. Cette construction est tout à fait inacceptable et ne respecte absolument pas les principes de l'État de droit.

Un autre membre renvoie à sa précédente intervention à propos du caractère non juridictionnel de la commission.

Le seul terme qui pourrait indiquer le contraire est le terme «juge», mais dans le contexte, il signifie manifestement «est d'avis que».

Par ailleurs, on ne peut à la fois prétendre que la commission ne sert à rien, et qu'elle remet en cause l'autonomie des juridictions.

Quant à l'article 151 de la Constitution, l'intervenant ne voit pas en quoi il concerne la présente discussion. Il rappelle que cet article n'a jamais été évoqué, lorsqu'il s'est agi de créer le Conseil communautaire de l'aide à la jeunesse qui donne des avis sur les sanctions que l'on pourrait prendre à l'encontre d'institutions ou d'organismes qui ne respectent pas les dispositions de la loi.

En ce qui concerne l'infraction à laquelle se réfère le texte, il s'agit des dispositions actuelles du Code pénal, qui punissent le meurtre.

Une formule similaire est utilisée en matière d'avortement, où une série de critères subjectifs doivent être appréciés par le juge, en cas de plainte.

S'il estime qu'il y a infraction, le juge appliquera l'article 350, alinéa 1^{er}, du Code pénal, s'il y avait autorisation de la femme, ou l'article 348, si cette autorisation n'avait pas été donnée.

Si le juge estime au contraire, en évaluant le dossier de façon globale, que les choses ont été faites de façon régulière, il prononcera un acquittement.

La proposition à l'examen n'organise pas un système plus vague que la législation en matière d'avortement, qui ne pose actuellement aucun problème juridique particulier.

Les deux textes présentent d'ailleurs des similitudes quant à la volonté de s'assurer que la personne était consciente de ce qu'elle demandait au moment où elle l'a fait.

Par ailleurs, le juge dispose toujours d'un pouvoir d'appréciation par rapport aux faits de la cause.

Le préopinant ne peut admettre la façon dont un des intervenants précédents a présenté son point de vue. Ce n'est pas parce que l'on utilise le verbe «juger» qu'il est question automatiquement d'une

nele beslissing. Een juridictionele beslissing heeft immers een aantal kenmerken, zoals de eerbied voor de rechten van de verdediging, het gezag van rechterlijk gewijsde, enzovoort. Wanneer het parket echter beslist om niet tot strafrechtelijke vervolging over te gaan is er geen sprake van een juridictionele beslissing, maar oefent het wel de bevoegdheden uit waarvan sprake is in artikel 151 van de Grondwet.

Op dezelfde wijze wordt in het wetsvoorstel nr. 2-244/1 het structureel vervolgingsbeleid — niet te verwarren met een vervolging als gevolg van een ingediende klacht, die een louter incidenteel karakter heeft — toegewezen aan deze evaluatiecommissie. De commissie oefent daarmee nog geen juridictionele bevoegdheid uit. Dergelijke bevoegdheidsdelegatie is echter wel strijdig met artikel 151 van de Grondwet, dat het structureel vervolgingsbeleid toebedeelt aan de rechterlijke macht. Dat iemand bij het parket een klacht kan indienen tegen een vermeende onwettige euthanasie, verandert hieraan niets. Ook de Nederlandse Raad van State heeft zich op dit standpunt geplaast.

Een andere mogelijkheid is dat de beslissingen van de evaluatiecommissie als «administratieve rechtshandelingen» kunnen worden beschouwd, omdat ze rechtscheppend zijn. Dergelijke «administratieve rechtshandelingen» kunnen het voorwerp uitmaken van een beroep bij de Raad van State.

De vergelijking die werd gemaakt met de wetgeving inzake de vrijwillige zwangerschapsafbreking houdt geen steek. Deze wetgeving had immers een depenalisering tot doel. Wanneer nu deze vergelijking wordt gemaakt, geeft men aan dat ook hier de bedoeling is om de euthanasie te depenaliseren.

Spreker merkt overigens op dat er een groot verschil bestaat in de juridische benadering van de abortuswet en de euthanasiewet. De fundamentele waarborgen van artikel 2 van het EVRM — de wet moet het leven beschermen — gelden niet in de abortusproblematiek omdat men het erover eens is dat het beginnend leven juridisch niet wordt erkend als «leven» in de zin van artikel 2 EVRM. Vanzelfsprekend valt het eindigend leven van een mens hier wél onder. Verschillende juridische situaties moeten dan ook op een juridisch verschillende wijze worden benaderd.

Een lid antwoordt dat hij, wat hem betreft, er niet overtuigd van is dat men een parallel kan trekken tussen de bevoegdheid van de commissie, zoals ze wordt bedoeld in de tekst die ter onderzoek voorligt, en de bevoegdheid die het college van procureurs-generaal en de ministers genieten inzake het vervolgingsbeleid.

De spreker bevestigt overigens dat de uitdrukking «de commissie oordeelt dat» betekent «de commissie is van mening dat» en dat, anderzijds, het er wel dege-

décision juridictionnelle. Une décision juridictionnelle présente une série de caractéristiques, en ce sens qu'elle respecte les droits de la défense, l'autorité de la chose jugée, etc. Toutefois, lorsque le parquet décide de ne pas engager de poursuites pénales, on ne peut pas dire qu'il a pris une décision juridictionnelle, mais il n'en exerce pas moins les compétences visées à l'article 151 de la Constitution.

De même, la proposition de loi n° 2-244/1 attribuée à cette commission d'évaluation la politique structurelle des poursuites — à ne pas confondre avec des poursuites faisant suite à une plainte déposée, qui ont un caractère purement occasionnel. La commission n'exerce pas pour autant des compétences juridictionnelles. Une telle délégation de pouvoirs est cependant contraire à l'article 151 de la Constitution, qui attribue la politique structurelle des poursuites au pouvoir judiciaire. Le fait que quelqu'un puisse déposer une plainte au parquet contre un acte d'euthanasie prétendument illégal ne change rien. Le Conseil d'État néerlandais s'est, lui aussi, rangé à ce point de vue.

Une autre possibilité consiste à considérer les décisions de la commission d'évaluation comme des «actes juridiques administratifs», parce qu'ils font jurisprudence. De tels «actes juridiques administratifs» peuvent faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'État.

La comparaison qui a été faite avec la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse ne tient pas, étant donné qu'elle visait à une dépénalisation. En s'y arrêtant, on indique qu'en l'espèce aussi, le but est de dépénaliser, et cette fois-ci de dépénaliser l'euthanasie.

L'intervenant fait d'ailleurs remarquer qu'il y a une grande différence entre l'approche juridique de la loi sur l'avortement et celle de la loi sur l'euthanasie. Les garanties fondamentales qu'offre l'article 2 de la CEDH — la loi doit protéger la vie — ne sont pas applicables dans le cadre de la problématique de l'avortement, parce que l'on s'accorde à dire que le début de vie n'est pas reconnu juridiquement en tant que «vie» au sens de l'article 2 de la CEDH. Il va de soi que la fin de vie d'une personne est reconnue juridiquement en tant que vie. Des situations juridiques différentes doivent donc faire l'objet d'une approche juridique différente.

Un membre répond que, pour sa part, il n'est pas davantage convaincu que l'on puisse faire un parallèle entre le pouvoir de la commission, tel que prévu par le texte à l'examen, et le pouvoir attribué au collège des procureurs généraux et aux ministres, en ce qui concerne la politique des poursuites.

L'intervenant confirme par ailleurs que les termes «la commission juge que» signifient «la commission est d'avis que» et que, d'autre part, il s'agit bien

lijk om gaat het dossier naar de procureur des Konings te sturen — en niet te verwijzen.

Een lid is van oordeel dat het gevoerde debat de grootste verwarring nalaat. Aanvankelijk was er sprake van een evaluatie, die statistisch materiaal zou verzamelen ten behoeve van het beleid en die ook beleidsvoorstellen zou kunnen doen op het vlak van preventie en begeleiding. Vervolgens wordt de opdracht van de evaluatiecommissie door de amendementen nrs. 17 en 18 uitgebreid tot de controle op de naleving van de wet op de euthanasie. Er worden ook amendementen ingediend om de benaming te wijzigen in «evaluatie- en controlecommissie». Men krijgt derhalve de indruk — politiek én juridisch — dat men beoogt een handhavingssysteem op te bouwen.

Dit wordt tijdens de besprekingen dan weer ontkend door de indieners van deze amendementen, die stellen dat de beslissingen van de evaluatiecommissie niet de minste juridische waarde hebben en niet de beteugeling van misdrijven vermogen. Dit is immers de opdracht van het openbaar ministerie. Het handhavingssysteem blijft derhalve wat het is.

Dit alles is bijzonder verwarrend. Het is dan ook bijzonder gevaarlijk om één en ander zomaar op te nemen in een wet betreffende de euthanasie. Beter is dat men dan gewoon terugkeert naar de oorspronkelijke opzet van de evaluatiecommissie en dit ook in alle openheid zegt, zodat de ontorechte indruk wordt vermeden dat men een handhavingssysteem op poten zou zetten.

Amendement nr. 504

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampelaere dienen op het amendement nr. 17 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 504) dat ertoe strekt het voorgestelde hoofdstuk IV volledig te vervangen door een hoofdstuk IV met als opschrift «Melding en controle».

Een van de indieners licht toe dat het voorgestelde artikel 5 bepaalt dat een arts die euthanasie toepaste, veeleer dan aan een «evaluatiecommissie» of de procureur des Konings melding te doen van deze handeling, binnen 24 uur een schriftelijk verslag dient uit te brengen aan een erkend specialist in de gerechtelijke geneeskunde.

Deze «buffer» beantwoordt aan de wens van de artsen om het openbaar ministerie «op een afstand te houden», maar verzekert anderzijds dat de erkende specialist in de gerechtelijke geneeskunde op objectieve wijze en met kennis van zaken kan nagaan of de grondvoorwaarden en de procedurele voorwaarden zoals bepaald in artikelen 3 en 4 van het wetsvoorstel werden nageleefd.

d'envoyer — et non de renvoyer — le dossier au procureur du Roi.

Un membre considère que le débat dans lequel on s'est engagé sème la plus grande confusion. Initialement, on avait parlé d'une évaluation, qui permettrait de réunir du matériel statistique pour les besoins de la politique et de faire des propositions concernant la politique de prévention et d'accompagnement. Ensuite, les amendements n^{os} 17 et 18 étendent la mission de la commission d'évaluation au contrôle du respect de la loi relative à l'euthanasie. Des amendements sont également déposés en vue de modifier la dénomination de la commission, et de l'appeler «commission d'évaluation et de contrôle». Cela donne dès lors à penser — politiquement et juridiquement — que l'on vise à mettre en place un système de maintien de la réglementation.

Les auteurs desdits amendements le nient au cours des discussions et ils affirment en outre que les décisions de la commission d'évaluation n'ont pas la moindre valeur juridique et ne peuvent pas servir à réprimer des infractions. La répression des infractions incombe en effet au ministère public. La politique de maintien de la réglementation reste donc ce qu'elle est.

Tout ceci porte singulièrement à confusion. Il est donc particulièrement dangereux de faire figurer ces éléments sans plus dans une loi sur l'euthanasie. Il serait préférable d'en revenir tout simplement à l'objet initial de la commission d'évaluation et de le dire ouvertement; l'on éviterait ainsi de donner la fausse impression de vouloir construire un système de maintien de la loi.

Amendement n^o 504

M. Vandenberghe et Mme De Schampelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 17 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 504) tendant à remplacer entièrement le chapitre IV proposé par un chapitre IV intitulé «De la déclaration et du contrôle».

Un des auteurs précise que l'article 5 proposé prévoit que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie, plutôt que de signaler l'acte à une «commission d'évaluation» ou au procureur du Roi, rédige un rapport écrit qu'il transmet dans les 24 heures à un spécialiste agréé en médecine légale.

D'une part, ce «tampon» répond au désir des médecins de «tenir le ministère public à distance» et, d'autre part, il garantit que le spécialiste agréé en médecine légale aura l'occasion de déterminer objectivement et en connaissance de cause si les conditions de base et les conditions relatives à la procédure à suivre visées aux articles 3 et 4 de la proposition de loi ont été respectées.

Zodra deze gerechtsdeskundige vaststelt dat deze voorwaarden onvoldoende werden nageleefd, dient hij de procureur des Konings onmiddellijk op de hoogte te brengen van zijn bevindingen.

Worden geen onregelmatigheden vastgesteld met betrekking tot de naleving van de voorwaarden en de procedure, dan maakt de gerechtsdeskundige het schriftelijk verslag over aan een regionale toetsingscommissie, die andermaal de naleving van de voorwaarden en procedures nagaat (zie hoofdstuk IV*bis*).

Op dit ogenblik bestaan de erkende specialisten in de gerechtelijke geneeskunde evenwel nog niet zodat moet voorzien worden in een overgangsregeling. Een koninklijk besluit zal de specialist in de gerechtelijke geneeskunde nader omschrijven en in afwachting van de uitvoering van deze bepalingen zal de procureur des Konings in elk ressort een arts deskundige in de gerechtelijke geneeskunde aanwijzen, bekend wegens zijn kennis en ervaring van de gerechtelijke geneeskunde. De uitbouw van een gestructureerd systeem voor de uitoefening van de gerechtelijke geneeskunde in België is een dringende noodzaak, om de universiteiten in staat te stellen te voorzien in een praktische en erkende opleiding waardoor de deskundigheid van de expert op een adequate manier kan worden geëvalueerd.

Een lid erkent dat de aangifte van het overlijden thans inderdaad te veel als een formaliteit wordt beschouwd. Zij is een herziening van de wetgeving hieromtrent niet ongenegen. Niettemin vraagt zij zich af of een wetgeving op de euthanasie de juiste plaats is om deze aangelegenheid te regelen. Deze aanpassing dient het voorwerp uit te maken van een afzonderlijk wetgevend initiatief.

Het lid stelt zich overigens de vraag waarom deze aangelegenheid niet reeds eerder kon worden geregeld, nu de indieners van het amendement nr. 504 zelf erkennen dat dit geen nieuw probleem betreft.

Een van de indieners van het amendement nr. 504 antwoordt dat haar fractie reeds enkele jaren geleden wetsvoorstellen hieromtrent heeft ingediend, die evenwel nooit wet zijn geworden.

De reden waarom dit breder perspectief in de wetgeving op de euthanasie dient te worden ondergebracht, is gelegen in de noodzaak van een beteugeling van de misbruiken die de nieuwe wetgeving ongetwijfeld tot gevolg zal hebben. Bij betwisting moet derhalve de oorzaak van het overlijden grondig gecontroleerd worden. Indien er thans geen concrete verbetering wordt aangebracht in het systeem van aangifte van overlijden, dan is een beteugeling van deze misbruiken niet mogelijk. Men moet derhalve een controlemechanisme mogelijk maken, alvorens de wetgeving op de euthanasie een realiteit wordt op het terrein. Dit is een voorafgaande voorwaarde.

In de realiteit wordt een exponentiële groei van het aantal crematies vastgesteld. Tegelijk blijkt uit verge-

Dès que le spécialiste en médecine légale constate que ces procédures n'ont pas été suffisamment respectées, il avise sans tarder le procureur du Roi de ses constatations.

S'il ne constate aucune infraction au respect des conditions et de la procédure, il transmet le rapport écrit à une commission régionale de contrôle, qui vérifie une nouvelle fois le respect des conditions et des procédures (voir le chapitre IV*bis*).

Comme il n'existe pas encore de spécialistes agréés en médecine légale, on devra prévoir un régime transitoire. Un arrêté royal définira la qualification de spécialiste en médecine légale et, en attendant la mise en œuvre de ces dispositions, le procureur du Roi désignera dans chaque ressort un médecin légiste réputé pour ses connaissances et son expérience en matière de médecine légale. Il est urgent de mettre en place en Belgique un système structuré d'exercice de la médecine légale afin que les universités puissent organiser une formation pratique et agréée permettant d'évaluer adéquatement la compétence de l'expert.

Une membre reconnaît que l'on considère trop la déclaration de décès comme une formalité. Elle n'est pas opposée à ce que l'on modifie la législation en la matière. Toutefois, elle se demande si une législation sur l'euthanasie est le cadre approprié pour régler la question. Pareille adaptation doit faire l'objet d'une initiative législative séparée.

Du reste, l'intervenante se demande pourquoi l'on n'a pas réglé cette question plus tôt, puisque les auteurs de l'amendement n° 504 reconnaissent eux-mêmes que le problème n'est pas nouveau.

Un des auteurs de l'amendement n° 504 répond que son groupe a déposé il y a quelques années des propositions de loi en la matière qui ne sont jamais devenues lois.

Il faut intégrer cette perspective plus large dans la législation sur l'euthanasie pour pouvoir réprimer les abus que cette nouvelle législation entraînera sans aucun doute. L'on doit donc pouvoir contrôler de manière approfondie la cause du décès en cas de contestation. Si l'on n'améliore pas concrètement le système de la déclaration de décès, il ne sera pas possible de réprimer ces abus. Il faut donc rendre possible l'action d'un mécanisme de contrôle, avant que la législation sur l'euthanasie ne devienne une réalité sur le terrain. C'est une condition préalable.

Dans les faits, l'on constate qu'il y a une croissance exponentielle du nombre de crémations. Parallèle-

lijkende studies dat België het record heeft wat het aantal lijkopgravingen betreft, omdat er zoveel juridische betwistingen zijn over het overlijden van mensen. Bij crematie is dit uiteraard onmogelijk. Een aantal vaststellingen dienen dan ook te gebeuren op het ogenblik van het overlijden, dat wil zeggen bij de aangifte ervan. De doodsoorzaak moet op dat moment kunnen worden uitgeklaard. Vandaar het voorstel om het Burgerlijk Wetboek op dit punt aan te passen.

In het Raadgevend Comité voor bio-ethiek heerst er een consensus over de onaangepastheid van de huidige wetgeving aangaande de overlijdensverklaring en de aangifte van overlijden. Zeker in geval van euthanasie, is het noodzakelijk over een transparant meldingssysteem te beschikken dat bovendien controleerbaar is.

In de huidige bepalingen van het Burgerlijk Wetboek is bovendien slechts sprake van overlijdensaangifte ingevolge een «onnatuurlijke doodsoorzaak» en «een gewelddadig overlijden». Gezien het niet wenselijk is om euthanasie, zoals uitgevoerd volgens de wettelijke voorwaarden, in een van beide categorieën onder te brengen, is een specifieke regeling hoe dan ook noodzakelijk.

In het deel van het Burgerlijk Wetboek dat handelt over de akte van overlijden worden wijzigingen aangebracht die voorzien in een aangepaste regeling inzake de vaststelling, de aangifte en de controle van elk overlijden.

Dit artikel, dat een nieuw artikel 76bis in het Burgerlijk Wetboek invoegt, voorziet samen met de andere artikelen van dit vierde hoofdstuk in een meer aangepaste regeling inzake de vaststellingen, aangifte en controle van elk overlijden.

De wettelijke regeling in verband met de aangifte van het overlijden dateert immers nog uit de vorige eeuw: de aangifte dient niet door de arts te geschieden, maar door leken-getuigen.

Volgens de artikelen 77 en 78 van het Burgerlijk Wetboek verleent de ambtenaar van de burgerlijke stand toelating tot teraardebestelling na aangifte van een overlijden. De praktijk, die steunt op het oneigenlijke gebruik van de wetgeving betreffende de overlijdensstatistiek, is echter anders: de aangifte gebeurt door overhandiging van een overlijdensformulier, het model IIIC voor de «aangifte van overlijden van een persoon van één jaar of ouder» of het model IIID voor de «aangifte van een doodgeboren kind of van het overlijden van een kind jonger dan één jaar».

Het niet-aangeven van een overlijden is niet strafrechtelijk gesanctioneerd. Daarentegen bestaat er in het kader van een jaarlijkse statistiek der doodsoorzaken wel een verplichting tot het invullen van deze overlijdensformulieren door de vaststellende arts op

ment, des études comparatives montrent que la Belgique connaît un nombre record d'exhumations, ce qui est dû au fait qu'il y a chez nous beaucoup de litiges à propos de décès. En cas de crémation, l'exhumation est bien sûr impossible. Force est donc de faire certaines constatations, au moment du décès, c'est-à-dire au moment de la déclaration du décès. Il faut qu'à ce moment-là, on puisse déterminer la cause du décès. De là la proposition de modifier le Code civil sur ce point.

Il existe au sein du Comité consultatif de bio-éthique un consensus sur l'inadaptation de la législation actuelle en matière de constat de décès et de déclaration de décès. Dans les cas d'euthanasie en particulier, il est nécessaire de disposer d'un système de déclaration transparent, qui permette également d'effectuer un contrôle.

De plus, les dispositions actuelles du Code civil mentionnent uniquement la déclaration du décès pour «cause de décès non naturelle» ou de «mort violente». Comme il n'est pas souhaitable de ranger l'euthanasie pratiquée conformément aux conditions légales dans une de ces deux catégories, il est nécessaire de prévoir des règles spécifiques.

Des modifications sont apportées à la partie du Code civil qui traite des actes de décès. Ces modifications tendent à mettre en place un régime adéquat pour ce qui est de la constatation, de la déclaration et du contrôle de tout décès.

Cet article, qui insère un article 76bis nouveau dans le Code civil, organise avec les autres articles de ce chapitre IV, un régime plus adéquat régissant la constatation, la déclaration et le contrôle de tout décès.

Les règles relatives à la déclaration du décès datent du siècle passé: la déclaration ne doit pas être faite par un médecin, mais par des témoins, qui ne sont pas des professionnels.

Aux termes des articles 77 et 78 du Code civil, l'officier de l'état civil accorde l'autorisation d'inhumer après que le décès a été déclaré. La pratique, qui repose sur l'application impropre de la législation relative aux statistiques de décès, est cependant tout autre: cette déclaration se fait au moyen d'une «attestation de décès, modèle IIIC pour les déclarations de décès d'une personne d'un an et plus», ou modèle IIID pour la «déclaration d'un enfant mort-né ou du décès d'un enfant de moins d'un an».

Le fait de ne pas déclarer un décès n'est pas sanctionné pénalement. Par contre, dans le cadre des statistiques annuelles sur les causes de décès, le médecin qui constate le décès est tenu de remplir ces formulaires sous peine d'une amende de 26 francs à

straffe van een geldboete van 26 tot 10 000 frank of bij herhaling zelfs een gevangenisstraf van 8 dagen tot een maand.

Artikel 4 van de wet van 4 juli 1962 betreffende de openbare statistiek, gewijzigd bij de wetten van 1 augustus 1985 en 21 december 1994 luidt: «De geneesheren mogen het beroepsgeheim niet inroepen om te weigeren inlichtingen te verstrekken waarvan zij houder zijn door hun staat of beroep, wanneer deze hen ter uitvoering van de artikelen 1 en 3 van deze wet gevraagd worden met het oog op het opmaken van gezondheidsstatistieken. De Koning neemt de nodige maatregelen voor het verzekeren van de anonimiteit van deze inlichtingen.» Artikel 22 van de wet van 1962 voorziet in een strafbepaling.

Volgens de letter van de wet dient de ambtenaar van de burgerlijke stand zich zelf van het overlijden te vergewissen. In feite neemt hij vrede met de overhandiging van het overlijdensformulier. Dit artikel bepaalt in het eerste en tweede lid dat voortaan na ieder overlijden een verklaring van overlijden wordt opgemaakt door een arts, die het overlijden heeft vastgesteld wanneer hij ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. De vorm en de inhoud van deze verklaring van overlijden worden geregeld bij koninklijk besluit.

De aangifte van het overlijden dient voortaan te worden gedaan door de overhandiging van deze verklaring van overlijden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand door getuigen, zo mogelijk, de twee naaste bloedverwanten of buren of, wanneer iemand buiten zijn woning is gestorven, de persoon te wiens huize hij overleden is, en een bloedverwant of een andere persoon of bij ontstentenis van voornoemde persoon door de arts die de verklaring heeft opgesteld.

In het derde lid van dit artikel worden er wettelijke onverenigbaarheden ingevoerd die uitsluiten dat een arts het overlijden van een verwante vaststelt en attesteert.

In het vierde lid van dit artikel wordt in wettelijke waarborgen voorzien (die tot op heden nog niet bestonden) door middel van georganiseerde steekproeven door erkende specialisten in de gerechtelijke geneeskunde tegen het bewust onterecht attesteren van een natuurlijk overlijden.

De ambtenaar van de burgerlijke stand kan slechts toestemming tot teraardebestelling verlenen bij een overlijden door natuurlijke oorzaak.

De aanpassing van de artikelen 77, 78 en 80 van het Burgerlijk Wetboek vloeit voort uit de verplichting van een arts om een verklaring van overlijden op te stellen wanneer deze ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Om voortaan een aangifte van overlijden te doen,

10 000 francs ou, en cas de récidive, d'un emprisonnement de 8 jours à un mois.

L'article 4 de la loi du 4 juillet 1962 relative à la statistique publique, modifiée par les lois des 1^{er} août 1985 et 21 décembre 1994, se lit comme suit: «Les médecins ne peuvent invoquer le secret professionnel pour refuser les renseignements dont ils sont dépositaires par état ou par profession, lorsque ceux-ci leur sont demandés en exécution des articles 1^{er} et 3 de la présente loi en vue de l'établissement de statistiques sanitaires. Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer l'anonymat de ces renseignements.» L'article 22 de la loi de 1962 contient une disposition pénale.

Selon la lettre de la loi, l'officier de l'état civil doit s'assurer lui-même du décès. En réalité, il se contente de la remise de l'attestation de décès. Cet article prévoit, en ses alinéas 1^{er} et 2, qu'après chaque décès, un certificat de décès sera désormais établi par le médecin qui a constaté le décès s'il est convaincu que la mort résulte d'une cause naturelle. La forme et le contenu de ce constat de décès seront précisés par arrêté royal.

La déclaration de décès se fera désormais par la remise de ce certificat de décès à l'officier de l'état civil par des témoins qui sont, si possible, les deux plus proches parents ou voisins, ou, lorsqu'une personne est décédée hors de son domicile, la personne chez laquelle elle est décédée, et un parent ou autre, ou à défaut des personnes précitées, par le médecin qui a rédigé le certificat.

L'alinéa 3 de cet article instaure des incompatibilités légales excluant qu'un médecin constate le décès d'un parent proche et établisse le certificat y afférent.

L'alinéa 4 de cet article prévoit des garanties légales (qui n'existaient pas encore jusqu'à ce jour) revêtant la forme de sondages effectués par des spécialistes agréés en médecine légale en vue de déceler les cas dans lesquels un médecin attesterait sciemment qu'un décès résulte d'une cause naturelle alors que tel n'est pas le cas.

L'officier de l'état civil ne peut délivrer le permis d'inhumation que lorsque le décès résulte d'une cause naturelle.

L'adaptation des articles 77, 78 et 80 du Code civil découle de l'obligation imposée au médecin de rédiger un certificat de décès lorsqu'il est convaincu que la personne décédée est morte de cause naturelle. Pour faire désormais une déclaration de décès, le certificat de décès doit être remis à l'officier de l'état civil par les

dient deze verklaring van overlijden door de personen, zoals bedoeld in artikel 78 van het Burgerlijk Wetboek of bij ontstentenis van voornoemde personen door de arts die de verklaring heeft opgesteld, te worden overhandigd aan de ambtenaar van de burgerlijke stand zodat deze laatste zich niet meer naar de overledene moet begeven om zich van het overlijden te vergewissen, hetgeen zich in de praktijk ook al niet meer voordeed.

Een lid verwijst naar de hoorzittingen, waaruit is gebleken dat in tal van ziekenhuizen, van welke ideologische strekking ook, de gewoonte bestaat om bij patiënten die reeds meer dan zes maanden in een coma liggen de toestellen gewoon af te koppelen. Is dit volgens de indieners van het amendement nr. 504 een natuurlijke oorzaak?

Een van de indieners meent dat zulks het geval is, vermits hier geen gewelddaden aan te pas zijn gekomen.

De vorige spreekster merkt op dat dit evenmin het geval is bij euthanasie. Zij vindt het niet zo vanzelfsprekend dat, indien de toestellen worden afgekoppeld, men kan spreken over een dood met een natuurlijke oorzaak.

Een van de indieners van het amendement nr. 504 herhaalt dat de bedoeling van dit amendement erin bestaat aan de artsen de mogelijkheid te geven om na te gaan of de betrokkene niet is vermoord of op een gewelddadige manier aan zijn einde is gekomen, met andere woorden of de strafwet niet is overtreden.

Het voorbeeld dat de vorige spreekster geeft valt onder een groot aantal medische beslissingen omtrent het levenseinde. Het lid verwijst naar het wetsvoorstel nr. 2-160, waarin een uitvoerige procedure wordt beschreven voor dergelijke beslissingen. Euthanasie kan — in het kader van de noodtoestand — één van de mogelijke beslissingen zijn in dit verband. Niettemin moet de euthanasie dan wel worden aangegeven. Men kan onmogelijk zeggen dat het in dat geval gaat om een «natuurlijke» dood, die derhalve moet getoetst worden aan de strafrechtelijke norm. Om deze reden is de overlijdensaangifte van enorm belang.

Een lid antwoordt dat, voor een overlijden van het type waarvan sprake is, zoals ook voor andere sterfgevallen, het gemeen recht van de overlijdensverklaring van toepassing blijft.

Een van de indieners van het amendement nr. 504 vervolgt haar toelichting ervan.

Bij de aangifte van overlijden wordt nog steeds niet als verplichting gesteld de plaats, de datum en het uur van overlijden in de overlijdensakte op te nemen (artikel 79 van het Burgerlijk Wetboek). In de praktijk is het nochtans zo dat de ambtenaar van de burgerlijke stand thans, zonder dat de wet dit oplegt, toch in de

personen visées à l'article 78 du Code civil ou, à défaut, par le médecin qui a rédigé le certificat, si bien que l'officier de l'état civil ne doit plus se transporter auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès, ce qui ne se faisait d'ailleurs déjà plus dans la pratique.

Un membre renvoie aux auditions, qui ont révélé que dans nombre d'hôpitaux, toutes tendances philosophiques confondues, on a l'habitude de débrancher les appareils auxquels sont reliés des patients qui se trouvent déjà depuis plus de six mois dans le coma. Les auteurs de l'amendement n° 504 considèrent-ils cela comme une cause naturelle?

Un des auteurs estime que tel est le cas, puisqu'il ne peut être question, en l'espèce, d'acte de violence.

L'intervenante précédente fait remarquer qu'il n'en va pas de même de l'euthanasie. Elle estime qu'il n'est pas si évident que, dans le cas du débranchement des appareils, on puisse parler d'une mort résultant d'une cause naturelle.

Un des auteurs de l'amendement n° 504 répète que la finalité de cet amendement est de permettre aux médecins de vérifier que la personne en question n'a pas été assassinée ou n'est pas décédée de mort violente, bref, si la loi pénale n'a pas été enfreinte.

L'exemple que donne l'intervenante précédente relève d'un vaste champ de décisions médicales sur la fin de la vie. Le membre renvoie à la proposition de loi n° 2-160, qui prévoit toute une procédure pour la prise de décisions de ce type. L'euthanasie peut à cet égard — dans le cadre de l'état de nécessité — être une des décisions possibles. Néanmoins, il convient alors de la déclarer. Il est impossible d'affirmer qu'il s'agit en l'espèce d'une mort «naturelle» et il faut par conséquent la contrôler à la lumière de la norme pénale. Voilà pourquoi la déclaration de décès revêt une importance capitale.

Un membre répond que, pour une mort de la nature dont il est question, comme pour une autre, le droit commun de la déclaration de décès reste d'application.

Un des auteurs de l'amendement n° 504 continue à le commenter.

Il n'est toujours pas obligatoire, dans le cadre de la déclaration de décès, d'indiquer dans l'acte de décès les lieux, date et heure du décès (article 79 du Code civil). En pratique, l'officier de l'état civil mentionne néanmoins ces données dans l'acte de décès, sans que la loi l'y oblige, sur la foi de la déclaration des témoins

overlijdensakte die gegevens op verklaring van de getuigen (in de praktijk met voorlegging van een attest van de geneesheer) in de akte opneemt.

Deze praktijk, die op een noodzaak steunt, verdient daarom een wettelijke basis die de situatie aanpast aan de sinds 1804 gewijzigde maatschappelijke toestanden.

De huidige situatie

In hoofde van de vaststellende arts bestaat geen wettelijke verplichting om verdachte en gewelddadige overlijdens rechtstreeks te melden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand die op zijn beurt onverwijld de gerechtelijke overheid inlicht.

Artikel 81 van het Burgerlijk Wetboek luidt: «Zijn er tekens of aanwijzingen van een gewelddadige dood of andere omstandigheden die zulks laten vermoeden, dan mag de teraardebestelling eerst geschieden nadat een officier van politie, bijgestaan door een dokter in de geneeskunde of de heekunde, een proces-verbaal heeft opgemaakt van de staat van het lijk en van de daarop betrekking hebbende omstandigheden, als ook van de inlichtingen die hij heeft kunnen inwinnen omtrent de voornamen, de naam, de leeftijd, het beroep, de geboorteplaats en de woonplaats van de overledene.»

Dit betekent dat er een politieel en medicolegaal onderzoek dient uitgevoerd te worden. In de praktijk gebeurt dit wanneer de ambtenaar van de burgerlijke stand en/of de gerechtelijke instanties in kennis worden gesteld van een overlijden dat te wijten is aan een gewelddadige of verdachte oorzaak.

Het model IIIC verplichtte tot voor kort de arts, die het overlijden vaststelt, aan te geven of het overlijden te wijten was aan een natuurlijke, een gewelddadige of een verdachte oorzaak. Sinds 1 januari 1998 is er een nieuw model IIIC in gebruik waardoor de arts zelfs niet meer over deze mogelijkheden beschikt. Hij/zij dient enkel bevestigend of ontkennend te antwoorden op de vraag «gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie».

Buiten de plicht dit model IIIC in te vullen, heeft de arts geen andere verplichtingen; dat wil zeggen, er bestaat momenteel geen meldingsplicht: de arts is niet verplicht een verdacht of gewelddadig overlijden te melden.

Indien voor crematie als vorm van teraardebestelling wordt gekozen, dan voorziet de wet van 20 juli 1971 op de begraafplaatsen en de lijkbezorging (hoofdstuk I, afdeling III — lijkverbranding) in een tweede onderzoek; dit betekent dat een tweede arts, onafhankelijk van de arts die het overlijden heeft vastgesteld, door de ambtenaar van de burgerlijke stand wordt aangesteld om na te gaan en te bevestigen dat er geen tekens of aanwijzingen zijn van een gewelddadige of verdachte dood (artikel 22, § 1).

(pratiquement, sur présentation d'une attestation du médecin).

Cette pratique, qui relève d'une nécessité, mérite dès lors d'être dotée d'une base légale adaptant la situation aux réalités sociales qui ont changé depuis 1804.

La situation actuelle

La loi n'oblige pas le médecin qui constate le décès à signaler directement les morts suspectes et violentes à l'officier de l'état civil, qui, à son tour, informe sans délai les autorités judiciaires.

L'article 81 du Code civil est rédigé comme suit: «Lorsqu'il y aura des signes ou indices de mort violente, ou d'autres circonstances qui donneront lieu de le soupçonner, on ne pourra faire l'inhumation qu'après qu'un officier de police, assisté d'un docteur en médecine ou en chirurgie, aura dressé procès-verbal de l'état du cadavre et des circonstances y relatives, ainsi que des renseignements qu'il aura pu recueillir sur les prénoms, nom, âge, profession, lieu de naissance et domicile de la personne décédée.»

Cela signifie qu'il faut effectuer une expertise policière et médico-légale. Dans la pratique, celle-ci a lieu lorsque l'officier de l'état civil et/ou les autorités judiciaires sont informés d'une mort violente ou suspecte.

Jusqu'il y a peu, l'attestation IIIC obligeait le médecin qui constatait le décès à signaler si la mort était une mort naturelle, violente ou suspecte. Depuis le 1^{er} janvier 1998, date à laquelle est entré en vigueur un nouveau modèle IIIC, le médecin n'a plus à se prononcer sur ces possibilités. Il lui suffit de répondre par oui ou par non à la question de savoir s'il a «une objection médico-légale à l'inhumation ou à la crémation».

Le médecin n'a d'autre obligation que de remplir le modèle IIIC. Autrement dit, il n'existe aucune obligation de signaler quoi que ce soit. Le médecin n'est pas obligé de signaler une mort suspecte ou violente.

Pour le cas où la crémation serait la forme d'inhumation choisie, la loi du 20 juillet 1971 sur les funérailles et sépultures (chapitre I^{er}, section III, «Des incinérations») prévoit un deuxième examen, en ce sens que l'officier de l'état civil doit commettre, indépendamment du médecin qui a constaté le décès, un deuxième médecin, qui doit vérifier et certifier qu'il n'y a pas de signe ou indice de mort violente et suspecte (article 22, § 1^{er}).

Hiervoor kan de procureur des Konings volgens de artikelen 43 en 44 van het Wetboek van strafvordering zich laten bijstaan door een of twee artsen die verslag dienen uit te brengen over de oorzaak van de dood en de staat van het lijk. Indien een gerechtelijk onderzoek wordt ingesteld, kan de onderzoeksrechter een arts als deskundige aanstellen. Ook de rechtbanken beschikken over de mogelijkheid om deskundigen aan te stellen.

In alle gevallen van gewelddadige en verdachte dood, op basis van artikel 81 van het Burgerlijk Wetboek en ook bij crematie dient een bijkomend onderzoek te worden verricht. In deze gevallen waarin de wet in een bijkomende controle voorziet, is de deskundigheid van deze controle onvoldoende gewaarborgd.

Enkel een arts kan het overlijden vaststellen. In zijn universitaire opleiding krijgt de aspirant-arts een (veeleer beperkte) theoretische opleiding in de gerechtelijke geneeskunde. In een praktische opleiding is aan de Belgische universiteiten niet voorzien. Daarenboven bestaat er geen academische opleiding tot specialist in de gerechtelijke geneeskunde.

In de praktijk worden voornamelijk bij een vermoeden van misdrijf door de bevoegde instanties wetsartsen aangesteld die enige praktijkervaring hebben opgedaan. Slechts aan de grootste universiteiten vindt men min of meer georganiseerde en kleinschalige medico-legale instellingen, meestal verbonden aan de leerstoel voor gerechtelijke geneeskunde.

Enkel bij een onverklaard of onnatuurlijk overlijden, waarbij een misdrijf politieel niet met zekerheid is uitgesloten, volgt in de regel een gerechtelijk onderzoek (al dan niet met obductie). Wanneer de ware aard van een overlijden dat volgt op een ongeval, zelfmoord of zelfs misdrijf miskend wordt en wordt aangegeven als «natuurlijk», ontsnappen deze sterfgevallen aan een gerechtelijk onderzoek. Onnodig erop te wijzen dat dit verstrekkende gevolgen heeft op strafrechtelijk (bijvoorbeeld in geval van misdrijf zoals doding, nalatigheid), maatschappelijk (bijvoorbeeld financiële gevolgen in verband met verzekeringen) en sociaal-geneeskundig (bijvoorbeeld voor statistische en preventieve doeleinden) vlak.

Met het toenemend aantal crematies stelt dit probleem zich nog scherper, daar een onderzoek (zoals opgraving) nadien uiteraard onmogelijk is geworden. In het licht van de discussie over euthanasie heeft dit nog een pregnantere betekenis gekregen. Om de vrijwilligheid van het verzoek te waarborgen, moet de wetgever harde garanties voorzien opdat ongewenste levensbeëindiging niet onopgemerkt zal blijven.

À cet effet, le procureur du Roi peut, en application des articles 43 et 44 du Code d'instruction criminelle, se faire assister par un ou deux médecins tenus de faire rapport sur la cause de la mort et l'état du cadavre. Lorsqu'une instruction est ouverte, le juge d'instruction peut désigner un médecin-expert. Les tribunaux peuvent également désigner des experts.

Dans tous les cas de mort violente et suspecte au sens de l'article 81 du Code civil et en cas de crémation, une expertise supplémentaire doit avoir lieu. Dans le cas où la loi prévoit un contrôle supplémentaire, la qualité de ce contrôle n'est pas suffisamment garantie.

Seul un médecin peut constater le décès. Au cours de sa formation universitaire, l'aspirant médecin reçoit une formation théorique (plutôt limitée) en médecine légale. Les universités belges ne prévoient pas de formation pratique. En outre, il n'existe aucune formation de spécialiste en médecine légale.

Dans la pratique, c'est surtout en cas de présomption de délit que les autorités compétentes désignent des médecins légistes qui ont accumulé une expérience pratique en la matière. Ce n'est que dans les plus grandes universités que l'on trouve des institutions médico-légales, de petite dimension et plus ou moins organisées, attachées la plupart du temps à la chaire de médecine légale.

Généralement, l'on n'ouvre une instruction (avec autopsie ou non) qu'en cas de décès inexpliqué ou non naturel, c'est-à-dire dans les cas où, du point de vue policier, l'on ne peut pas exclure avec certitude qu'il y a eu un délit. Lorsque l'on méconnaît la véritable nature d'un décès qui fait suite à un accident, à un suicide, ou même à un délit, et qu'on déclare la mort comme étant «naturelle», il n'y a pas d'instruction. Il est inutile de souligner que cela a des conséquences énormes du point de vue pénal (par exemple, en cas de délits tels que l'homicide involontaire ou la négligence), du point de vue social (par exemple, en matière financière et en matière d'assurances) et du point de vue médico-social (par exemple, en ce qui concerne les statistiques et la prévention).

Comme le nombre de crémations va croissant, le problème se pose avec encore plus d'acuité, étant donné qu'une expertise postérieure (par exemple, après exhumation) n'est évidemment plus possible. Le poids de cette réalité n'a fait que grandir dans le cadre de la discussion relative à l'euthanasie. Pour pouvoir s'assurer que la demande d'euthanasie a été formulée volontairement et qu'un abrégement de la vie non souhaité ne puisse pas passer inaperçu, le législateur doit prévoir de solides garanties.

In de dagelijkse praktijk dienen zich tal van problemen aan bij de vaststelling van het overlijden. Het blijkt dat zowel de Belgische artsen als de gerechtelijke instanties/politiediensten de termen «natuurlijk», «verdacht» en «gewelddadig» overlijden niet alleen verschillend interpreteren, maar ook moeite hebben met de inhoudelijke betekenis van deze termen. Vanuit medisch standpunt kan men niet besluiten tot een natuurlijk overlijden, indien de doodsoorzaak onduidelijk is. De arts dient hiervoor zijn toevlucht te nemen tot de termen verdacht of gewelddadig overlijden, louter en alleen omdat de doodsoorzaak niet kan worden vastgesteld. Sinds 1 januari 1998 beschikt de arts zelfs niet meer over de deze keuzemogelijkheden, maar wordt van hem/haar enkel nog verwacht eventueel «gerechtelijke-geneeskundig bezwaar tegen begrafenis of crematie» aan te tekenen.

Voorstel tot wijziging

Dit artikel wil de aandacht vestigen op de verantwoordelijkheid die de (huis)arts draagt wanneer hij geconfronteerd wordt met een overlijden in ongewone of onbekende omstandigheden. Hij/zij dient in eer en geweten een beslissing te nemen over het al dan niet natuurlijk karakter.

Onder «ongewoon overlijden» dient te worden verstaan een onnatuurlijk (dat wil zeggen door een uitwendige factor veroorzaakt) overlijden en elk overlijden verdacht van een onnatuurlijke oorzaak alsook de gevallen van plotse en/of onverwachte dood, waarbij een misdrijf ogenschijnlijk niet voor de hand ligt maar ook niet kan worden uitgesloten.

De arts die het overlijden vaststelt mag geen verklaring opstellen, indien hij er niet van overtuigd is dat het overlijden het gevolg is van een natuurlijke oorzaak. Betreft het een geval van euthanasie, dan dient de procedure van hoofdstuk III te worden nageleefd. In alle andere gevallen van onnatuurlijk overlijden dient deze arts het overlijden onverwijld te melden aan de ambtenaar van de burgerlijke stand.

Deze ambtenaar die kennis krijgt van het ongewoon overlijden dient dit op zijn beurt te melden aan de procureur des Konings die in ieder geval overgaat tot aanwijzing van een arts verbonden aan en onder toezicht van een erkend instituut voor gerechtelijke geneeskunde. De teraardebestelling kan slechts geschieden met toestemming van de procureur des Konings.

Artikel 82 van het Burgerlijk Wetboek wordt opgeheven omwille van de aanpassing van artikel 81 van hetzelfde Wetboek (zie *supra*).

De aanpassing van de artikelen 77, 78 en 80 van het Burgerlijk Wetboek vloeit voort uit de verplichting van een arts om een verklaring van overlijden op te stellen wanneer deze ervan overtuigd is dat de dood is

La constatation d'un décès soulève bien des difficultés dans la pratique courante. Les médecins, les instances judiciaires et les services de police belges ne parviennent pas à interpréter de manière uniforme les notions de mort «naturelle», de mort «suspecte» et de mort «violente» et éprouvent des difficultés à en définir le contenu. Du point de vue médical, l'on ne peut pas conclure à une mort naturelle lorsqu'un doute subsiste sur la cause du décès. Le médecin doit recourir, dans ce cas, aux notions de «mort suspecte» ou de «mort violente», simplement parce qu'il est impossible de déterminer la cause du décès. Depuis le 1^{er} janvier 1998, il ne peut même plus recourir à ces notions, puisque l'on attend encore simplement de lui qu'il oppose éventuellement «son veto médico-légal à l'inhumation ou à la crémation».

Proposition de modification

Cet article vise à attirer l'attention sur la responsabilité du médecin (généraliste) qui est confronté à un décès survenu dans des circonstances inhabituelles ou inconnues. Il doit se prononcer en âme et conscience sur le caractère naturel ou non du décès.

Il faut entendre par «décès anormal» un décès non naturel» (c'est-à-dire un décès causé par un facteur extérieur) et tout décès dont on suspecte que la cause n'est pas naturelle, ainsi que les décès soudains et/ou inattendus, qui semblent, à première vue, ne pas résulter d'un délit, mais pour lesquels l'hypothèse d'un délit ne doit pas être exclue.

Le médecin qui constate le décès ne peut pas établir le certificat s'il n'est pas convaincu que le décès résulte d'une cause naturelle. En cas d'euthanasie, il doit suivre la procédure décrite au chapitre III. Dans tous les autres cas de décès non naturel, le médecin est tenu de signaler sans délai le décès à l'officier de l'état civil.

Ayant été informé d'un décès anormal, l'officier de l'état civil est tenu de le signaler à son tour au procureur du Roi, qui procède en tout cas à la désignation d'un médecin attaché à un institut reconnu de médecine légale et soumis à la surveillance de ce dernier. L'inhumation n'aura lieu qu'avec l'autorisation du procureur du Roi.

L'article 82 du Code civil est abrogé du fait de l'adaptation de l'article 81 du même Code (voir *supra*).

L'adaptation des articles 77, 78 et 80 du Code civil découle de l'obligation imposée au médecin de rédiger un certificat de décès lorsqu'il est convaincu que la personne décédée est morte de cause naturelle. Désor-

ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Om voortaan een aangifte van overlijden te doen, dient deze verklaring van overlijden door de personen, zoals bedoeld in artikel 78 van het Burgerlijk Wetboek, of bij ontstentenis van voornoemde personen door de arts die de verklaring heeft opgesteld, te worden overhandigd aan de ambtenaar van de burgerlijke stand zodat deze laatste zich niet meer naar de overledenen moet begeven om zich van het overlijden te vergewissen, hetgeen zich in de praktijk ook al niet meer voordeed.

Teneinde in een effectieve afdwingbaarheid van deze bepalingen te voorzien, worden ook strafsancities voorgesteld (zie amendementen ingediend bij hoofdstuk VI).

Een lid stelt vast dat de meeste elementen uit het amendement nr. 504 afkomstig zijn van het wetsvoorstel nr. 2-160/1, hetgeen aantoont dat het beter is een apart wetgevend initiatief te nemen voor de problematiek van de aangifte van het overlijden.

Een ander lid verklaart dat hetgeen werd gezegd met betrekking tot het amendement nr. 504 woordelijk voorkwam in het wetsvoorstel van de groep van de spreekster. Het is juist dat deze tekst heel ver gaat in het herzien van de beschikkingen van het Burgerlijk Wetboek betreffende de overlijdensakten. Niettemin denkt de spreekster dat het zin heeft te werken via de problematiek van de overlijdenscertificaten. Dit is ook de weg die men sinds 1994 in Nederland heeft gekozen en nog steeds volgt.

Professor Adams wees erop dat de Nederlandse wet inzake het begraven en verassen in een eerste fase, in 1994, werd gewijzigd en expliciet bepaalde, met betrekking tot het specifieke probleem van euthanasie, dat de gerechtsarts op de hoogte moest worden gebracht; vervolgens stuurde deze laatste zijn verslag naar de procureur des Konings.

In een tweede fase werd de wet gewijzigd en werden de regionale commissies opgericht; deze wijziging is van kracht sinds 1 november 1998.

In de Nederlandse wet vinden we dus beide benaderingen terug. Zonder even ver te willen gaan als het amendement nr. 504, is het niet zinloos te overwegen om in het overlijdenscertificaat de vermelding op te nemen dat het overlijden het gevolg is van euthanasie. Dit zou een passende aanvulling zijn op het beoogde geheel van maatregelen.

Een ander lid is van mening dat het creëren van een triptiek (ambtenaar van de burgerlijke stand — parket — commissie) een betere controle mogelijk zou maken dan de controle door de evaluatie- en controlecommissie alleen; het gevaar bestaat immers dat deze laatste controle administratief is en niet doeltreffend werkt.

Een van de indieners van het amendement nr. 504 benadrukt dat men de context van het thans gevoerde

mais, il faut, pour une déclaration de décès, que le certificat de décès soit remis à l'officier de l'état civil par les personnes visées à l'article 78 du Code civil ou, à défaut, par le médecin qui a rédigé le certificat, de manière que l'officier de l'état civil ne doive plus se transporter auprès de la personne décédée pour s'assurer du décès, ce qui ne se fait d'ailleurs déjà plus dans la pratique.

Des sanctions sont également proposées afin de prévoir une force contraignante effective pour les dispositions susvisées (voir les amendements déposés au chapitre VI).

Un membre constate que la plupart des éléments de l'amendement n° 504 proviennent de la proposition de loi n° 2-160/1, ce qui montre qu'il serait préférable de régler le problème de la déclaration du décès dans le cadre d'une initiative législative distincte.

Une autre membre déclare que ce qui vient d'être exposé à propos de l'amendement n° 504 était repris textuellement dans la proposition de loi du groupe de l'intervenante. Il est vrai que ce texte va très loin dans la révision des dispositions du Code civil relatives aux actes de décès. Néanmoins, l'intervenante pense qu'il y a un certain sens à travailler par le biais de la problématique des certificats de décès; c'est la voie que les Pays-Bas ont utilisée dès 1994, et qu'ils ont maintenue.

Le professeur Adams a rappelé qu'en un premier temps, en 1994, la loi hollandaise relative à l'inhumation et à l'incinération avait été modifiée et prévoyait explicitement, pour le problème spécifique de l'euthanasie, une déclaration au médecin légiste qui envoyait son rapport au procureur du Roi.

En un second temps, la loi a été modifiée, en instituant les commissions régionales, en vigueur depuis le 1^{er} novembre 1998.

La loi hollandaise comporte donc les deux approches. Sans aller aussi loin que l'amendement n° 504, il n'est pas inutile d'envisager l'indication, dans le certificat de décès, que celui-ci a été le résultat d'une euthanasie. Cela complèterait adéquatement le dispositif envisagé.

Un autre membre estime que si l'on suivait la piste d'un triptyque (officier de l'état civil — parquet — commission), cela donnerait lieu à un meilleur contrôle que celui opéré par la seule commission d'évaluation et de contrôle, qui risque d'être administratif et non effectif.

Un des auteurs de l'amendement n° 504 souligne que l'on ne peut pas perdre de vue le contexte du

debat niet uit het oog mag verliezen. De vraag is immers hoe ontsporingen bij de toepassing van de voorgestelde euthanasiewet kunnen worden vermeden en eventueel bestraft. Dit veronderstelt een controlemechanisme. Het is daarbij wenselijk om «bij de bron» te beginnen.

Wanneer geen duidelijke aangifte wordt gedaan, is niet duidelijk in hoe juridische disputen, die bijvoorbeeld kunnen ontstaan na klachten van de familieleden of nauwe verwanten, kunnen worden opgelost. Belangrijke sporen zijn immers al lang uitgewist, zeker wanneer de betrokkene gecremeerd werd, zodat artsen de nodige vaststellingen onmogelijk kunnen doen. Vandaar het belang dat de arts de nodige onderzoeken reeds op het ogenblik van het overlijden doet en pas nadien zijn toestemming geeft om tot de teraardebestelling over te gaan. Spreekster ziet niet in welk bezwaar men hiertegen kan hebben.

Een lid meent dat de formulering van het in amendement nr. 504 voorgestelde artikel 5 op meerdere punten onduidelijk is. Wat betekenen de termen «onverwijld» en «onvoldoende naleven»?

Het amendement strekt ertoe het huidige systeem voor de toestemming tot teraardebestelling volledig te veranderen. De zes indieners wensen een dergelijke wijziging niet.

Zij wilden voorkomen dat het dossier rechtstreeks aan het parket wordt overgemaakt en hebben het oorspronkelijk voorstel daarom aangepast.

Een ander lid benadrukt dat het voorgestelde systeem niets afdoet aan het feit dat bij een overlijden de overheden moeten worden ingelicht.

De commissie doet dus geen afbreuk aan de huidige verplichting tot melding, aan de bijkomende onderzoeken die de wetsdokter kan vragen en aan de onderzoeksmogelijkheden van het parket. Dit zijn twee parallelle mogelijkheden.

Amendement nr. 505

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 504 een subsidiaire amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 505), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5 volledig te vervangen.

Een van de indieners licht toe dat dit amendement, subsidiair op het amendement nr. 504, het vorige amendement overneemt, evenwel zonder de voorgestelde wijzigingen aan het Burgerlijk Wetboek.

Amendement nr. 572

Mevrouw Nyssens dient op het amendement nr. 17B een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18), dat strekt om het voorgestelde artikel 5 te vervangen als volgt:

débat actuel. La question est de savoir comment l'on pourrait éviter et, le cas échéant, réprimer, les dérives dans l'application de la loi proposée sur l'euthanasie. Cela suppose l'existence d'un mécanisme de contrôle. À cet égard, il est souhaitable de commencer «à la source».

À défaut de déclaration claire, on ne voit pas comment les contestations juridiques qui peuvent résulter de plaintes déposées par la famille ou par des proches pourront être résolues. Les indices importants auront déjà disparu depuis longtemps, surtout lorsque la dépouille de l'intéressé aura été incinérée, si bien que les médecins seront dans l'impossibilité de procéder aux constatations nécessaires. C'est pourquoi il importe que le médecin procède aux examens nécessaires au moment du décès, avant de délivrer le permis d'inhumation. L'intervenant ne voit pas ce que l'on pourrait objecter à ce qui vient d'être dit.

Un membre estime que la formulation de l'article 5 proposé dans l'amendement n° 504 est imprécise sur plusieurs points. Que signifient exactement les termes «sans tarder» et «pas suffisamment 'respectées'»?

L'amendement vise à changer fondamentalement le système actuel du permis d'inhumation. Les six auteurs ne veulent pas d'une telle modification.

Ils ont voulu éviter le choc du transfert du dossier directement au parquet, et ont donc modifié la proposition initiale sur ce point.

Un autre membre souligne que le système proposé ne change rien au fait qu'en cas de décès, il y a en tout état de cause déclaration aux autorités.

La commission ne retire donc rien au devoir actuel de déclaration, aux examens complémentaires que le médecin légiste demanderait éventuellement, et aux possibilités d'investigation du parquet. Ce sont deux voies parallèles.

Amendement n° 505

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 504 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 505) tendant à remplacer entièrement le chapitre IV proposé.

Un des auteurs précise que cet amendement subsidiaire à l'amendement n° 504 reprend l'amendement précédent à l'exception des modifications proposées du Code civil.

Amendement n° 572

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 17B un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18), tendant à remplacer l'article 5 proposé par ce qui suit:

«Art. 5. — De arts die euthanasie uitvoert, zendt binnen 24 uur na het overlijden het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 5ter aan een erkende arts, gekozen uit de lijst van de artsen, gespecialiseerd in de gerechtelijke geneeskunde bij de hoven en rechtbanken. Deze erkende arts stelt een verklaring op met vermelding van de doodsoorzaak ten behoeve van de ambtenaar van de burgerlijke stand die de overlijdensakte moet opstellen. Hij stelt een beknopt verslag op ten behoeve van de procureur des Konings van de plaats waar de patiënt is overleden.»

De indienster preciseert dat de door deze wet opgerichte evaluatiecommissie de gewone gerechtelijke procedure niet mag omzeilen door een «schifting» van de geregistreerde euthanasiegevallen. De geregistreerde euthanasiegevallen moeten ter kennis worden gebracht aan de procureur des Konings die zijn vervolgingsrecht onverkort moet kunnen uitoefenen.

Het amendement past in de algemene filosofie die reeds werd toegelicht, en heeft tot doel binnen het kader van het gerecht te blijven, alsook een bufferinstantie te creëren teneinde de magistratuur niet alleen te laten oordelen over een euthanasiedossier.

Nog een voordeel van het voorgestelde systeem is dat het een vrij korte termijn vaststelt die de ambtenaar van de burgerlijke stand en de procureur des Konings in staat stellen te reageren tijdens de eerste eerste uren die volgen op het overlijden.

Een lid antwoordt dat de zes indieners een andere optie hebben gekozen, namelijk een evaluatiecommissie op te richten, die echter geenszins de mogelijkheid uitsluit voor het parket om te reageren.

Amendement nr. 441

Mevrouw Nyssens dient een subamendement in op amendement nr. 17 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 441), dat ertoe strekt de woorden «federale evaluatiecommissie» te vervangen door de woorden «federale evaluatie- en controlecommissie».

Amendement nr. 486

Mevrouw de T' Serclaes dient een subamendement in op amendement nr. 17 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 486), dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 5 het woord «evaluatiecommissie» te vervangen door de woorden «controle- en evaluatiecommissie».

Dit amendement heeft tot doel duidelijk aan te tonen dat de commissie niet alleen een evaluatie- maar ook een controleopdracht heeft, zoals blijkt uit de artikelen 5bis en 5quater.

«Art. 5. — Le médecin qui a pratiqué une euthanasie renvoie le document d'enregistrement dûment complété visé à l'article 5ter, dans les 24 heures du décès, à un médecin de référence, choisi dans la liste des médecins experts en médecine légale près les cours et tribunaux. Ce médecin de référence rédige un certificat mentionnant la cause du décès à l'attention de l'état civil chargé d'établir l'acte de décès. Il rédige un rapport succinct à l'attention du procureur du Roi du lieu du décès du patient.»

L'auteur précise que, selon elle, la commission d'évaluation prévue par la loi ne peut court-circuiter la procédure judiciaire classique en procédant à un «tri» parmi les cas d'euthanasie enregistrés. Il faut que les cas d'euthanasie enregistrés soient portés à la connaissance du procureur du Roi qui conserve son droit de poursuite.

L'amendement se situe dans la philosophie générale déjà exposée, visant à rester dans le cadre de la justice, et à prévoir une instance-tampon, afin de ne pas laisser le magistrat seul face à un dossier d'euthanasie.

Le système proposé a aussi pour avantage de fixer un délai assez court permettant à l'officier de l'état civil et au procureur du Roi de réagir dans les heures qui suivent le décès.

Un membre répond que les six auteurs ont choisi une autre option, celle de la commission d'évaluation, qui n'exclut nullement la possibilité pour le parquet d'agir.

Amendement n° 441

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 17 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 441), tendant à remplacer les mots «Commission d'évaluation fédérale» par les mots «Commission fédérale d'évaluation et de contrôle».

Amendement n° 486

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 17 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 486), tendant à insérer, à l'article 5 proposé, entre le mot «commission» et les mots «d'évaluation» les mots «de contrôle et».

Cet amendement vise à indiquer clairement que la commission n'a pas seulement une mission d'évaluation, mais aussi de contrôle, ainsi qu'il résulte des articles 5bis et 5quater.

Amendement nr. 511

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 17 een subamen-dement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 511), dat beoogt het amendement nr. 17 in die zin aan te passen dat wordt gesproken over de arts die de euthanasie heeft toegepast — in plaats van «toepast» — zodat de Nederlandse tekst beter aansluit bij de Franse tekst.

Amendement nr. 512

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 17 een subamen-dement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 512), dat ertoe strekt de aanvang van de termijn van vier dagen te expliciteren. Als aanvangsdatum wordt de datum van het overlijden van de patiënt voorgesteld.

Amendement nr. 513

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 17 een subamen-dement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 513), volgens hetwelk niet één, maar diverse regio-nale toetsingscommissies de naleving van de wet op de euthanasie controleren. De bevoegdheid van de commissie wordt bepaald door de plaats waar de euthanasie werd toegepast.

Een van de indieners verklaart dat de regionale toetsingscommissies los moeten gezien worden van de bevoegdheidsverdeling tussen de federale overheid, de gemeenschappen en de gewesten. Een regionale toetsing zal de controle en de registratie efficiënter en praktischer maken en zal een overbelasting van de federale evaluatiecommissie vermijden. Immers, de amendementen nrs. 17 en 18 voorzien niet in een sanctie op het overschrijden van de vooropgestelde termijn van 2 maanden.

Spreekster merkt op dat, wanneer de rol van de evaluatiecommissie volstrekt los staat van de straf-rechtelijke aspecten van de euthanasie, zoals de indie-ners van de amendementen nrs. 17 en 18 voorhouden, dit de rechtszekerheid voor de arts niet vergroot — veeleer integendeel. Het parket zal immers zijn rol kunnen blijven spelen zoals het dit thans doet, zo wordt beweerd. De rechtszekerheid wordt aldus geenszins gewaarborgd. Nochtans houden de indie-ners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 vol dat dit pre-cies de bedoeling is. Het lid meent dat het amende-ment nr. 513 tegemoet komt aan deze vraag naar rechtszekerheid in hoofde van de artsen, door de in-stallatie van regionale toetsingscommissies die snel kunnen optreden.

Een lid antwoordt dat de juridische veiligheid, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de arts, het

Amendement n° 511

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 511), qui vise à adapter l'amendement n° 17 en remplaçant, dans le texte néerlandais, les mots «die euthanasie toepast» par les mots «die euthanasie heeft toege-past» en vue de mettre le texte néerlandais en confor-mité avec le texte français.

Amendement n° 512

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 512) tendant à préciser à quel moment prend cours le délai de quatre jours. Il est proposé de prendre comme point de départ la date de décès du patient.

Amendement n° 513

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 513) selon lequel le contrôle du respect de la loi sur l'euthanasie est confié non pas à une commission d'évaluation unique, mais à plusieurs commissions régionales de contrôle. La commission compétente est celle dans le ressort de laquelle l'euthanasie est pratiquée.

Un des auteurs déclare qu'il faut considérer les commissions régionales de contrôle séparément du modèle de la répartition des compétences entre l'autorité fédérale, les communautés et les régions. Un contrôle régional aura pour effet de renforcer l'efficacité et le caractère pratique du contrôle et de l'enregistrement et permettra d'éviter une surcharge de la commission d'évaluation fédérale. Les amende-ments n°s 17 et 18 ne prévoient en effet aucune sanc-tion en cas de dépassement du délai proposé de 2 mois.

L'intervenante fait remarquer que, si le rôle de la commission d'évaluation est totalement dissocié des aspects pénaux de l'euthanasie, comme le prétendent les auteurs des amendements n°s 17 et 18, cela n'améliorera pas la sécurité juridique des médecins, bien au contraire. Le parquet pourra en effet conti-nuer à jouer son rôle actuel; c'est du moins ce que l'on prétend. La sécurité juridique n'est donc nullement garantie. Pourtant, les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 soutiennent que le but est précisément de garantir. Le membre considère que l'amendement n° 513 répond, par l'installation de commissions régionales de contrôle pouvant intervenir rapide-ment, à la demande d'amélioration de la sécurité juri-dique des médecins.

Un membre répond que la sécurité juridique pour le médecin réside surtout dans le fait que l'euthanasie

gevolg is van de samenhang van alle voorgestelde bepalingen.

Voor het overige verwijst hij naar de uitleg die eerder al werd gegeven met betrekking tot de keuze van een federale evaluatiecommissie, waarvan de pluralistische samenstelling in het algemeen de situatie in ons land kan weerspiegelen.

Een ander lid merkt op dat men in een eerste fase de klemtoon kan leggen op de controle — en er daarbij voor zorgen dat dit samenvalt met de gerechtelijke arrondissementen — dan wel op de evaluatie. Los van eenieders persoonlijke opties bevindt euthanasie zich in de eerste plaats op het gebied van de verpleegkunde.

Bijgevolg komt het erop aan een opvolging van de fenomenen van levensbeëindiging te verzekeren, niet alleen door een evaluatie inzake euthanasie, maar ook door vaststellingen die met name zullen plaatsvinden in de gezondheidscentra.

Bijgevolg hoort de commissie thuis op het federale niveau.

Een lid wijst er op dat de Nederlandse toetsingscommissies op regionaal niveau opereren. De Nederlandse praktijk heeft geleerd dat het oordeel van deze regionale commissies sterk kan verschillen. Zeker in een federaal land als België, waar men hoe dan ook kan spreken over twee culturen, is een federale evaluatiecommissie aangewezen.

Een van de indieners van het amendement nr. 513 begrijpt het argument van een vorige spreker dat, indien de controle- en evaluatiecommissie aanbevelingen dient te richten naar het beleid, zij ook op federaal niveau gegevens moet kunnen inzamelen.

Anderzijds herhaalt het lid haar bezorgdheid voor de rechtszekerheid. In deze optiek lijkt het aangewezen om de werking van de commissies te organiseren op het niveau van de gerechtelijke arrondissementen, zodat de verschillende parketten kunnen optreden. De indieners van het wetsvoorstel houden immers vol dat het openbaar ministerie zijn rol ten volle zal kunnen spelen, zoals dit thans het geval is.

Het argument, als zouden hier regionale verschillen kunnen ontstaan, snijdt volgens het lid geen hout vermits dit in het algemene vervolgingsbeleid ook het geval is. De rechtspraak — zeker op het niveau van het Hof van Cassatie — leidt in de meeste gevallen wel tot een geüniformiseerde aanpak.

Een lid antwoordt dat het parket zal oordelen of het kennis moet nemen van de zaak. Indien een klacht wordt ingediend, zal zij vanzelfsprekend worden behandeld in het arrondissement waar de feiten

pratiquée dans certaines conditions ne constitue pas une infraction.

Pour le surplus, il renvoie aux explications précédemment fournies à propos du choix d'une commission d'évaluation fédérale, dont la composition pluraliste puisse refléter de façon générale la situation dans notre pays.

Un autre membre observe que l'on peut mettre d'abord l'accent soit sur le contrôle — en essayant alors que cela coïncide avec les arrondissements judiciaires —, soit sur l'évaluation. Indépendamment des options personnelles de chacun, l'euthanasie se situe d'abord dans l'art de soigner.

Dès lors, il s'agit de pouvoir assurer un suivi des phénomènes de fin de vie, non seulement par une évaluation en matière d'euthanasie, mais aussi par les observations qui se feront, notamment, dans les observatoires de la santé.

La place de la commission se situe dès lors au niveau fédéral.

Un membre fait remarquer que les commissions de contrôle néerlandaises opèrent au niveau régional. La pratique a montré que ces commissions régionales peuvent avoir des avis très différents. Dans un pays fédéral comme la Belgique, où l'on peut d'une manière ou d'une autre parler de deux cultures, une commission d'évaluation fédérale est assurément indiquée.

Une des auteurs de l'amendement n° 513 dit comprendre l'argument d'un préopinant qui affirmait que, si la commission de contrôle et d'évaluation doit formuler des recommandations à l'attention du politique, elle doit aussi pouvoir réunir des informations au niveau fédéral.

D'autre part, la membre réitère sa préoccupation en ce qui concerne la sécurité juridique. Dans cette optique, il paraît indiqué d'organiser le fonctionnement des commissions au niveau des arrondissements judiciaires, de manière que les divers parquets puissent intervenir. Les auteurs de la proposition de loi soutiennent en effet que le ministère public pourra jouer pleinement son rôle, comme c'est le cas actuellement.

L'argument selon lequel on risque de voir apparaître des différences régionales est sans valeur selon la membre, étant donné qu'il y en a déjà en ce qui concerne la politique générale en matière de poursuites. La jurisprudence — certainement celle de la Cour de cassation — permet dans la plupart des cas d'arriver à uniformiser les procédures.

Un membre répond que le parquet appréciera s'il a à connaître de l'affaire. Si une plainte est déposée, elle sera évidemment traitée dans l'arrondissement où les faits ont été commis. Il ne s'agit pas de cela ici, mais

werden gepleegd. Dit is niet het punt van discussie. Het gaat hier evenwel over een commissie die tegelijk wordt belast met een opdracht van controle, met betrekking tot specifieke gevallen, alsook met een opdracht van evaluatie, en waarvan de federale structuur borg zal staan voor de efficiënte werking in het kader van haar beide opdrachten.

Amendement nr. 514

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 17 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 514), dat ertoe strekt het woord «evaluatiecommissie» te vervangen door de woorden «controle- en evaluatiecommissie», en dat subsidiair is op het amendement nr. 513.

Een van de indieners wijst erop dat ook andere amendementen een wijziging in die zin voorstellen. Zij onderstreept dat dit amendement samen dient te worden gelezen met de andere amendementen die zij indient.

Amendement nr. 515

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 17 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 515), dat ertoe strekt in sancties te voorzien op de niet-naleving van de meldingsplicht.

Een van de indieners vindt het evident dat de overtreding van de meldingsplicht ook wordt bestraft. Anders is het zinloos ze in te schrijven in de wet. Vandaar het voorstel om in gevangenisstraffen en in geldboetes te voorzien.

Een lid is van oordeel dat er geen nieuwe discriminaties mogen worden tot stand gebracht. Dat is een nieuwigheid met betrekking tot de huidige wet. De tekst preciseert dat er geen inbreuk is indien de wettelijk voorziene voorwaarden en procedures worden nageleefd.

Dit betekent vanzelfsprekend, *a contrario*, dat indien een voorwaarde of procedure niet wordt nageleefd, de rechter zal oordelen of en hoe er moet worden veroordeeld.

De vorige spreekster is van mening dat de meldingsplicht geen grondvoorwaarde maar een procedurele voorwaarde is, maar dan wel één van enorm belang. Indien ze niet wordt nageleefd is elke controle of elk onderzoek immers onmogelijk, zodat de federale evaluatiecommissie niet kan gevat worden. Alles is dan mogelijk.

Een lid herhaalt dat de tekst bepaalt dat men zich binnen de voorwaarden van de huidige wet bevindt indien men de voorwaarde van aangifte niet nakomt.

d'une commission qui a à la fois un rôle de contrôle, par rapport à des cas particuliers, et une mission d'évaluation, et dont la structure fédérale assurera l'efficacité dans l'un et l'autre cas.

Amendement n° 514

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 514) tendant à remplacer les mots «commission d'évaluation» par les mots «commission de contrôle et d'évaluation»; cet amendement est subsidiaire à l'amendement n° 513.

Une des auteurs souligne que d'autres amendements prévoient également une modification dans ce sens. Elle souligne que cet amendement doit être lu en corrélation avec les autres amendements qu'elle a déposés.

Amendement n° 515

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 17 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 515), tendant à prévoir des sanctions applicables au cas où l'obligation de déclaration n'aurait pas été respectée.

Une des auteurs estime qu'il va de soi que l'on sanctionne aussi les manquements à l'obligation de déclaration. Sinon, il est inutile d'inscrire cette obligation dans la loi. D'où la proposition de prévoir des peines de prison et des amendes.

Un membre répète qu'il n'y a pas lieu de prévoir de sanction particulière sur ce point. Il s'agit d'une condition, d'une procédure prévue par la loi. Or, le texte précise qu'il n'y a pas d'infraction lorsque les conditions et procédures prévues par la loi sont respectées.

Cela signifie évidemment, *a contrario*, qu'en cas de non-respect de l'une d'entre elles, le juge appréciera si et comment il faut condamner.

La préopinante est d'avis que l'obligation de déclaration est non pas une condition fondamentale, mais une condition de procédure très importante. En effet, si elle n'est pas respectée, tout contrôle ou toute enquête devient impossible, et on ne peut pas saisir la commission fédérale. Tout devient alors possible.

Un membre réitère que le texte prévoit que, si l'on ne respecte pas la condition de déclaration, on se trouve dans les conditions prévues par la loi actuelle.

Wat de indiener van het amendement als een specifieke inbreuk beschouwt, zou worden bestraft met een gevangenisstraf van zes maanden tot twee jaar.

De zes indieners gaan nog verder aangezien ze, in de veronderstelling dat de bewuste voorwaarde niet wordt nageleefd, verwijzen naar de huidige tekst van het Strafwetboek.

In dit geval moet de rechter oordelen over de omstandigheden van een geval van euthanasie die werd uitgevoerd zonder dat de vereiste voorwaarden werden nageleefd, zodat er sprake is van een inbreuk.

Het feit dat men beschouwt dat de aangifte deel uitmaakt van de procedure toont duidelijk aan dat de zes indieners het heel belangrijk vinden — belangrijker dan men op grond van het amendement nr. 515 zou kunnen denken — dat de aangifte wordt gedaan.

Een van de indieners van het amendement nr. 515 herhaalt dat, zijns inziens, de redenering van de vorige spreker juridisch absoluut geen steek houdt en op drijfzand is gebouwd. Het misdrijf, waarvan sprake is in artikel 3, wordt niet gepreciseerd. Bovendien zijn de bestanddelen die door de indieners van het wetsvoorstel worden beschreven niet de constitutionele bestanddelen van een misdrijf dat opgenomen is in het Strafwetboek — tenzij er eventueel valsheid in geschriften wordt gepleegd bij de melding van de euthanasie.

Voorts geven de indieners van het wetsvoorstel blijk van een bijzonder merkwaardige opvatting over de rechtszekerheid die dient te heersen, wanneer zij beweren dat de rechter wel zal oordelen over de sanctie op de overtreding van de wet. Een wet dient integendeel voorspelbaar te zijn in haar toepassing.

Daarenboven benadrukt het lid dat de door hem ingediende amendementen in hun geheel moeten worden bekeken. Wanneer er geen algemene delictomschrijving wordt gegeven, met een onderscheid tussen de inhoudelijke grondvoorwaarden en de procedurele waarborgen, is het vanzelfsprekend dat men in sancties dient te voorzien op de niet-naleving van de procedure. Dit is de doelstelling van dit specifieke amendement nr. 515.

Men krijgt meer en meer de indruk — zelfs de zekerheid — dat het opzet van de voorgenomen wetgeving erin bestaat een volledige depenalisering van de euthanasie door te voeren, met een louter administratieve controle. Dit is exact hetzelfde als hetgeen is gebeurd bij de abortuswetgeving. De evaluatiecommissie moet immers tegelijk controleren en evalueren, terwijl men weet dat beide taken onvermengbaar zijn in de schoot van één orgaan. De voorgenomen depenalisering komt tot uiting door het algemeen beleid met betrekking tot de euthanasie te leggen bij de evaluatiecommissie en niet, zoals het strafrecht voorschrijft, bij het parket.

Ce que l'auteur de l'amendement considère comme une infraction spécifique serait puni de six mois à deux ans.

Les six auteurs vont plus loin puisque, dans l'hypothèse où la condition en question ne serait pas remplie, ils renvoient au texte actuel du Code pénal.

Le juge devra alors apprécier les circonstances d'une euthanasie qui a été pratiquée sans que les conditions soient respectées et qui, dès lors, constitue une infraction.

Le fait de considérer que la déclaration fait partie de la procédure montre bien que les six auteurs considèrent comme extrêmement important — plus que ce que l'amendement n° 515 ne semble le laisser penser — que la déclaration soit faite.

Un des auteurs de l'amendement n° 515 répète qu'à son avis, le raisonnement du préopinant ne tient pas du point de vue juridique et repose sur un fondement instable. Le délit dont il est question à l'article 3 n'est pas précisé. De plus, les éléments constitutifs du délit décrits par les auteurs de la proposition de loi ne sont pas les éléments constitutifs d'un délit visé par la Code pénal — à moins que l'on ne commette un faux en écriture lors de la déclaration de l'euthanasie.

Les auteurs de la proposition de loi font également montre d'une conception très particulière de la sécurité juridique qui doit être assurée, lorsqu'ils affirment qu'il appartient au juge de définir la sanction qu'il y a lieu de prononcer pour réprimer une infraction à la loi. Une loi doit en effet être appliquée dans un sens prévisible.

Le membre ajoute que les amendements qu'il a déposés doivent être examinés dans leur ensemble. Il va de soi que lorsqu'on ne donne pas de définition générale du délit, avec une distinction entre les conditions fondamentales et les garanties procédurales, on doit prévoir des sanctions à infliger en cas de non-respect de la procédure, ce que fait l'amendement spécifique n° 515.

On a de plus en plus l'impression — et même la certitude — que l'objectif de la législation proposée est de dépenaliser complètement l'euthanasie et de prévoir simplement un contrôle administratif. C'est exactement ce que l'on a fait en ce qui concerne la législation sur l'avortement. En effet, la commission d'évaluation doit à la fois contrôler et évaluer, bien qu'on sache que les deux tâches en question ne peuvent pas être exercées par un même organe. La dépenalisation résultera du fait que l'on va confier la politique générale en matière d'euthanasie à la commission d'évaluation et non pas au parquet, comme le prévoit le droit pénal.

Amendementen nrs. 3 A, B, C, 7 en 116

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/8, amendement nr. 116), dat beoogt in voorgestelde artikel 5 het begrip « euthanasie » uit te breiden naar het begrip « hulp bij zelfdoding ».

De indiener van het amendement verwijst naar de eerdere discussies die hierover werden gevoerd naar aanleiding van de bespreking van artikel 2.

Het amendement nr. 116 wordt ingetrokken.

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/2, amendement nr. 3) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5 te herschrijven en aan te vullen.

De indiener merkt op dat vele voorstellen die in het amendement nr. 3 werden gedaan reeds werden opgenomen in de amendementen nrs. 17 en 18.

Het amendement nr. 3 wordt ingetrokken.

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 7) dat eveneens tot doel heeft de hulp bij zelfdoding te regelen in het voorgestelde artikel 5.

De indiener verwijst naar de eerder discussies die hieromtrent werden gevoerd naar aanleiding van de bespreking van artikel 2.

Het amendement nr. 7 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 570

De heer Galand c.s. dienen op amendement nr. 17B, een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 570) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 5 de woorden « vier dagen » vervangen door de woorden « vier werkdagen ».

Dit amendement beoogt rekening te houden met situaties waarin de termijn van vier dagen niet redelijk zou lijken, gelet op de vele vermeldingen die moeten voorkomen op het dubbele registratiedocument dat de arts moet invullen.

Amendementen nrs. 565 en 583

Mevrouw de T' Serclaes en de heer Istasse dienen een subamendement op amendement nr. 50 in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 565 A en B), met de bedoeling het voorgestelde artikel 5 aan te vullen met een § 2, luidend als volgt:

« § 2. De artikelen 3 en 4 van deze wet zijn niet van toepassing op de arts die het registratiedocument bedoeld in § 1 niet heeft ingevuld. »

Dezelfde auteur dient een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 583), teneinde preciezer te verwijzen naar artikel 3, § 1, en artikel 4, § 2.

Amendements n^{os} 3 A, B, C, 7 et 116

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/8, amendement n^o 116) tendant à étendre la notion « d'euthanasie » visée à l'article 5 proposé, en l'appliquant aussi à l'« assistance au suicide ».

L'auteur de l'amendement renvoie aux discussions qui ont eu lieu antérieurement à ce sujet à l'occasion de l'examen de l'article 2.

L'amendement n^o 116 est retiré.

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/2, amendement n^o 3), qui vise à compléter l'article 5 et à lui donner une nouvelle rédaction.

L'auteur souligne qu'un grand nombre de propositions retenues dans le cadre de l'amendement n^o 3 ont déjà été inscrites dans les amendements n^{os} 17 et 18.

L'amendement n^o 3 est retiré.

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/3, amendement n^o 7) qui vise également à régler la question de l'aide au suicide dans l'article 5 proposé.

L'auteur de l'amendement renvoie aux discussions qui ont eu lieu antérieurement à ce sujet à l'occasion de l'examen de l'article 2.

L'amendement n^o 7 est retiré.

Amendement n^o 570

M. Galand et consorts déposent à l'amendement n^o 17B un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 570), tendant à remplacer, à l'article 5 proposé, les mots « quatre jours » par les mots « quatre jours ouvrables ».

Cet amendement vise à tenir compte de situations où le délai de quatre jours ne paraîtrait pas raisonnable, compte tenu des nombreuses mentions et indications qui doivent figurer sur le double document d'enregistrement à remplir par le médecin.

Amendements n^{os} 565 et 583

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 17 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 565 A et B), visant à compléter l'article 5 proposé par un § 2, libellé comme suit:

« § 2. Les articles 3 et 4 de la présente loi ne s'appliquent pas au médecin qui n'a pas rempli le document d'enregistrement visé au chapitre précédent. »

Un sous-amendement est déposé par le même auteur (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 583), en vue de viser plus précisément l'article 3, § 1^{er}, et l'article 4, § 2.

Het subamendement nr. 565 heeft tot doel duidelijker te stellen dat de arts ook de aangifte bedoeld in artikel 5 moet hebben ingevuld om zich te kunnen bevinden in de voorwaarden van de artikelen 3, § 1, en 4, § 2.

Een lid herhaalt dat de aangifte een «procedure» is waarin de wet voorziet.

De indiener van de amendementen nrs. 565 en 586 meent dat dit niet duidelijk blijkt uit de tekst. Men zal naar de tekst verwijzen, niet noodzakelijk naar de voorbereidende werkzaamheden.

Amendement nr. 50

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/5, amendement nr. 50), teneinde artikel 5 van het wetsvoorstel dat ter onderzoek voorligt, te vervangen door wat volgt:

«Art. 5. — De wensen die een wilsonbekwame patiënt eerder te kennen heeft gegeven in verband met de medische zorg en de medische handelingen betreffende zijn levenseinde, hebben voor de arts een indicatieve waarde.»

Dit amendement wordt ingetrokken.

Amendement nr. 85

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 85), teneinde artikel 5 van het wetsvoorstel dat ter onderzoek voorligt, te vervangen door wat volgt:

«Art. 5 — De arts die in het kader van artikel 3 is ingegaan op het verzoek van een patiënt, zendt binnen 24 uur na het overlijden een verslag aan een erkende arts, waarin de in artikel 3, § 5, bedoelde informatie wordt vermeld. Deze erkende arts, gekozen uit de lijst van de geneesheren, specialist in de gerechtelijke geneeskunde bij de hoven en de rechtbanken, geeft een verklaring af met vermelding van de doodsoorzaak ten behoeve van de ambtenaar van de burgerlijke stand die de overlijdensakte moet opstellen.»

Aangezien dit amendement overeenstemt met een ander amendement, dat recenter is en reeds werd besproken, wordt dit amendement eveneens ingetrokken.

Amendement nr. 611

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 17 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 611), dat ertoe strekt te verduidelijken dat de arts die het registratieformulier over-

Le sous-amendement n° 565 vise à préciser de façon plus claire que pour pouvoir se trouver dans les conditions des articles 3, § 1^{er}, et 4, § 2, le médecin doit également avoir rempli la déclaration visée à l'article 5.

Un membre répète que la déclaration est une «procédure» prévue par la loi.

L'auteur des amendements nos 565 et 583 estime que cela ne résulte pas clairement du texte. Or, c'est au texte que l'on se référera, et pas nécessairement aux travaux préparatoires.

Amendement n° 50

Mme Nyssens et M. Thissen ont déposé un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/5, amendement n° 50), tendant à remplacer l'article 5 de la proposition de loi à l'examen par ce qui suit:

«Art. 5. — Les souhaits que le patient, désormais incapable d'exprimer sa volonté, a précédemment exprimés quant aux soins et actes médicaux relatifs à sa fin de vie ont une valeur indicative pour le médecin.»

Cet amendement est retiré.

Amendement n° 85

Mme Nyssens et M. Thissen ont déposé un autre amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 85), tendant à remplacer l'article 5 de la proposition de loi à l'examen par ce qui suit:

«Art. 5 — Le médecin qui accepte de donner suite à la demande d'un patient dans le cadre de l'article 3, adresse un rapport dans les 24 heures du décès à un médecin de référence, reprenant les informations visées à l'article 3, § 5. Ce médecin de référence, choisi dans la liste des médecins experts en médecine légale près les cours et tribunaux, rédige un certificat mentionnant la cause du décès à l'attention de l'officier de l'état civil chargé d'établir l'acte de décès.»

Compte tenu de la similitude qu'il présente avec un autre amendement déjà discuté et plus récent, cet amendement est également retiré.

Amendement n° 611

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 17 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 611) qui vise à préciser que le médecin qui transmet le document d'enregistrement à la commis-

maakt aan de commissie, ook de arts is die de euthanasie heeft toegepast.

Een lid stelt vast dat de voorgestelde bepaling er enkel in voorziet dat de arts die euthanasie toepast, het volledig ingevulde registratieformulier dient te bezorgen aan de commissie.

Het is evenwel noodzakelijk dat deze arts het registratieformulier ook zelf heeft ingevuld.

In elk geval dient bepaald te worden dat de arts die de euthanasie toepaste, het registratiedocument zelf dient te ondertekenen.

Een ander lid wijst erop dat het eerste luik van het registratiedocument anoniem is. Bijgevolg lijkt het tegenstrijdig aan de arts te vragen het document te ondertekenen.

Stemmingen

Amendement nr. 17 A van de heer Ramoudt en mevrouw Taelman wordt aangenomen met 18 stemmen bij 10 onthoudingen.

Amendement nr. 504 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 stemmen tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 505 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 stemmen tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 572 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 116 van de heer Vankrunkelsven is overbodig geworden.

Amendement nr. 441 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 stemmen tegen 2 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 486 van mevrouw de T' Serclaes wordt aangenomen met 20 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 511 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt eenparig aangenomen door de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 512 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 12 stemmen.

Amendement nr. 513 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 20 stemmen tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 514 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt ingetrokken.

Amendement nr. 570 van de heer Vandenberghe wordt aangenomen met 20 stemmen bij 9 onthoudingen.

sion doit également être le médecin qui a pratiqué l'euthanasie.

Un membre constate que la disposition proposée prévoit uniquement que le médecin qui pratique l'euthanasie est tenu de remettre le document d'enregistrement dûment complété à la commission.

Ce document doit toutefois avoir été complété par le médecin lui-même.

On doit prévoir en tout cas que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est tenu de signer lui-même le document d'enregistrement.

Un autre membre rappelle que le premier volet du document d'enregistrement est anonyme. Il paraît dès lors contradictoire de demander au médecin de signer le document.

Votes

L'amendement n° 17 A de Mme Vanlerberghe c.s. est adopté par 18 voix et 10 abstentions.

L'amendement n° 504 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 505 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 572 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

L'amendement n° 116 de M. Vankrunkelsven est devenu sans objet.

L'amendement n° 441 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 2 et 8 abstentions.

L'amendement n° 486 de Mme de T' Serclaes est adopté par 20 voix et 8 abstentions.

L'amendement n° 511 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 512 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 513 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 20 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 514 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est retiré.

L'amendement n° 570 de M. Galand c.s. est adopté par 20 voix et 9 abstentions.

Amendement nr. 611 A/B wordt verworpen met 18 stemmen tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 515 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 stemmen tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 583 van mevrouw de T' Serclaes is overbodig geworden.

Amendement nr. 565 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 stemmen tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendementen nrs. 50 en 85 van mevrouw Taelman worden ingetrokken.

Amendement nr. 3A van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne is overbodig geworden.

Amendement nr. 7 van de heer Vankrunkelsven is overbodig geworden.

Amendementen nrs. 3 B en 3 C van de heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne zijn overbodig geworden.

Artikel 5, voorgesteld in amendement nr. 17 en gesubamendeerd, wordt aangenomen met 18 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

HOOFDSTUK IV^{bis} — artikel 5^{bis} (nieuw)

(Hoofdstuk V — artikel 6 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

Mevrouw De Roeck c.s. dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 18), dat de invoeging in het wetsvoorstel beoogt van een nieuw hoofdstuk IV^{bis} onder het opschrift «De evaluatiecommissie» en dat de artikelen 5^{bis} tot en met 5^{novies} bevat.

De hoofdindienster verwijst naar de algemene toelichting die reeds werd gegeven bij artikel 5. Zij benadrukt dat heel de problematiek van de evaluatie van de wet op de euthanasie thans in deze wet zélf wordt opgenomen, daar waar het voorheen de bedoeling was om deze problematiek in een afzonderlijk wetsvoorstel op te nemen (*cf.* Stuk Senaat, nr. 2-245).

Een lid merkt op dat een discussie ten gronde over de punten die in artikel 5^{bis} en volgende aan bod komen, nog niet plaatsvond. Zij stelt voor om die punten bij de discussie van de amendementen te behandelen.

Een lid betreurt dat, waar het amendement nr. 18 drie volledige pagina's beslaat, de verantwoording erbij bijzonder kort is en slechts enkele lijnen bevat.

L'amendement n° 611 A/B est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 515 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 583 de Mme de T' Serclaes est devenu sans objet.

L'amendement n° 565 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9 et 3 abstentions.

Les amendements n°s 50 et 85 de Mme Nyssens et M. Thissen sont retirés.

L'amendement n° 3A de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne est devenu sans objet.

L'amendement n° 7 de M. Vankrunkelsven est devenu sans objet.

Les amendements n°s 3 B et 3 C de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne sont devenus sans objet.

L'article 5 contenu à l'amendement n° 17, et tel que sous-amendé est adopté par 18 voix contre 8 et 3 abstentions.

CHAPITRE IV^{bis} — article 5^{bis} (nouveau)

(Chapitre V — article 6 du texte adopté)

Amendement n° 18

Mme De Roeck et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 18) visant à insérer dans la proposition de loi un nouveau chapitre IV^{bis}, comportant les articles 5^{bis} à 5^{novies} repris, sous l'intitulé «La commission d'évaluation».

L'auteur principal se réfère à l'exposé des motifs accompagnant l'article 5. Elle insiste sur le fait que la problématique de l'évaluation de la loi sur l'euthanasie est reprise en tant que telle dans le corps même de la loi, alors que l'intention première était de régler cette problématique au travers d'une proposition de loi distincte (voir doc. Sénat, n° 2-245).

Une membre observe que la discussion n'a pas encore eu lieu, de façon plus précise, sur les différents points abordés aux articles 5^{bis} et suivants. Elle propose de les traiter au fur et à mesure de la discussion des amendements.

Un membre déplore que l'amendement n° 18 se compose de trois pages entières, alors que la justification correspondante tient seulement en quelques lignes succinctes.

Het lid is van mening dat in de voorgestelde artikelen *5bis* tot *5novies* heel wat juridische gebreken zitten. Hij haalt het voorbeeld aan van artikel *5octies*, dat luidt als volgt:

«Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is mede op hem van toepassing.»

Indien het openbaar ministerie bijvoorbeeld vragen stelt aan een lid van de evaluatiecommissie, kan deze perfect weigeren om hierop te antwoorden wegens het respect voor het beroepsgeheim, overeenkomstig artikel *5octies*. Het beroepsgeheim vervalt immers niet wanneer het parket optreedt, wel integendeel. Deze situatie is al te gek: men maakt een evaluatiecommissie, maar wanneer vragen worden gesteld, zijn de leden ervan niet verplicht te antwoorden. Men kan evenmin iemand ertoe verplichten om in rechte een getuigenis af te leggen, vermits de drager van het beroepsgeheim het kan inroepen voor het openbaar ministerie.

Wat is het statuut van de verschillende stukken, met name van het administratief dossier dat zich bevindt bij de evaluatiecommissie? Valt dit ook onder het beroepsgeheim? Kan het parket, naar aanleiding van een huiszoeking bij de evaluatiecommissie, inzage nemen in dit dossier? In dit dossier kunnen zich immers persoonlijke nota's bevinden, die al dan niet met de hand geschreven zijn, maar die niet vallen onder de lijst van verplicht mede te delen stukken. Men mag immers aannemen dat voor het medisch rapport betreffende de betrokken patiënt het beroepsgeheim niet geldt, vermits dit nooit kan worden ingeroepen wanneer het een misdrijf zou verbergen.

Dit alles illustreert volgens spreker andermaal de onmogelijkheid om de taak van het openbaar ministerie en de federale evaluatiecommissie met mekaar te verzoenen. Het openbaar ministerie wordt immers andermaal bewust machteloos gemaakt om een effectief vervolgingsbeleid te voeren.

Een ander lid antwoordt dat, volgens artikel 458 van het Strafwetboek, alle personen die, door hun functie of door hun beroep, kennis dragen van geheimen, zich aan het beroepsgeheim moeten houden, tenzij de wet hen verplicht die geheimen kenbaar te maken of wanneer ze getuige zijn in een rechtszaak.

De voorliggende tekst is heel duidelijk: de commissie stelt een registratiedocument op, in tweevoud, dat door de arts, voor elk geval van euthanasie, moet worden ingevuld.

Le membre estime que les articles *5bis* à *5novies* proposés sont juridiquement entachés de nombreuses lacunes. Il cite l'exemple de l'article *5octies* qui dispose comme suit:

«Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.»

Si, par exemple, le ministère public interroge un membre de la commission d'évaluation, celui-ci a parfaitement le droit de refuser de répondre aux questions qui lui sont posées, en vertu du secret professionnel, conformément à l'article *5octies*. En effet, l'intervention du parquet n'entraîne pas la levée du secret professionnel, bien au contraire. Cette situation est totalement absurde: on constitue une commission d'évaluation, mais les membres qui la composent ne sont pas tenus à l'obligation de répondre aux questions. Il serait tout aussi impossible de contraindre un détenteur du secret professionnel à témoigner en justice, dès lors que celui-ci est fondé à invoquer le secret professionnel devant le ministère public.

Quel est le statut des divers documents, notamment le dossier administratif qui se trouve auprès de la commission d'évaluation? Le secret professionnel s'y applique-t-il également? Si le parquet procède à une perquisition auprès de la commission d'évaluation, peut-il prendre connaissance de ce dossier? Car ce dossier peut contenir des notes personnelles, manuscrites ou autres, qui n'entrent pas dans la liste des pièces à communiquer obligatoirement. On peut en effet considérer que le secret professionnel n'est pas applicable à un rapport médical relatif à un patient, puisqu'il ne saurait être fait usage du secret professionnel dans le but de masquer un délit.

L'intervenant estime que tout ceci illustre une fois de plus l'impossibilité de concilier la tâche du ministère public et celle de la commission d'évaluation fédérale. Le ministère public est en effet délibérément dépossédé de tout pouvoir pour conduire une politique efficace en matière de poursuites.

Un autre membre répond que, selon l'article 458 du Code pénal, toutes les personnes dépositaires de secrets, par état ou par profession, sont tenues au secret professionnel, sauf lorsque la loi les oblige à faire connaître ces secrets, ou lorsqu'elles témoignent en justice.

Le texte à l'examen est très clair: la commission établit un document d'enregistrement en deux parties, dont l'une est anonyme et l'autre pas, document qui doit être complété par le médecin pour chaque cas d'euthanasie.

Meent de commissie dat de voorwaarden die in de wet werden opgenomen, niet werden nageleefd, dan kan zij het dossier naar de procureur des Konings sturen.

De overdracht van de documenten wordt dus in de wet zelf geregeld.

Indien de procureur des Konings, op welke manier dan ook geadieerd, inlichtingen wenst, zal hij daarvoor te werk moeten gaan zoals hij dat gewoonlijk doet ten overstaan van geneesheren, chirurgen, gezondheidsofficieren, apothekers of vroedvrouwen.

Wat dat betreft wordt het bestaande artikel 458 van het Strafwetboek niet revolutionair gewijzigd.

Een lid voegt eraan toe dat het de vraag is of artikel 458 van het Strafwetboek absolute geheimhouding oplegt, dan wel, zoals de vorige spreker net zei, geheimhouding met voorbehoud.

Artikel 14 van de Nederlandse wet bevat dezelfde bepaling over vertrouwelijkheid: «... tenzij een algemene regel een dergelijke mededeling verplicht maakt of de noodzaak van een dergelijke mededeling uit hun opdracht voortvloeit.»

Men moet zich afvragen of het voorbehoud uit artikel 14 van de Nederlandse wetgeving in ons artikel 458 van het Strafwetboek zit vervat.

De hoofdindienster van het amendement nr. 18 is het niet eens met de opmerking van een vorige spreker, als zou de toelichting veel te kort zijn in verhouding tot de lengte van het dispositief van het amendement nr. 18. Het lid herinnert eraan dat dit nieuwe hoofdstuk *IVbis* reeds het voorwerp uitmaakte van een afzonderlijk wetsvoorstel (Stuk Senaat, nr. 2-245/1) en thans wordt geïntegreerd in het hier besproken wetsvoorstel nr. 2-244/1. Zij verwijst dan ook naar de uitgebreide schriftelijke verantwoording bij het wetsvoorstel nr. 2-245 en naar de mondelinge toelichting die hierrond reeds eerder werd gegeven. De verantwoording bij het amendement nr. 18 heeft slechts betrekking op de elementen die werden gewijzigd in vergelijking met het wetsvoorstel nr. 2-245/1.

Een ander lid herinnert eraan dat de Nederlandse wetgeving «het uit het strafrecht halen van» uitdrukkelijk ophangt aan het invullen van de aangifte. Deze wet bepaalt immers dat het opzettelijk beëindigen van iemands leven op verzoek, wat overigens door de strafwetgeving wordt afgekeurd, niet strafbaar is wanneer dit gedaan wordt door een arts die de zorgvuldigheidscriteria uit artikel 2 van de wet met betrekking tot de controle op het beëindigen van iemands leven op verzoek en begeleiding bij zelfdoding (zie artikel 3 en 4 hier ter behandeling) heeft nageleefd en daarvan aangifte heeft gedaan bij de gemeentelijke wetsdokter.

Deze bepaling staat uitdrukkelijk in de strafwetgeving.

Si la commission estime que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées, elle renvoie tout le dossier au procureur du Roi.

C'est donc la loi elle-même qui organise la transmission des documents.

Pour le surplus, si le procureur du Roi, saisi par toute autre voie, désire avoir des renseignements, il procédera comme il le fait toujours à l'égard de tout médecin, chirurgien, officier de santé, pharmacien, ou sage-femme.

Il n'y a donc pas là de révolution par rapport à l'actuel article 458 du Code pénal.

Un membre ajoute que la question est de savoir si l'article 458 du Code pénal impose le secret absolu ou, comme vient de le dire le précédent intervenant, un secret assorti de certaines réserves.

La loi hollandaise, en son article 14, prévoit la même chose. Elle parle de confidentialité et ajoute: «... à moins qu'une règle générale ne leur impose une telle communication ou que la nécessité d'une telle communication ne découle de leur mission.»

Le problème est de savoir si la réserve qui est faite dans la législation hollandaise en son article 14 est incluse dans notre article 458 du Code pénal.

L'auteur principal de l'amendement n° 18 conteste la remarque du préopinant selon laquelle la brièveté de l'exposé des motifs serait disproportionnée par rapport à la longueur du dispositif de l'amendement n° 18. Le membre rappelle que le nouveau chapitre *IVbis* a déjà fait l'objet d'une proposition de loi distincte (doc. Sénat, n° 2-245/1) et que celui-ci est maintenant intégré au sein de la proposition de loi n° 2-244/1 en discussion. L'auteur renvoie donc aux larges développements précédant la proposition de loi n° 2-245, ainsi qu'à la motivation verbale déjà exposée antérieurement à ce propos. La justification relative à l'amendement n° 18 se rapporte uniquement aux éléments qui ont été modifiés par rapport à la proposition de loi n° 2-245/1.

Un membre rappelle que la loi hollandaise lie explicitement la «dépénalisation» au fait de remplir la déclaration. Cette loi prévoit en effet que le fait de mettre fin intentionnellement à la vie d'une personne à sa demande, par ailleurs réprimé par la loi pénale, n'est pas punissable s'il a été commis par un médecin dans le respect des critères de prudence visés à l'article 2 de la loi relative au contrôle de l'interruption de vie sur demande et de l'assistance au suicide (*cf.* les articles 3 et 4 en discussion ici), et qu'il en a fait la déclaration au médecin légiste de la commune.

Cette disposition figure explicitement dans la loi pénale.

Een ander lid meent dat niet voortdurend naar de Nederlandse wetgeving moet worden verwezen en dat in de tekst ter behandeling, een heel ander systeem wordt georganiseerd, namelijk een evaluatiecommissie waaraan een aantal documenten moet worden overgemaakt.

De spreker herhaalt nog eens dat deze procedure deel uitmaakt van de toepassingsvoorwaarden van de wet. Indien de arts de wet niet naleeft, valt hij buiten het toepassingsgebied van deze wet en is hij strafbaar volgens de huidige strafwetgeving.

Wat betreft het beroep doen op een wetsdokter: het gaat om een ander systeem, dat verschilt van wat de zes indieners wensen in te voeren.

*
* *

Amendement nr. 481

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 481), dat ertoe strekt het voorgestelde hoofdstuk IVbis (nieuw) te vervangen als volgt:

Hoofdstuk IVbis. — Commissie voor geneeskundige expertise:

Art. 5bis. — § 1. Er wordt een commissie opgericht genoemd «Commissie voor geneeskundige expertise», hierna te noemen «de Commissie».

De Commissie voor geneeskundige expertise komt bijeen op verzoek van de onderzoeksrechter die een zaak onderzoekt of door de procureur des Konings gevorderd werd om een zaak te onderzoeken tegen een beoefenaar van de geneeskunst als bedoeld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, die wordt vervolgd omdat hij opzettelijk de dood van een zieke zou hebben veroorzaakt of hem geholpen om zelfmoord te plegen.

§ 2. De Commissie bestaat uit leden gekozen op grond van hun kennis, hun ervaring en hun interesse voor kwesties inzake medische ethiek en verlichting van pijn in het kader van de begeleiding bij het levens-einde.

De Koning benoemt bij in de Ministerraad overlegd koninklijk besluit en op de volgende manier:

a) vier vooraanstaanden uit de universitaire kringen, bevoegd inzake medische ethiek, gekozen uit een lijst van driemaal vier namen voorgedragen door de Vlaamse Interuniversitaire Raad enerzijds en de Conseil interuniversitaire de la Communauté française anderzijds: onder deze vooraanstaanden, twee perso-

Un autre membre estime qu'il ne faut pas se référer constamment à la loi hollandaise, et que le texte à l'examen organise un système tout à fait différent, à savoir celui de la commission d'évaluation, à laquelle on communique un certain nombre de documents.

L'intervenant répète une fois encore que cette procédure fait partie des conditions d'application de la loi. Si le médecin ne la respecte pas, il se place hors du champ d'application de cette loi, et est passible de la loi pénale actuelle.

Quant au recours au médecin légiste, il s'agit d'un autre système, différent de celui voulu par les six auteurs.

*
* *

Amendement n° 481

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 481), tendant à remplacer le chapitre IVbis nouveau proposé par ce qui suit:

Chapitre IVbis. — Commission d'expertise médicale:

Art. 5bis. — § 1^{er}. Il est créé une commission appelée «Commission d'expertise médicale», ci-après appelée la Commission.

La Commission d'expertise médicale se réunit à la demande du juge d'instruction qui instruit ou est requis par le procureur du Roi d'instruire une affaire à charge d'un praticien de l'art de guérir visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, poursuivi pour avoir délibérément provoqué la mort d'un malade ou l'avoir aidé à se suicider.

§ 2. La Commission comprend 16 membres choisis en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur intérêt pour les questions d'éthique médicale et de soulagement de la douleur dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie.

Le Roi désigne, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, et de la manière suivante:

a) quatre personnalités issues des milieux universitaires, compétentes en matière d'éthique médicale, choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par le Conseil interuniversitaire de la Communauté française, d'une part, et la Vlaamse Interuniversitaire Raad, d'autre part: parmi ces

nen uit de geneeskundige faculteit en twee personen uit de faculteiten rechten, filosofie, psychologie of sociologie;

b) vier praktiserende doctors in de geneeskunde met ervaring inzake palliatieve zorg, van wie de helft huisartsen, gekozen uit een lijst van driemaal vier namen voorgedragen door de Nationale Raad van de Orde van geneesheren; twee onder hen moeten lid zijn van de Academie voor geneeskunde;

c) vier vooraanstaanden gekozen uit een lijst van driemaal vier namen voorgedragen door verenigingen voor de verdediging van de rechten van de patiënt die erkend zijn of die gedurende ten minste vijf jaar op dat vlak werkzaam zijn;

d) vier vooraanstaanden gekozen uit een lijst van driemaal vier namen voorgedragen door de Algemene Vereniging van Belgische verpleegkundigen.

Bij de samenstelling van de Commissie moet voor een evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende ideologische en filosofische strekkingen worden gezorgd, alsmede voor de aanwezigheid van een evenwichtig aantal vrouwelijke en mannelijke leden. De Commissie telt een gelijk aantal Franstalige en Nederlandstalige leden.

§ 3. Voor elk effectief lid wordt een plaatsvervanger benoemd onder de voorwaarden bedoeld in § 2. Deze plaatsvervanger vervangt het afwezige lid en voltooit het mandaat in geval van overlijden of ontslag.

De effectieve leden en de plaatsvervangers worden benoemd voor een termijn van twee jaar. Hun mandaat is hernieuwbaar. Het wordt van rechtswege beëindigd wanneer de leden de hoedanigheid verliezen op grond waarvan zij zijn benoemd.

De Commissie kiest onder haar leden twee ondervoorzitters overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement. Zij kiest onder hen een voorzitter. De duur van het mandaat van de voorzitter bedraagt een jaar.

De lijst met de voorzitter, de ondervoorzitter, de effectieve leden en de plaatsvervangers van de Commissie wordt bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

§ 4. De leden van de Commissie die hun professionele medewerking moeten verlenen aan het gerechtelijk onderzoek, zijn tot geheimhouding verplicht. Iedere schending van het geheim wordt gestraft overeenkomstig artikel 458 van het Strafwetboek.

Het lidmaatschap van de Commissie is onverenigbaar met een mandaat in een van de wetgevende vergaderingen en met een mandaat in de federale regering of in een gemeenschaps- of gewestregering.

De commissieleden kunnen net als de deskundigen worden gewraakt. De artikelen 966, 967 en 969 tot

personnalités, deux sont issues des facultés de médecine et deux sont issues des facultés de droit, de philosophie, de psychologie ou de sociologie;

b) quatre docteurs en médecine en activité ayant une expérience en matière de soins palliatifs, dont la moitié sont omnipraticiens, choisis sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, deux d'entre eux faisant partie de l'Académie de médecine;

c) quatre personnalités choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par des associations pour la défense des droits du patient agréées ou pouvant justifier d'une activité effective depuis au moins cinq ans;

d) quatre personnalités choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par l'Union générale des infirmiers de Belgique.

Il sera veillé dans la composition de la Commission à la représentation équilibrée des différentes tendances idéologiques et philosophiques, ainsi qu'à la présence d'un nombre équilibré de membres féminins et masculins. La Commission comprendra autant de membres d'expression française que de membres d'expression néerlandaise.

§ 3. Pour chaque membre effectif, un membre suppléant est désigné selon les modalités prévues au § 2. Ce membre suppléant remplace le membre absent et achève son mandat en cas de décès ou de démission.

Les membres effectifs et les membres suppléants sont nommés pour un terme de deux ans. Leur mandat est renouvelable. Il prend fin de plein droit lorsqu'ils perdent la qualité en vertu de laquelle ils ont été nommés.

La Commission élit en son sein, conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur, deux vice-présidents. Elle choisit parmi eux le président. La durée du mandat du président est d'un an.

La liste des président, vice-président et membres effectifs et suppléants de la Commission est publiée au *Moniteur belge*.

§ 4. Les membres de la Commission qui sont appelés à prêter leur concours professionnel à l'instruction sont tenus au secret. Toute violation du secret est punie conformément à l'article 458 du Code pénal.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec celle de membre d'une assemblée législative et de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la Commission peuvent être récusés au même titre que les experts. Les articles 966, 967

971 van het Gerechtelijk Wetboek zijn op hen van toepassing met dien verstande dat in geval van wraeking van een effectief lid de plaatsvervanger van rechtswege wordt benoemd.

§ 5. Binnen de commissie kunnen er beperkte commissies opgericht worden met het oog op het bestuderen van de problemen die de commissie moet onderzoeken. Die commissies zijn op zodanige wijze samengesteld dat zij de samenstelling van de Commissie weerspiegelen. De commissies stellen een gedetailleerd verslag op en werken ontwerpen van advies uit.

De commissie heeft een bureau, samengesteld uit de voorzitter en de ondervoorzitter. Het bureau regelt de werkzaamheden van de commissie en coördineert de werkzaamheden van de verschillende beperkte commissies.

De zittingen van de commissie, van het bureau en van de beperkte commissies zijn niet openbaar.

Bij de Commissie wordt een secretariaat opgericht, dat belast is met de technische en administratieve taken die de Commissie, het bureau en de beperkte commissies eraan opdragen.

§ 6. De Commissie kan slechts geldig beraadslagen en besluiten als alle leden aanwezig zijn.

De Commissie spreekt zich uit over de ontwerpen van advies van de beperkte commissies. Indien een ontwerp van advies niet zonder meer wordt aangenomen, kan de Commissie de inhoud ervan wijzigen. Zij motiveert de wijzigingen aan het oorspronkelijk advies van de beperkte commissie. De Commissie kan het advies met haar opmerkingen eveneens overmaken aan de beperkte commissie, met het oog op een nieuw onderzoek.

§ 7. De Commissie stelt een huishoudelijk reglement op, dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de minister van Justitie en de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.

Dat reglement bepaalt de werkwijze van de Commissie, het bureau en de beperkte commissies.

§ 8. De Koning stelt de regels vast met betrekking tot de wedden en de kosten van de commissieleden.

Art. 5ter. — In het eerste boek, hoofdstuk VI, afdeling II, onderafdeling II, van het Wetboek van strafvordering wordt onder II een § 8 ingevoegd bestaande uit artikel 90duodecies, en luidende:

« § 8. De Commissie voor geneeskundige expertise

Art. 90duodecies. — § 1. Wanneer de onderzoeksrechter een dossier onderzoekt of door de procureur des Konings werd gevorderd om een dossier te onderzoeken met betrekking tot een beoefenaar van de

et 969 à 971 du Code judiciaire leur sont applicables, sous réserve qu'en cas de récusation d'un membre effectif, le membre suppléant est d'office désigné.

§ 5. La Commission peut constituer en son sein des commissions restreintes en vue d'instruire les questions que la Commission est amenée à examiner. Elles sont composées de manière à refléter la composition de la Commission. Ces commissions établissent un rapport approfondi et élaborent des projets d'avis.

La Commission comprend un bureau, composé du président et du vice-président. Le bureau règle les travaux de la Commission et assure la coordination des différentes commissions restreintes.

Les séances de la Commission, du bureau et des commissions restreintes ne sont pas publiques.

Il est institué auprès de la Commission un secrétariat chargé des tâches techniques et administratives que lui confie la Commission, le bureau et les commissions restreintes.

§ 6. La Commission ne peut délibérer valablement que si la totalité de ses membres sont présents.

La Commission se prononce sur les projets d'avis des commissions restreintes. Si un projet d'avis n'est pas accepté tel quel, la Commission peut en modifier la teneur. Elle motive ses modifications par rapport à l'avis initial de la commission restreinte. La Commission peut également le renvoyer en commission restreinte avec ses remarques, en vue d'un nouvel examen.

§ 7. La Commission établit son règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du ministre de la Justice et du ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

Ce règlement définit les modalités de fonctionnement de la Commission, du bureau et des commissions restreintes.

§ 8. Le Roi fixe les règles concernant les honoraires et frais des membres de la Commission.

Art. 5ter. — Dans la section 2 du chapitre VI du livre premier du Code d'instruction criminelle, est inséré dans la distinction II, un § 8 comprenant l'article 90duodecies, rédigé comme suit:

« § 8. De la Commission d'expertise médicale

Art. 90duodecies. — § 1^{er}. Lorsque le juge d'instruction instruit ou est requis par le procureur du Roi d'instruire un dossier à charge d'un praticien de l'art de guérir visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n^o 78

geneeskunst bedoeld in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, die wordt vervolgd omdat hij opzettelijk de dood van een zieke zou hebben veroorzaakt of hem zou hebben geholpen om zelfmoord te plegen en die de noodtoestand aanvoert, kan hij, in het belang van het gerechtelijk onderzoek, bevelen dat de Commissie voor geneeskundige expertise opgericht bij artikel 5*bis* van de wet van ... bijeenkomt teneinde een verslag op te stellen en een technisch advies uit te brengen.

Deze maatregel wordt vooraf vastgesteld in een met redenen omklede beschikking van de onderzoeksrechter die hij aan de procureur des Konings meedeelt. Alvorens deze maatregel te bevelen, hoort de onderzoeksrechter de arts tegen wie de maatregel is gericht en hij deelt hem vervolgens zijn beslissing mee.

§ 2. De Commissie spreekt zich uit op basis van alle beschikbare elementen, en meer bepaald het medisch dossier van de patiënt.

§ 3. De Commissie stelt een verslag op en geeft een gemotiveerd advies binnen drie maanden na de ontvangst van het verzoek van de onderzoeksrechter. Op een gemotiveerd verzoek van de Commissie kan de onderzoeksrechter een bijkomende termijn toekennen. Het advies vermeldt de verschillende standpunten.

§ 4. De griffie zendt onverwijld een kopie van het verslag van het advies van de Commissie aan de betrokken arts, die vanaf de ontvangst van de kopie een maand de tijd heeft om zijn opmerkingen aan de onderzoeksrechter mee te delen.

§ 5. De minister van Justitie brengt in het Parlement jaarlijks verslag uit over de uitvoering van dit artikel.

Hij deelt het Parlement mee in hoeveel gerechtelijke onderzoeken de maatregel bedoeld in dit artikel is genomen, alsook de resultaten daarvan.

Art. 5*quater*. — In artikel 127*bis* van het Wetboek van strafvordering wordt een nieuw tweede lid ingevoegd, luidend :

«Wanneer de onderzoeksrechter overeenkomstig artikel 90*duodecies* de Commissie voor geneeskundige expertise heeft geadieerd, kan het gerechtelijk onderzoek niet als voltooid worden beschouwd vóór de Commissie haar verslag heeft opgesteld en haar advies heeft gegeven. In dat geval deelt de onderzoeksrechter samen met het dossier het verslag en het advies van de Commissie mee, alsook de eventuele opmerkingen van de betrokken arts.

du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, poursuivi pour avoir délibérément provoqué la mort d'un malade ou l'avoir aidé à se suicider et qui invoque l'état de nécessité, il peut ordonner, dans l'intérêt de l'instruction, que la Commission d'expertise médicale instituée par l'article 5*bis* de la loi du ... se réunisse aux fins de dresser un rapport et de rendre un avis technique.

Cette mesure fait préalablement l'objet d'une ordonnance motivée du juge d'instruction qu'il communique au procureur du Roi. Avant d'ordonner cette mesure, le juge d'instruction entend le médecin qui en fait l'objet et l'informe ensuite de sa décision.

§ 2. La Commission se prononce, sur base de tous les éléments disponibles, en particulier du dossier médical du patient.

§ 3. La Commission est tenue de dresser un rapport et de rendre un avis motivé dans les trois mois de la réception de la requête du juge d'instruction. Celui-ci peut toutefois accorder un délai supplémentaire sur demande motivée de la Commission. L'avis mentionne les divers points de vue exprimés.

§ 4. Une copie du rapport et de l'avis de la Commission est transmise sans délai par le greffier au médecin concerné, lequel peut faire valoir ses observations au juge d'instruction dans un délai d'un mois à dater de la réception de la copie.

§ 5. Le ministre de la Justice fait rapport annuellement au Parlement sur l'application de cet article.

Il informe le Parlement du nombre d'instructions ayant donné lieu à la mesure visée par cet article et des résultats obtenus.

Art. 5*quater*. — Un alinéa 2 nouveau est inséré à l'article 127*bis* du Code d'instruction criminelle, rédigé comme suit :

«Lorsque le juge d'instruction a saisi la Commission d'expertise médicale conformément à l'article 90*duodecies*, l'instruction ne peut être réputée terminée avant que la Commission n'ait dressé son rapport et rendu son avis. Dans ce cas, le juge d'instruction communique avec le dossier le rapport et l'avis de la Commission, ainsi que les observations éventuelles du médecin concerné.»

Art. *5quinquies*. — Artikel 16, § 1, van de wet van 20 juli 1990 betreffende de voorlopige hechtenis wordt aangevuld met een lid, luidende:

«Indien de verdachte een beoefenaar is van de geneeskunst als bedoeld in artikel 2, § 1, van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, die wordt vervolgd omdat hij opzettelijk de dood van een zieke zou hebben veroorzaakt of hem zou hebben geholpen om zelfmoord te plegen en die de noodtoestand aanvoert, kan de onderzoeksrechter pas beslissen een bevel tot aanhouding tegen deze beoefenaar uit te vaardigen nadat hij kennis heeft genomen van het advies van de Commissie voor geneeskundige expertise bedoeld in artikel 90*duodecies* van het Wetboek van strafverordering.»

De filosofie van het amendement past in de filosofie die door de fractie van de indiener wordt verdedigd.

Volgens die filosofie is het niet de bedoeling euthanasie uit het strafrecht te halen maar om het koninklijk besluit met betrekking tot de geneeskunde te wijzigen.

Indien er klacht wordt ingediend, wil men dat de magistratuur omringd wordt door bevoegde personen om een euthanasiedossier te beoordelen.

Toen professor Sicard met een aantal senatoren was komen praten over het eenparig advies van het Frans Comité voor bio-ethiek, nam hij een standpunt in over een uitzondering op euthanasie, en voerde het idee aan van een uitzondering van procedure.

Dat betekent dat wanneer er klacht wordt ingediend er onmiddellijk een bijzondere informatie- of onderzoeksprocedure wordt ingesteld.

In de plaats van een aanhoudingsbevel uit te vaardigen tegen de arts, laat de rechter zich onmiddellijk omringen door een commissie van experts.

De samenstelling van de commissie voor geneeskundige expertise als voorgesteld in het subamendement, wordt ingegeven door de bezorgdheid dat de benoemde personen door hun oorspronkelijke beroepsmilieu moeten worden voorgedragen, zowel de juristen als de geneesheren en de representatieve verenigingen en organisaties uit de medische kringen, inclusief de verplegers die terzake een belangrijke rol spelen.

Het subamendement bepaalt dat het de Koning is die de benoemingen doet bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit. Deze formule, klassiek inzake ethische kwesties, is gebaseerd op het systeem waarin werd voorzien voor het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Het subamendement bevat ook een aantal bepalingen met betrekking tot de werking van de commissie.

Art. *5quinquies*. — L'article 16, § 1^{er}, de la loi du 20 juillet 1990 relative à la détention préventive est complété par un dernier alinéa, rédigé comme suit :

«Si l'inculpé est un praticien de l'art de guérir visé à l'article 2, § 1^{er}, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, poursuivi pour avoir délibérément provoqué la mort d'un malade ou l'avoir aidé à se suicider et qui invoque l'état de nécessité, le juge d'instruction ne peut décider de décerner un mandat d'arrêt contre ce praticien qu'après avoir pris connaissance de l'avis de la Commission d'expertise médicale visé à l'article 90*duodecies* du Code d'instruction criminelle.»

La philosophie de l'amendement s'inscrit dans la logique défendue par le groupe de l'auteur.

Dans cette logique, on ne vise pas une dépenalisation, mais on modifie l'arrêté royal relatif à l'art de guérir.

On veut, lorsqu'il y a plainte, que le magistrat soit entouré de personnes compétentes pour apprécier un dossier d'euthanasie.

Lorsque le professeur Sicard est venu parler à quelques sénateurs de l'avis unanime du Comité français de bioéthique, il avait pris position sur une exception d'euthanasie, et avait émis à ce sujet l'idée d'une exception de procédure.

Cela signifie que, lorsqu'il y a plainte, on met immédiatement en mouvement une information ou une instruction particulière.

Plutôt que de lancer un mandat d'arrêt contre un médecin, le juge s'entoure immédiatement d'une commission d'expertise.

La composition de la commission d'expertise médicale proposée par le sous-amendement s'inspire du souci que les personnes désignées soient présentées par leur milieu professionnel d'origine, pour ce qui concerne tant les juristes que les médecins et les associations et organisations représentatives du milieu médical, en ce compris les infirmiers qui jouent un rôle important en la matière.

Le sous-amendement prévoit que c'est le Roi qui procède aux désignations, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres. Cette formule, assez classique dans les matières éthiques, s'inspire du système prévu pour le Comité consultatif de bioéthique.

Le sous-amendement comporte aussi un certain nombre de dispositions relatives au fonctionnement de la commission qu'il institue.

Een belangrijk punt vormt de rol van de leden die worden geroepen om hun professionele medewerking te verlenen aan het onderzoek van een dossier. Op deze leden is natuurlijk aan artikel 458 van het Strafwetboek van toepassing. Er werd eveneens in wrakingsgronden voorzien, met name de gronden die vermeld zijn in de artikelen 966 en volgende van het Strafwetboek.

De indiener van het amendement zegt inderdaad gevoelig te zijn voor het probleem van belangenvermenging, ongeacht het model dat voor de commissie wordt gekozen.

In het subamendement krijgen de leden het statuut van expert. Er wordt eveneens bepaald dat de commissie, in haar midden, beperkte commissies mag oprichten.

Het is nogal moeilijk om het aantal dossiers in te schatten die zich mogelijk zullen aandienen; het kan dus nuttig zijn om in een werkmethode te voorzien in beperktere commissies.

Het subamendement vereist ook een quorum van aanwezigheid om te kunnen stemmen.

De Koning bepaalt de regels met betrekking tot de wedden en de kosten van de commissieleden.

De spreekster herinnert eraan dat het Gerechtelijk Wetboek de rol van de expert defineert maar dat er nooit een koninklijk besluit is gekomen om de lijst van experts bij de rechtbanken te organiseren en de manier waarop ze zouden worden vergoed.

Het belangrijkste punt van het subamendement betreft de rol van de commissie voor geneeskundige expertise. Wanneer een onderzoeksrechter door de procureur des Konings wordt gevorderd om een onderzoek in te stellen tegen een arts, schort hij de zaak op en vraagt aan de commissie om het dossier te bestuderen in het kader van een soort van «voorafgaand onderzoek» en een advies terzake uit te brengen.

De rechter is natuurlijk niet door dit advies gebonden.

In het advies moeten, gezien de nogal brede samenstelling van de commissies, de verschillende standpunten worden vermeld.

De commissie heeft ook een evaluerende bevoegdheid. Dat is ook de reden waarom het subamendement bepaalt dat de minister van Justitie jaarlijks verslag uitbrengt bij het Parlement over de uitvoering van artikel 190*duodecies*.

Een lid merkt op dat het subamendement opnieuw in de context moet worden geplaatst, namelijk de wil om te vertrekken van de noodtoestand en het koninklijk besluit betreffende de geneeskunde te wijzigen.

Un point important est le rôle des membres, appelés à prêter leur concours à l'instruction d'un dossier. Ces membres sont évidemment soumis à l'article 458 du Code pénal. Des causes de récusation sont aussi prévues, à savoir les causes prévues par le Code judiciaire en ses articles 966 et suivants.

L'auteur de l'amendement se dit en effet très sensible au problème des conflits d'intérêts, quel que soit le modèle de commission que l'on choisit.

Dans le sous-amendement, les membres ont un statut d'expert. Il est également prévu que la commission peut, en son sein, se constituer en commissions restreintes.

Il est assez difficile d'évaluer le nombre de dossiers susceptibles de se présenter, et il peut donc être utile de prévoir un système de travail en sections plus restreintes.

Le sous-amendement requiert aussi un quorum de présence pour les votes.

Enfin, il prévoit que c'est le Roi qui fixe les règles relatives aux honoraires et frais des membres de la commission.

L'intervenante rappelle à ce sujet que le Code judiciaire définit le rôle de l'expert, mais que l'arrêté royal qui devrait organiser la liste des experts près les tribunaux, et la manière dont ils sont rémunérés, n'a jamais été pris.

Le point principal du sous-amendement concerne le rôle de la commission d'expertise médicale. Lorsqu'un juge d'instruction est requis par le procureur du Roi, pour instruire un dossier à charge d'un médecin, il suspend son action et demande à la commission d'examiner le dossier, dans le cadre d'une sorte de «pré-instruction», et de lui rendre un avis sur le dossier en question.

Le juge n'est évidemment pas lié par cet avis.

L'avis doit mentionner les différents points de vue exprimés, étant donné la composition assez large de la commission.

La commission a aussi un rôle d'évaluation. C'est pourquoi le sous-amendement prévoit que le ministre de la Justice fait rapport annuellement au Parlement sur l'application de l'article 190*duodecies*.

Un membre observe que le sous-amendement doit être replacé dans son contexte, c'est-à-dire la volonté de se fonder sur l'état de nécessité, et de procéder par le biais d'une modification de l'arrêté royal sur l'art de guérir.

Dit systeem is fundamenteel verschillend van dat wat door de zes indieners wordt voorgesteld en kan daarmee ook niet worden verzoend.

In tegenstelling tot amendement nr. 18 is dit trouwens in tegenspraak met artikel 151 van de Grondwet, zoals werd aangehaald door de vorige spreker. In het voorgestelde artikel *5quinquies* wordt bepaald dat «(...) de onderzoeksrechter slechts kan beslissen om een aanhoudingsbevel uit te vaardigen tegen een beoefenaar van de geneeskunde na kennis te hebben genomen van het advies van de commissie voor geneeskundige expertise (...)», wat in strijd is met de bepaling van voornoemd artikel 151 dat bepaalt dat rechters bij de uitoefening van hun rechterlijke opdracht onafhankelijk zijn.

Wanneer hij dus weet dat een arts, er zich van bewust dat hij een fout heeft begaan, op het punt staat te vluchten, zou de onderzoeksrechter dus niet onmiddellijk een aanhoudingsbevel kunnen uitvaardigen maar zou hij waarschijnlijk eerst het verslag moeten opvragen van de commissie voor geneeskundige expertise.

Waarom dan zo een systeem voorstellen, zelfs in het kader van de bedoeling om het koninklijk besluit betreffende de geneeskunde te wijzigen?

Indien blijkt dat er sprake zou kunnen zijn van een noodtoestand, zal de rechter immers alle stappen ondernemen die hem nuttig lijken om de zaak op te helderen, inclusief het ondervragen van personen of verenigingen (die, zoals men weet, in ons land talrijk zijn). Waarom derhalve een systeem invoeren rond de rechter dat hem in zijn handelen zelfs belemmert?

Bovendien is de spreker er niet van overtuigd dat het doel dat wordt nagestreefd — de arts geruststellen — daarmee wordt bereikt, want de personen die worden ondervraagd, met name de verpleegsters, zijn niet noodzakelijkerwijs de meest aangewezen personen om een daad te beoordelen die hoofdzakelijk medisch van aard is.

Tenslotte is het voorgestelde systeem bovendien ontzettend log terwijl de zes indieners van het voorstel wordt verweten een administratieve wet te hebben gecreëerd.

De spreker meent dat de commissie die met het subamendement in het leven wordt geroepen, een «juridisch monster» is.

In het in bespreking zijnde voorstel gaat het trouwens niet alleen om «geneeskundige expertise», ook andere elementen die betrekking hebben op de menselijke aspecten van het probleem, worden in acht genomen.

Om al die redenen kunnen de zes indieners zich niet aansluiten bij het subamendement nr. 481.

Een ander lid werpt op dat het standpunt van de indiener van het subamendement een paradox

Ce système diffère fondamentalement de celui proposé par les six auteurs, et ne peut être concilié avec ce dernier.

Par ailleurs, il entre, contrairement à l'amendement n° 18, en contradiction avec l'article 151 de la Constitution, évoqué par un précédent orateur. En effet, à l'article *5quinquies* proposé, il est prévu «(...) le juge d'instruction ne peut décider de décerner un mandat d'arrêt contre ce praticien qu'après avoir pris connaissance de l'avis de la commission d'expertise médicale (...)», ce qui est contraire au prescrit de l'article 151 précité, qui prévoit que les juges sont indépendants dans l'exercice de leur mission juridictionnelle.

Ainsi, s'il sait qu'un médecin, conscient d'avoir fait une erreur, est sur le point de prendre la fuite, le juge d'instruction ne pourrait décerner immédiatement un mandat d'arrêt, mais devrait préalablement demander un rapport à la commission d'expertise médicale.

Pourquoi proposer un tel système, même dans le cadre de la démarche visant à travailler par le biais de l'arrêté royal relatif à l'art de guérir?

En effet, s'il semble qu'il pourrait y avoir eu état de nécessité, le juge fera toutes les démarches qui lui semblent utiles pour l'éclairer, y compris interroger des personnes ou des associations (dont on sait qu'elles ne manquent pas dans notre pays). Pourquoi, dès lors, créer un système qui entoure le juge et même le bloque dans son action?

En outre, l'intervenant n'est pas convaincu que le but poursuivi — à savoir rassurer le médecin — soit atteint, car les personnes choisies, et notamment les infirmières, ne sont pas nécessairement les plus indiquées pour juger d'un acte de nature essentiellement médicale.

Enfin, le système proposé est d'une extrême lourdeur, alors que l'on reproche par ailleurs aux six auteurs de la proposition d'avoir conçu une loi administrative.

L'orateur estime que la commission instituée par le sous-amendement est un «monstre juridique».

En outre, il ne s'agit pas seulement, dans la proposition à l'examen, d'«expertise médicale», mais d'autres éléments y interviennent, qui relèvent des aspects humains du problème.

Pour toutes ces raisons, les six auteurs ne peuvent se rallier au sous-amendement n° 481.

Un autre membre relève que la position de l'auteur du sous-amendement recèle un paradoxe. En effet,

inhoudt. Inderdaad, in een vorige tussenkomst, leek ze de controlerende bevoegdheid van de commissie te verwerpen en haar daarmee in een louter evaluerende rol te duwen. In het subamendement kent ze aan de Commissie voor geneeskundige expertise echter wel een controlerende bevoegdheid toe die zelfs zo ver gaat dat het de onderzoeksrechter in zijn activiteiten belemmert.

De spreker merkt op dat, wat de samenstelling van de commissie betreft, er een zekere convergentie is tussen het hoofdamendement en het subamendement. Het is inderdaad belangrijk om zich bij de samenstelling niet alleen tot medische kringen te beperken.

Er wordt overigens een evenwicht gezocht tussen de vertegenwoordigers uit de academische middens en de vertegenwoordigers die niet uit die kringen komen.

Amendement 18 vereist eveneens dat vier leden juristen zouden zijn en dat vier leden uit de kringen komen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten. Hier worden niet alleen de personen bedoeld die bekwaam zijn op het vlak van diagnostiek maar eveneens op het vlak van de begeleiding van die patiënten. Het is dus mogelijk dat het verzorgend personeel op die manier wordt vertegenwoordigd. Het is aan de Senaat en aan de Minister-raad om dat te bepalen.

De spreker zegt tot slot gevoelig te zijn voor de opmerking van de indiener van het subamendement nr. 481 met betrekking tot mogelijke onverenigbaarheden.

Naast de klassieke onverenigbaarheid als voorzien in amendement nr. 18 kan er ook onverenigbaarheid zijn als gevolg van de nauwe band die er zou kunnen bestaan tussen de leden van de commissie en de betrokken partijen.

Een commissielid heeft trouwens een subamendement aangekondigd dat met dat aspect rekening zou proberen te houden door te verduidelijken dat wanneer na de opheffing van de anonimiteit zou blijken dat een lid van de commissie op de hoogte zou zijn van een bijzonder geval en in welke hoedanigheid dan ook zou zijn opgetreden, hij van zijn taak zou moeten afzien.

Een lid stelt vast dat in het subamendement een andere redenering wordt aangehouden dan in het hoofdamendement nr. 18.

De spreker begrijpt niet waarom er sprake is van een commissie voor «geneeskundige expertise» omdat deze generische terminologie in dit geval voor een bijzondere problematiek wordt gehanteerd.

Hij antwoordt ter attentie van de vorige spreker dat, zelfs al bestond de commissie uitsluitend uit artsen, dat niet betekent dat die een mechanische kijk op de dossiers zou hebben aangezien de meeste geneesheren ook een menselijke aanpak hebben.

dans une précédente intervention, elle semblait refuser le rôle de contrôle de la commission pour la cantonner dans un rôle d'évaluation. Or, dans le sous-amendement, elle confie à la commission d'expertise médicale qu'elle crée un rôle de contrôle, qui va même jusqu'à constituer un frein pour le juge d'instruction.

En ce qui concerne la composition de la commission, l'intervenant note une certaine convergence entre l'amendement principal et le sous-amendement. Il est effectivement important de ne pas cantonner cette composition au seul monde médical.

Par ailleurs, un équilibre est recherché entre les représentants issus du monde universitaire, et ceux qui n'en sont pas issus.

L'amendement n° 18 requiert aussi que quatre membres soient juristes, et que quatre membres soient issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. On vise ici non seulement les personnes disposant d'une compétence en la matière sur le plan du diagnostic, mais aussi sur le plan de l'accompagnement de ces maladies. Il est donc possible que le personnel soignant soit représenté par ce biais. Il appartiendra au Sénat et au Conseil des ministres de le déterminer.

Enfin, l'intervenant se dit sensible à la remarque de l'auteur du sous-amendement n° 481, à propos de possibles incompatibilités.

Outre celles, classiques, que prévoit l'amendement n° 18, il peut y avoir des incompatibilités résultant de la proximité qui pourrait exister entre des membres de la commission et les personnes concernées.

Un commissaire a d'ailleurs annoncé un sous-amendement tendant à prendre en compte cet aspect des choses, en précisant qu'il devrait y avoir désistement si, au moment de la levée de l'anonymat, il apparaissait qu'un membre de la commission ayant connaissance d'un cas particulier, est intervenu antérieurement, à quelque titre que ce soit.

Un membre constate que le sous-amendement s'inscrit dans une toute autre logique que celle de l'amendement principal n° 18.

L'intervenant ne comprend pas pourquoi il est question d'une commission «d'expertise médicale», cette terminologie de nature générique étant utilisée dans le cadre d'une problématique particulière.

Il souligne à l'intention d'un précédent orateur que, même si la commission était composée exclusivement de médecins, ce n'est pas pour cela qu'elle aurait une vue mécaniste des choses, la plupart des médecins ayant aussi une approche humaine des choses.

De indiener van amendement nr. 481 antwoordt aan een spreker die kritiek had op de juridische figuur die in het subamendement wordt voorgesteld, dat daar niets nieuw aan is. Deze figuur valt binnen het juridisch kader en in het kader van de expertise en is in die zin fundamenteel verschillend van de aanpak die in het hoofamendement werd weerhouden.

Het is met opzet dat de algemene benaming «Commissie voor geneeskundige expertise» werd aangenomen, in de context van een bredere tekst betreffende alle beslissingen die betrekking hebben op de laatste levensfase.

De uitzondering van procedure waardoor een rechter die belast is met een zaak, zich kan laten omringen door een commissie en die bedoeld is om de arts te beschermen tegen een eventueel aanhoudingsbevel, is wel nieuw.

De spreekster had van de discussies inderdaad onthouden dat men het er nagenoeg unaniem over eens was dat men moet vermijden dat een arts tijdens het onderzoek zou worden opgesloten. Ze heeft dus naar een nieuwe formule gezocht die in het gerechtelijk kader tegemoet zou kunnen komen aan die bezorgdheid. Het lijkt een gewaagde formule in die zin dat ze aan het aanhoudingsbevel raakt.

De spreekster herinnert er eveneens aan dat de Commissie voor geneeskundige expertise slechts zou optreden indien er klacht wordt neergelegd.

De samenstelling van de commissie is trouwens voldoende breed opgevat om het risico van «mechanische» reacties te vermijden.

Het is immers duidelijk dat inzake euthanasie de omstandigheden van elk bijzonder geval moeten worden geanalyseerd.

Een vorige spreker antwoordt dat je een wet door een andere kunt veranderen maar dat je de Grondwet niet met een gewone wet kan wijzigen.

Welnu, zoals al werd aangegeven, is het subamendement in strijd met artikel 151 van de Grondwet maar eveneens met het principe dat alle Belgen gelijk zijn voor de wet volgens artikel 10 van diezelfde Grondwet aangezien sommige burgers vóór een procedure niet zullen kunnen worden aangehouden en andere dan weer wel.

Het subamendement wijzigt bovendien het Wetboek van strafvordering door te bepalen dat, wanneer een onderzoeksrechter de commissie voor geneeskundige expertise heeft geadieerd, het gerechtelijk onderzoek niet als voltooid kan worden beschouwd vóór de commissie haar verslag heeft opgesteld en haar advies heeft gegeven.

Terwijl de procedure die tot zo een verslag en een advies moet leiden, log is en lang zou kunnen aanslepen.

L'auteur de l'amendement n° 481 répond à une intervenant qui critiquait la figure juridique retenue par le sous-amendement que celle-ci ne constitue pas une innovation. Elle se situe dans le cadre judiciaire et dans celui de l'expertise et, en cela, diffère fondamentalement, il est vrai, de l'approche retenue dans l'amendement principal.

C'est à dessein que la dénomination générale «Commission d'expertise médicale» a été retenue, dans la logique d'un texte plus large, relatif à toutes les décisions de fin de vie.

Ce qui est nouveau, c'est l'exception de procédure, par laquelle un juge saisi d'une affaire peut s'entourer d'une commission, et qui a pour effet de protéger le médecin contre un éventuel mandat d'arrêt.

L'intervenante avait en effet retenu des discussions qu'une préoccupation quasi-unanime était d'éviter qu'un médecin ne soit incarcéré durant l'instruction de son affaire. Elle a donc cherché une formule nouvelle permettant de répondre à cette préoccupation dans le cadre judiciaire. Cette formule peut paraître audacieuse, dans la mesure où elle touche au mandat d'arrêt.

L'intervenante rappelle également que la commission d'expertise médicale n'interviendrait que sur plainte.

Quant à sa composition, elle est conçue de façon suffisamment large pour ne pas engendrer le risque de réactions «mécanistes».

Il est clair en effet qu'en matière d'euthanasie, une analyse des circonstances de chaque cas d'espèce s'impose.

Un précédent intervenant répond que, si l'on peut changer une loi par une autre, on ne peut modifier la Constitution par une simple loi.

Or, comme déjà indiqué, le sous-amendement est contraire à l'article 151 de la Constitution, mais aussi au principe de l'égalité des Belges devant la loi consacré par l'article 10 de celle-ci, puisque certains citoyens ne pourront pas être arrêtés avant une procédure, et d'autres bien.

En outre, le sous-amendement modifie le Code d'instruction criminelle, en prévoyant que lorsque le juge d'instruction a saisi la commission d'expertise médicale, l'instruction ne peut être réputée terminée avant que la commission n'ait dressé son rapport et rendu son avis.

Or, la procédure aboutissant à ce rapport et cet avis est lourde et pourrait être longue.

Alvorens deze maatregel te bevelen, hoort de onderzoeksrechter de arts tegen wie de maatregel is gericht en deelt hem vervolgens zijn beslissing mee. Het gaat hier opnieuw om een procedure die afwijkt van het gemeenrecht en niet nodig is.

Een lid wijst op het voorgestelde artikel 5*quater*, dat bepaalt:

«De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het anonieme deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden bepaald in de artikelen 3, 4 en 4*bis*. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

(...)»

Het lid vraagt of de interpretatie, volgens welke deze uitspraak van de commissie totaal geen invloed heeft op de beslissingen of handelingen van het parket, juist is.

Een vorige spreker antwoordt dat, wanneer een procedure via het parket wordt ingeleid, het parket kan handelen zoals voor om het even welke andere klacht.

Het parket is niet gebonden door wat de commissie al dan niet adviseert.

Het feit dat de wet in een te volgen procedure voorziet, dat, wanneer die wordt gevolgd, er geen sprake is van overtreding, en dat de aangifte bij de commissie in de procedure vervat zit, heeft tot gevolg dat de rechtszekerheid van de arts aanzienlijk wordt versterkt.

De vorige spreekster meent dat het niet duidelijk is of het openbaar ministerie ook kan optreden wanneer geen klacht werd neergelegd. Met andere woorden: kan het parket autonoom besluiten vervolging in te stellen tegen een bepaalde arts, ook wanneer niemand een klacht heeft ingediend?

Hij krijgt als antwoord dat niets kan beletten dat iemand een klacht indient, noch het parket kan verhinderen daar iets mee te doen, onder voorbehoud van het positieve injunctierecht van de minister van Justitie en het bepalen van het misdaadbeleid met de medewerking van het college van procureurs-generaals.

Amendement nr. 564

Mevrouw Nyssens dient op haar amendement nr. 481 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-

De plus, avant d'ordonner la mesure, le juge d'instruction entend le médecin qui en a fait l'objet, et l'informe de la décision. Il s'agit à nouveau ici d'une procédure qui s'écarte de la procédure de droit commun, et qui n'est pas nécessaire.

Une membre renvoie à l'article 5*quater* qui dispose:

«La commission examine le document d'enregistrement intégralement complété qui lui a été communiqué par le médecin. Elle vérifie, sur base du volet anonyme du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions prévues par les articles 3, 4 et 4*bis*. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. La commission peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

(...)»

La membre pose la question de savoir si l'interprétation selon laquelle cet avis de la commission n'exerce aucune influence sur les décisions ou les actes du parquet est bien la bonne.

Un précédent orateur répond que, si une procédure est engagée par la voie du parquet, celui-ci peut agir comme pour n'importe quelle autre plainte.

Le parquet n'est pas lié à ce que la commission donne ou non comme avis.

Le fait que la loi prévoit une procédure à suivre, qu'il n'y ait pas d'infraction si celle-ci est suivie, et que dans cette procédure soit incluse la déclaration à la commission a pour effet d'augmenter largement la sécurité juridique pour le médecin.

La préopinante estime qu'il n'est pas clairement établi si le ministère public peut également agir dans le cas où aucune plainte n'est déposée. Autrement dit: le parquet peut-il décider d'office d'engager des poursuites à l'encontre d'un médecin en l'absence de toute plainte?

Il lui est répondu que rien ne peut empêcher quiconque de déposer une plainte, ni le parquet de prendre attitude par rapport à celle-ci, sous réserve du pouvoir d'injonction positive du ministre de la Justice et de la détermination de la politique criminelle, avec le concours du collègue des procureurs généraux.

Amendement n° 564

Mme Nyssens dépose à son amendement n° 481 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amende-

244/18, amendement nr. 564) dat ertoe strekt de woorden «Algemene Vereniging van Belgische verpleegkundigen» in de voorgestelde § 2 van artikel 5bis te vervangen door «representatieve beroepsverenigingen en organisaties van verpleegkundigen».

De indienst van het amendement verduidelijkt dat de laatste benaming een correctere benaming is en overeenstemt met die welke gebruikt wordt voor de benoeming van de leden die de verpleegkundigen vertegenwoordigen in de Nationale Raad voor verpleegkunde (artikel 21duodecies van het koninklijk besluit nr. 78 op de geneeskunde).

Amendement nr. 442

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 442), dat ertoe strekt het voorgestelde opschrift van hoofdstuk IVbis (nieuw) te vervangen als volgt: «Federale Evaluatie- en Controlecommissie».

De indienst van het amendement verwijst naar wat eerder hierover werd gezegd.

Amendement nr. 443

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 442), dat ertoe strekt in artikel 5bis, § 1, dezelfde correctie aan te brengen als voorgesteld voor het opschrift van hoofdstuk IVbis (nieuw) in voornoemd amendement nr. 442.

Amendement nr. 487

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 487), dat dezelfde draagwijdte heeft als de voornoemde subamendementen nr. 442 en 443 van mevrouw Nyssens.

Amendement nr. 516

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampelaere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 516) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 5bis de benaming van de commissie te veranderen in «Federale Controle- en Evaluatiecommissie».

Een van de indieners verwijst naar de discussie die hierover eerder werd gevoerd.

Amendement nr. 650

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 650) dat ertoe strekt

ment n° 564), tendant à remplacer, au § 2 de l'article 5bis proposé, les mots «l'Union générale des infirmiers de Belgique» par les mots «les associations et organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier».

L'auteur de l'amendement précise que cette dernière dénomination est plus correcte et correspond à celle utilisée pour la nomination des membres représentant les praticiens de l'art infirmier au Conseil national de l'art infirmier (article 21duodecies de l'arrêté royal n° 78 sur l'art de guérir).

Amendement n° 442

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 442), tendant à remplacer l'intitulé du chapitre IVbis (nouveau) proposé par ce qui suit: «Commission fédérale d'évaluation et de contrôle».

L'auteur de l'amendement renvoie à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.

Amendement n° 443

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 443), visant à apporter à l'article 5bis, § 1^{er}, la même correction que celle proposée à l'intitulé du chapitre IVbis (nouveau) par l'amendement n° 442 précité.

Amendement n° 487

Mme de T' Serclaes a déposé à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 487), ayant la même portée que les sous-amendements nos 442 et 443 précités de Mme Nyssens.

Amendement n° 516

M. Vandenberghe et Mme De Schampelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 516), visant à remplacer dans l'article 5bis proposé la dénomination de la commission par «Commission d'évaluation et de contrôle fédérale».

Un des auteurs se réfère à la discussion qui a déjà été menée antérieurement sur le sujet.

Amendement n° 650

Mme Vanlerberghe et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 650), tendant à remplacer

het voorgestelde opschrift van hoofdstuk IV*bis* (nieuw) te vervangen door de woorden «Federale controle- en evaluatiecommissie».

Een van de medeondertekenaars herinnert eraan dat in sommige amendementen werd voorgesteld om over een «Federale Controle- en Evaluatiecommissie» te spreken en in andere «Federale Evaluatie- en Controlecommissie».

De eerste formule lijkt de indieners van het voorstel verkieslijk. Zij die de formule hadden voorgesteld, hebben hun amendement echter niet ingediend op alle plaatsen in de tekst waar die wijziging moet worden doorgevoerd. Dat is de verantwoording van amendement nr. 650.

Amendementen nrs. 506 tot 510

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 enkele subamendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendementen nrs. 506 tot en met 510), die samengelezen dienen te worden en betrekking hebben op het concept van de regionale toetsingscommissies, daar waar het amendement nr. 18 uitgaat van één federale commissie.

Amendement nr. 506A

Dit subamendement heeft tot doel een § 1*bis* in te voegen, luidend als volgt:

«§ 1*bis*. In elk gerechtelijk arrondissement wordt een regionale toetsingscommissie ingesteld inzake de controle op de naleving van de voorwaarden en procedures bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet.»

Amendement nr. 506B

Dit subamendement strekt ertoe een § 2*bis* in te voegen, luidend als volgt:

«§ 2*bis*. Elke regionale toetsingscommissie bestaat uit zeven leden, waarvan drie leden doctor zijn in de geneeskunde, drie leden doctor of licentiaat in de rechten, telkens met een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar en een ethisch deskundige. De commissie wordt voorgezeten door een van de leden die houder is van het diploma van doctor of licentiaat in de rechten.

De leden van de commissie worden aangeduid voor een eenmaal hernieuwbare periode van twee jaar.

De Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit de wijze van aanduiding van de leden en plaatsvervangers van de regionale toetsingscommissies. Deze aanduiding gebeurt op grond van pluralistische vertegenwoordiging.»

l'intitulé du chapitre IV*bis* (nouveau) proposé par les mots «La commission fédérale de contrôle et d'évaluation».

L'un des cosignataires rappelle que certains amendements proposaient de parler d'une «commission fédérale de contrôle et d'évaluation», d'autres d'une «commission fédérale d'évaluation et de contrôle».

La première formule paraît préférable aux auteurs de la proposition. Cependant, ceux qui l'ont proposée n'ont pas déposé l'amendement à tous les endroits du texte où cette modification doit avoir lieu. Telle est la justification du dépôt de l'amendement n° 650.

Amendements n°s 506 à 510

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 plusieurs sous-amendements (doc. Sénat n° 2-244/18, amendements n°s 506 à 510 compris), qui doivent être lus en conjonction et comme un tout et qui ont trait au concept des commissions régionales de contrôle, alors que l'amendement n° 18 ne s'appuie que sur une seule commission fédérale.

Amendements n° 506A

Ce sous-amendement a pour objet l'insertion d'un § 1*bis*, stipulant ce qui suit:

«§ 1^{er}*bis*. Dans chaque arrondissement judiciaire est instituée une commission régionale de contrôle chargée de vérifier le respect des conditions et des procédures visées aux articles 3 et 4 de la présente loi.»

Amendement n° 506B

Ce sous-amendement a pour objet l'insertion d'un § 2*bis*, stipulant ce qui suit:

«§ 2*bis*. Chaque commission régionale de contrôle se compose de sept membres, parmi lesquels trois docteurs en médecine et trois docteurs ou licenciés en droit, justifiant d'une expérience professionnelle utile d'au moins dix ans, et un éthicien. La commission est présidée par l'un des membres qui est titulaire du diplôme de docteur ou de licencié en droit.»

Les membres de la commission sont nommés pour une période de deux ans et leur mandat est renouvelable une seule fois.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les modalités de désignation des membres et des suppléants des commissions régionales de contrôle. Cette désignation se fait sur la base d'une représentation pluraliste.

Amendement nr. 507

Dit subamendement strekt ertoe in het eerste lid van het in amendement nr. 18 voorgestelde artikel 5ter de woorden «de commissie» te vervangen door «de Koning».

Amendement nr. 508

Dit subamendement heeft tot doel het voorgestelde artikel te vervangen als volgt:

«Art. 5quater. — § 1. De regionale toetsingscommissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgemaakt.

Indien de regionale toetsingscommissie vaststelt dat het registratiedocument onvolledig is, of buiten de in artikel 5 voorziene termijn werd overgemaakt, maakt zij het document onverwijld over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

§ 2. De regionale toetsingscommissie gaat op basis van het anonieme deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedures bepaald in de artikelen 3 en 4.

Indien de regionale toetsingscommissie vaststelt dat de arts deze voorwaarden en procedures kennelijk niet of onvoldoende heeft nageleefd, kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument, en hoort de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd. Zij kan tevens elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen.

Uiterlijk twee maand na ontvangst van het registratiedocument maakt de regionale toetsingscommissie het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

Het oordeel van de regionale toetsingscommissie strekt de procureur des Konings enkel tot advies.

De arts die de euthanasie uitvoerde wordt schriftelijk op de hoogte gebracht van het oordeel van de regionale toetsingscommissie.»

Een van de indieners legt uit dat het de bedoeling is om in elk gerechtelijk arrondissement regionale toetsingscommissie in te stellen, inzake de controle op de naleving van de voorwaarden en procedures bij euthanasiehandelingen uitgevoerd binnen dit gerechtelijk arrondissement.

De controlerende bevoegdheid van de federale evaluatiecommissie wordt geschrapt.

Amendement n° 507

Ce sous-amendement vise à remplacer à l'alinéa 1^{er} de l'article 5ter figurant à l'amendement n° 18, les mots «la commission» par les mots «le Roi».

Amendement n° 508

Ce sous-amendement a pour objet de remplacer l'article proposé par le texte suivant:

«Art. 5quater. — § 1^{er}. La commission régionale de contrôle examine le document d'enregistrement intégralement complété qui lui a été communiqué par le médecin.

Si la commission régionale de contrôle constate que le document d'enregistrement est incomplet ou qu'il a été communiqué en dehors des délais prévus à l'article 5, elle transmet immédiatement le document au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

§ 2. La commission régionale de contrôle vérifie sur la base du volet anonyme du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions prévues par les articles 3 et 4.

Si elle constate que le médecin n'a manifestement pas respecté ces conditions et procédures ou qu'il les a respectées de manière insuffisante, la commission régionale de contrôle peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement, et entend le médecin qui a pratiqué l'euthanasie. Elle peut également demander que lui soient communiqués tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Au plus tard deux mois après avoir reçu le document d'enregistrement, la commission régionale de contrôle transmet le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Le jugement de la commission régionale de contrôle a seulement valeur d'avis pour le procureur du Roi.

Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est informé par écrit du jugement de la commission régionale de contrôle.»

Un des auteurs explique que l'intention est d'instaurer dans chaque arrondissement judiciaire une commission régionale de contrôle chargée de vérifier si les actes d'euthanasie pratiqués dans le ressort dudit arrondissement sont conformes aux conditions et procédures applicables.

La commission fédérale d'évaluation n'a plus à exercer son pouvoir de contrôle.

Elke regionale toetsingscommissie bestaat uit zeven leden, aangeduid op basis van een pluralistische vertegenwoordiging. Een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit bepaalt de wijze van aanduiding van deze leden.

In elk geval dienen de regionale toetsingscommissies te bestaan uit drie leden, doctors in de geneeskunde en drie leden doctor of licentiaat in de rechten, die over een nuttige beroepservaring van ten minste tien jaar beschikken. Tevens maakt een ethisch deskundige deel uit van deze commissie. De commissie wordt voorgezeten door een van de rechtsgeleerden.

De commissieleden worden aangeduid voor een termijn van twee jaar, die eenmaal kan worden hernieuwd.

Het voorgestelde artikel 5ter bepaalt dat de federale evaluatiecommissie zelf het registratiedocument opstelt.

Blijkbaar heeft de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking model gestaan: ook hier bepaalt de wet dat de commissie zelf het registratiedocument opstelt.

Dat was geen eenvoudige opdracht en uiteindelijk is de registratie van zwangerschapsafbrekingen pas op 1 oktober 1992 aangevat, dit is ruim twee jaar na de inwerkingtreding van de wet van 3 april 1990. Zoals de tekst van het voorstel luidt, kan de commissie dat document maar opstellen na de inwerkingtreding van de wet en nadat de commissie werd samengesteld, wat ook een tijdrovende aangelegenheid zal zijn. Vermits bij hypothese de wet van toepassing is en het naleven van de meldingsplicht niet wordt gesanctioneerd, kan euthanasie straffeloos en zonder enige controle achteraf worden verricht. Als die situatie een of twee jaar aansleept, dreigen dan geen praktijken te ontstaan die achteraf niet meer kunnen worden terugschreefd?

Het is derhalve aangewezen dat de Koning dit document opstelt; bovendien moet het document beschikbaar zijn vanaf de eerste dag dat de wet in werking treedt.

De regionale toetsingscommissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument. Indien zij vaststelt dat het registratiedocument niet volledig is ingevuld of laattijdig werd overgemaakt, maakt zij het onmiddellijk over aan de procureur des Konings van de plaats van het overlijden (= de procureur des Konings van het gerechtelijk arrondissement waar de toetsingscommissie zetelt).

De toetsingscommissie gaat na of de euthanasie is verlopen volgens de voorwaarden en procedures bedoeld in de artikelen 3 en 4. Hierbij treedt de toetsingscommissie niet op als rechtcollege, maar enkel als adviserende instantie. Immers dient de toetsings-

Chaque commission régionale de contrôle se composera de sept membres, désignés sur la base d'une représentation pluraliste. Un arrêté délibéré en Conseil des ministres fixera les modalités de désignation de ces membres.

Les commissions régionales de contrôle devront en tout cas être composées de trois membres docteurs en médecine et de trois membres licenciés en droit, justifiant d'une expérience professionnelle utile d'au moins dix ans. En outre, un éthicien fera partie de ces commissions. Les commissions seront présidées par l'un des juristes.

Les membres de la commission seront désignés pour une période de deux ans, renouvelable une fois.

L'article 5ter proposé dispose que la commission d'évaluation fédérale établit elle-même le document d'enregistrement.

L'on s'est manifestement inspiré de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse: là aussi, la loi prévoit que la commission établit elle-même le document d'enregistrement.

Ce n'était pas une tâche aisée et, finalement, l'enregistrement des interruptions de grossesse n'a commencé que le 1^{er} octobre 1992, donc plus de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 3 avril 1990. Telle que la proposition est rédigée, la commission ne peut établir ce document qu'une fois la proposition de loi entrée en vigueur et qu'après la constitution de la commission, ce qui prendra aussi du temps. Puisque par hypothèse, la loi est d'application et que le respect de l'obligation de communiquer n'est pas sanctionné, l'euthanasie peut être pratiquée en toute impunité et sans le moindre contrôle *a posteriori*. Si cette situation persiste un ou deux ans, ne risque-t-on pas de voir apparaître des pratiques que l'on ne pourra plus réprimer par la suite?

Il est dès lors indiqué que ce soit le Roi qui établisse ce document; de plus, le document doit être disponible dès le premier jour de l'entrée en vigueur de la loi.

La commission régionale de contrôle examine le document d'enregistrement dûment complété. Si elle constate que le document d'enregistrement n'a pas été dûment complété ou qu'il a été communiqué tardivement, elle le transmet immédiatement au procureur du Roi du lieu du décès du patient (= le procureur du Roi de l'arrondissement judiciaire où la commission de contrôle siège).

La commission de contrôle vérifie si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par les articles 3 et 4. À cet égard, la commission de contrôle n'agit pas en tant qu'instance juridictionnelle, mais en tant qu'instance d'avis. En effet, la

commissie elk oordeel, zij het positief of negatief, over te maken aan de procureur des Konings.

Zo zij dit nodig acht, kan de toetsingscommissie tevens besluiten om de arts die de euthanasie uitvoerde te horen, dan wel het medisch dossier op te vragen, teneinde haar oordeel beter te kunnen ondersteunen. Dit is evenwel geen verplichting. Indien de toetsingscommissie oordeelt dat de voorwaarden en procedures kennelijk niet of onvoldoende werden nageleefd, kan zij ook besluiten het dossier en haar oordeel over te maken aan de procureur zonder dat de arts werd gehoord dan wel het medisch dossier werd ingekeken.

Hoe dan ook dient het dossier twee maanden na ontvangst te worden overgezonden aan de procureur des Konings.

Indien de toetsingscommissie binnen deze twee maanden een oordeel uitbracht, wordt dit tevens meegedeeld aan de betrokken arts.

De Koning dient tevens voor de regionale toetsingscommissies een administratief kader ter beschikking te stellen.

De werkingskosten, personeelskosten en vergoeding van de leden van de regionale toetsingscommissies dienen ten laste te komen van de begroting van de minister van Volksgezondheid en de minister van Justitie.

Amendement nr. 509

Dit subamendement strekt ertoe in het in amendement nr. 18 voorgestelde artikel 5*sexies*, tussen de woorden «van de commissie» en de woorden «voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten», de woorden «en de regionale toetsingscommissies» in te voegen.

Amendement nr. 510

Dit subamendement strekt ertoe in het in amendement nr. 18 voorgestelde artikel 5*septies*, tussen de woorden «van de commissie» en de woorden «alsook de vergoeding», de woorden «en van de regionale toetsingscommissies» in te voegen.

Amendement nr. 496

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 496), dat ertoe strekt om in § 1 van het voorgestelde artikel 5*bis*, na de woorden «van deze wet», de woorden «betreffende de levensbeëindiging» in te voegen.

Dit amendement wordt teruggetrokken.

commission de contrôle est tenue de communiquer chacun de ses jugements, qu'il soit positif ou négatif, au procureur du Roi.

Si elle l'estime nécessaire, la commission de contrôle peut également décider d'entendre le médecin qui a pratiqué l'euthanasie, ou demander le dossier, pour mieux étayer son jugement. Ce n'est toutefois pas une obligation. Si elle estime que les conditions et procédures n'ont manifestement pas été respectées ou qu'elles l'ont été de manière insuffisante, elle peut également décider de transmettre le dossier et communiquer son jugement au procureur sans entendre le médecin ni examiner le dossier médical.

Quoi qu'il en soit, le dossier doit être envoyé au procureur du Roi deux mois après sa réception.

Si la commission de contrôle a émis un jugement dans ces deux mois, celui-ci est également transmis au médecin concerné.

Le Roi doit également mettre un cadre administratif à la disposition des commissions régionales de contrôle.

Les frais de fonctionnement, les frais de personnel et la rémunération des membres des commissions régionales de contrôle doivent être mis à la charge du budget du ministre de la Santé publique et du ministre de la Justice.

Amendement n° 509

Ce sous-amendement vise à insérer, à l'article 5*sexies* proposé par l'amendement n° 18, les mots «et des commissions régionales de contrôle» entre les mots «de la commission» et les mots «en vue de l'accomplissement de ses missions légales».

Amendement n° 510

Ce sous-amendement a pour but d'insérer, à l'article 5*septies* contenu dans l'amendement n° 18, les mots «et des commissions régionales de contrôle» entre les mots «de la commission» et les mots «ainsi que la rétribution».

Amendement n° 496

M. Destexhe a déposé à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 496), tendant à insérer, au § 1^{er} de l'article 5*bis* proposé, après les mots «présente loi», les mots «sur l'interruption de vie».

Cet amendement est retiré.

Amendement nr. 488

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 488), dat ertoe strekt het eerste lid van § 2 van artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden, van wie zes artsen die het bewijs kunnen leveren dat zij gedurende ten minste tien jaar praktiseren, zes juristen die kunnen bewijzen dat zij gedurende ten minste tien jaar bij de balie of aan een universiteit hebben gewerkt, en vier ethici die kunnen bewijzen dat zij gedurende ten minste vijf jaar werkzaam zijn geweest in een ethisch comité.»

De indienster van het amendement wil wel, wat de samenstelling van de commissie betreft, het aantal van 16 leden behouden aangezien het systeem lijkt te werken voor de evaluatiecommissie inzake abortus. Ze kan zich daarentegen niet aansluiten bij het zonder meer omzetten van de typologie inzake abortus, inzake eutanاسie. De typologie moet worden aangepast in functie van de vooropgezette doelstellingen.

De tekst van artikel *5bis* is omslachtig. De woorden «aangewezen op basis van hun kennis en ervaring in materies die tot de bevoegdheid behoren van de commissie» in § 2, zijn vanzelfsprekend en zouden kunnen worden geschrapt.

Er wordt bepaald dat de commissie 8 doctors in de geneeskunde onder haar leden moet tellen waarvan ten minste 4 hoogleraar moeten zijn aan een Belgische universiteit. Volgens de spreekster is dit laatste criterium niet relevant.

Het is in haar ogen daarentegen wel belangrijk dat er in de commissie evenveel artsen als juristen zitten.

Het lijkt evenmin van wezenlijk belang of deze laatsten hoogleraar zijn aan de universiteit dan wel advocaat.

Of het nu om de artsen dan wel om de juristen gaat, het is vooral belangrijk dat het beoefenaars zijn.

Wat de leden «afkomstig uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten» betreft, is het niet duidelijk over wie het precies gaat. Het is verkieslijk om beroep te doen op ethici die een bepaalde deskundigheid hebben verworven en aldus een nuttige bijdrage kunnen leveren.

Het zijn deze overwegingen die de formule hebben ingegeven die wordt voorgesteld in het subamendement nr. 488. Deze benadert de samenstelling van de regionale toetsingscommissies die in Nederland werden ingericht.

Een lid heeft er begrip voor dat de vorige spreekster een rol wil toebedelen aan ethici in de commissie. Zij betreurt niettemin dat het amendement nr. 488

Amendement n° 488

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 488), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«§ 2. La commission se compose de seize membres dont six médecins justifiant d'une pratique d'au moins dix ans, six juristes justifiant d'une pratique d'au moins dix ans au barreau ou dans une université et de quatre éthiciens justifiant d'une pratique d'au moins cinq ans dans un comité d'éthique.»

En ce qui concerne la composition de la commission, l'auteur de l'amendement admet de conserver le nombre de 16 membres, puisque ce système semble fonctionner en ce qui concerne la commission d'évaluation en matière d'avortement. Par contre, elle ne peut se rallier à la transposition pure et simple, en matière d'euthanasie, de la typologie prévue en matière d'avortement. Il faut adapter cette typologie en fonction des objectifs poursuivis.

Le texte de l'article *5bis* est lourd. Au § 2, les mots «désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission» expriment une évidence, et pourraient être supprimés.

Il est prévu que la commission doit comporter 8 membres docteurs de médecine, dont 4 au moins sont professeurs dans une université belge. Ce dernier critère ne paraît pas pertinent à l'intervenante.

Par contre, il est important, à ses yeux, que la commission compte un nombre égal de médecins et de juristes.

À propos de ces derniers, il ne paraît pas essentiel non plus qu'il s'agisse de professeurs d'université ou d'avocats.

Qu'il s'agisse de médecins ou de juristes, il importe surtout qu'il s'agisse de praticiens.

Quant aux membres «issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable», on ne voit pas avec précision de qui il s'agit. Il est préférable de faire appel à des éthiciens, qui ont acquis une certaine expertise, et pourraient utilement apporter leur concours en la matière.

Ce sont toutes ces considérations qui ont inspiré la formule proposée par le sous-amendement n° 488. Celle-ci se rapproche de la composition des commissions régionales instituées aux Pays-Bas.

Une membre déclare comprendre que la préopinante tienne à impartir un rôle aux éthiciens au sein de la commission. Mais elle déplore le fait que

daarom precies diegenen uitsluit die vertrouwd zijn met de problematiek van het ongeneeslijk ziek zijn. Het lid wijst erop dat het bestaan van deze categorie van leden van de evaluatiecommissie de mogelijkheid biedt aan de personen, die ruime ervaring hebben op het vlak van palliatieve zorg, om lid te worden, en dat het bovendien de enige manier is om ook verpleegkundigen deel te laten uitmaken van de commissie. Men is het er immers over eens dat verpleegkundigen een bijzondere taak hebben in de heel besluitvorming omtrent euthanasie.

De indienster van het amendement nr. 488 antwoordt dat de manier waarop Nederland zijn regionale commissies heeft samengesteld, eveneens het resultaat is van praktijkervaring en ervaring op het terrein.

Indien men in de Commissie ook personen wil die in de palliatieve zorg werken, is het beter om dat ook uitdrukkelijk te vermelden, in voorkomend geval door de voorgestelde samenstelling anders te structureren.

De vorige spreekster repliceert dat de categorie van leden die ervaring hebben met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten ruimer is dan diegenen die ervaring hebben met palliatieve zorg. De inschrijving van deze categorie is de enige mogelijkheid om personen, die deskundig zijn inzake palliatieve zorg, lid te laten worden van de commissie. Het zou jammer zijn mocht deze categorie worden uitgesloten.

Een lid citeert, bij wijze van voorbeeld, de personen die afkomstig zijn uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieken, zij die voor een patiëntenvereniging werken. Men beperkt zich dus niet uitsluitend tot die personen die in de sector van de palliatieve zorg werkzaam zijn.

De spreker herinnert er bovendien aan dat de aanwijzingen volgens het voorgestelde artikel 5bis van amendement nr. 18, geschieden bij een in Ministeraad overlegd koninklijk besluit, op basis van een dubbele lijst voorgedragen door de Senaat.

Een ander lid meent dat de formulering van § 2 van artikel 5bis (amendement nr. 18) zeker en vast kan worden verbeterd.

Het is redelijk om in het kader van de samenstelling van de Commissie, te bepalen dat de helft of de meerderheid van de leden artsen zouden zijn want het zijn zij die, naar eer en geweten, de verantwoordelijkheid nemen om euthanasie uit te voeren en het is wenselijk dat zij vertrouwen hebben om de vereiste aangifte te doen.

Een vorige spreekster meent dat hier wordt voorgesteld om ofwel de Nederlandse wetgeving te kopiëren

l'amendement n° 488 exclue pour cette raison précisément ceux qui sont spécialisés dans la problématique des patients atteints d'une maladie incurable. Elle souligne que la présence de cette catégorie de membres au sein de la Commission d'évaluation offre aux personnes ayant acquis une large expérience dans le domaine des soins palliatifs la possibilité d'en devenir membre et que cela représente aussi le seul moyen de permettre aux infirmiers de faire partie de la commission. Tout le monde reconnaît en effet que les infirmiers ont une tâche toute particulière à remplir dans le cadre du processus de décision relative à l'acte d'euthanasie.

L'auteur de l'amendement n° 488 répond que la façon dont les Pays-Bas ont conçu leurs commissions régionales est aussi le résultat d'une certaine pratique et d'une connaissance du terrain.

Si l'on veut que la commission comporte des personnes travaillant dans les services de soins palliatifs, il vaut mieux le dire explicitement, le cas échéant en réarticulant autrement la composition proposée.

La préopinante réplique que la catégorie des membres connaissant bien la problématique des patients atteints d'une maladie incurable est plus nombreuse que celle des personnes ayant acquis une expérience dans le domaine des soins palliatifs. L'inscription de cette catégorie constitue la seule possibilité pour les personnes au fait de la problématique des soins palliatifs de devenir membre de la commission. Il serait dommage d'exclure cette catégorie de professionnels.

Un membre cite, à titre d'exemple de personnes issues de milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, celles qui s'occupent d'une association de patients. On ne vise donc pas exclusivement les personnes travaillant dans le secteur des soins palliatifs.

L'intervenant rappelle en outre que les désignations ont lieu, selon l'article 5bis proposé à l'amendement n° 18, sur une liste double présentée par le Sénat, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

Un autre membre estime que la formulation du § 2 de l'article 5bis (amendement n° 18) peut certainement être améliorée.

Quant à la composition de la commission, il est raisonnable de prévoir que la moitié ou la majorité des membres soient des médecins car ce sont les médecins qui, en conscience, prennent la responsabilité de poser un acte d'euthanasie, et il est souhaitable qu'ils se sentent en confiance pour faire la déclaration requise.

Une préopinante considère que la proposition en question vise soit à reprendre la législation en vigueur

ren, ofwel de stelling van de indienster van het amendement nr. 488 te kopiëren. Zij wijst er op dat het Nederlandse wetsvoorstel niet zegt dat de commissie maar uit drie leden bestaat. De tekst die door de Tweede Kamer in Nederland is goedgekeurd zegt dat het om een oneven aantal moet gaan, waaronder in elk geval één rechtsgeleerde — die voorzitter is —, één arts en één deskundige-ethicus.

De indienster van het amendement nr. 488 benadrukt dat de Commissie zich inzake euthanasie niet mag beperken tot een soort van sociologische evaluatieopdracht zoals inzake abortus.

Ze heeft ook een controleopdracht, vandaar de noodzaak om voldoende juristen te hebben.

Amendement nr. 444

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 444) dat ertoe strekt de woorden in § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* «op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de Commissie behoren» te vervangen door de woorden «vanwege hun kennis, hun ervaring en hun belangstelling voor medisch-ethische kwesties alsook voor het lenigen van pijn in het kader van het begeleiden van het levenseinde».

De indienster van het amendement vindt het een tautologie om de bekwaamheid die van de commissieleden vereist wordt, te bepalen aan de hand van de bevoegdheid van de Commissie, een bevoegdheid die trouwens niet nader wordt omschreven.

Ze is van mening dat, naast de gewone theoretische kennis, ook praktijkervaring en interesse voor medisch-ethische vraagstukken en voor het lenigen van pijn van groot belang zijn.

De indieners van het voorstel vinden een toevlucht tot euthanasie gerechtvaardigd om het ondraaglijke lijden van een patiënt te verlichten. Dit moet op een efficiënte manier gecontroleerd kunnen worden, anders verwordt deze procedure tot een louter administratieve controle.

Amendementen nrs. 445 en 490

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 445), dat ertoe strekt de laatste drie volzinnen van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«Vier leden zijn praktiserende doctors in de geneeskunde met ervaring inzake palliatieve zorg. De helft van hen is huisarts en wordt gekozen uit een lijst met driemaal vier namen voorgedragen door de Nationale

aux Pays-Bas, soit à adopter la thèse de l'auteur de l'amendement n° 488. Elle fait remarquer que la proposition hollandaise ne dispose pas que la commission ne doit comporter que trois membres. Le texte adopté par la Deuxième Chambre des Pays-Bas stipule que le nombre de membres composant la commission doit être impair dont, obligatoirement, un juriste — ayant la fonction de président — un médecin et un éthicien.

L'auteur de l'amendement n° 488 souligne que la commission ne se limite pas, en matière d'euthanasie, à une mission d'évaluation de type sociologique, comme en matière d'avortement.

Elle a aussi une mission de contrôle, d'où la nécessité d'une représentation suffisante des juristes.

Amendement n° 444

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 444), tendant à remplacer, au § 2 de l'article *5bis* proposé, les mots «sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission» par les mots «en raison de leurs connaissances, de leur expérience et de leur intérêt pour les questions d'éthique médicale et de soulagement de la douleur dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie».

Cela paraît une tautologie à l'auteur de l'amendement de définir la compétence que doivent avoir les membres de la commission par la compétence que cette commission a, compétence qui n'est par ailleurs pas plus amplement définie.

Il lui semble qu'outre de simples connaissances théoriques, une expérience pratique et un intérêt tant pour les questions d'éthique médicale que pour les questions de soulagement de la douleur sont importants dans cette matière.

En effet, le recours à l'euthanasie reste justifié par les auteurs de la proposition par une volonté de soulager les souffrances inapaisables du patient. Il importe de pouvoir contrôler ce point de manière effective, sous peine de voir cette procédure se transformer en une simple vérification administrative.

Amendements n°s 445 et 490

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 445), tendant à remplacer les trois dernières phrases du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«Quatre membres sont des docteurs en médecine en activité ayant une expérience en matière de soins palliatifs, dont la moitié sont omnipraticiens, choisis sur une liste comprenant trois fois quatre noms

Raad van de Orde der Geneesheren en twee van hen maken deel uit van de Academie voor Geneeskunde.

Vier leden zijn prominenten uit universitaire kringen die bevoegd zijn inzake medische ethos. Zij worden gekozen uit een lijst met driemaal vier namen voorgedragen door enerzijds de Vlaamse Interuniversitaire Raad en anderzijds de «Conseil interuniversitaire de la Communauté française». Twee van hen maken deel uit van de faculteit geneeskunde en twee van hen van de faculteit rechten, filosofie, psychologie of sociologie.

Vier leden zijn prominenten die worden gekozen uit een lijst met driemaal vier namen voorgedragen door erkende verenigingen voor de verdediging van de rechten van de patiënt of die kunnen bewijzen dat zij gedurende ten minste vijf jaar op dat vlak werkzaam zijn geweest.

Vier leden zijn prominenten gekozen uit een lijst met driemaal vier namen voorgedragen door de Algemene Vereniging van Verpleegkundigen van België.»

Dit amendement herzielt de hele samenstelling van de commissie en stelt haar op een andere manier voor.

Dezelfde indienster heeft eveneens op haar amendement nr. 445 een subamendement ingediend (stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 490), dat ertoe strekt het laatste lid van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«Vier leden zijn prominenten gekozen uit een lijst met driemaal vier namen voorgedragen door de representatieve beroepsverenigingen en -organisaties van de verpleegkundigen.»

Het gaat erom een correctere benaming van de verpleegkundige sector te hanteren.

Amendement nr. 517

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 517) dat beoogt de deskundigheid, waarvan sprake is in het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* te specificeren als deskundigheid inzake de medische ethiek, de pijnbestrijding, de stervensbegeleiding, palliatieve zorgverlening en het medisch recht.

Een van de indieners oordeelt dat de door het amendement nr. 18 voorgestelde omschrijving veel te vaag is. De door het amendement nr. 517 voorgestelde kwaliteiten zijn dan ook noodzakelijk om duidelijk te omschrijven in welke materies deskundigheid moet zijn verworven.

présentés par le Conseil national de l'Ordre des médecins, deux d'entre eux faisant partie de l'Académie de médecine.

Quatre membres sont des personnalités issues des milieux universitaires, compétentes en matière d'éthique médicale, choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par le Conseil interuniversitaire de la Communauté française, d'une part, et la «*Vlaamse Interuniversitaire Raad*» d'autre part: parmi ces personnalités, deux sont issues des facultés de médecine et deux sont issues des facultés de droit, de philosophie, de psychologie ou de sociologie.

Quatre membres sont des personnalités choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par des associations pour la défense des droits du patient agréées ou pouvant justifier d'une activité effective depuis au moins cinq ans.

Quatre membres sont des personnalités choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par l'Union générale des infirmiers de Belgique.»

Cet amendement revoit toute la composition de la commission, et la présente d'une autre manière.

Le même auteur a également déposé à son amendement n° 445 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 490), tendant à remplacer le dernier alinéa de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«Quatre membres sont des personnalités choisies sur une liste comprenant trois fois quatre noms présentés par les associations et organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art infirmier.»

Il s'agit d'une dénomination plus correcte du secteur infirmier.

Amendement n° 517

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 517) tendant à spécifier le terme d'expertise utilisé au § 2, premier alinéa, de l'article *5bis* proposé, comme étant une expertise dans les domaines de l'éthique médicale, du soulagement de la douleur, de l'accompagnement des mourants, de l'administration des soins palliatifs et du droit médical.

Un des auteurs estime que la description proposée par l'amendement n° 18 est beaucoup trop floue. Les qualités proposées par l'amendement n° 517 sont donc bien indispensables pour définir clairement les matières dans lesquelles une expertise doit avoir été acquise.

Amendement nr. 518

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 518) dat in een andere samenstelling van de commissie voorziet.

Een van de indieners licht toe dat het voorgestelde artikel bepaalt dat de federale evaluatiecommissie bestaat uit zestien leden, van wie slechts vier rechtsgeleerden.

Aangezien het voorgestelde artikel *5quater* voorziet in een (onaanvaardbare) inperking van de vervolgingsbevoegdheid van het openbaar ministerie, functioneert deze commissie dan ook als een oneigenlijk rechtscollege, nu zij dient te oordelen over de al dan niet naleving van de voorwaarden en de procedures die de arts dient te respecteren; dit oordeel bepaalt of het dossier al dan niet wordt overgemaakt aan de procureur des Konings.

Het is dan ook onaanvaardbaar dat de juridische toetsing van de naleving van deze voorwaarden en procedures een minderheidsrol krijgt in de werking van de commissie.

Minstens dient er een gelijke vertegenwoordiging te zijn van artsen en rechtsgeleerden.

Bovendien is het noodzakelijk dat ook twee deskundigen in ethische aangelegenheden zetelen in de commissie. Hun aanwijzing uit een lijst opgesteld door de provinciale raad van de Orde der geneesheren waarborgt bovendien dat zij vertrouwd zijn met de medische ethiek en de problematiek van het waardig sterven in het bijzonder. Zelfs het wetsvoorstel «Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding», dat ter bespreking voorligt in de Nederlandse Eerste Kamer, voorziet in de aanwezigheid van een ethicus in de aldaar opgerichte toetsingscommissies.

Het amendement voorziet dan ook in een verdeling: 6 artsen, 6 rechtsgeleerden, 2 leden uit kringen belast met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten en 2 ethisch deskundigen.

Amendement nr. 519

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 519) dat ertoe strekt te bepalen dat twee leden van de commissie verpleegkundigen moeten zijn, die een ervaring van minstens tien jaar moeten hebben, en bovendien te specificeren dat twee leden afkomstig zijn uit erkende verenigingen die deskundig zijn in de palliatieve zorg.

Amendement n° 518

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 518) tendant à modifier la composition de la commission.

L'article proposé prévoit que la commission d'évaluation fédérale se compose de seize membres, dont seulement quatre juristes.

Comme l'article *5quater* proposé prévoit une limitation (inacceptable) de la compétence de poursuite du ministère public, cette commission fonctionne par conséquent comme une juridiction impropre dès lors qu'elle est chargée de contrôler si les conditions et les procédures que le médecin doit remplir et suivre ont été respectées ou non; de son jugement dépendra la transmission ou non du dossier au procureur du Roi.

Il est par conséquent inacceptable que le contrôle judiciaire du respect de ces conditions et procédures n'occupe qu'un rang secondaire dans le fonctionnement de la commission.

Il faudrait à tout le moins que la représentation des médecins et des juristes soit équilibrée.

Par ailleurs, il est nécessaire que deux spécialistes des questions éthiques siègent au sein de la commission. Leur désignation à partir d'une liste établie par le conseil provincial de l'Ordre des médecins garantit de surcroît que l'éthique médicale, et en particulier la question de la mort dans la dignité, sont des domaines entrant dans leurs compétences. Même la proposition de loi «Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding», qui est en cours d'examen à la Eerste Kamer du Parlement hollandais, prévoit la présence d'un spécialiste des questions éthiques au sein des commissions de contrôle dont elle prévoit l'instauration.

L'amendement propose donc la répartition suivante: 6 médecins, 6 juristes, 2 membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable et 2 experts en questions éthiques.

Amendement n° 519

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 519) tendant à prévoir que deux membres de la commission doivent être infirmiers et à spécifier en outre que deux membres doivent être issus d'associations agréées ayant une compétence reconnue dans le domaine des soins palliatifs.

Een van de indieners licht hierbij toe dat het aangegeven is dat ook twee verpleegkundigen deel uitmaken van de commissie. De libellering «leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van de ongeheelzame zieke patiënten» is te vaag. Er moet daarom bepaald worden dat twee leden, die geen arts of verpleegkundige zijn, maar toch belast zijn met de problematiek van de palliatieve zorgverlening en de stervensbegeleiding zitting hebben in de federale commissie.

Amendement nr. 520

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 520) dat een nuttige beroepservaring van tien jaar voor de leden-advocaten als voorwaarde inschrijft.

Een van de indieners onderstreept dat het aangewezen is dat leden-advocaten van de beroepscommissie over de nodige ervaring beschikken, gezien de belangrijke controlerende bevoegdheid van de commissie.

Amendement nr. 521

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 521) dat deze nuttige beroepservaring van tien jaar ook voor de leden-doctor in de geneeskunde voorschrijft.

Amendement nr. 522

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 522) dat ertoe strekt «de problematiek van ongeheelzame zieke patiënten» te verduidelijken door te spreken over «de problematiek van de palliatieve zorgverlening en de stervensbegeleiding».

Een van de indieners geeft aan dat de door het amendement nr. 18 voorgestelde bepaling te vaag is en verduidelijkt dient te worden.

Een lid vraagt hoe dit subamendement in het subamendement nr. 519 past.

De vorige spreker antwoordt dat de verschillende amendementen in subsidiaire orde moeten worden bekeken. Wanneer het ene amendement geen kans zou maken, is het nog steeds mogelijk een ander aan te nemen dat minder ver gaat.

Amendement nr. 523

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamen-

Un des auteurs déclare qu'il serait souhaitable que deux infirmiers fassent également partie de la commission. Le libellé «membres issus de milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable» est trop vague. C'est la raison pour laquelle il convient de prévoir que deux membres qui ne sont ni médecin ni infirmier et qui sont néanmoins chargés de l'administration de soins palliatifs et de l'accompagnement des mourants puissent siéger au sein de la commission fédérale.

Amendement n° 520

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 520) tendant à inscrire comme condition d'éligibilité au sein de la commission pour les juristes une expérience professionnelle utile de dix années.

Compte tenu de la compétence de contrôle de la commission, qui est particulièrement importante, il est fortement recommandé que les juristes qui siègent en son sein aient l'expérience requise.

Amendement n° 521

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat n° 2-244/18, amendement n° 521) tenant à faire appliquer cette expérience professionnelle utile également aux docteurs en médecine membres de la commission.

Amendement n° 522

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 522) tendant à clarifier la notion de «problématique des patients atteints d'une maladie incurable» en utilisant le terme «problématique des soins palliatifs et de l'accompagnement des mourants».

Un des auteurs fait remarquer que la disposition proposée par l'amendement n° 18 est beaucoup trop floue et requiert une formulation plus précise.

Un membre demande comment ce sous-amendement s'articule avec le sous-amendement n° 519.

La préopinante répond que les différents amendements doivent être pris dans un ordre subsidiaire. Si un amendement est rejeté, il sera toujours possible d'en adopter un autre d'une portée plus restreinte.

Amendement n° 523

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18

dement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 523) dat het woord «kringen» vervangt door de woorden «erkende verenigingen».

Een van de indieners meent dat het onduidelijk is wat wordt bedoeld met «kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten». Door wie werden deze kringen «belast»? De voorgestelde libellering maakt enige objectivering onmogelijk.

Indien het gaat om kringen of verenigingen die zich tot doel stellen de problematiek van de ongeneeslijk zieke patiënten te bejeveren, is het aangewezen dat het hierbij om erkende verenigingen gaat.

De medeondertekenaar van het amendement nr. 523 is van mening dat de tekst van het amendement nr. 18, zoals hij thans luidt, volstrekt onaanvaardbaar is. Men kan immers niet aannemen dat een instantie, die op de naleving van zulk een belangrijke wet dient toe te zien en te beslissen over de overzending van het dossier naar het openbaar ministerie, zou worden samengesteld uit vertegenwoordigers die reeds een *a priori*-standpunt hebben en waarvan men op voorhand weet vanuit welk ideologisch denkkader zij redeneren. Het lid meent integendeel dat een dergelijke commissie een zekere afstandelijkheid zou moeten hebben, en niet dient samengesteld te worden uit personen waarvan men op voorhand weet welke hun opvattingen zijn.

Overigens wijst spreker er op dat in de commissie, samengesteld zoals bepaald in amendement nr. 18, geen vertegenwoordigers zijn van de Orde der geneesheren. Deze reeds lang bestaande instantie wordt bewust opzij geschoven ten voordele van allerhande parallelle structuren, die zullen leiden tot een politieke samenstelling van de commissie. De bescherming van het leven zou nochtans niet van een toevalige politieke meerderheid mogen afhangen.

Een lid is het eens met de mening van de vorige spreker. De uitdrukking «kringen belast met ...» lijkt te vaag in verhouding tot de verduidelijkingen met betrekking tot de andere korpsen die in de commissie vertegenwoordigd zijn.

Amendement nr. 446

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 446), dat ertoe strekt in § 2 van het voorgestelde artikel *5bis*, tussen het tweede en het derde lid, een nieuw lid in te voegen als volgt:

«Elk lid van de commissie moet ambtshalve afzien van deelneming aan de besluitvorming als bedoeld in het laatste lid van artikel *5quater* in de volgende gevallen:

1^o indien hijzelf of zijn echtgenoot persoonlijk belang bij de zaak heeft;

(doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 523) remplaçant le terme «milieux» par celui de «associations agréées».

Un des auteurs ne voit pas clairement ce qu'il convient d'entendre par «milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable». Par qui ces milieux ont-ils été «chargés»? Le libellé proposé rend toute objectivation impossible.

S'il s'agit de milieux ou d'associations qui se donnent pour but de se consacrer à la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, il conviendrait que ce soient des associations agréées.

Le co-signataire de l'amendement n^o 523 estime que le texte de l'amendement n^o 18 est tout à fait inacceptable dans sa version actuelle. On ne saurait en effet accepter qu'une instance chargée du contrôle d'une loi d'une telle importance et à qui il revient de décider s'il y a lieu de transmettre le dossier au ministère public soit composée de représentants ayant une opinion préconçue et dont on sait d'avance sur la base de quelle grille idéologique ils construisent leurs raisonnements. Le membre estime qu'une commission de cette nature doit, au contraire, avoir une certaine indépendance d'esprit et ne saurait être composée de personnes dont les prises de position sont connues d'avance.

Par ailleurs, l'intervenant fait remarquer que la commission, composée selon les dispositions prévues par l'amendement n^o 18, ne compte aucun représentant de l'Ordre des médecins. Cette instance, qui existe depuis de longues années, a été sciemment écartée au profit de plusieurs structures parallèles différentes qui vont conduire à une politisation de la composition de la commission. Toutefois, la protection de la vie ne devrait pas dépendre d'une majorité politique fortuite.

Un membre s'accorde avec l'opinion du précédent intervenant. L'expression «milieux chargés de ...» paraît trop vague, par rapport aux précisions relatives aux autres corps représentés dans la commission.

Amendement n^o 446

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 446), tendant à insérer, au § 2 de l'article *5bis* proposé, entre l'alinéa 2 et l'alinéa 3, un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«Tout membre de la commission doit s'abstenir d'office de prendre part à la décision visée au dernier alinéa de l'article *5quater*, dans les cas suivants:

1^o si lui-même ou son conjoint a un intérêt personnel à l'affaire;

2^o indien hijzelf of zijn echtgenoot bloed- of aanverwant is van de arts die het registratiedocument bedoeld in artikel 5ter heeft ingevuld, of van de betrokken patiënt in de rechte lijn of in de zijlijn tot in de vierde graad, of indien het lid bloed- of aanverwant in de voormelde graad is van de echtgenoot van de betrokken arts of van de betrokken patiënt;

3^o indien het lid vermoedelijk erfgenaam of begiftigde is van de arts bedoeld in het 2^o of van de betrokken patiënt, of indien de arts of de patiënt vermoedelijk erfgenaam of begiftigde van het lid is;

4^o indien het lid een vennoot is van de arts bedoeld in het 2^o, of indien het lid en de arts door een arbeidsovereenkomst zijn gebonden of indien een van hen werkt in een instelling, een vereniging of een departement dat door de andere wordt geleid;

5^o indien het lid door de arts bedoeld in het 2^o ontvangen is op diens kosten of geschenken van hem heeft ontvangen;

6^o indien het lid de arts is die het registratiedocument bedoeld in artikel 5ter heeft ingevuld;

7^o indien er tussen het lid en de arts bedoeld in het 2^o of de overleden patiënt een hoge graad van vijandschap bestaat; indien er tussen hen aanrandingen, mondelinge of schriftelijke beledigingen of bedreigingen hebben plaatsgevonden.

In dat geval wordt ambtshalve een vervanger aangewezen volgens de procedure bepaald in artikel 5bis, § 2, derde lid, om het lid te vervangen dat zich onthoudt.»

De indienster verduidelijkt dat dit amendement is ingegeven door de artikelen 828 en volgende van het Gerechtelijk Wetboek betreffende de wrakingsgronden van rechters. Zelfs al zijn in dit geval de leden van de commissie geen rechters, zij nemen kennis van delicate dossiers en kunnen een dossier naar het parket doorverwijzen.

Aangezien de commissie een controlefunctie moet vervullen, wat in principe tot de bevoegdheid van de rechterlijke macht behoort, en beslissingen moet nemen die tot gevolg zullen hebben dat een aantal dossiers uit de sfeer van het gerecht zullen blijven, dient men te bepalen dat een aantal situaties voor een lid van de commissie een reden kunnen vormen om zich van de stemming te onthouden, indien hij bij de inzage van het tweede deel van het registratiedocument merkt dat er in het bijzondere geval ten aanzien van zichzelf een «wrakingsgrond» bestaat. In dat geval wordt een plaatsvervanger aangewezen. De onverenigbaarheids- en wrakingsgronden moeten ook worden gecontroleerd ten aanzien van de plaatsvervanger.

Een lid verwijst naar het amendement nr. 578 van de heer Remans, dat ingegeven is door de Nederlandse wetgeving.

2^o si lui-même ou son conjoint est parent ou allié du médecin ayant complété le document d'enregistrement visé à l'article 5ter ou du patient concerné, en ligne directe ou en ligne collatérale jusqu'au quatrième degré; ou si ce membre est parent ou allié au degré indiqué ci-dessus du conjoint du médecin ou du patient concernés;

3^o si le membre est héritier présomptif ou donataire du médecin visé au 2^o ou du patient concerné ou si ce médecin ou ce patient est l'héritier présomptif ou le donataire de ce membre;

4^o si le membre est associé du médecin visé au 2^o ou si le membre et ce médecin sont liés par un contrat de louage de travail, ou si l'un travaille dans un établissement, une association ou un département que l'autre dirige;

5^o si le membre a été reçu par le médecin visé au 2^o à ses frais ou a agréé de lui des présents;

6^o si le membre est le médecin qui a complété le document d'enregistrement visé à l'article 5ter;

7^o s'il y a inimitié capitale entre le membre et le médecin visé au 2^o ou le patient décédé; s'il y a eu entre eux agressions, injures ou menaces, verbales ou écrites.

Dans ce cas, un membre suppléant est désigné d'office, selon la procédure prévue à l'article 5bis, § 2, alinéa 3, pour remplacer le membre qui s'abstient.»

L'auteur précise que cet amendement s'inspire des articles 828 et suivants du Code judiciaire relatifs aux causes de récusation des juges. Même si, en l'occurrence, les membres de la commission ne sont pas des juges, ils ont à prendre connaissance de dossiers sensibles, et peuvent envoyer un dossier au parquet.

La commission étant amenée à exercer une mission de contrôle, qui est en principe du ressort du pouvoir judiciaire, et à prendre des décisions qui vont aboutir à retirer certains dossiers du circuit judiciaire, il importe de prévoir que certaines situations peuvent justifier qu'un membre de la commission s'abstienne de voter, si en prenant connaissance du second volet du document enregistré, il s'aperçoit qu'il existe dans son chef un motif de «récusation» pour le cas d'espèce. Dans ce cas, un membre suppléant est désigné. Les causes d'incompatibilité et de récusation devront être vérifiées dans le chef du membre suppléant également.

Un membre renvoie à l'amendement n^o 578 de M. Remans, qui s'inspire de la loi hollandaise.

Het subamendement nr. 446 past in de filosofie van de indiener die ervan uitgaat dat de commissie een opdracht van rechterlijke aard vervult. Dat is niet het standpunt van de zes indieners.

Amendement nr. 489

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 489), dat ertoe strekt om in artikel 5bis, § 2, derde lid, de woorden «die kan worden verlengd», te vervangen door de woorden «die eenmaal kan worden verlengd».

De indienst van het subamendement meent dat het gezond is, in het bijzonder in dergelijke aangelegenheden, ervoor te zorgen dat er voldoende vernieuwing is bij de leden van de commissie.

Een lid antwoordt dat de waarborgen die de procedure biedt bij het aanwijzen van de leden van de commissie, volgens hem voldoende zijn om de vernieuwing mogelijk te maken mede dankzij de vernieuwing van de politieke vergadering die de dubbele lijst voordraagt.

Amendement nr. 524

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampelaere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 524) dat in de tekst wil inschrijven dat een mandaat in de commissie slechts één keer kan worden hernieuwd.

Een van de indieners vindt deze vereiste een minimale waarborg — voor zover men daarover nog kan spreken in de voorgestelde constructie. Een vergelijkbare bepaling werd overigens ook ingeschreven voor de Hoge Raad voor de Justitie. Het is niet gezond te lang op eenzelfde plaats te blijven zitten, vermits dit zou kunnen aanleiding geven tot een soort van bureaucratische stabiliteit. Een totale maximumtermijn van 8 jaar is dan ook meer dan genoeg. Ook in het buitenland gelden maximumtermijnen voor bepaalde mandaten.

Deze opmerking geldt *a fortiori* voor een instantie die over leven en dood dient te oordelen, en die geen verantwoording moet afleggen. Over een handeling van het parket kan men de minister van Justitie ter verantwoording roepen, maar dit is onmogelijk bij de evaluatiecommissie. Quid indien het duidelijk is dat één of meerdere leden van de commissie hun taak niet naar behoren uitoefenen? Dit moet worden uitgeklaard.

Een lid verklaart zich bij het subamendement aan te sluiten.

Le sous-amendement n° 446 s'inscrit dans la logique de son auteur, qui considère que la commission assume une mission de nature juridictionnelle. Tel n'est pas le point de vue des six auteurs.

Amendement n° 489

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 489), visant à ajouter, à l'article 5bis, § 2, alinéa 3, après les mots «un terme renouvelable», les mots «une seule fois».

L'auteur du sous-amendement estime qu'il est sain, spécialement dans une telle matière, de veiller à un renouvellement suffisant des membres de la commission.

Un membre répond que les garanties offertes par la procédure prévue pour la désignation des membres de la commission lui paraissent suffisantes pour en permettre le renouvellement, y compris grâce au renouvellement de l'assemblée politique qui présente la liste double.

Amendement n° 524

M. Vandenberghe et Mme De Schampelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 524) tendant à insérer dans le texte de la proposition que tout mandat au sein de la commission ne peut être renouvelé qu'une seule fois.

Un des auteurs estime que cette exigence constitue une garantie minimale, pour autant que l'on puisse encore parler en ces termes compte tenu de la formulation de la disposition proposée. Une disposition similaire a d'ailleurs déjà été déposée devant le Haut Conseil de la Justice. Il n'est jamais bon de demeurer longtemps dans un même lieu puisque cela entraîne le risque de voir s'instaurer une stabilité bureaucratique. Par conséquent, un délai maximum de 8 ans est largement suffisant. D'autres pays appliquent également des délais maxima pour certains mandats.

Cette observation est valable *a fortiori* pour une instance appelée à trancher la question de la vie et de la mort sans être tenue à fournir de justification. Le ministre de la Justice doit répondre des actes du parquet, mais il est impossible d'appliquer ce principe à la commission d'évaluation. Que va-t-il se passer s'il s'avère qu'un ou plusieurs membres de la commission ne remplissent pas comme prescrit la tâche leur incombant? Il convient de clarifier le débat.

Un membre déclare se rallier au sous-amendement.

Amendement nr. 525

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 525) dat een bepaling invoegt volgens welke het mandaat van een lid van de commissie van rechtswege wordt beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt, verliest.

Een van de indieners meent dat er dient te worden bepaald dat indien een lid-geneesheer of een lid-rechtsgeleerde, dan wel het lid «uit de kringen die belast zijn met de problematiek van de ongeneeslijk zieke patiënten» niet langer kunnen optreden in die hoedanigheid, dan ook niet langer kunnen zetelen in de commissie.

Hij citeert in dat opzicht het voorbeeld van een hoogleraar aan de universiteit die tot rechter wordt benoemd.

De hoedanigheid van arts is bij wet gedefinieerd: een arts is iemand die bij de Orde der geneesheren staat ingeschreven. Het is dus niet voldoende om houder te zijn van een diploma geneeskunde.

Amendement nr. 527

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 527) dat ertoe strekt te bepalen dat de plaatsvervangers van elk effectief lid over dezelfde hoedanigheid moeten beschikken om hen te vervangen.

Een van de indieners licht toe dat de voorgestelde tekst «De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt» onduidelijk is en niet vermeldt hoe de kandidaten worden gerangschikt op de «lijst». Evenmin wordt bepaald dat de plaatsvervangers in dezelfde hoedanigheid (arts, rechtsgeleerde, ...) dienen te zetelen bij ontstentenis van het effectief lid.

Het is aangewezen dat voor elk effectief lid tegelijkertijd een plaatsvervanger wordt aangewezen. Bovendien dient bepaald te worden in welke gevallen de plaatsvervanger het effectief lid dient te vervangen. Aldus dient bij overlijden of ontslag van een effectief lid geen nieuw lid te worden voorgedragen door de Senaat, maar neemt diens plaatsvervanger zijn plaats in tot het einde van de mandaatstermijn.

Amendement nr. 526

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamende-

Amendement n° 525

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 525) visant à inclure une disposition stipulant que le mandat d'un membre de la commission prend fin de plein droit dans le cas où ledit membre est déchu de sa capacité l'habilitant à siéger au sein de la commission.

Un des auteurs estime qu'il convient de disposer que tout membre siégeant au sein de la commission en qualité de médecin, de juriste ou de membre « issu des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable », ne peut plus faire partie de la commission dès lors qu'il a perdu sa qualité.

Il cite à cet égard l'exemple d'un professeur d'université qui est nommé juge.

Quant à la qualité de médecin, elle est définie par la loi : il s'agit de celui qui est inscrit à l'Ordre des Médecins. Il ne suffit donc pas d'être titulaire d'un diplôme de médecine.

Amendement n° 527

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 527) visant à disposer que les suppléants de chaque membre effectif doivent posséder la même capacité pour les remplacer.

Un des auteurs indique que le texte proposé qui stipule que « Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer » est vague et ne précise ni les critères ni les modalités de classement des candidats sur cette liste. Il n'est pas non plus prévu que les suppléants appelés à siéger en cas d'empêchement de membres effectifs doivent avoir la même qualité que ceux qu'ils sont appelés à remplacer (médecin, juriste ...).

Il est indiqué de désigner un suppléant pour chaque membre effectif. De plus, il y a lieu de prévoir dans quels cas le suppléant doit remplacer le membre effectif. De cette manière, le Sénat n'a plus à proposer un nouveau membre en cas de décès ou de démission d'un membre effectif puisque ce dernier est alors remplacé par le suppléant jusqu'à la fin du mandat en question.

Amendement n° 526

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/

ment in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 526), dat subsidiair is op het amendement nr. 527. Het herneemt amendement nr. 527, zonder te spreken over de hoedanigheid van de plaatsvervangers.

Een van de indieners meent dat, indien amendement nr. 527 niet zou worden aangenomen, het niettemin noodzakelijk is om te bepalen in welke gevallen het plaatsvervangend lid kan zetelen in de commissie.

Amendement nr. 528

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 528), volgens hetwelk de commissie een Nederlandstalige en een Franstalige vice-voorzitter kiest, waarvan één hoogleraar aan een Belgische universiteit of advocaat dient te zijn. De commissie dient vervolgens één van beide vice-voorzitters aan te duiden als voorzitter, voor een termijn van twee jaar.

Een van de indieners stelt dat het noodzakelijk is dat de commissie wordt voorgezeten door één voorzitter.

Het voorgestelde artikel *Squater* bepaalt immers dat de commissie, bij twijfel over de naleving van de voorwaarden bepaald in de artikelen 3 en 4, «bij gewone meerderheid» kan besluiten om de anonimiteit op te heffen.

Bij staking van stemmen impliceert dit evenwel dat een dossier nooit zal kunnen worden verzonden aan de procureur des Konings.

Door één voorzitter (in een tweejaarlijks rotatiesysteem) aan te wijzen uit twee door de commissie zelf verkozen vice-voorzitters, kan worden bepaald dat de stem van de voorzitter in deze gevallen doorslaggevend is.

Ten slotte is het, gezien de belangrijke juridische implicaties van een oordeel van de commissie, noodzakelijk dat een van de vice-voorzitters een rechtsgeleerde is. Zelfs in het Nederlandse voorstel «*Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*» wordt deze garantie ingebouwd door te bepalen dat de voorzitter steeds een rechtsgeleerde is.

Amendement nr. 529

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 529) dat subsidiair is aan amendement nr. 528. Het herneemt de bepalingen van amendement nr. 528, met dien verstande dat de vereiste hoedanigheid van rechtsgeleerde voor een van de vice-voorzitters niet wordt gesteld.

Een lid vraagt waarom één van de twee ondervoorzitters geen arts is.

18, amendement n° 526) un sous-amendement subsidiaire à l'amendement n° 527. Celui-ci reprend l'amendement n° 527 sans parler de la qualité des suppléants.

Un des auteurs estime que si l'amendement n° 527 ne peut être adopté, il n'en demeure pas moins nécessaire de déterminer dans quels cas un suppléant est habilité à siéger au sein de la commission.

Amendement n° 528

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 528) disposant que la commission doit élire un vice-président néerlandophone et un vice-président francophone, l'un deux devant être obligatoirement soit professeur dans une université belge, soit juriste. La commission doit ensuite désigner un de ces vice-présidents en qualité de président pour un mandat de deux ans.

Un des auteurs estime qu'il est nécessaire que la commission soit présidée par un seul président.

En effet, l'article *Squater* proposé dispose qu'en cas de doute quant au respect des conditions visées aux articles 3 et 4, la commission peut décider, «à la majorité simple», de lever l'anonymat.

Cela signifie toutefois qu'en cas de partage des voix, un dossier ne pourra jamais être transmis au procureur du Roi.

Dans l'hypothèse d'un président unique (selon un système de rotation bisannuelle) choisi parmi les deux vice-présidents désignés par la commission elle-même, on pourrait prévoir que la voix du président est prépondérante en cas de partage.

Enfin, compte tenu des implications juridiques importantes du jugement que portera la commission, il s'impose qu'un des vice-présidents soit juriste. Même la proposition hollandaise («*Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*») comporte cette garantie, puisqu'elle prévoit que la présidence est toujours assumée par un juriste.

Amendement n° 529

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 529) un sous-amendement qui est subsidiaire à l'amendement n° 528. Cet amendement reprend la disposition de l'amendement n° 528, à cette exception près qu'il n'est plus requis de la part d'un des deux vice-présidents d'avoir la qualité de juriste.

Un membre demande pourquoi un des deux vice-présidents ne serait pas médecin.

Amendement nr. 528 verduidelijkt enkel de hoedanigheid van één van de twee ondervoorzitters en zegt niet dat deze laatste voorzitter moet worden.

Een van de indieners antwoordt hiertegen geen bewaar te hebben, maar wijst erop dat acht leden van de commissie alleszins arts moeten zijn. De voorgestelde hoedanigheid van rechtsgeleerde voor één van de vice-voorzitters is bedoeld om de ondervertegenwoordiging van de categorie van de rechtsgeleerden te compenseren.

De vorige spreker vraagt of de voorzitter, volgens de indieners van het amendement, altijd een jurist zou moeten zijn.

Een van de indieners antwoordt ontkennend. De amendementen nrs. 528 en 529 bepalen niet dat de voorzitter per definitie een jurist moet zijn.

Wat het alternerend voorzitterschap betreft, verwijst spreker naar het Arbitragehof, waar een dergelijk systeem eveneens geldt.

Amendement nr. 599

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 599), dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel *5bis*, in het derde lid van § 2, de woorden «De leden van de commissie» te vervangen door de woorden «De leden van de evenveel vrouwen als mannen tellende commissie».

Een lid is het volmondig eens met het voorgestelde amendement.

Amendement nr. 600

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 600) dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel *5bis*, in het derde lid van § 2 de woorden «waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt» te doen vervallen.

Dit subamendement is het logisch gevolg van het voornoemde subamendement nr. 599.

Een lid wijst op de wettelijke verplichting om organen met een adviserende bevoegdheid voor minimum één derde samen te stellen uit personen van het andere geslacht. Zij kan zich dan ook volledig vinden in amendement nr. 600.

Amendement nr. 530

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 530), dat subsidiair is aan amendement nr. 529 en

L'amendement n° 528 ne précise la qualité que d'un des deux vice-présidents, et ne dit pas que c'est celui-là qui doit devenir président.

Un des auteurs répond qu'il n'y voit pas d'objection, mais rappelle que les huit membres de la commission doivent en tout cas être des médecins. Avec la condition ainsi proposée selon laquelle un des deux vice-présidents doit justifier de la qualité de juriste, l'on vise en fait à compenser la sous-représentation de la catégorie des juristes.

Le précédent orateur demande si, selon les auteurs de l'amendement, le président devrait toujours être un juriste.

Un des auteurs répond par la négative. Les amendements n°s 528 et 529 ne disposent pas que par définition le président doit avoir la qualité de juriste.

En ce qui concerne l'alternance de la présidence, l'intervenant renvoie à la Cour d'Arbitrage où un système similaire est également appliqué.

Amendement n° 599

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 599), tendant à ajouter, à l'article *5bis* proposé, à l'alinéa 3 du § 2, les mots «qui comptent un nombre égal de femmes et d'hommes», après les mots «les membres de la commission».

Un membre est entièrement d'accord avec l'amendement proposé.

Amendement n° 600

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un autre sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 600), tendant à supprimer, à l'article *5bis*, § 2, alinéa 3 proposé, les mots «— chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe —».

Ce sous-amendement est la conséquence logique du sous-amendement n° 599 précité.

Un membre rappelle que, conformément à la loi, les organes ayant une compétence consultative doivent obligatoirement compter au moins un tiers de personnes appartenant au sexe opposé. Elle considère par conséquent l'amendement n° 600 comme tout à fait pertinent à cet égard.

Amendement n° 530

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 530), subsidiaire à l'amendement n° 529, visant à insérer dans

dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel *5bis* in te schrijven dat één van beide voorzitters hoogleraar in de rechten of advocaat is.

Een van de indieners licht hierbij toe dat het noodzakelijk is dat één van de vice-voorzitters een rechtsgeleerde is, gelet op de belangrijke juridische implicaties van het oordeel van de commissie op het strafrechtelijke vlak.

Amendement nr. 580

De heer Remans c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 580) dat paragraaf 2 van het voorgestelde artikel *5bis* aanvult met een lid, volgens hetwelk de leden van de commissie zich dienen te onthouden van het geven van een oordeel over het voorstellen van een arts om levensbeëindiging op verzoek toe te passen.

Een van de indieners meent dat het deontologisch niet zou passen indien een lid van de commissie zich zou uitspreken over de wenselijkheid om euthanasie toe te passen in een concreet geval. Ook leden van andere commissies, raden en rechtbanken is het thans verboden om zich voorafgaandelijk te mengen in bepaalde gevallen omwille van het belangenconflict dat zou kunnen ontstaan.

Een lid is geen voorstander van het gebruik van het woord «oordeel», wegens de reeds toegelichte redenen.

Een ander lid herinnert eraan dat werd gezegd dat dit woord niet alleen «oordeel» in de juridische zin van het woord betekende.

De term wordt hier gebruikt in de zin van advies, beoordeling.

Een van de indieners verduidelijkt dat amendement nr. 580 de situatie poogt te regelen waarbij iemand het advies van een lid of een plaatsvervangend lid zou vragen over het al dan niet toepassen van euthanasie. Zulks moet volstrekt onmogelijk zijn. Het lid verzet zich echter niet tegen een betere formulering van het amendement.

De voorzitter besluit dat de Nederlandse tekst ongewijzigd mag blijven, maar dat in het Frans de term «appréciation» wordt gehandhaafd.

Amendement nr. 531

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 531) volgens hetwelk het reglement van inwendige orde van de commissie bij koninklijk besluit dient bekrachtigd te worden.

l'article *5bis* proposé une disposition selon laquelle un des deux présidents doit avoir la qualité de professeur de droit ou d'avocat.

Un des auteurs soulève la nécessité pour un des vice-présidents d'avoir la qualité de juriste, compte tenu des implications juridiques majeures que comporte l'avis de la commission sur le plan pénal.

Amendement n° 580

M. Remans et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 580) visant à compléter le paragraphe 2 de l'article *5bis* par un alinéa stipulant que les membres de la commission sont tenus de s'abstenir de donner un avis sur l'intention d'un médecin de pratiquer l'euthanasie à la demande d'un patient.

Un des membres estime que, sur le plan de la déontologie, il serait mal venu qu'un membre de la commission s'exprime sur le bien-fondé d'un acte d'euthanasie envisagé dans un cas concret. D'ailleurs, il est actuellement interdit aux membres d'autres commissions, conseils et tribunaux, de s'exprimer anticipativement dans certains cas en raison du conflit d'intérêts qui pourrait en découler.

Un membre n'est pas favorable à l'utilisation du terme «*oordeel*», pour les raisons déjà exposées.

Un autre membre rappelle qu'il a été dit que ce mot ne signifiait pas uniquement «jugement» au sens juridique du terme.

Il est utilisé ici dans le sens d'avis, d'appréciation.

L'un des auteurs explique que l'amendement n° 580 tâche de régler la situation dans laquelle quelqu'un demanderait l'avis d'un membre ou d'un membre suppléant sur l'application ou non de l'euthanasie. Cela doit être absolument impossible. Le membre ne s'oppose toutefois pas à une meilleure formulation de l'amendement.

Le président conclut que le texte néerlandais peut rester inchangé, et qu'en français, on retiendra le terme «appréciation».

Amendement n° 531

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 531) visant à faire ratifier le règlement intérieur de la commission par arrêté royal.

Een van de indieners wijst erop dat de toepassing van het reglement van inwendige orde mede de besluitvorming kan bepalen. Het is dan ook belangrijk dat het voorstel van de commissie door de Koning zou bekrachtigd worden.

Een lid verklaart dat we ofwel vertrouwen hebben in de samenstelling van de commissie en de procedure waarin werd voorzien, ofwel blijk geven van een zeker wantrouwen door de kwestie naar de Koning door te verwijzen.

Het Parlement draagt, op een dubbele lijst, de samenstelling van de commissie voor. De regering benoemt de commissie bij een in de Ministerraad overlegd besluit. Waarom moet het huishoudelijk reglement aan de Koning worden voorgelegd, dat wil zeggen aan de instantie die de commissie heeft benoemd en, wanneer deze commissie dus zowel het vertrouwen van het Parlement als van de regering heeft?

Amendement nr. 532

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 532) dat subsidiair is aan amendement nr. 531 en dat de bekrachtiging van het reglement van inwendige orde door de ministers van Justitie en Volksgezondheid voorschrijft.

Een van de indieners licht hierbij toe dat, indien amendement nr. 531 niet wordt aangenomen, amendement nr. 532 toch een zekere waarborg kan bieden voor de besluitvorming in de schoot van de commissie. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk of de samenstelling van de verschillende kamers dezelfde kenmerken heeft (taalpariteit, hoedanigheid, evenredige vertegenwoordiging van mannen en vrouwen, enz.) als de commissie zélf.

Zij verwijst ook naar de nieuwe regeling die van kracht wordt wat betreft de verschillende Ordes van advocaten, waar ook een bekrachtiging van het reglement van inwendige orde wordt voorgeschreven.

Amendement nr. 533

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 533) dat de samenstelling van de kamers betreft. Voorgesteld wordt dat de samenstelling evenredig zou verlopen met de samenstelling van de commissie en dat elke kamer ten minste twee geneesheren en twee rechtsgeleerden zou bevatten.

Een van de indieners vindt het niet meer dan logisch dat de waarborgen op het vlak van de samenstelling van de commissie ook zouden aanwezig zijn in de verschillende kamers.

Un des auteurs soulève le fait que l'application du règlement intérieur est susceptible d'influer sur la prise de décision. C'est la raison pour laquelle il importe que la proposition de la commission soit ratifiée par le Roi.

Un membre déclare que, soit on se fie à la composition de la commission et à la procédure prévue en la matière, soit on témoigne d'une certaine méfiance en renvoyant la question au Roi.

Le Parlement propose, sur une liste double, la composition de la commission; le gouvernement désigne celle-ci par arrêté délibéré en Conseil des ministres. Pourquoi, dès lors, alors que la commission a à la fois la confiance du parlement et celle du gouvernement, soumettre le règlement d'ordre intérieur au Roi, c'est-à-dire à l'instance qui l'a désignée?

Amendement n° 532

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 532), subsidiaire à l'amendement n° 531, visant à prescrire la ratification du règlement intérieur par les ministres de la Justice et de la Santé publique.

Un des auteurs précise que, si l'amendement n° 531 n'est pas adopté, l'amendement n° 532 est néanmoins susceptible d'offrir une certaine garantie à l'égard de la prise de décision au sein de la commission. Ainsi par exemple, il n'est pas clairement établi si la composition des différentes chambres présente les mêmes caractéristiques que celles de la commission elle-même (parité linguistique, qualité, représentation paritaire entre hommes et femmes, etc.).

L'auteur renvoie également à la nouvelle réglementation applicable aux différents Ordres des avocats et qui prescrit également la ratification du règlement intérieur.

Amendement n° 533

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 533) portant sur la composition des chambres. Il est proposé de définir la composition des chambres en cohérence avec celle de la commission et de faire siéger dans chaque chambre au moins deux médecins et deux juristes.

Un des auteurs estime que la logique commande que les garanties applicables à la composition de la commission le soient également à la composition des différentes chambres.

Amendement nr. 534

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 534) dat subsidiair is aan het amendement nr. 533 en dat voorschrijft dat elke kamer minstens één rechtsgeleerde, één geneesheer en één lid uit kringen die belast zijn met de problematiek van de ongenees-lijk zieke patiënten bevat.

Een van de indieners wijst erop dat toch een mini-male vertegenwoordiging in de kamers moet worden ingeschreven in de wet.

Amendement nr. 535

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 535), volgens hetwelk de kamers die worden opge-richt geen beslissing of oordeel kunnen nemen zoals bedoeld in artikel 5*quater*.

Een van de indieners trekt de parallel met de besluitvorming in de wetgevende Kamers, waar in de verschillende commissies ook geen definitieve besluit-vorming kan plaatsvinden. Dit dient immers te gebeu-ren in de plenaire vergadering. Ook in deze toch wel belangrijke aangelegenheid moet worden bepaald dat het installeren van kamers enkel tot doel mag hebben de controle op de registratiedocumenten te vergemak-kelijken en in voorkomend geval te adviseren over het uiteindelijke oordeel dat de commissie — en alleen de commissie — kan nemen.

Een lid verklaart dat het amendement hem verstan-dig lijkt.

Een ander lid meent dat de tekst van amendement nr. 18 ter zake voldoende expliciet is.

De spreker werpt bovendien op dat er, in amende-ment nr. 535, sprake is van «een oordeel nemen».

Nog een ander lid vindt dat er nog grote onduide-lijkheid bestaat over de samenstelling en de exacte bevoegdheid van de kamers die binnen de evaluatie-commissie worden opgericht. Waar de bevoegdheden en de samenstelling van de commissie zélf expliciet worden geregeld in het wetsvoorstel — en waarbij overigens heel wat bedenkingen kunnen worden geformuleerd — is dit niet het geval voor de kamers. Hierover dient duidelijkheid te worden gecreëerd.

De vorige spreker antwoordt dat hij wou bena-drukken dat de commissie hoogstens een advies uit-spreekt.

Zijn vraagstelling had betrekking op de betekenis die de indieners van het subamendement nr. 535 aan de term «oordeel» geven.

Amendement n° 534

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 534), subsi-diaire à l'amendement n° 533, visant à prescrire que chaque chambre doit comporter en son sein au moins un juriste, un médecin et un membre issu des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

Un des auteurs souligne qu'une représentation minimale au sein des chambres doit être prévue par la loi.

Amendement n° 535

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 535) visant à disposer que les chambres ainsi constituées ne sont pas habilitées à prendre une décision ni à donner un avis au sens de l'article 5*quater*.

Un des auteurs fait la comparaison avec la prise de décision au sein des Chambres législatives dont les différentes commissions ne sont pas non plus habili-tées à prendre une décision définitive. Celle-ci est prise lors de l'assemblée plénière. Dans cette affaire, somme toute importante, il convient de disposer que les chambres sont constituées dans le seul et unique but de faciliter le contrôle des documents d'enregis-trement et, le cas échéant, de donner des avis sur le jugement final de la commission que celle-ci est seule habilitée à rendre.

Un membre déclare que l'amendement lui paraît judicieux.

Un autre membre estime que le texte de l'amende-ment n° 18 est suffisamment explicite à ce sujet.

L'intervenant relève en outre que, dans le sous-amendement n° 535, il est question d'«émettre un jugement».

Un autre membre estime qu'il y a encore trop de confusion autour de la composition et de la compé-tence spécifique des chambres qui sont constituées au sein de la commission d'évaluation. Alors que les compétences et la composition de la commission sont explicitement réglementées dans la proposition de loi — et à ce propos, il faut souligner qu'elle prête le flanc à de nombreuses objections — rien de tel n'a été prévu pour les chambres. Ceci doit être clarifié.

Le précédent orateur répond qu'il voulait souligner que la commission rendait tout au plus des avis.

Son interrogation portait sur le sens que les auteurs du sous-amendement n° 535 donnent au terme «jugement».

De vorige spreekster stelt vast dat men het erover eens is dat de evaluatiecommissie geen beslissende, maar een adviserende bevoegdheid heeft. Het blijft echter onduidelijk wat de juiste samenstelling en bevoegdheden zijn van de verschillende kamers die in de schoot van de commissie bestaan.

Een lid verwijst naar het artikel *5bis*, § 3, en naar het artikel *5quater*. Het artikel *5bis*, § 3, lijkt te betekenen dat de kamers het dossier een eerste keer bekijken ter voorbereiding van de plenaire vergadering.

Er wordt geantwoord dat de tekst duidelijk is. Het is de commissie die ermee belast is een advies uit te brengen.

De vorige spreker besluit daaruit dat er binnen de kamers geen beslissing kan worden genomen.

Een lid verwijst naar de manier waarop de zaken thans verlopen, bijvoorbeeld, in het Comité voor Bio-Ethiek, waar de adviezen in de verschillende fracties worden voorbereid.

De leden van de plenaire vergadering hebben vertrouwen in wat er in de kamers is gebeurd.

Een ander lid betwist dit punt door op te merken dat één advies gewag maakt van meerdere, verschillende standpunten.

De vorige spreekster antwoordt dat de vier voorstellen uit het advies nr. 1 van het Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek in de werkgroep werden uitgewerkt en niet in de plenaire vergadering van het Comité.

Voor de controleopdracht in de mogelijkheid voorzien om kamers op te richten, veronderstelt dat men overweegt om binnen de commissie, voor de uitoefening van deze controleopdracht, aan bepaalde leden een specialisatie toe te kennen.

Het zou wenselijk zijn om te verduidelijken wie lid kan zijn van die kamers waar de beslissingen feitelijk zullen worden genomen; de plenaire vergadering is slechts een kamer die de beslissingen bekrachtigt.

Een van de indieners van het amendement nr. 535 treedt de vorige spreekster bij. Er blijft immers veel onduidelijkheid bestaan. Het lid verwijst naar de libellering van het voorgestelde artikel *5quater*, waarin wordt gesproken over een gewone meerderheid die is vereist voor het opheffen van de anonimiteit. Voor het verzenden van het dossier naar het parket is een meerderheid van twee derden vereist. Voor het overige wordt slechts bepaald dat de commissie zich uitspreekt binnen twee maanden, zonder te specificeren welke meerderheid hiervoor vereist is of de minimale aanwezigheid van de leden vast te stellen. Elementen die niet in de wet worden geregeld, zullen worden geregeld in het huishoudelijk reglement. Over dit laatste bestaat echter geen maatschappelijke transparantie, vermits nergens een bekrachtiging wordt voorgeschreven.

L'intervenant précédent constate que tout le monde est d'accord pour reconnaître que la compétence de la commission d'évaluation est d'ordre purement consultatif et non de décision. Mais la composition exacte et les compétences des différentes chambres constituées au sein de la commission n'ont toujours pas été définies avec clarté et précision.

Un membre renvoie à l'article *5bis*, § 3, et à l'article *5quater*. L'article *5bis*, § 3, semble signifier que les chambres examinent une première fois le dossier en vue de la réunion plénière.

Il est répondu que le texte est clair: c'est la commission qui est chargée de remettre un avis.

Le précédent orateur en conclut qu'au sein des chambres, on ne peut pas prendre de décision.

Une membre se réfère à la manière dont les choses se passent aujourd'hui, par exemple, au sein du Comité de bioéthique, où les avis sont préparés dans les différents groupes.

Les membres de la réunion plénière font confiance à ce qui s'est fait dans les chambres.

Un autre membre conteste ce point, en faisant observer qu'un même avis fait état de plusieurs positions distinctes.

La précédente intervenante réplique que les quatre propositions contenues dans l'avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique ont été élaborées au sein du groupe de travail, et non du Comité en assemblée plénière.

Le fait de prévoir, pour la mission de contrôle, la possibilité de créer des chambres, suppose que l'on envisage une spécialisation de certains membres, à l'intérieur de la commission, pour l'exercice de cette mission.

Il serait souhaitable de préciser qui peut être membre de ces chambres où les décisions seront prises en réalité, l'assemblée plénière n'étant qu'une chambre d'entérinement.

Un des auteurs de l'amendement n° 535 se range derrière les propos de l'intervenant précédent. Il règne en effet encore beaucoup trop de flou sur ce point. Le membre cite à cet effet le libellé de l'article *5quater* proposé qui stipule que l'anonymat peut être levé à la majorité simple. Pour la transmission du dossier au parquet, une majorité de deux tiers des voix est requise. Pour le reste, le texte se borne à disposer que la commission doit se prononcer dans un délai de deux mois, mais ne dit mot sur la majorité requise à cet effet ni sur le nombre minimal des membres qui doivent être présents. Les questions qui ne sont pas réglées par la loi le seront par le règlement intérieur. Mais ce dernier point manque de transparence sociale puisque aucune ratification n'a été prévue.

Men laat met andere woorden alle vrijheid aan de commissie zelf, zodat niet uitgesloten is dat een kleine groep die aanwezig is in één kamer, uiteindelijk een definitief oordeel kan vellen.

Een lid merkt op dat, indien de mogelijkheid om in kamers of beperkte commissies te werken, wordt aanvaard de samenstelling ervan die van de commissie moet weerspiegelen. Over het algemeen maken de commissies een gedetailleerd verslag op en werken ontwerpen van advies uit.

De spreker verkiest de formulering «brengt een advies» boven de term «spreekt zich uit» (zie amendement nr. 18).

Een ander lid antwoordt dat het huishoudelijk reglement de mogelijkheid biedt om het werk te verdelen tussen de verschillende kamers, maar dat het van wezenlijk belang is dat de commissie zelf zich uitspreekt.

De bekritiseerde termen worden in hun algemene betekenis gebruikt en niet in hun juridische betekenis.

De vorige spreekster verklaart dat men moet voorkomen dat in de commissie een Franstalige en een Nederlandstalige kamer worden opgericht met een verschillende jurisprudentie.

Amendementen nrs. 566 en 567

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 566), dat ertoe strekt § 3 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«Die kamers tellen evenveel artsen als juristen.»

Dezelfde indienster dient een ander subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 567), dat een alternatieve oplossing voorstelt, ingegeven door het Nederlands wetsontwerp: «Die kamers tellen drie leden, van wie één jurist, één arts en één ethicus is.»

De indienster besluit dat ofwel de bepaling met betrekking tot de samenstelling van de kamers moet worden geschrapt ofwel een in minimum aantal waarborgen moet worden voorzien wat betreft de samenstelling ervan.

Amendement nr. 604

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 604), dat ertoe strekt in § 3 van het voorgestelde artikel *5bis*, de woorden «controle-taken» door de woorden «controletaak» te vervangen.

En d'autres termes, on laisse toute latitude à la commission de sorte qu'il n'est pas exclu qu'un groupe mineur, présent dans une seule des chambres, ait finalement la possibilité de rendre un jugement définitif.

Un membre fait observer que si la possibilité de travailler en chambres ou commissions restreintes est retenue, il faudra que la composition de celles-ci reflète la composition de la commission. En général, ces commissions établissent un rapport approfondi et élaborent des projets d'avis.

Quant aux termes «se prononce» (*cf.* amendement n° 18), l'intervenante leur préfère l'expression «rend un avis».

Un autre membre répond que le règlement d'ordre intérieur permet la répartition du travail entre différentes chambres, mais que l'élément essentiel tient à ce que la commission elle-même se prononce.

Quant aux termes critiqués, ils sont utilisés dans leur sens commun, et non dans un sens juridique.

La précédente intervenante déclare qu'il faut éviter que ne se créent, au sein de la commission, une chambre francophone et une chambre néerlandophone, avec des jurisprudences différentes.

Amendements n^{os} 566 et 567

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 566), tendant à compléter le § 3 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«Ces chambres comptent au moins un nombre égal de médecins et de juristes.»

Le même auteur dépose un autre sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 567), présentant une solution alternative, inspirée par le projet de loi hollandais: «Ces chambres comptent trois membres dont un juriste, un médecin, et un expert en science éthique.»

L'auteur conclut que soit on supprime la disposition relative à la constitution des chambres, soit il faut prévoir un minimum de garanties en ce qui concerne leur composition.

Amendement n° 604

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 604), tendant à remplacer, au § 3 de l'article *5bis* proposé, les mots «ses missions» par les mots «sa mission».

De indienstverduidelijkt dat de controletaak bedoeld in artikel 5 niet uit meerdere delen bestaat. Men moet dan ook spreken over «controletaak» in het enkelvoud.

Amendement nr. 602

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 602) dat ertoe strekt de aanstelling van de leden van de evaluatiecommissie niet bij koninklijk besluit te regelen, maar door de Senaat zélf met een twee derden-meerderheid te laten geschieden, op basis van een dubbele lijst.

Een van de indieners meent dat het voor de samenstelling van zulk een belangrijke commissie aangewezen is dat de leden kunnen rekenen op een brede steun in de parlementaire instellingen, en niet zomaar door een toevallige politieke meerderheid kunnen worden benoemd.

Een medeondertekenaar van het amendement deelt deze opvatting en benadrukt dat de leden van de commissie door brede lagen van de maatschappij moeten worden aanvaard. Zij stelt echter vast dat het euthanasiedebat gepolariseerd verloopt. Er moet worden vermeden dat in de schoot van de commissie het oordeel of een dossier al dan niet aan het parket moet worden overgemaakt, ook op een gepolariseerde wijze tot stand komt. Vandaar de meerderheid van twee derden die wordt voorgesteld en die ook voor andere belangrijke instellingen, zoals het Arbitragehof, van toepassing is.

Een lid antwoordt dat *a contrario*, één derde van de vergadering stelselmatig elke vorm van samenstelling van de commissie kan blokkeren als men stelselmatig een twee-derde meerderheid vereist.

Een van de indieners van het amendement vindt de verklaring van de vorige spreker zeer verhelderend. Ze betekent immers dat, binnen de evaluatiecommissie, één derde van de leden kan verhinderen dat een dossier wordt overgezonden aan het parket. Dit is bijzonder jammer. Het lid is er dan ook voorstander van dat de federale evaluatiecommissie een dossier zou kunnen doorsturen met een gewone meerderheid. Spreker ziet niet in waarom hiervoor een meerderheid van twee derden vereist is omdat dit betekent, volgens de redenering van de vorige spreker, dat één derde van de leden heel de zaak kan blokkeren.

Amendement nr. 603

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 603), dat subsidiair is aan het amendement nr. 602 en dat de voorgestelde

L'auteur précise que la mission de contrôle telle que visée à l'article 5*quater* ne comporte pas plusieurs volets. C'est pourquoi il faut parler de «mission» au singulier.

Amendement n° 602

M. Vandenberghe et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 602), visant à régler la désignation des membres de la commission d'évaluation non par arrêté royal, mais par le Sénat, à la majorité des deux-tiers, sur la base d'une liste double.

Un des auteurs considère que, pour la composition d'une commission d'une telle importance, il serait bon que les membres puissent compter sur un large soutien au sein des institutions parlementaires et que leur nomination ne soit pas le fruit du hasard d'une majorité politique.

Une co-signataire de l'amendement se rallie à cette opinion et souligne le fait qu'il est nécessaire que les membres de la commission puissent bénéficier d'un large soutien social. Elle constate cependant que le débat sur l'euthanasie est fortement polarisé. Il convient d'éviter que, au sein de la commission, l'appréciation de la nécessité de transmettre ou non un dossier au parquet, n'ait lieu dans de telles circonstances. D'où la proposition d'une majorité des deux tiers qui est également appliquée dans d'autres institutions majeures, comme par exemple la Cour d'arbitrage.

Un membre répond qu'*a contrario*, un tiers de l'assemblée peut bloquer de manière systématique toute forme de composition de la commission, si l'on demande systématiquement une majorité des deux tiers.

Un des auteurs de l'amendement estime que les commentaires de l'intervenant précédent sont particulièrement significatifs. En effet, ceci veut dire qu'au sein de la commission d'évaluation, un tiers des membres peut faire opposition à la transmission d'un dossier au parquet. C'est particulièrement regrettable. C'est la raison pour laquelle le membre préconise que la commission d'évaluation fédérale puisse transmettre un dossier à la majorité simple. Elle estime que la majorité des deux tiers ne repose sur aucune justification, car comme l'expliquait l'intervenant précédent, un tiers des membres peut bloquer toute l'affaire.

Amendement n° 603

M. Vandenberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 603), subsidiaire à l'amendement n° 602, qui maintient la nomination proposée

benoeming bij koninklijk besluit onaangetast laat, maar wel een voordracht door de Senaat voorschrijft met een meerderheid van twee derden.

Amendement nr. 499

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 499), dat ertoe strekt in het eerste lid van § 2, van het voorgestelde artikel *5bis* het woord «zestien» door het woord «acht» te vervangen.

Zestien leden lijkt hem immers overdreven. Hij meent dat een commissie met acht leden efficiënter zal werken.

Amendementen nrs. 500 en 641

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 500), dat ertoe strekt de laatste twee volzinnen van het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt: «Alle leden van de commissie zijn doctor in de geneeskunde».

De indiener meent dat de vraagstukken over leven en dood behoren tot het domein van de arts en de zieke. Een aantal van de gegevens die aan de commissie worden overgemaakt, zijn trouwens van medische aard.

Een lid kan zich niet bij dit standpunt aansluiten.

Het betreft inderdaad de controle op de uitvoering van een wet waar alle woorden belangrijk zijn.

De spreekster vindt het overigens belangrijk dat er op het medisch beroep een externe controle kan worden uitgeoefend. Een multidisciplinaire aanpak is verkieslijk.

De indiener van het amendement nr. 500 zou het met dit standpunt kunnen eens zijn indien het dossier enkel administratieve gegevens zou bevatten, wat niet het geval is. De spreker verwijst in dat opzicht naar de tekst van artikel 3.

Momenteel zijn het de artsen zelf die de uitoefening van en de controle op hun beroep organiseren.

Justitie, op haar beurt, is onafhankelijk en kan altijd beslissen om op te treden.

Met de evaluatiecommissie organiseert men een tussenschakel tussen de interne organisatie van het beroep door de artsen zelf en justitie.

Een lid meent dat artsen momenteel nagenoeg beschikken over leven en dood van de burgers. Hij vindt het ook wenselijk dat de Commissie eveneens leden telt die over een belangrijke juridische bevoegdheid beschikken.

par arrêté royal, mais préconise la désignation sur proposition du Sénat votée à la majorité des deux tiers.

Amendement n° 499

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 499), tendant, au § 2, alinéa 1^{er}, de l'article *5bis* proposé à remplacer le mot «seize» par le mot «huit».

Le chiffre de seize membres lui paraît en effet excessif. Il estime qu'une commission composée de huit membres sera plus efficace.

Amendements n°s 500 et 641

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 500), tendant à remplacer les deux dernières phrases de l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit: «Tous les membres de la commission sont docteurs en médecine.».

L'auteur estime que la problématique de la vie et de la mort est du ressort du médecin et du malade. Parmi les données transmises à la commission, un certain nombre sont d'ailleurs de nature médicale.

Une membre ne peut se rallier à ce point de vue.

Il s'agit en effet du contrôle de l'application d'une loi, dans laquelle tous les mots ont leur importance.

Par ailleurs, l'intervenante estime important qu'un contrôle externe à la profession médicale puisse s'exercer. Un éclairage multidisciplinaire est préférable.

L'auteur de l'amendement n° 500 pourrait être d'accord avec ce point de vue si le dossier ne comportait que des données de type administratif, ce qui n'est pas le cas. L'intervenant renvoie à cet égard au texte de l'article 3.

À l'heure actuelle, ce sont les médecins eux-mêmes qui organisent l'exercice et le contrôle de leur profession.

La justice, elle, est indépendante, et peut toujours décider d'intervenir.

On organise ici, avec la commission d'évaluation, un intermédiaire entre l'organisation interne de la profession par les médecins eux-mêmes et la justice.

Un membre estime qu'à l'heure actuelle, les médecins ont pratiquement un pouvoir de vie et de mort sur les citoyens. Aussi préfère-t-il que la commission compte également des membres disposant d'une grande compétence juridique.

Het lijkt verstandig dat artsen die een belangrijke macht hebben, eveneens zouden gecontroleerd worden door andere personen dan hun gelijken.

Een lid merkt op dat er bij de Orde der Geneesheren juristen zetelen. Dit bewijst dat het medisch beroep één van de beroepen is die, in de samenleving, aanvaardt om tijdens het werk door derden te worden bekeken, rekening houdend met wat in dit beroep op het spel staat. De spreker vindt het overdreven te zeggen dat de arts over het leven en dood van zijn patiënten beschikt. Hij vraagt niet om macht, maar hij verleent een dienst en neemt daarbij een risico. Deze zogenaamde macht over leven en dood is veeleer een spookbeeld dan de werkelijkheid.

Indien de samenleving haar rol niet vervult om in voldoende middelen te voorzien voor de gezondheidszorg, is het veeleer zij die beschikt over het leven en dood van haar burgers, in het bijzonder van de zwaksten.

Men kan zich bovendien afvragen of juristen de enigen zijn om de rol van derde te vervullen. De spreker herinnert eraan dat in Nederland, waar men die zaken meer afstandelijk bekijkt wanneer het erom gaat een interface te organiseren tussen de arts en justitie, een ethicus als derde partij wordt voorzien.

Een senator meent dat amendement nr. 500, voor zover het tenminste ernstig is bedoeld, blijk geeft van professionele zelfoverschatting. Het medisch korps moet zich immers meer en meer onderwerpen aan de maatschappelijke evoluties, zowel wat het organisatorische aspect betreft als op het vlak van het medisch handelen. Het oordeel van de samenleving kan onmogelijk weergegeven worden wanneer enkel artsen zich kunnen uitspreken, zoals amendement nr. 500 voorstelt. De senator meent dat de samenstelling van de commissie, zoals deze in het amendement nr. 18 wordt voorgesteld billijk is.

De indiener van amendement nr. 500 zegt het grondig oneens te zijn met de laatste beschouwingen van de vorige spreker die indruisen tegen zijn opvattingen over individuele vrijheid en menselijke waardigheid.

Hij vraagt wat er zal gebeuren indien iemand die om euthanasie verzoekt in zijn wilsbeschikking aangeeft dat hij weigert om zijn medisch dossier aan de evaluatiecommissie te laten overmaken omdat hij wenst dat de euthanasie een interne aangelegenheid blijft tussen hemzelf en de arts die de handeling heeft uitgevoerd.

Een vorige spreekster herinnert eraan dat de Commissie, volgens de tekst, aan de arts bijkomende informatie kan vragen, maar meent dat deze kan weigeren hierop in te gaan krachtens artikel 458 van het Strafwetboek.

Il lui semble judicieux que les médecins, qui ont un pouvoir important, soient aussi contrôlés par d'autres personnes que leurs pairs.

Un membre fait observer qu'à l'Ordre des médecins siègent des juristes. Cela montre que la profession médicale est l'une de celles qui acceptent, dans la société, de travailler face au regard du tiers, compte tenu des enjeux liés à cette profession. L'intervenant trouve excessif de dire que le médecin a un pouvoir de vie et de mort sur son patient. Ce n'est pas là un pouvoir qu'il demande, mais un risque et un service qu'il assume. Ce supposé pouvoir de vie et de mort relève davantage du fantasme que de la réalité.

Si la société n'assume pas son devoir de prévoir les moyens suffisants pour les soins de santé, c'est plutôt elle qui dispose du pouvoir de vie et de mort sur les citoyens, et particulièrement sur les plus faibles.

En outre, on peut s'interroger sur le point de savoir si les juristes sont les seuls à devoir assurer le rôle de tiers. L'intervenant rappelle qu'aux Pays-Bas, où l'on dispose de plus de recul, lorsqu'il s'est agi d'organiser un interface entre médecin et justice, on a prévu un tiers expert en science éthique.

Un sénateur estime que, dans la mesure où il peut être considéré que l'amendement n° 500 repose sur des bases sérieuses, il convient de faire remarquer que celui-ci pêche par une surestimation professionnelle. En effet, le corps médical est de plus en plus contraint de suivre les évolutions sociales, tant en ce qui concerne l'organisation que sur le plan de l'intervention médicale. L'opinion de la communauté ne sera jamais reflétée au sein de la commission si, comme l'amendement n° 500 le propose, il appartient aux seuls médecins de se prononcer. Le sénateur considère que la composition de la commission, telle que prévue par l'amendement n° 18, est équitable.

L'auteur de l'amendement n° 500 exprime son profond désaccord avec les dernières considérations émises par le précédent intervenant, qui vont à l'encontre de sa conception de la liberté de l'individu et de la dignité de l'homme.

Il demande ce qui se passera si une personne qui souhaite l'euthanasie indique dans sa déclaration qu'elle refuse que son dossier médical soit transmis à la commission d'évaluation parce qu'elle souhaite que l'euthanasie reste une affaire privée entre elle et le médecin qui a pratiqué l'acte.

Une intervenante précédente rappelle que, selon le texte, la commission peut demander des informations complémentaires au médecin, mais elle estime que celui-ci peut refuser en vertu de l'article 458 du Code pénal.

Een lid is het eens met de stelling van de vorige spreker. Zij wijst erop dat, indien in een wilsbeschikking een clausule zou worden opgenomen dat het dossier hoe dan ook niet aan de evaluatiecommissie mag worden overgemaakt, dit tot gevolg heeft dat de betrokkene zich buiten de voorgestelde wet plaatst en derhalve een misdrijf pleegt.

Een senator vindt dat de beweringen van de indiener van amendement nr. 500 getuigen van een ultra-liberalisme. Hij trekt de parallel met een passage uit een boek van de huidige eerste minister, waar deze thans afstand van heeft genomen, volgens welke een persoon het recht zou moeten hebben om zich buiten de samenleving te plaatsen. Dit is onaanvaardbaar. Wanneer een persoon er bij een arts op aandringt het dossier niet naar de evaluatiecommissie te verzenden, dient de arts volgens de senator te weigeren zijn medewerking te verlenen aan de euthanasie. Ook voor artsen geldt dat ze zich niet zomaar buiten de samenleving kunnen plaatsen.

De indiener van amendement nr. 500 antwoordt dat het geen kwestie is van liberalisme maar van individuele levensbeschouwing. Het gaat om de opvatting over het recht op persoonlijke autonomie. Eenieder heeft het recht om zijn individuele vrijheid uit te oefenen wanneer het om zijn eigen dood gaat los van administratieve, sociale en bureaucratische controle.

De spreker vraagt of hij uit wat net gezegd werd, mag besluiten dat, indien de patiënt vraagt dat zijn dossier niet aan de evaluatiecommissie zou worden overgemaakt, dat ook niet zal gebeuren.

Een vorige spreker herhaalt dat, volgens haar, al wie in zijn wilsverklaring een clausule laat opnemen volgens welke het dossier betreffende de euthanasie niet mag worden overgemaakt aan de evaluatiecommissie, zichzelf buiten de toepassing van de wet plaatst en zich bijgevolg schuldig maakt aan een strafrechtelijk misdrijf.

Een lid wijst de indiener van het amendement nr. 500 erop dat de leden van de Verenigde Commissies het er over eens zijn dat op de gepleegde euthanasie controle dient te worden uitgevoerd. Dit thans, aan het einde van de bespreking van het wetsvoorstel nr. 2-244, ter discussie stellen getuigt niet van veel consequentie.

Een ander lid vraagt zich af, na de tussenkomenst van de indiener van amendement nr. 500, of het nodig is dat de commissie de anonimiteit van de patiënt opheft.

In voorkomend geval is het aan het parket om kennis te nemen van dit element.

Is het niet voldoende dat de commissie de anonimiteit van de arts kan opheffen teneinde bijkomende inlichtingen te verzamelen?

Une membre rejoint la thèse de l'intervenante précédente. Elle relève que l'insertion dans la déclaration de volonté d'une clause interdisant, de quelque manière que ce soit, la communication du dossier à la commission d'évaluation aurait pour conséquence de placer la personne concernée hors du cadre de la loi proposée et la rendrait par conséquent coupable d'un délit pénal.

Le sénateur estime que les affirmations de l'auteur de l'amendement n° 500 témoignent d'un ultra-libéralisme. Il cite à ce propos un passage d'un livre de l'actuel Premier ministre, passage à l'égard duquel le Premier ministre a pris entre-temps ses distances, selon lequel toute personne devrait avoir le droit de vivre en dehors de la société. Cela n'est pas acceptable. Si une personne insiste auprès d'un médecin pour que celui-ci ne communique pas son dossier à la commission d'évaluation, le médecin doit, selon le sénateur, refuser de prêter sa collaboration à l'acte d'euthanasie. Il va sans dire que les médecins aussi ne peuvent se placer en porte-à-faux par rapport à la société.

L'auteur de l'amendement n° 500 répond que ce n'est pas une question de libéralisme, mais de philosophie individuelle. Il s'agit de la conception que chacun peut avoir du droit à l'autonomie de la personne. Chacun a le droit d'exercer sa liberté individuelle, lorsqu'il s'agit de sa propre mort, en dehors d'un contrôle administratif, social et bureaucratique.

L'intervenant demande s'il peut conclure de ce qui vient d'être dit que, si le patient demande que son dossier ne soit pas transmis à la commission d'évaluation, il ne le sera pas.

Un intervenant précédent réitère que, à son avis, toute personne qui fait insérer dans sa déclaration de volonté une clause stipulant que le dossier relatif à l'euthanasie ne peut être communiqué à la commission d'évaluation se soustrait à l'application de la loi et se rend par conséquent coupable d'un délit pénal.

Un membre fait remarquer à l'auteur de l'amendement n° 500 que les membres des commissions réunies sont d'accord pour reconnaître qu'un contrôle doit être exercé sur tout acte d'euthanasie. Faire l'impasse sur ce point à la fin de la discussion sur la proposition de loi n° 2-244 est faire preuve d'inconséquence.

Un autre membre se demande, après avoir entendu l'intervention de l'auteur de l'amendement n° 500, s'il est nécessaire que la commission lève l'anonymat du patient.

C'est au parquet, le cas échéant, à connaître de cet élément.

Ne suffit-il pas que la commission puisse lever l'anonymat du médecin, afin de pouvoir recueillir des renseignements complémentaires?

Aan het eind van de gedachtewisseling, dient de heer Destexhe op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 1-244/19, amendement nr. 641), dat ertoe strekt een artikel *5ter* (nieuw) in te voegen, luidend:

« Art. *5ter-1*. — Indien de patiënt in zijn wilsverklaring of in enig andere schriftelijke of mondelinge verklaring afgelegd voor een of meerdere getuigen de wil te kennen heeft gegeven dat zijn dossier niet aan de Commissie wordt overgezonden, mag het niet worden overgezonden. »

Een lid verklaart dat men zich inderdaad kan voorstellen dat een patiënt meent dat de kwestie enkel zichzelf en zijn arts aanbelangt, maar dat we door deze unieke redenering aan te houden de kwestie niet kunnen oplossen want er moet een controle kunnen worden georganiseerd.

Wie gaat, volgens de logica van het in bespreking zijnde subamendement, dan de inhoud van de wilsbeschikking van de patiënt controleren?

De indiener van amendement nr. 641 antwoordt dat deze controle niet plaatsvindt aangezien het tussen de patiënt en de arts blijft.

De vorige spreker kan dit standpunt niet delen, hij vindt dat inzake euthanasie, bepaalde zorgvuldigheidscriteria moeten worden bepaald.

De indiener van amendement nr. 641 stelt vast dat zulks betekent dat de patiënt die om euthanasie vraagt, niet alleen de procedure, maar ook de controle door de evaluatiecommissie impliciet aanvaardt, alsmede de eventuele mogelijkheid dat gegevens van medische aard die op hem betrekking hebben, eveneens aan de leden, niet-geneesheren van deze Commissie worden overgemaakt.

De vorige spreker antwoordt dat hij meent dat men geen uitzonderingen op de procedure van de wilsbeschikking kan invoeren.

Amendement nr. 498

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 498), dat ertoe strekt om in het tweede lid, § 2, van het voorgestelde artikel *5bis* de woorden « met het mandaat van lid van één van de wetgevende vergaderingen » te doen vervallen.

De indiener verduidelijkt dat hij de onverenigbaarheid met een mandaat van de uitvoerende macht kan begrijpen, maar dat hij niet begrijpt waarom er onverenigbaarheid zou zijn met het mandaat van lid van één van de wetgevende vergaderingen.

Een lid antwoordt dat, wanneer men de verschillende bestaande evaluatie- en controleorganen bekijkt, altijd in een dergelijke onverenigbaarheid

Au terme de cet échange de vues, M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 641), visant à insérer un article *5ter-1* (nouveau) ainsi libellé:

« Art. *5ter-1*. — Si le patient, dans sa déclaration anticipée ou par toute autre déclaration écrite ou orale devant témoin(s), a manifesté la volonté que son dossier ne soit pas transmis à la commission, il ne l'est pas. »

Un membre déclare qu'on peut effectivement imaginer qu'un patient estime que la question ne concerne que son médecin et lui, mais que l'on ne peut régler la situation en restant dans cette logique unique, car un contrôle doit pouvoir être organisé.

Dans la logique du sous-amendement en discussion, qui va vérifier le contenu de la déclaration du patient?

L'auteur de l'amendement n° 641 répond que cette vérification n'a pas lieu, puisque la question reste entre le patient et le médecin.

Le précédent intervenant ne peut partager ce point de vue, car il estime qu'en matière d'euthanasie, des critères minutieux doivent être fixés.

L'auteur de l'amendement n° 641 constate que cela signifie que le patient qui demande une euthanasie accepte implicitement, non seulement la procédure, mais aussi le contrôle par la commission d'évaluation et l'éventualité que des données à caractère médical le concernant soient transmises également aux membres non-médecins de cette commission.

Le précédent intervenant répond qu'il estime que l'on ne peut créer des exceptions à la procédure de déclaration.

Amendement n° 498

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 498), tendant à supprimer, à l'alinéa 2 du § 2 de l'article *5bis* proposé, les mots « incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives ».

L'auteur précise qu'il peut concevoir une incompatibilité avec un mandat au sein de l'exécutif, mais qu'il n'aperçoit pas la raison pour laquelle il y en aurait une avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives.

Un membre répond que, lorsqu'on considère les différents organes existant en matière d'évaluation et de contrôle, une telle incompatibilité est toujours

wordt voorzien want het is niet aan te bevelen dat iemand die de wet maakt ook de controle uitoefent op de uitvoering ervan.

Gelet op deze verduidelijkingen, wordt het amendement teruggetrokken.

Amendement nr. 497

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 497), dat ertoe strekt om de leden van de Commissie een mandaat van 6 jaar (in de plaats van 4 jaar) te garanderen.

De indiener benadrukt dat in Nederland het mandaat 6 jaar duurt en dat hij aan de andere kant niet inziet waarom de duur van het mandaat zou worden afgestemd op dat van de leden van de Wetgevende Kamers.

Het lijkt hem dat hoe langer mandaat van de Commissie duurt, hoe meer men hun onafhankelijkheid garandeert, en bovendien is het mandaat hernieuwbaar.

Amendement nr. 501

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 501), dat bedoeld is om de laatste 2 volzinnen van het derde lid van § 2, van het voorgestelde artikel *5bis*, te vervangen als volgt:

«De Commissie wordt om het andere jaar voorgezeten door een Nederlandstalige voorzitter en door een Franstalige voorzitter. De voorzitter wordt gekozen door alle leden samen.»

De indiener is immers van mening dat een systeem van covoorzitterschap weinig efficiënt is.

Amendement nr. 624

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 624), dat ertoe strekt de laatste volzin van het derde lid van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt: «De voorzitters worden verkozen bij een dubbele meerderheid van de respectieve taalgroepen.»

De indiener meent immers dat het wenselijk is dat de voorzitters een ruim vertrouwen genieten, zowel binnen de Commissie als binnen hun taalgroep.

Het is niet de bedoeling om een Franstalige en een Nederlandstalige Commissie naast elkaar te plaatsen maar wel degelijk om één enkele Commissie op te richten waar de voorzitters de voorzitters zijn van alle leden van de Commissie.

prévue, car il ne convient pas que celui qui fait la loi en contrôle l'application.

Au vu de ces précisions, l'amendement est retiré.

Amendement n° 497

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 497), visant à assurer aux membres de la commission un mandat de 6 ans (au lieu de 4 ans).

L'auteur souligne qu'aux Pays-Bas, le mandat est de 6 ans et que, d'autre part, il ne voit pas de raison de calquer la durée du mandat sur celui des membres des Chambres législatives.

Il lui semble que plus le mandat des membres de la commission est long, plus on garantit leur indépendance, d'autant plus que le mandat est renouvelable.

Amendement n° 501

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 501), ayant pour objet de remplacer les deux dernières phrases de l'alinéa 3 du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«La commission est présidée, alternativement chaque année, par un président d'expression néerlandaise et par un président d'expression française. Le président est élu par l'ensemble des membres.»

L'auteur pense en effet qu'un système de coprésidence est peu efficient.

Amendement n° 624

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 624), tendant à remplacer la dernière phrase de l'alinéa 3 du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit: «Les présidents sont élus à la double majorité des groupes linguistiques respectifs.»

L'auteur estime en effet qu'il est souhaitable que les présidents bénéficient d'une large confiance, à la fois dans l'ensemble de la commission, et dans leur groupe linguistique.

Il ne s'agit pas d'une juxtaposition d'une commission francophone et d'une commission néerlandophone, mais bien d'une commission unique, où les présidents sont ceux de tous les membres de cette commission.

Bij wijze van vergelijking: het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft 4 ondervoorzitters, van wie 2 Franstalig zijn en 2 Nederlandstalig en die om beurten gedurende 1 jaar voorzitter van het Comité zijn.

Elk van deze ondervoorzitters is de verpersoonlijking van het hele Comité.

Amendement nr. 642

De heer Destexhe dient op amendement nr. 624 een subamendement in, ter vervanging van zijn amendement nr. 501 (dat is ingetrokken) (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 642), dat ertoe strekt de voorgestelde volzin te laten voorafgaan door een volzin luidend als volgt:

«De Commissie wordt om het andere jaar voorgezeten door een Nederlandstalige voorzitter en een Franstalige voorzitter.»

Een lid meent dat het covoorzitterschap een vorm van bijkomende garantie is voor een pluralistische en objectieve aanpak van de dossiers door de commissie.

Een ander lid vraagt of de voorzitter over de beslissende stem beschikt.

Er wordt haar geantwoord dat de tekst daarin niet voorziet.

De spreekster besluit hieruit dat de kwestie van het covoorzitterschap niet beslissend is.

Ze stelt vast dat de tekst sterk lijkt op de tekst die de werkzaamheden van de evaluatiecommissie inzake abortus regelt. Ze meent in ieder geval dat het belangrijk is dat beide culturen in de commissie kunnen worden vertegenwoordigd.

Amendement nr. 198

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 198) dat paragraaf 3 van het voorgestelde artikel 5bis wenst aan te vullen met de volgende bepaling:

«Elke kamer zal ook een *ad-hoc*commissie samenstellen zoals voorzien in artikel 3, § 4, 2^o, die elk half jaar van samenstelling wijzigt.»

De indiener verklaart dat dit amendement kadert in een controle *a priori* bij euthanasie voor niet-terminale patiënten. Gelet op de verwerping van eerdere amendementen die door hem werden ingediend, heeft dit amendement nr. 198 echter geen zin meer.

Het amendement nr. 198 wordt ingetrokken.

À titre de comparaison, au Comité consultatif de bioéthique, il y a 4 vice-présidents, dont 2 sont francophones et 2 sont néerlandophones et qui, à tour de rôle, président le Comité durant 1 an.

Chacun de ces vice-présidents est bien l'émanation de l'ensemble du Comité.

Amendement n° 642

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 624 de M. Galand un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 642), qui remplace son amendement n° 501 (lequel est retiré), et tend à faire précéder la phrase proposée de la phrase suivante:

«La commission est présidée alternativement chaque année par un président d'expression néerlandophone et par un président d'expression française.»

Un membre estime que la coprésidence est une forme de garantie supplémentaire quant à l'approche pluraliste et objective des dossiers par la commission d'évaluation.

Une autre membre demande si le président dispose d'une voix prépondérante.

Il lui est répondu que le texte ne le prévoit pas.

L'intervenante en conclut que la question de la coprésidence n'est pas déterminante.

Elle constate que le texte est fort semblable à celui qui régit la commission d'évaluation en matière d'avortement. Elle estime en tout cas important que les deux cultures puissent être représentées au sein de la commission.

Amendement n° 198

M. Vankrunkelsven dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 198), visant à compléter le paragraphe 3 de l'article 5bis proposé par la disposition suivante:

«Chaque chambre doit également constituer une commission *ad hoc*, conformément à l'article 3, § 4, 2^o, dont la composition devra être modifiée tous les six mois.»

L'auteur déclare que cet amendement entre dans le cadre d'un contrôle *a priori* de l'euthanasie auprès de patients non terminaux. Étant donné que d'autres amendements déposés précédemment par lui ont tous été rejetés, le présent amendement n° 198 est dépourvu d'objet.

L'amendement n° 198 est retiré.

Amendement nr. 623

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 244/19, amendement nr. 623), dat ertoe strekt de derde volzin van het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«Vier leden zijn jurist, van wie er minstens twee hoogleraar in de rechten zijn aan een Belgische universiteit.»

Het betreft een vormelijke verbetering die bedoeld is om de formulering van de tekst af te stemmen op die met betrekking tot de artsen.

Zoals de tekst is opgemaakt, zouden de 4 leden allemaal advocaten kunnen zijn.

Het amendement sluit de mogelijkheid om advocaten aan te wijzen niet uit, maar maakt het evenmin verplicht.

Met de term «jurist» worden zij die een licentiaatsdiploma in de rechten hebben, bedoeld.

Amendement nr. 622 (A/B/C)

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 622), dat ertoe strekt om in de vierde zin van het eerste lid van § 2 van het voorgestelde artikel *5bis* de volgende wijzigingen aan te brengen:

A. Tussen de woorden «vier leden» en het woord «komen», de woorden «die arts noch jurist zijn,» invoegen.

B. De woorden «de problematiek» vervangen door de woorden «de begeleiding».

C. Vóór het woord «ongeneeslijk» de woorden «ernstig en» invoegen.

De indiener verwijst naar wat hij al heeft toegelicht met betrekking tot de vier juristen. Letter A van het besproken subamendement volgt dezelfde logica betreffende de derde groep leden die deel uitmaken van de commissie, en doet een poging om de helderheid en de samenhang van de tekst te verbeteren.

In letter B probeert hij de tekst een menselijke dimensie mee te geven.

Letter C stelt een wijziging voor die lijkt op de formulering die in artikel 3 werd aangenomen.

Amendement nr. 655

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 655) dat ertoe strekt een nieuw lid toe te voegen aan § 2 van het voorgestelde artikel *5bis*, luidend als volgt:

Amendement n° 623

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 623), tendant à remplacer la troisième phrase de l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«Quatre membres sont juristes, dont deux au moins sont professeurs de droit dans une université belge.»

Il s'agit d'une amélioration de forme, visant à aligner la formulation du texte sur celle utilisée à propos des médecins.

Tel que le texte est rédigé, les quatre membres juristes pourraient tous être avocats.

L'amendement n'élimine pas la possibilité de désigner des avocats, mais elle ne l'impose pas non plus.

Le terme «juriste» vise les licenciés en droit.

Amendement n° 622 (A/B/C)

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 622), qui vise à apporter, à la quatrième phrase de l'alinéa 1^{er} du § 2 de l'article *5bis* proposé, les modifications suivantes:

A. Insérer entre les mots «quatre membres» et le mot «sont», les mots «qui sans être médecin ou juriste».

B. Remplacer les mots «la problématique» par les mots «l'accompagnement».

C. Insérer après le mot «maladie», les mots «grave et».

L'auteur renvoie à ce qu'il a déjà exposé à propos des quatre membres juristes. Le sous-amendement en discussion suit, en son point A, la même logique en ce qui concerne le troisième groupe de membres composant la commission, et s'efforce d'améliorer la clarté et la cohérence du texte.

Quant au point B, il vise à donner au texte une dimension plus humaine.

Le point C propose une modification similaire à la formulation retenue à l'article 3.

Amendement n° 655

M. Vankrunkelsven dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 655), visant à insérer un nouvel alinéa au § 2 de l'article *5bis* proposé, libellé comme suit:

«De commissie kan slechts geldig beslissen als tweederden van de leden aanwezig zijn.»

De indiener verklaart dat in de door amendement nr. 18 voorgestelde tekst geen quorum wordt voorgesteld om rechtsgeldig tot besluitvorming te kunnen overgaan. Nochtans is dit wenselijk, teneinde te vermijden dat een kleine, toevallige minderheid de besluitvorming zou domineren.

Een lid sluit zich aan bij dit amendement dat hem redelijk lijkt, rekening houdend met de materie waar het om gaat, en de opdracht die de commissie krijgt toevertrouwd.

Amendement nr. 653

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 653) dat beoogt § 3 van het voorgestelde artikel *5bis* te vervangen als volgt:

«§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op. Voor de uitoefening van haar controletaken, bedoeld in artikel *5quater*, kan de commissie uit haar leden een Nederlandstalige en een Franstalige kamer samenstellen.»

De indiener verwijst naar amendement nr. 3 C, dat betrekking had op de samenstelling van en de besluitvorming in de commissie, en dat werd ingetrokken omdat in amendement nr. 18 wordt gesproken over het huishoudelijk reglement en over de mogelijkheid om verschillende kamers in te richten binnen de commissie. Blijkbaar is het echter niet meer de bedoeling van de indieners van het amendement nr. 18 dat kamers worden ingericht.

Amendement nr. 653 strekt er dan ook toe in deze mogelijkheid toch te voorzien. Niettemin wordt geen verplichting opgelegd, vermits het woord «kan» wordt gebruikt. De senator meent echter dat het in de praktijk onwerkzaam zal blijken alle dossiers door de commissie te laten behandelen.

Overigens vindt spreker het aantal leden niet de beste waarborg om efficiënt te vergaderen. Ten minste moet bepaald worden dat er een Nederlandse en een Franse kamer wordt opgericht, zoals dit ook het geval is met de Hoge Raad voor de Justitie.

Een lid verklaart dat volgens hem geen nadelen verbonden zijn aan het feit dat de commissie de mogelijkheid heeft het werk zelf intern te verdelen. De spreker ziet niet in wat de oprichting van een Franstalige en een Nederlandstalige commissie zou kunnen rechtvaardigen, behalve dan natuurlijk het vermogen om de inhoud van de dossiers te begrijpen.

De commissie kan overigens tweetalige leden tellen.

«La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.»

L'auteur déclare que le texte proposé par l'amendement n° 18 ne proposait aucun quorum permettant de statuer valablement. Un tel quorum est pourtant souhaitable, puisque cela permet de prévenir qu'une petite minorité fortuite puisse dominer la prise de décision.

Un membre se rallie à cet amendement qui lui paraît raisonnable, compte tenu de la matière dont il s'agit, et de la mission dévolue à la commission.

Amendement n° 653

M. Vankrunkelsven dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 653), qui vise à remplacer l'article 3 de l'article *5bis* proposé par ce qui suit:

«§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur. Pour l'exercice de ses missions de contrôle, visées à l'article *5quater*, la commission peut constituer en son sein une chambre française et une chambre néerlandaise.»

L'auteur se réfère à l'amendement n° 3 C portant sur la composition de la commission et la prise de décision au sein de celle-ci, et qui a été retiré parce qu'il était question dans l'amendement n° 18 de règlement intérieur et de la possibilité de constituer au sein de la commission plusieurs chambres. Il semblerait que ce ne soit plus là l'intention des auteurs de l'amendement n° 18.

L'amendement n° 653 vise donc à pourvoir à cette possibilité. Toutefois, aucune obligation n'est imposée, puisque le terme «peut» est utilisé. Mais le sénateur estime cependant qu'il s'avérera impossible dans la pratique de faire traiter tous les dossiers par la commission.

Par ailleurs, l'intervenant considère que le nombre de membres ne constitue pas la meilleure garantie pour des réunions efficaces. Il faudrait au moins constituer une chambre néerlandaise et une chambre française, comme cela est également le cas pour le Haut Conseil de la Justice.

Un membre déclare qu'il ne voit pas d'inconvénient à permettre à la commission de répartir le travail en son sein. Cependant, sur un tel sujet, l'intervenant ne voit pas ce qui pourrait justifier la constitution d'une chambre française et d'une chambre néerlandaise, si ce n'est, bien évidemment, la capacité de comprendre le contenu des dossiers.

Il est possible, d'ailleurs, que la commission comporte des membres bilingues.

Men moet ook voorkomen dat er een dubbele jurisprudentie ontstaat, zelfs al wordt bepaald dat het de plenaire commissie is die de beslissingen neemt.

De spreker herinnert er eveneens aan dat de mogelijkheid om regionale kamers op te richten, niet in overweging werd genomen.

Een ander lid sluit zich aan bij het standpunt van de vorige spreker.

Hij herinnert eraan dat werd overeengekomen om zich, gelet op de ervaring van de commissie, niet te mengen in het huishoudelijk reglement, waarmee ze naar eigen goeddunken haar werk kan regelen.

Indien we de mogelijkheid zouden overwegen om een Franstalige en een Nederlandstalige kamer op te richten, zouden we ook rekening moeten houden met het bestaan van een Duitstalige Gemeenschap in ons land.

Tot slot benadrukt de spreker dat het multicultureel karakter van de samenleving steeds meer tot uiting komt en dat het niet verstandig is om de situatie nog ingewikkelder te maken.

De indiener van amendement nr. 653 concludeert uit deze interventies, die de problematiek van de kamers doorverwijzen naar het huishoudelijk reglement dat de evaluatiecommissie zal uitwerken, dat beide vorige sprekers geen bezwaar hebben dat er kamers worden geïnstalleerd in de commissie.

De senator wijst erop dat in ons land nu eenmaal twee grote gemeenschappen leven en dat de politieke en overheidsinstellingen dienovereenkomstig worden georganiseerd. Hij verwijst andermaal naar de werking van de Hoge Raad voor de Justitie, die haar adviezen eveneens baseert op het werk dat wordt geleverd in de verschillende kamers en dat sommige dossiers zelfs slechts door één kamer worden behandeld afhankelijk van de taalaanhorigheid van de betrokkenen.

Spreker ziet dan ook niet in waarom een dergelijk systeem niet zou kunnen ingevoerd worden voor de evaluatiecommissie. Vermits men de tweetaligheid van de meeste mensen niet mag overschatten zou men, wanneer geen aparte kamers worden geïnstalleerd, moeten werken met simultaanvertaling en dergelijke meer. De senator begrijpt niet waarom men zich verzet tegen de wettelijke plicht om kamers te installeren. Dit gaat in tegen de aan de gang zijnde evolutie naar een confederaal constitutioneel kader in dit land.

Amendementen nrs. 625, 630 en 631

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 625), dat ertoe strekt de tweede volzin van § 3 van het voorgestelde artikel 5bis te doen vervallen.

Il faut aussi éviter que se constitue une double jurisprudence, même s'il est prévu que c'est la commission plénière qui prend la décision.

L'intervenant rappelle également que la possibilité de créer des chambres régionales n'a pas été retenue.

Un autre membre se rallie au point de vue du précédent intervenant.

Il rappelle qu'il a été convenu de ne pas interférer dans le règlement d'ordre intérieur, qui réglera l'organisation du travail à la meilleure convenance de la commission, en tenant compte de l'expérience de celle-ci.

Si l'on envisageait de créer une chambre française et une chambre néerlandaise, il faudrait tenir compte aussi de l'existence d'une Communauté germanophone dans notre pays.

Enfin, l'intervenant souligne que le caractère pluri-culturel de la société s'affirme de plus en plus, et qu'il convient de ne pas compliquer davantage la situation.

Des interventions qui renvoient la problématique des chambres au règlement intérieur que la commission d'évaluation élaborera, l'auteur de l'amendement n° 653 conclut que les préopinants n'ont aucune objection à l'égard de la constitution de chambres au sein de la commission.

Le sénateur rappelle que notre pays compte deux grandes communautés et que la politique et les institutions sont organisées en fonction de cette donnée. Il se réfère une fois de plus au fonctionnement du Haut Conseil de la Justice qui, pour ses avis, s'appuie sur le travail fourni par les différentes chambres et signale qu'il arrive parfois que certains dossiers soient traités par une seule chambre, en fonction de l'appartenance linguistique de la personne concernée.

C'est la raison pour laquelle l'intervenant ne voit aucune raison pour laquelle il ne serait pas possible d'introduire le même système à l'intérieur de la commission. Comme il faut prendre garde à ne pas surestimer le bilinguisme de la majorité des Belges, il sera nécessaire, si l'on renonce à l'instauration de chambres distinctes, de faire appel à la traduction simultanée et autres modalités similaires. Cela va à l'encontre de l'évolution en cours qui tend vers l'instauration d'un cadre constitutionnel confédéral dans ce pays.

Amendements n^{os} 625, 630 et 631

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 625), tendant à supprimer la deuxième phrase du § 3 de l'article 5bis proposé.

De indiener meent dat, als de commissie zelf haar huishoudelijk reglement mag opstellen, men niet al een deel daarvan behoeft te verduidelijken.

Zoals de tekst nu luidt, zou die kunnen leiden tot het oprichten van kamers per taalgroep.

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 630) dat in dezelfde lijn ligt.

Een lid herinnert eraan dat in de loop van de discussie werd overeengekomen om de verwijzing naar de «kamers» te schrappen.

Amendement nr. 630 wordt ingetrokken ten gunste van amendement nr. 625.

Mevrouw Nyssens had op amendement nr. 18 nog een ander subamendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 631), ertoe strekkend het eerste lid van § 3 van het voorgestelde artikel *5bis* als volgt aan te vullen: «Die kamers zijn zo samengesteld dat zij de samenstelling van de commissie weer geven.»

Indien het subamendement nr. 625 wordt goedgekeurd, wordt dit subamendement nr. 631 overbodig.

Stemmingen

Amendement nr. 481 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 564 van mevrouw Nyssens vervalt.

Amendement nr. 442 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 650 van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt goedgekeurd met 20 tegen 5 stemmen bij 5 onthoudingen.

Amendement nr. 443 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 10 onthoudingen.

Amendement nr. 487 van mevrouw de T' Serclaes wordt goedgekeurd met 20 bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 496 van de heer Destexhe wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 516 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 506A van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 20 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 488 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

L'auteur estime que, si la commission établit elle-même son règlement d'ordre intérieur, il n'y a pas lieu d'en préciser déjà une partie du contenu.

Tel qu'il est rédigé, le texte pourrait induire la constitution de chambres à caractère linguistique.

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 630), allant dans le même sens.

Un membre rappelle qu'il avait été convenu, au cours de la discussion, de supprimer la référence à des «chambres».

L'amendement n° 630 est retiré au profit de l'amendement n° 625.

Mme Nyssens avait également déposé à l'amendement n° 18 un autre sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 631), subsidiaire à son sous-amendement n° 630, et tendant à compléter le § 3, premier alinéa, de l'article *5bis* proposé par ce qui suit: «Ces chambres sont composées de manière à refléter la composition de la commission.»

Si le sous-amendement n° 625 est adopté, ce sous-amendement n° 631 deviendra sans objet.

Votes

L'amendement n° 481 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 564 de Mme Nyssens est devenu sans objet.

L'amendement n° 442 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 650 de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 20 voix contre 5 et 5 abstentions.

L'amendement n° 443 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 2 et 10 abstentions.

L'amendement n° 487 de Mme de T' Serclaes est adopté par 20 voix et 9 abstentions.

L'amendement n° 496 de M. Destexhe est retiré.

L'amendement n° 516 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est retiré.

L'amendement n° 506A de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 20 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 488 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

Amendement nr. 444 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 499 van de heer Destexhe wordt verworpen met 27 tegen 2 stemmen.

Amendement nr. 517 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 490 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 445 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 500 van de heer Destexhe wordt verworpen met 28 stemmen tegen 1 stem.

Amendement nr. 518 A/B/C/D van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 521 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 623 van de heer Galand wordt verworpen met 19 tegen 2 stemmen bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 520 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 519 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 522 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 523 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 622A van de heer Galand wordt verworpen met 16 stemmen tegen 1 stem bij 12 onthoudingen.

Amendement nr. 622B van de heer Galand wordt verworpen met 14 tegen 10 stemmen bij 5 onthoudingen.

Amendement nr. 622C wordt verworpen met 14 tegen 14 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 498 van de heer Destexhe wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 446 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 444 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 499 de M. Destexhe est rejeté par 27 voix contre 2.

L'amendement n° 517 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 490 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 445 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 500 de M. Destexhe est rejeté par 28 voix contre 1.

L'amendement n° 518 A/B/C/D de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 521 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 623 de M. Galand est rejeté par 19 voix contre 2 et 7 abstentions.

L'amendement n° 520 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 519 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 522 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 523 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 622A de M. Galand est rejeté par 16 voix contre 1 et 12 abstentions.

L'amendement n° 622B de M. Galand est rejeté par 14 voix contre 10 et 5 abstentions.

L'amendement n° 622C est rejeté par 14 voix contre 14 et 1 abstention.

L'amendement n° 498 de M. Destexhe est retiré.

L'amendement n° 446 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

Amendement nr. 489 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 497 van de heer Destexhe wordt verworpen met 26 stemmen tegen 1 stem bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 524 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 599 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 15 stemmen tegen 1 stem bij 10 onthoudingen.

Amendement nr. 600 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 602 (A, B en C) van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 603 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 525 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt unaniem goedgekeurd door de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 527 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 526 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 501 van de heer Destexhe wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 528 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 529 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 624 van de heer Galand wordt verworpen met 23 tegen 4 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 642 van de heer Destexhe is overbodig geworden.

Amendement nr. 530 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 580 van de heer Remans c.s. wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 655 van de heer Vankrunkelsven wordt goedgekeurd met 19 stemmen tegen 1 stem bij 6 onthoudingen.

L'amendement n° 489 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 497 de M. Destexhe est rejeté par 26 voix contre 1 et 2 abstentions.

L'amendement n° 524 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 599 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 15 voix contre 1 et 10 abstentions.

L'amendement n° 600 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 602 (A, B et C) de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 603 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 525 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 527 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 526 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 501 de M. Destexhe est retiré.

L'amendement n° 528 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 529 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 624 de M. Galand est rejeté par 23 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 642 de M. Destexhe est devenu sans objet.

L'amendement n° 530 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 580 de M. Remans et consorts est retiré.

L'amendement n° 655 de M. Vankrunkelsven est adopté par 19 voix contre 1 et 6 abstentions.

Amendement nr. 506B van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 15 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 653 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 23 stemmen tegen 1 stem bij 5 onthoudingen.

Amendementen nrs. 630 en 631 van mevrouw Nyssens worden teruggetrokken.

Amendement nr. 198 van de heer Vankrunkelsven is overbodig geworden.

Amendement nr. 506C van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 20 tegen 9 stemmen.

Amendement nr. 625 van de heer Galand wordt aangenomen met 20 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 531 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 532 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendementen nrs. 533 en 534 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere zijn overbodig geworden.

Amendement nr. 604 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 535 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere is overbodig geworden.

Amendementen nrs. 566 en 567 van mevrouw de T' Serclaes zijn overbodig geworden.

Artikel 5*bis* zoals voorgesteld door amendement nr. 18 en zoals nadien gewijzigd door de subamendementen, wordt goedgekeurd met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 5*ter* (artikel 7 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

Mevrouw De Roeck c.s. dienen een amendement in (Stuk. Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 18), dat ertoe strekt om na artikel 5 een nieuw hoofdstuk IV*bis* in te voegen dat de nieuwe artikelen 5*bis* tot 5*novies* zou bevatten.

Artikel 5*ter* luidt als volgt:

«Art. 5*ter*. — De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, voor elk geval van euthanasie, moet worden ingevuld.

Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens:

L'amendement n° 506B de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 15 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 653 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 23 voix contre 1 et 5 abstentions.

Les amendements n°s 630 et 631 de Mme Nyssens sont retirés.

L'amendement n° 198 de M. Vankrunkelsven est devenu sans objet.

L'amendement n° 506C de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 20 voix contre 9.

L'amendement n° 625 de M. Galand est adopté par 20 voix et 8 abstentions.

L'amendement n° 531 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 532 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 9 et 1 abstention.

Les amendements n°s 533 et 534 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere sont devenus sans objet.

L'amendement n° 604 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 535 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est devenu sans objet.

Les amendements n°s 566 et 567 de Mme de T' Serclaes sont devenus sans objet.

L'article 5*bis* tel que proposé par l'amendement n° 18, et tel que sous-amendé, est adopté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

Article 5*ter* (article 7 du texte adopté)

Amendement n° 18

Mme De Roeck et consorts dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 18), tendant à insérer après l'article 5 un chapitre IV*bis* nouveau, comportant des articles 5*bis* à 5*novies* nouveaux.

L'article 5*ter* est libellé comme suit:

«Art. 5*ter*. — La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin pour chaque cas d'euthanasie.

Ce document est composé de deux parties. La première partie doit être scellée par le médecin. Elle contient les données suivantes:

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;

2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;

4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;

5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer gemandateerden worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken gemandateerde(n).

Dit eerste deel is vertrouwelijk. Het wordt door de arts aan de commissie overgemaakt. Dit deel kan slechts na beslissing van de commissie worden geraadpleegd. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietraak.

Het tweede deel bevat minstens de volgende gegevens.

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt;

2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;

3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;

4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood;

5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;

6° of er sprake was van een uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam verzoek;

7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;

8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;

9° de procedure die de arts gevolgd heeft;

10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen en de data van die raadplegingen;

11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;

12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.»

Voor de verantwoording van dit amendement wordt verwezen naar de toelichtingen die eerder al werden verstrekt door de hoofdindieners van het amendement.

1° les nom, prénoms, domicile, du patient;

2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;

3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;

4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que la date de ces consultations;

5° s'il existait une déclaration de volonté et qu'elle désignait un ou plusieurs mandataires, les nom et prénoms du mandataire qui est intervenu.

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

La deuxième partie contient au moins les données suivantes :

1° le sexe et la date et lieu de naissance du patient;

2° la date, le lieu et l'heure du décès;

3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;

4° la nature de la détresse ou de la souffrance qui était constante et insupportable;

5° les raisons pour lesquelles cette souffrance pouvait être qualifiée d'inaffaisable;

6° s'il y a lieu de parler d'une demande expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante;

7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;

8° s'il existe une déclaration de volonté;

9° la procédure suivie par le médecin;

10° la qualification du ou des médecins consultés, et la date de ces consultations;

11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et la date de ces consultations;

12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.»

Pour la justification de cet amendement, il est renvoyé aux explications précédemment fournies par l'auteur principal de l'amendement.

Amendement nr. 447

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 447) dat ertoe strekt om, in het voorgestelde eerste lid van artikel 5ter, de woorden «voor elk geval van euthanasie» te vervangen door de woorden «telkens wanneer hij euthanasie uitvoert».

De indiener is immers van mening dat het belangrijk is dat de arts die de euthanasie uitvoert, ook het registratiedocument invult.

Amendement nr. 507

Zie hierboven, amendementen nrs. 506 tot 510.

Amendement nr. 536

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 536) dat ertoe strekt aan de Koning — en niet aan de evaluatiecommissie zelf — de bevoegdheid te geven het registratiedocument op te stellen.

Een van de indieners merkt op dat het voorgestelde artikel 5ter bepaalt dat de federale evaluatiecommissie zelf het registratiedocument opstelt.

Blijkbaar heeft de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de evaluatiecommissie inzake zwangerschapsafbreking model gestaan: ook hier bepaalt de wet dat de commissie zelf het registratiedocument opstelt.

Dat was geen eenvoudige opdracht en uiteindelijk is de registratie van zwangerschapsafbrekingen pas op 1 oktober 1992 aangevat, dit is ruim 2 jaar na de inwerkingtreding van de wet van 3 april 1990. Zoals de tekst van het voorstel luidt, kan de commissie dat document maar opstellen na de inwerkingtreding van de wet en nadat de commissie werd samengesteld, wat ook een tijdrovende aangelegenheid zal zijn. Vermits bij hypothese de wet van toepassing is en het naleven van de meldingsplicht niet wordt gesanctioneerd, kan euthanasie straffeloos en zonder enige controle achteraf worden verricht. Als die situatie een of twee jaar aansleept, dreigen dan geen praktijken te ontstaan die achteraf niet meer kunnen worden teruggeschroefd?

Het is derhalve aangewezen dat de Koning dit document opstelt; bovendien moet het document beschikbaar zijn vanaf de eerste dag dat de wet in werking treedt.

Een lid herinnert eraan dat de aangifte aan de evaluatiecommissie een van de voorwaarden vormt opdat er geen sprake is van een misdrijf. Om deze

Amendement n° 447

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 447), tendant à remplacer, à l'alinéa 1^{er} de l'article 5ter proposé, les mots «pour chaque cas d'euthanasie» par les mots «chaque fois qu'il pratique une euthanasie».

L'auteur estime en effet qu'il importe que ce soit le médecin qui a pratiqué l'euthanasie qui complète le document d'enregistrement.

Amendement n° 507

Voir ci-avant, amendements n^{os} 506 à 510.

Amendement n° 536

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 536) visant à conférer au Roi, et non pas à la commission d'évaluation, le pouvoir de dresser le document d'enregistrement.

Un des auteurs fait remarquer que l'article 5ter proposé dispose que la commission d'évaluation fédérale dresse elle-même le document d'enregistrement.

On s'est manifestement inspiré de la loi du 13 août 1990 relative à l'intitution d'une commission d'évaluation pour l'interruption de la grossesse: là aussi, la loi prévoit que la commission établit elle-même le document d'enregistrement.

Ce n'était pas une mince affaire et, en fin de compte, l'enregistrement des interruptions de grossesse n'a commencé que le 1^{er} octobre 1992, soit plus de deux ans après l'entrée en vigueur de la loi du 3 avril 1990. Telle que la proposition est rédigée, la commission ne peut établir ce document qu'une fois la proposition de loi entrée en vigueur et après constitution de la commission, ce qui demandera du temps. Puisque par hypothèse la loi est d'application et que l'observation de l'obligation de communiquer ne fait l'objet d'aucune sanction, l'euthanasie peut être pratiquée en toute impunité et sans le moindre contrôle *a posteriori*. Si cette situation persiste un ou deux ans, ne risque-t-on pas de voir apparaître des pratiques que l'on ne pourra plus réprimer par la suite?

Il est dès lors indiqué que ce soit le Roi qui établisse ce document; de plus, le document doit être disponible dès le premier jour de l'entrée en vigueur de la loi.

Un membre répond que l'une des conditions pour qu'il n'y ait pas infraction est la déclaration à la commission d'évaluation. Cette commission doit

formaliteit te kunnen naleven, moet die commissie uiteraard wel bestaan.

De vorige spreker herhaalt dat het, gelet op de enorm belangrijke taak van de commissie die immers oordeelt over de toepassing van het strafrecht, van belang is dat deze controlerende functie onmiddellijk na de inwerkingtreding van de wet zou kunnen worden uitgeoefend. In het andere geval riskeert men immers dat gedurende een bepaalde periode zomaar straffeloos euthanasie kan worden gepleegd. Dit dient resoluut voorkomen te worden. Vandaar amendement nr. 536, dat aan de Koning de bevoegdheid geeft het registratiedocument op te stellen.

Amendement nr. 612A

De heer Vandenberghe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 612 A) dat ertoe strekt te preciseren dat de arts, waarvan sprake is in artikel 5ter en die het registratiedocument moet invullen, ook de arts is die de euthanasie heeft toegepast.

Een lid verklaart dat het, volgens de door amendement nr. 18 voorgestelde tekst, perfect mogelijk is dat de geraadpleegde arts of een huisarts die de patiënt lange tijd heeft behandeld het registratieformulier invult. Wellicht is dit echter niet de bedoeling. Amendement nr. 612 A wenst elk misverstand hieromtrent uit te sluiten.

Een lid wijst erop dat de uitdrukking «behandelende arts» in het hele wetsvoorstel wordt begrepen als «de arts die de euthanasie heeft toegepast».

Een lid voegt daaraan toe dat de patiënt en de gezondheidszorg in bepaalde gevallen de behandelende arts in de gewone zin van het woord als «behandelende arts» zullen blijven beschouwen, ook al is er voor de euthanasie een beroep gedaan op een andere dokter.

Spreker betreurt dat dit terminologisch probleem onopgelost blijft, al is de kans volgens hem gering dat er in dit wetsvoorstel verwarring zal ontstaan over het concept «behandelende arts».

Een vorige spreker meent dat uit de replieken overduidelijk het nut van het amendement nr. 612A blijkt. Zij is met de vorige spreker van mening dat het niet noodzakelijk de behandelende arts is die daadwerkelijk tot de euthanasie overgaat. Hier kan dus ruimte zijn voor interpretatie. Nochtans is het van belang voor de opdracht van de controlecommissie dat het registratieformulier wordt ingevuld door de arts die de euthanasie heeft toegepast.

évidemment exister pour que cette formalité puisse être accomplie.

L'intervenant précédent rappelle, compte tenu de la tâche de la commission, qui est très importante étant donné qu'elle est appelée à statuer sur l'application du droit pénal, qu'il importe que la fonction de contrôle puisse être exercée immédiatement après l'entrée en vigueur de la loi. Autrement, l'on s'expose au risque de créer une situation dans laquelle l'euthanasie peut être pratiquée en toute impunité. C'est ce qu'il faut éviter à tout prix. D'où l'amendement n° 536 qui octroie au Roi le pouvoir de dresser le formulaire d'enregistrement.

Amendement n° 612A

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 612A), visant à préciser que le médecin, dont il est question à l'article 5ter et qui doit compléter le formulaire d'enregistrement, est également le médecin ayant procédé à l'euthanasie.

Un membre déclare que, conformément au texte proposé par l'amendement n° 18, il est parfaitement possible que ce soit le médecin consulté ou le médecin traitant qui a connu le patient durant une longue période qui complète le formulaire d'enregistrement. Et ce n'est probablement pas le but recherché. L'amendement n° 612A entend éliminer toute confusion à cet égard.

Un membre rappelle que l'acception donnée à l'expression «médecin traitant» dans l'ensemble de la proposition de loi est celle de «médecin qui a pratiqué l'euthanasie».

Un membre ajoute qu'il y a des cas où le médecin traitant, au sens ordinaire du terme, bien qu'il fasse appel à un autre médecin qui pratiquera l'euthanasie, restera présent, et demeurera, aux yeux du patient, et dans le système des soins de santé, le «médecin traitant».

L'intervenant trouve dommage qu'on n'ait pas pu trouver une solution à ce problème de terminologie, même si, à ses yeux, le texte ne donne lieu à aucune équivoque quant au sens des termes «médecin traitant» dans le contexte de la loi en préparation.

Une intervenante précédente considère que les répliques illustrent clairement l'utilité de l'amendement n° 612A. Elle rejoint la thèse de l'intervenant précédent selon laquelle ce n'est pas nécessairement le médecin traitant qui procède effectivement à l'euthanasie. Il y a donc possibilité d'interpréter. Toutefois, dans l'intérêt de la mission de la commission de contrôle, il importe que ce soit le médecin procédant à l'euthanasie qui remplisse le formulaire d'enregistrement.

Een lid meent dat de mogelijke begripsverwarring ten dele het gevolg is van het feit dat de Franse term «médecin traitant» niet altijd dezelfde betekenis heeft als het Nederlandse begrip «behandelende arts». Misschien is het wenselijk in het Nederlands te spreken over de «handelende arts», dat wil zeggen de arts die euthanasie heeft toegepast, en die niet noodzakelijk de huisarts is.

Een ander lid verklaart dat het concept «médecin traitant» in het Frans een andere betekenis heeft dan het Nederlandse «behandelende arts» aangezien het verwijst naar de huisarts.

In dat verband wijst spreekster nog op een gebrek aan overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van de eerste volzin van artikel 5*quater*, waar de woorden «behandelende arts» gewoon zijn vertaald als «médecin».

De vorige spreker herhaalt dat in het Nederlands onder de woorden «behandelende arts» moet verstaan worden: de arts die handelt, dit is die euthanasie toepast. Men mag in deze context niet de algemene betekenis hanteren.

Een vorige spreekster merkt op dat amendement nr. 612A betrekking heeft op het eerste lid van het voorgestelde artikel 5*ter*, waar helemaal niet wordt gesproken over «de behandelende arts», maar simpelweg over «de arts». Nochtans zijn er, overeenkomstig artikel 3 van het wetsvoorstel, meerdere artsen betrokken bij de euthanasie. Het lid wenst duidelijkheid te creëren over de feit dat het registratiedocument moet worden ingevuld door de arts die de euthanasie heeft toegepast. Dit is de draagwijdte van het amendement nr. 612A.

Een lid is van oordeel dat, wanneer in artikel 5*ter* een aanpassing zou worden aangebracht, dit overal in het wetsvoorstel moet worden gedaan.

Amendement nr. 612B

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 612 B) dat in het tweede lid van het artikel 5*ter* wenst te spreken over «diezelfde arts» in plaats van «de arts».

Een lid legt uit dat het ook hier de bedoeling is duidelijk te stellen dat de bedoelde arts de arts is die de euthanasie heeft toegepast. Zij verwijst naar de discussie die werd gevoerd tijdens de bespreking van het amendement nr. 612A.

Een ander lid vindt dat moet gezocht worden naar een coherente terminologie.

Amendement nr. 569

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in Stuk Senaat, nr. 2-244/

Un membre considère que la possible confusion tient en partie au fait que le terme français «médecin traitant» n'a pas toujours la même acception que le terme néerlandais de «behandelende arts». Peut-être serait-il préférable de parler en néerlandais de «handelende arts» («médecin instrumentant»), c'est-à-dire le médecin ayant pratiqué l'euthanasie et qui n'est pas nécessairement le médecin traitant.

Une autre membre confirme que la notion de «médecin traitant» a, en français, une connotation différente des termes néerlandais «behandelende arts», puisqu'elle évoque le médecin de famille.

À cet égard, l'intervenante note une discordance entre le texte français et le texte néerlandais, dans la première phrase de l'article 5*quater*, où les termes «behandelende arts» sont traduits simplement par «médecin».

L'intervenant précédent rappelle que, en néerlandais, il faut entendre par les termes «behandelende arts», le médecin instrumentant, c'est-à-dire celui qui pratique l'euthanasie. Dans ce contexte, il ne faut pas se référer à l'acception générale du terme.

Un intervenant précédent fait remarquer que l'amendement n° 612 a trait au premier alinéa de l'article 5*ter* proposé où il n'est absolument pas question de «médecin traitant», mais simplement de «médecin». Toutefois, aux termes de l'article 3 de la proposition de loi, plusieurs médecins sont impliqués dans l'acte d'euthanasie. Le membre tient à souligner que le formulaire d'enregistrement doit être complété par le médecin ayant pratiqué l'euthanasie. C'est bien là toute la portée de l'amendement n° 612A.

Un membre estime que si l'article 5*ter* doit être modifié, cette modification devra être répercutée partout dans la proposition de loi.

Amendement n° 612B

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 612B), qui vise à faire adopter l'utilisation des termes «le même médecin» en lieu et place du terme «médecin».

Une membre explique qu'il s'agit d'établir clairement que le médecin concerné est bien celui qui a pratiqué l'euthanasie. Elle renvoie à la discussion qui a été menée lors des débats sur l'amendement n° 612A.

Un autre membre estime qu'il y a lieu de déterminer une terminologie cohérente.

Amendement n° 569

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amen-

18, amendement nr. 569), dat ertoe strekt het tweede lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen als volgt:

«Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel bevat de volgende gegevens:»

Er hoeft geen verzegeld deel te zijn. De leden van de commissie belast met de controle moeten toegang hebben tot alle individuele gegevens maar zijn daarbij uiteraard gebonden door de de regels van het beroepsgeheim. Zo is het momenteel ook in Nederland.

Een lid is van mening dat de anonimiteit waarin amendement nr. 18 voorziet wenselijker is. Zo wordt een element dat, zelfs onbewust, het advies van de commissie zou kunnen beïnvloeden, ter zijde geschoven.

De formule van de anonimiteit biedt meer waarborgen dan een objectief onderzoek met de nodige afstand ten opzichte van het dossier.

Amendement nr. 537

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 537) dat beoogt in het tweede lid, 2^o, van het voorgestelde artikel 5ter de woorden «van de behandelende arts» te vervangen door de woorden «van de arts die de euthanasie heeft toegepast».

Een van de indieners verklaart dat de libellering «de behandelende arts» kan leiden tot dubbelzinnigheid, nu het wetsvoorstel het mogelijk maakt dat ook andere artsen dan «de behandelende arts» de euthanasie toepassen (bijvoorbeeld indien deze arts een gewetensbezwaar inroept, conform artikel 6 van het voorstel).

Daarom dient te worden bepaald dat «de arts die de euthanasie heeft toegepast» zijn gegevens opneemt in het registratiedocument.

Een lid sluit zich aan bij deze visie en zegt het amendement te zullen steunen.

Een ander lid merkt op dat, indien op deze plaats wordt gesproken over de «arts die euthanasie heeft toegepast», dit overal moet gebeuren. Elders wordt immers consequent gesproken over de «behandelende arts».

Amendement nr. 448

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (doc. Senaat, nr. 2-244/27, amendement nr. 448) dat ertoe strekt om in het voorgestelde tweede lid van artikel 5ter, het woord

dement n^o 569), tendant à remplacer l'alinéa 2 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«Ce document est composé de deux parties. La première partie contient les données suivantes:»

L'auteur estime en effet qu'il n'y a pas lieu de prévoir de volet scellé; les membres de la commission chargés du contrôle doivent pouvoir accéder aux données individuelles tout en étant astreints aux règles du secret professionnel. C'est la situation existant aux Pays-Bas.

Un membre est d'avis que l'anonymat prévu par l'amendement n^o 18 est préférable. On écarte ainsi un élément qui pourrait, même involontairement, influencer l'avis de la commission.

La formule de l'anonymat offre plus de garanties d'un examen objectif, avec le recul nécessaire par rapport au dossier.

Amendement n^o 537

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 537) visant à remplacer les termes «du médecin traitant» utilisés dans le deuxième alinéa, deuxième tiret, de l'article 5ter proposé par les termes «du médecin ayant pratiqué l'euthanasie».

Un des auteurs déclare que l'expression «le médecin traitant» peut prêter à confusion, dès lors que la proposition de loi permet aussi à des médecins autres que le «médecin traitant» de pratiquer l'euthanasie (par exemple, si ce médecin invoque une objection de conscience, conformément à l'article 6 de la proposition de loi).

Voilà pourquoi il convient de prévoir que «le médecin qui a pratiqué l'euthanasie» consigne les données dont il dispose dans le document d'enregistrement.

Un membre opine dans ce sens et déclare être disposé à soutenir l'amendement.

Un autre membre fait observer que si l'expression «le médecin ayant pratiqué l'euthanasie» est utilisée dans ce passage, celle-ci devra être reprise dans tout le texte, puisque à d'autres endroits il est systématiquement question de «médecin traitant».

Amendement n^o 448

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 448), tendant à remplacer, à l'alinéa 2 de l'article 5ter proposé, le mot «parties» par le mot

«parties» te vervangen door het woord «volets» en de woorden «La première partie doit être scellée» te vervangen door de woorden «Le premier volet doit être scellé».

De indiener merkt op dat men in artikel 5ter, het afwisselend heeft over «partie» en over «volet». De tekst behoort een eenvormige terminologie te hantieren.

Amendement nr. 645

De heer Galand en de heer Destexhe dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 645) dat ertoe strekt om in het voorgestelde artikel 5ter de volgende wijzigingen aan te brengen :

A. In het voorgestelde tweede lid, de woorden «twee delen» vervangen door de woorden «drie delen». De woorden «Het bevat de volgende gegevens» en het 1^o doen vervallen.

B. In hetzelfde lid, het 2^o vernummen tot 1^o en doen voorafgaan door de bepaling «Het tweede deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens:». Het 3^o, 4^o en 5^o vernummen tot het 2^o, 3^o en 4^o.

C. In het voorgestelde derde lid, de woorden «Dit eerste deel is vertrouwelijk en wordt» vervangen door de woorden «Deze eerste twee delen zijn vertrouwelijk en worden».

D. In hetzelfde lid, de tweede volzin vervangen als volgt: «Het eerste deel blijft vertrouwelijk. Van het tweede deel kan alleen inzage worden genomen na beslissing van de commissie.»

E. Aan het begin van het voorgestelde vierde lid, de woorden «Het tweede deel» vervangen door de woorden «Het derde deel».

Een van de indieners verduidelijkt dat het amendement ertoe strekt om een onderscheid te maken tussen de drie delen van het registratiedocument in overeenstemming met wat eerder werd gezegd.

Amendement nr. 449

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 449), dat ertoe strekt om in het tweede lid van het voorgestelde artikel 5ter, een 2^obis in te voegen, luidend: «2^obis de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts die het registratiedocument heeft ingevuld».

De indienster benadrukt dat de arts die euthanasie heeft uitgevoerd en het registratiedocument heeft ingevuld, niet noodzakelijk de behandelende arts is.

«volets» et les mots «La première partie doit être scellée» par les mots «Le premier volet doit être scellé».

L'auteur observe en effet que l'article 5ter parle tantôt de partie, tantôt de volet. Il conviendrait de veiller à l'uniformité de la terminologie utilisée.

Amendement n° 645

MM. Galand et Destexhe déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 645), visant à apporter à l'article 5ter proposé les modifications suivantes :

A. À l'alinéa 2, remplacer les mots «deux parties» par les mots «trois parties» et supprimer les mots «les données suivantes», ainsi que le 1^o.

B. Au même alinéa, faire précéder le 2^o, qui devient le 1^o, des mots «La deuxième partie doit être scellée par le médecin. Elle contient les données suivantes:». Renumeroter les 3^o, 4^o, 5^o en 2^o, 3^o, 4^o.

C. À l'alinéa 3, remplacer les mots «ce premier volet est» par les mots «ces deux premiers volets sont», et remplacer les mots «Il est» par les mots «Ils sont».

D. Au même alinéa, au début de la deuxième phrase, remplacer le mot «Il» par les mots «Le premier volet reste confidentiel tandis que le deuxième volet ...»

E. Au début de l'alinéa 4, remplacer les mots «La deuxième» par les mots «La troisième».

L'un des auteurs précise que l'amendement tend à opérer la distinction entre les trois volets du formulaire d'enregistrement, conformément à ce qui a été dit précédemment.

Amendement n° 449

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 449), tendant à insérer, à l'alinéa 2 de l'article 5ter proposé, un 2^obis rédigé comme suit: «2^obis les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin qui a complété le document d'enregistrement;».

L'auteur souligne que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie et complété le document d'enregistrement n'est pas nécessairement toujours le médecin traitant.

In geval van twijfel kan de commissie de anonimiteit opheffen en zo kennis nemen van het medisch dossier. De eenvoudigste manier om dit te doen, is via de arts die euthanasie heeft toegepast. Deze arts is niet noodzakelijk de behandelende arts.

Een lid verklaart dat de betrokken arts degene is die de euthanasie heeft uitgevoerd en dus de verklaring heeft ingevuld.

De indienst van het amendement vraagt waarom in dat geval de tekst het over «behandelende arts» heeft.

De vorige spreker antwoordt dat met die woorden de arts wordt bedoeld die euthanasie heeft uigevoerd.

Dat is de betekenis die er in de tekst aan wordt gegeven in tegenstelling tot de gemeenzame betekenis van «huisarts».

Amendement nr. 538

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 538) dat ertoe strekt in het tweede lid, 4^o, van het voorgestelde artikel de woorden «of met wie hij het verzoek of de wilsverklaring van de patiënt» in te voegen tussen de woorden «heeft geraadpleegd» en de woorden «en de data».

Een van de indieners stelt vast dat de voorgestelde tekst enkel bepaalt dat de identificatiegegevens van de personen die de arts heeft geraadpleegd in het registratiedocument dienen te worden opgenomen.

Volgens de artikelen 3 en 4 van het voorstel dient de arts enkel een tweede dan wel een derde arts te «raadplegen».

De artikelen 3 en 4 bepalen anderzijds dat de arts met het verplegend team, de vertrouwenspersoon en de naasten van de patiënt, het verzoek van de patiënt dient te bespreken.

Om elke dubbelzinnigheid weg te nemen, is het noodzakelijk in deze aanvulling te voorzien.

Amendement nr. 539

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 539) dat in het tweede lid, 4^o, van het voorgestelde artikel 5^{ter} de term «behandelende arts» wil hanteren in plaats van de «arts die euthanasie heeft toegepast».

Een van de indieners is van mening dat niet de gegevens van de personen die de «behandelende arts» heeft geraadpleegd, maar de gegevens van de perso-

En cas de doute, la levée de l'anonymat permet essentiellement à la commission de prendre connaissance du dossier médical. Elle peut y avoir accès le plus simplement en contactant le médecin qui a pratiqué l'euthanasie, lequel n'est pas toujours le médecin traitant.

Un membre déclare que le médecin concerné est celui qui a pratiqué l'euthanasie et donc, qui a fait la déclaration.

L'auteur de l'amendement demande pourquoi, dans ce cas, le texte parle du «médecin traitant».

Le précédent intervenant répond que ces termes visent le médecin qui a pratiqué l'euthanasie.

C'est l'acception qui leur est donnée dans le texte, par opposition au sens habituel de «médecin de famille».

Amendement n° 538

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 538) visant à insérer à l'alinéa 2, 4^o, de l'article 5^{ter} proposé, entre le mot «consultées» et le mot «par», les mots «au sujet de la requête ou de la déclaration de volonté du patient».

Un des auteurs constate que le texte proposé prévoit uniquement que les données d'identification des personnes que le médecin a consultées doivent être consignées dans le document d'enregistrement.

Aux termes des articles 3 et 4 de la proposition, le médecin peut se contenter de «consulter» un deuxième, voire un troisième médecin.

Or, les articles 3 et 4 prévoient que le médecin est tenu de se concerter avec l'équipe soignante, la personne de confiance et les proches du patient au sujet de la requête du patient.

Afin de lever toute ambiguïté, l'ajout proposé s'avère donc indispensable.

Amendement n° 539

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 539), visant à faire adopter au deuxième alinéa, 4^o, de l'article 5^{ter} proposé, l'expression «médecin traitant» en lieu et place de l'expression «le médecin ayant pratiqué l'euthanasie».

Un des auteurs est d'avis qu'il ne convient pas de verser au dossier les données des personnes que le «médecin traitant» a consultées, mais celles des

nen die de arts die euthanasie toepaste heeft geraadpleegd, dienen te worden opgenomen in het dossier.

Behandelende arts en «arts die euthanasie toepaste» zijn immers geenszins synoniemen (bijvoorbeeld indien de behandelende arts op grond van artikel 6 geen euthanasie wilde toepassen).

Amendement nr. 450

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 450), dat ertoe strekt het 5^o van het tweede lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} te vervangen als volgt: «5^o indien er een wilsverklaring is, de naam, de voornamen en de woonplaats van de eventuele vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen, alsook van de getuigen die zijn opgetreden;»

De indienster verduidelijkt dat de anonimiteit van zowel de vertrouwenspersoon als de getuigen moet worden opgeheven.

Als de arts evenwel de wet heeft nageleefd, bevat het medisch dossier in principe ook de wilsverklaring, waarin de vertrouwenspersoon en de getuigen worden vermeld. Om bij twijfel een grondige controle uit te voeren, moet de commissie kennis nemen van dit medisch dossier.

Een lid is het eens met de achterliggende filosofie in dit amendement volgens welke het om een reële individuele controle moet gaan zoals die in Nederland wordt toegepast.

Amendement nr. 575

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 575), dat ertoe strekt om het 5^o van het tweede lid van het voorgestelde artikel 5^{ter}, te vervangen als volgt:

«5^o het schriftelijk verzoek als bedoeld in artikel 3, § 4, of de wilsverklaring als bedoeld in artikel 4, § 1, alsmede de naam van de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen die hier eventueel in worden aangewezen.»

Zij verduidelijkt dat het amendement rekening houdt met de wijzigingen die door de indieners van het amendement nr. 18 in de artikelen 3 en 4 werden aangebracht.

Een lid erkent dat het nuttig zou kunnen zijn om dit amendement aan te nemen. De toevoeging van het adres betekent geen groter gevaar dan het vermelden van de naam van de betrokkene, die derhalve toch reeds bekend is, maar zou kunnen leiden tot een snellere opsporing van de betrokkene.

personnes que le médecin ayant pratiqué l'euthanasie a consultées.

«Médecin traitant» et «médecin ayant pratiqué l'euthanasie» ne sont en effet nullement synonymes (par exemple, si le médecin traitant a refusé de pratiquer l'euthanasie comme l'article 6 l'autorise à le faire).

Amendement n^o 450

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 450), visant à remplacer le 5^o de l'alinéa 2 de l'article 5^{ter} proposé par ce qui suit: «5^o s'il existait une déclaration de volonté, les nom, prénoms et domicile de la (ou des) personne(s) de confiance éventuelle(s) ainsi que des témoins qui sont intervenus;»

L'auteur précise que l'anonymat doit être levé tant en ce qui concerne la personne de confiance que les témoins.

Cependant, en principe, si le médecin a agi conformément à la loi, la déclaration anticipée doit se trouver dans le dossier médical avec l'indication de la personne de confiance et des témoins. Or, pour exercer un véritable contrôle en cas de doute, la commission doit prendre connaissance de ce dossier médical.

Un membre s'accorde avec la philosophie qui sous-tend cet amendement, et selon laquelle il doit s'agir d'un véritable contrôle individuel, comme cela se pratique aux Pays-Bas.

Amendement n^o 575

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 575), tendant à remplacer le 5^o de l'alinéa 2 de l'article 5^{ter} proposé par ce qui suit:

«5^o la demande écrite telle que prévue à l'article 3, § 4, ou la déclaration anticipée telle que visée à l'article 4, § 1^{er}, ainsi que le nom de la ou des personnes de confiance éventuellement désignées dans celle-ci.»

Elle précise que cet amendement prend en compte les modifications apportées par les auteurs de l'amendement n^o 18 aux articles 3 et 4.

Un membre déclare que l'adoption de l'amendement pourrait s'avérer utile. L'ajout de l'adresse ne représente pas un plus grand danger que la mention du nom de l'intéressé qui est déjà connu, mais pourrait contribuer à une recherche plus efficace de la personne concernée.

Amendement nr. 568

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 568), dat ertoe strekt om het derde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen als volgt:

«Dit eerste deel is vertrouwelijk. Alleen de met de controletaken belaste leden kunnen er kennis van nemen. Dit deel mag in geen geval dienen als basis voor de evaluatietask van de commissie.»

De indiener van het amendement benadrukt dat ze van mening blijft dat de controle een reële individuele controle moet zijn en dus geen controle op basis van anonieme gegevens.

Dat is de reden waarom zij een ander amendement had ingediend dat ertoe strekte om de bepaling te doen vervallen volgens welke het eerste deel door de arts wordt verzegeld.

In het verlengde van dit amendement moet het derde lid van het voorgestelde artikel 5ter eveneens worden gewijzigd.

In de ogen van de indienst van het amendement is het duidelijk dat het eerste deel vertrouwelijk is in die zin dat de leden van de commissie zich aan het beroepsgeheim dienen te houden wat betreft de persoonlijke gegevens.

In het amendement daarentegen wordt de zinsnede «Kan slechts worden geraadpleegd na beslissing van de commissie» niet gehandhaafd want de indienst meent dat de anonimiteit niet van toepassing is op de leden van de commissie die hun werk moeten kunnen doen op basis van niet anonieme gegevens zowel van de arts als van de patiënt, zoals het geval is in Nederland.

Een lid vraagt zich af of zo een mededeling, van een medisch dossier aan een commissie, de nodige garanties biedt om het beroepsgeheim te vrijwaren. In het kader van een gerechtelijke procedure kan een magistraat toegang verkrijgen tot het dossier.

De spreekster veronderstelt dat er in de voorgestelde tekst een parallel wordt getrokken met de leden van de commissie door hen, daar waar het om een zeer delicate aangelegenheid gaat, dezelfde bevoegdheid te geven als aan een magistraat om het medisch beroepsgeheim op te heffen.

De spreekster stelt zich ook vragen bij het probleem van mogelijke belangenconflicten waar reeds sprake van was.

Het amendement van de 6 indieners voldoet haar niet.

Een ander lid merkt op dat het eerste, vertrouwelijke deel van het medisch dossier niet onmiddellijk wordt geopend. Er vindt eerst een gesprek plaats met

Amendement n° 568

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 568), visant à remplacer l'alinéa 3 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«Ce premier volet est confidentiel. Seuls peuvent en avoir connaissance les membres chargés de la mission de contrôle. Ce volet ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.»

L'auteur de l'amendement souligne qu'elle persiste à penser que le contrôle doit être un véritable contrôle individuel, et non un contrôle sur la base de données anonymes.

C'est pourquoi elle avait déposé un autre amendement, tendant à supprimer la disposition selon laquelle la première partie est scellée par le médecin.

Dans le droit fil de cet amendement, l'alinéa 3 de l'article 5ter doit également être modifié.

Aux yeux de l'auteur de l'amendement, il est clair que le premier volet est confidentiel en ce sens que les membres de la commission sont astreints au secret professionnel en ce qui concerne toutes les données personnelles.

Par contre, l'amendement ne reprend pas les termes «Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission», car l'auteur estime que l'anonymat ne vaut pas pour les membres de la commission, qui doivent pouvoir faire leur travail, sur la base de données non anonymes, tant à propos du médecin que du patient, comme c'est le cas aux Pays-Bas.

Une membre se demande si une telle communication d'un dossier médical à une commission présente les garanties nécessaires pour que le secret médical soit préservé. Dans le cadre d'une procédure judiciaire, un magistrat peut avoir accès à ce dossier.

L'intervenante présume que, dans le texte proposé, on fait un parallèle en donnant aux membres de la commission le même pouvoir qu'à un magistrat de lever le secret médical, alors qu'il s'agit là d'une matière très sensible.

L'intervenante s'interroge aussi sur le problème de possibles conflits d'intérêts, dont il a déjà été question.

L'amendement déposé par les six auteurs à ce sujet ne la satisfait pas.

Une autre membre fait remarquer que la première partie du dossier médical, la partie confidentielle, n'est pas immédiatement accessible. Il y a d'abord une

de arts. Pas wanneer men een probleem vaststelt, wordt dit geopend.

Het lid verwijst naar eerder ingediende amendementen, die eveneens betrekking hebben op de deontologie die de leden van de commissie moeten in acht nemen. Zij meent dat, wanneer deze amendementen zouden worden aangenomen, het probleem dat de indienster van het amendement nr. 568 opwerpt, wordt opgelost.

Bovendien wijst spreekster op het feit dat de leden van de commissie die arts of jurist zijn, gebonden zijn door hun deontologische code.

De indienster van het amendement nr. 568 antwoordt dat op dit ogenblik, enkel een magistraat, in het kader van een gerechtelijk onderzoek, boven het beroepsgeheim rond een medisch dossier staat.

Men moet tegelijk de arts aanmoedigen om in het medisch dossier een maximum aantal gegevens op te nemen — wat op dit ogenblik niet altijd het geval is — en de vertrouwelijkheid van de gegevens en bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt, te waarborgen.

Men moet meer nadenken over wat de commissie kan doen met het medisch beroepsgeheim.

Er werd gezegd dat ze niet over rechterlijke bevoegdheid beschikte.

Spreekster is derhalve van mening dat ze het medisch dossier niet kan openen.

Indien de commissie geen toegang kan verkrijgen tot de dossiers, betekent dat volgens spreekster dat ze bijna stelselmatig naar justitie moeten worden doorgezonden zo niet zou er geen enkele vorm van controle zijn.

Een lid vindt dat in de discussie over amendement nr. 568 een aantal zaken met mekaar worden verward. De evaluatiecommissie krijgt, via het registratieformulier, enkele inlichtingen betreffende de omstandigheden waarin euthanasie werd toegepast. De commissie kan, indien zij zulks nodig acht, bijkomende inlichtingen vragen. Dit betekent echter geenszins dat de commissie zomaar inzage mag nemen van het medisch dossier.

Wanneer de inlichtingen die worden vermeld op het registratieformulier en de bijkomende inlichtingen niet volstaan, kan de commissie besluiten het dossier over te maken aan het openbaar ministerie, zonder hiertoe verplicht te zijn. Als blijkt dat de voorwaarden en de procedures werden nageleefd, wordt het dossier niet overgemaakt aan het parket. Hoe dan ook is het niet zo dat de evaluatiecommissie zélf de taak van rechter op zich zal nemen. De commissie zal zich ertoe bepalen het dossier door te sturen of dit niet te doen. Het is geenszins de bedoeling dat de commissie inzage neemt van het medisch dossier en op basis hiervan een controle uitvoert.

discussion avec le médecin. Cette partie du dossier ne sera ouverte que si un problème a été constaté.

La membre renvoie à des amendements introduits précédemment et qui ont également trait à la déontologie que les membres de la commission doivent respecter. Elle est d'avis que le problème soulevé par l'auteur de l'amendement n° 568 serait résolu par l'adoption de ces amendements.

Par ailleurs, l'intervenante insiste sur le fait que les membres de la commission qui sont médecins ou juristes sont liés par leur code de déontologie.

L'auteur de l'amendement n° 568 répond qu'à l'heure actuelle, seul un magistrat, dans le cadre d'une instruction judiciaire, peut passer outre au secret professionnel qui entoure le dossier médical.

Il faut à la fois encourager le médecin à inscrire dans le dossier médical un maximum de données — ce qui n'est pas toujours le cas à l'heure actuelle —, et garantir la confidentialité des données et la protection de la vie privée du patient.

Il faut réfléchir davantage à ce que peut faire la commission par rapport au secret médical.

Il a été dit qu'elle ne disposait pas de pouvoirs juridictionnels.

L'intervenante estime dès lors qu'elle ne peut pas ouvrir le dossier médical.

Si la commission ne peut pas avoir accès aux dossiers, cela signifie, selon l'intervenante, qu'il faudrait les envoyer presque systématiquement à la justice, faute de quoi il n'y aurait aucun contrôle.

Un membre estime que le débat sur l'amendement n° 568 pêche par la confusion qui y règne sur certaines choses. Sur la base du formulaire d'enregistrement, la commission peut obtenir des informations concernant les circonstances dans lesquelles l'euthanasie a été pratiquée. Si elle l'estime nécessaire, elle peut demander des informations complémentaires. Mais cela signifie pas pour autant que la commission peut prendre connaissance du dossier médical.

S'il s'avère que les informations figurant dans le formulaire d'enregistrement et les informations complémentaires sont insuffisantes, la commission peut décider de transmettre le dossier au ministère public, mais elle n'est nullement tenue de le faire. S'il appert que les conditions et les procédures ont été respectées, la commission ne communiquera pas le dossier au parquet. Il n'appartient pas à la commission d'évaluation de se substituer dans sa tâche au rôle du juge. La commission se bornera à transmettre le dossier ou bien ne le transmettra pas. Il ne saurait être question que la commission prenne connaissance du dossier médical et procède sur cette base à un contrôle.

Een vorige spreekster verwijst naar de precieze opsomming van de gegevens die moeten worden medegedeeld aan de evaluatiecommissie overeenkomstig artikel 5ter. Er is in deze opsomming geen sprake van het medisch dossier. Bovendien moet men deze opsomming samenlezen met het voorgestelde artikel 5octies, dat handelt over de geheimhouding van de gegevens die eenieder die betrokken is bij de procedure moet respecteren.

De leden van de commissie kunnen, behoudens de verplichting mee te delen gegevens, slechts kennis nemen van bepaalde delen van de inhoud van het medisch dossier door middel van hun gesprek met de betrokken arts. Het is pas wanneer al deze gegevens niet bevredigend zijn, dat het dossier kan worden doorgestuurd naar de procureur des Konings.

De indienst van amendement nr. 568 antwoordt dat krachtens artikel 5quater de commissie aan de behandelende arts kan vragen om haar de elementen uit het medisch dossier met betrekking tot euthanasie, over te maken.

Wat gebeurt er wanneer de arts weigert om deze elementen mee te delen omdat hij van mening is dat hij onderworpen is aan het beroepsgeheim en dergelijke inlichtingen niet kan mededelen aan een commissie die geen enkel rechterlijk statuut heeft?

De commissie moet, in principe, in dat geval het dossier aan het parket zenden.

Er wordt dus druk uitgeoefend op de arts om de gevraagde elementen mee te delen vanwege het risico dat het dossier aan justitie zou worden overgemaakt.

De vorige spreekster antwoordt dat de commissie, op basis van de gegevens die haar verplicht worden medegedeeld — en met name op basis van het tweede deel dat niet vertrouwelijk is —, nagaat of de voorwaarden en de procedures die worden voorgeschreven door voorliggend wetsvoorstel werden gerespecteerd. Indien de leden van de commissie vinden dat deze gegevens onvoldoende duidelijkheid opleveren of vermoeden dat de euthanasie niet correct werd uitgevoerd, kunnen zij beslissen inzage te nemen van het vertrouwelijke deel en contact op te nemen met de arts, aan wie ze verduidelijking vragen. Ofwel geeft de arts deze verduidelijkingen, ofwel doet hij dit niet omwille van deontologische redenen. De leden van de commissie zullen vervolgens met een meerderheid van twee derden beslissen dat voldoende duidelijkheid werd verkregen, of dat dit integendeel niet het geval is. Wanneer het antwoord niet sluitend is en er twijfel blijft bestaan, zenden zij het dossier door naar het parket.

Een lid merkt op dat artikel 5quater bepaalt dat de commissie aan de arts kan vragen om haar bepaalde elementen mee te delen. In de tekst wordt niet gezegd dat de arts verplicht is om die mee te delen.

L'intervenante précédente se réfère à l'énumération exacte des données qui doivent être communiquées à la commission d'évaluation conformément à l'article 6ter. Cette énumération ne fait pas mention du dossier médical. Par ailleurs, cette énumération doit être considérée en conjonction avec l'article 5octies proposé qui porte sur l'obligation de confidentialité à laquelle toutes les personnes concernées par la procédure sont tenues à l'égard desdites données.

Par ailleurs, sans préjudice des données qui doivent obligatoirement être communiquées, les membres de la commission ne peuvent avoir accès qu'à certaines parties du dossier médical et ce à la faveur d'une discussion avec le médecin traitant. Ce n'est que s'il s'avère que les données sont insuffisantes que le dossier peut être communiqué au procureur du Roi.

L'auteur de l'amendement n° 568 répond qu'en vertu de l'article 5quater, la commission peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Que se passe-t-il si le médecin refuse de communiquer ces éléments, estimant qu'il est soumis au secret professionnel et qu'il ne peut fournir de tels renseignements à une commission qui n'a aucun statut juridictionnel?

La commission doit, en principe, dans ce cas, transmettre le dossier au parquet.

Une pression existe donc sur le médecin pour qu'il fournisse les éléments demandés, en raison de ce risque de transmission du dossier à la justice.

L'intervenante précédente répond que la commission examine, sur la base des informations dont la communication est obligatoire, et plus précisément la deuxième partie qui ne relève pas de l'obligation de confidentialité, si les conditions et procédures prévues par la présente proposition de loi ont été respectées. Si les membres de la commission estiment que ces données n'offrent pas suffisamment de clarté ou s'ils présument que l'euthanasie n'a pas été réalisée selon les règles applicables, ils pourront décider de prendre connaissance de la partie confidentielle du dossier médical et se mettre en relation avec le médecin auquel ils pourront demander des éclaircissements. Pour des raisons déontologiques, le médecin peut décider de fournir ces éclaircissements mais il peut également s'y refuser. Ensuite, les membres de la commission devront déterminer à la majorité de deux tiers s'ils ont reçu des réponses satisfaisantes à leurs questions. Si tel n'est pas le cas ou si des doutes subsistent, ils communiqueront le dossier au parquet.

Un membre fait observer que l'article 5quater prévoit que la commission peut demander au médecin de lui communiquer des éléments. Ce texte ne dit pas que le médecin doit les communiquer.

De spreker meent dat het beter zou zijn dat de commissie, indien zij de anonimiteit opheft, de behandelende arts waarschuwt zodat die het niet via het parket moet vernemen. Indien de commissie de anonimiteit opheft is dat omdat ze twijfelt aan een bepaald stuk.

Het zou goed zijn dat ze contact opneemt met de arts — niet om hem te verplichten te komen want dan zou het een onderzoekscommissie zijn — maar om hem een interview voor te stellen.

Indien hij weigert, neemt hij zijn verantwoordelijkheid. Indien hij aanvaardt, licht hij de zaak toe ten overstaan van zijn confraters en de andere leden van de commissie, en dat is misschien voldoende om opheldering te brengen.

Dat is de reden waarom de spreker op amendement nr. 18 een subamendement indient (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 629) teneinde in het eerste lid van artikel 5^{quater} te bepalen dat de commissie aan de behandelende arts vraagt of hij de commissie wenst te ontmoeten om mondeling zijn handelen en daden te verduidelijken. Dit bewijst dat het de bedoeling is om een discussie tussen de arts en de commissie mogelijk te maken en te bevorderen.

Het spreekt vanzelf dat de commissie, zo zij dat wenst, de arts de mogelijkheid kan geven om gehoord te worden zonder dat die daartoe wordt verplicht.

De commissie zal tot een advies komen op basis van onder andere dit element.

Zo zit men in het kader van een evaluatieprocedure, niet in dat van een gerechtelijke procedure.

Juristen en geneesheren hebben wat betreft het beroepsgeheim een deontologische code.

De vier andere leden van de commissie hebben die in principe niet.

Tot slot, wat de term «oordelen» betreft in het derde lid van artikel 5^{quater}, is de spreker van mening dat die onaangepast is.

Een lid besluit uit wat gezegd is, dat men niet aan artikel 458 van het Strafwetboek raakt, wat betekent dat geen enkele arts verplicht is om in te gaan op een eventuele vraag van de commissie om elementen uit een medisch dossier mee te delen.

Overigens maken artsen over het algemeen weliswaar geen bezwaar om zich voor hun gelijken te verantwoorden, maar de spreekster vraagt zich af of dat ook geldt ten overstaan van juristen en vertegenwoordigers van het middenveld.

Ten slotte doet de commissie geen uitspraak en velt geen oordeel, maar spreekt gewoon een advies uit.

Om een dossier aan justitie over te maken, moet ze echter een eerste grondig onderzoek doen zoniet zou het om een louter vormelijke procedure gaan.

L'intervenant pense qu'il vaudrait mieux que la commission, si elle lève l'anonymat, avertisse le médecin traitant, pour qu'il ne l'apprenne pas par le parquet. Si la commission lève l'anonymat, c'est qu'elle a un doute sur une pièce.

Il serait bon qu'elle prenne contact avec le médecin — non pas pour l'obliger à venir, car ce serait alors une commission d'enquête — mais pour lui proposer une entrevue.

S'il refuse, il prend ses responsabilités. S'il accepte, il va s'expliquer avec des confrères et avec les autres membres de la commission, et cela suffira peut-être pour éclairer celle-ci.

C'est pourquoi l'intervenant dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 629), en vue de prévoir à l'alinéa 1^{er} de l'article 5^{quater} que la commission demande au médecin traitant s'il souhaite la rencontrer, afin de préciser oralement sa démarche et son action. Ceci montre que l'objectif est de rendre possible et d'encourager la discussion entre le médecin et la commission.

Il va de soi que si la commission le souhaite de son côté, elle peut inviter le médecin à se faire entendre, sans que ce médecin y soit obligé.

La commission se forgera un avis sur la base de cet élément parmi d'autres.

On se trouve ainsi dans le cadre d'une procédure d'évaluation, non juridictionnelle.

En ce qui concerne le secret professionnel, les juristes et les médecins ont un code de déontologie.

Les quatre autres membres composant la commission n'en ont en principe pas.

Enfin, en ce qui concerne le terme «juger» contenu à l'alinéa 3 de l'article 5^{quater}, l'intervenant l'estime inapproprié.

Une membre conclut de ce qui vient d'être dit que l'on ne touche pas à l'article 458 du Code pénal, ce qui signifie qu'aucun médecin n'est obligé de répondre à la demande éventuelle de la commission de communiquer les éléments d'un dossier médical.

Par ailleurs, si les médecins ne voient généralement pas d'objection à s'exprimer devant leurs pairs, l'intervenante se demande s'il en ira de même face à des juristes et à des représentants de la société civile.

Enfin, la commission ne rend pas une décision ni un jugement, mais bien un simple avis.

Cependant, pour transmettre un dossier à la justice, elle doit opérer un premier examen au fond, faute de quoi il s'agirait d'une procédure purement formelle.

Een vorige spreekster zegt de suggestie om de betrokken arts in kennis te stellen van het feit dat de leden van de commissie inzage wensen te nemen in het vertrouwelijke deel van het registratiedocument, genegen te zijn. Dit gaat verder dan de verantwoording bij amendement nr. 18, waarin enkel wordt gezegd dat men de arts kan horen.

Tevens wenst het lid een oplossing te zoeken voor de leden van de evaluatiecommissie die geen jurist of arts zijn, en derhalve niet gebonden zijn aan de deontologische codes van deze respectieve beroepsgroepen.

Een lid herinnert eraan dat het artikel *5octies* alle leden van de commissie bindt.

Het interview tussen de arts en de commissie kan niet als een dagvaarding worden beschouwd. Het gaat om een ontmoeting tijdens welke de leden van de commissie een poging doen om een dossier te verduidelijken.

Indien de arts de informatie die hij heeft gegeven, wenst aan te vullen, zal hij bij het onderhoud aanwezig zijn, maar hij is er niet toe verplicht.

Maar, in zo'n systeem, zou hij er in elk geval automatisch van op de hoogte worden gebracht dat de anonimiteit werd opgeheven.

De commissie zou krachtens haar huishoudelijk reglement, gezien de terughoudendheid van de artsen om hun daden toe te lichten in het bijzijn van andere personen dan hun collega's, kunnen beslissen dat alleen de leden-artsen bij de ontmoeting met hun confrater aanwezig zijn of dat de arts daar, althans in een eerste fase, om kan vragen.

Amendement nr. 540

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 540) dat ertoe strekt het woord «gemandateerde» te vervangen door het woord «vertrouwenspersoon».

Amendement nr. 541

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 541), dat in het tweede lid, 5°, van het voorstelde artikel ook de woonplaats wenst toe te voegen aan de lijst van gegevens die voorkomen in het anonieme deel van het registratiedocument.

Amendement nr. 571

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat,

Une intervenante précédente déclare accueillir favorablement la suggestion d'informer le médecin traitant de l'intention des membres de la commission de prendre connaissance de la partie confidentielle du formulaire d'enregistrement. Cela va nettement plus loin que la justification accompagnant l'amendement n° 18 où il est uniquement question du fait que l'on peut demander à entendre le médecin.

Par ailleurs, la membre souhaite trouver une solution pour les membres de la commission d'évaluation qui ne sont ni juristes, ni médecins, et qui, par conséquent, ne sont pas liés par les codes de déontologie de ces deux catégories de profession.

Un membre rappelle que l'article *5octies* lie tous les membres de la commission.

L'entrevue entre le médecin et la commission ne peut être qualifiée de comparution. Il s'agit d'une rencontre où les membres de la commission cherchent à être éclairés.

Si le médecin souhaite compléter les informations qu'il a données, il se rendra à cet entretien, mais il n'y est pas obligé.

Mais, dans un tel système, il serait, en tout cas, automatiquement averti que l'anonymat est levé.

Quant aux réticences des médecins à parler devant d'autres personnes que leurs pairs, la commission pourrait, en vertu de son règlement d'ordre intérieur, décider que ce seront ses membres médecins qui rencontreront leur confrère, ou prévoir que le médecin peut formuler une telle demande, tout au moins dans un premier temps.

Amendement n° 540

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 540), visant à remplacer le terme de «mandataire» par le terme «personne de confiance».

Amendement n° 541

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 541), visant à insérer à l'alinéa 2, 5°, de l'article proposé, le domicile dans la liste des informations figurant sur la partie anonyme du formulaire d'enregistrement.

Amendement n° 571

Mme Vanlerberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-

nr. 2-244/18, amendement nr. 571), dat ertoe strekt het woord «gemandateerde» te vervangen door het woord «vertrouwenspersoon».

De hoofdindienster stelt vast dat reeds een amendement met dezelfde strekking werd ingediend door de heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 540).

Amendement nr. 571 wordt ingetrokken ten voordele van het amendement nr. 540.

Amendement nr. 542

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 542), dat het tweede lid, 5^o, van het voorgestelde artikel 5ter wil aanvullen met de volgende bepaling: «de naam, de voornamen en de woonplaats van de getuigen ten overstaan van wie de wilsverklaring werd opgesteld.»

Een van de indieners meent dat het noodzakelijk is ook de identificatiegegevens van de getuigen, ten overstaan van wie de wilsverklaring werd opgesteld, op te nemen in het anonieme deel van het registratiedocument. De opname van de identificatie van deze personen maakt het ook mogelijk te controleren of een van deze personen inderdaad geen materieel belang had bij het overlijden van de patiënt.

Amendement nr. 543

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 543), dat het tweede lid van artikel 5ter wil aanvullen met een 6^o, dat luidt:

«6^o indien de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen of fysiek blijvend niet in staat was om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, de naam, voornamen, woonplaats en geboortedatum van de persoon die dit verzoek of de wilsverklaring schriftelijk heeft opgesteld.»

Een van de indieners wijst erop dat het noodzakelijk is dat in de gevallen waarbij een patiënt zijn mondeling verzoek niet schriftelijk kon opstellen of zijn wilsverklaring eigenhandig opstellen, de persoon die dit in zijn plaats deed wordt geïdentificeerd in het anonieme deel van het registratiedocument.

Aangezien de artikelen 3 en 4 bepalen dat dit een meerderjarige persoon dient te zijn, dient tevens zijn geboortedatum te worden vermeld.

De opname van de identificatie van deze persoon maakt het bovendien mogelijk te onderzoeken of deze geen materieel belang had bij het overlijden van de patiënt.

244/18, amendement n^o 571), visant à remplacer le terme «mandataire» par le terme «personne de confiance».

L'auteur principal constate qu'un amendement ayant le même objet a été présenté par M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere (doc. Sénat, n^o 2244/18, n^o 540).

L'amendement n^o 571 est retiré au profit de l'amendement n^o 540.

Amendement n^o 542

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 542), visant à compléter l'alinéa 2, 5^o, de l'article 5ter proposé par la disposition suivante: «les nom, prénoms et domicile des témoins en présence de qui la déclaration de volonté a été faite.»

Un des auteurs estime qu'il y a lieu de faire figurer également dans le volet anonyme du document d'enregistrement les données d'identification des témoins en présence desquels la déclaration de volonté a été dressée. Le fait de faire figurer l'identité de ces personnes dans le document permettra également de contrôler si aucune d'entre elles n'avait effectivement d'intérêt matériel au décès du patient.

Amendement n^o 543

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 543) tendant à compléter l'alinéa 2 de l'article 5ter proposé par un 6^o, rédigé comme suit:

«6^o si le patient n'était pas en état d'acter sa requête par écrit ou s'il était physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer une déclaration de volonté, les nom, prénoms, domicile et date de naissance de la personne qui a acté par écrit cette requête ou la déclaration de volonté.»

Dans l'hypothèse où le patient n'a pas pu acter sa requête orale par écrit ou n'a pas pu rédiger lui-même sa déclaration de volonté, il y a lieu d'identifier la personne qui l'a fait à sa place dans le volet anonyme du document d'enregistrement.

Vu que les articles 3 et 4 disposent que cette personne doit être majeure, il y a lieu de mentionner également sa date de naissance.

Inclure l'identification de cette personne permet en outre de déterminer si celle-ci n'a pas eu d'intérêt matériel au décès du patient.

Een lid verwijst naar haar amendement nr. 451 dat een zelfde strekking heeft.

Een ander lid oordeelt dat het amendement nr. 543 een iets ruimere draagwijdte heeft dan het amendement nr. 451.

Amendement nr. 451

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 451), dat ertoe strekt om het tweede lid van het voorgesteld artikel *5ter* aan te vullen met een 6^o, luidend als volgt:

«6^o de naam, voornamen en woonplaats van de persoon die het schriftelijk verzoek of de wilsverklaring heeft opgesteld in plaats van de patiënt, in het raam van artikel 3 of artikel 4.»

De indienster meent immers dat het essentieel is te beschikken over de gegevens van de persoon die het schriftelijk verzoek of de wilsverklaring heeft opgesteld in plaats van de patiënt, die weliswaar bij bewustzijn was maar niet in staat was het document op te stellen.

Amendement nr. 452

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 452), dat ertoe strekt om in de eerste volzin van het vierde lid van het voorgestelde artikel *5ter* de woorden «*la deuxième partie*» te vervangen door de woorden «*le deuxième volet*», teneinde een eenvoudige terminologie te hanteren.

Amendement nr. 453

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 453) dat ertoe strekt om het 1^o van het voorgestelde vierde lid van artikel *5ter*, aan te vullen als volgt: «alsook informatie over de rechtsbekwaamheid van de patiënt, zijn helderheid of zijn bewustzijn.»

De indienster verduidelijkt dat dit amendement in overeenstemming is met de artikels 3 en 4. Bovendien past het woord «helderheid» in de redenering van haar vorige amendementen, die ertoe strekken een onderscheid te maken met een patiënt die nog wel rechtsbekwaam is, maar feitelijk onbekwaam is of niet volledig helder van geest is.

Amendement nr. 454

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 454), dat ertoe strekt om in het vierde lid

Une membre renvoie à l'amendement n° 451 qu'elle a déposé, et qui est similaire.

Un autre membre estime que la portée de l'amendement n° 543 est plus large que celle de l'amendement n° 451.

Amendement n° 451

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, 2-244/17, amendement n° 451), tendant à compléter l'alinéa 2 de l'article *5ter* proposé par un 6^o, libellé comme suit:

«6^o les nom, prénoms et domicile de la personne qui a rédigé la requête écrite ou la déclaration anticipée à la place du patient dans le cadre de l'article 3 ou de l'article 4.»

L'auteur estime en effet essentiel de disposer des coordonnées de la personne qui a rédigé une requête écrite d'euthanasie ou une déclaration anticipée à la place du patient conscient mais qui n'était pas en état de la rédiger.

Amendement n° 452

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 452), tendant à remplacer, dans la première phrase de l'alinéa 4 de l'article *5ter* proposé, les mots «*la deuxième partie*» par les mots «*le deuxième volet*», afin d'utiliser une terminologie uniforme.

Amendement n° 453

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 453), tendant à compléter le 1^o de l'alinéa 4 de l'article *5ter* proposé, par les mots «ainsi que des indications concernant la capacité juridique du patient, sa lucidité ou son état de conscience».

L'auteur précise que cet amendement est en conformité avec les articles 3 et 4. De plus, le mot «lucidité» est conforme à ses précédents amendements soucieux de rendre compte de la distinction qui existe par rapport à un patient toujours capable juridiquement mais se trouvant dans un état d'incapacité de fait ou souffrant de manque de lucidité.

Amendement n° 454

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 454), tendant à insérer, à l'alinéa 4 de

van het voorgestelde artikel 5ter een 1^obis in te voegen luidend: «1^obis het geslacht, de datum en plaats van geboorte van de arts die het registratiedocument heeft ingevuld;».

De indienster is van mening dat deze gegevens even onontbeerlijk zijn om van dit document een waardevol statistisch instrument te maken. Ze verwijst in dit verband naar de wetgeving met betrekking tot de evaluatiecommissie inzake abortus en naar de verslagen die door deze commissie om de twee jaar worden opgemaakt.

Een lid merkt op dat, wanneer een arts een bepaald document ondertekent, hij ook zijn nummer bij de Orde der geneesheren vermeldt. Daarin kan men alles terugvinden.

Een ander lid is van mening dat het weinig verstandig is om het geslacht van de arts die het registratieformulier heeft ingevuld te willen kennen. Dat is veronderstellen dat inzake euthanasie de praktijken van de artsen zouden kunnen verschillen op grond van hun geslacht terwijl men juist over het algemeen probeert om de gelijkwaardigheid te bevorderen.

De indienster van amendement nr. 454 merkt op dat hoofdamendement nr. 18 verplicht het geslacht van de patiënt te vermelden. De bepaling die wordt voorgesteld, vereist dezelfde vermelding met betrekking tot de arts.

Het gaat om algemene gegevens die men gewoonlijk verzamelt voor de opbouw van een statisch instrument.

Het is interessant om het profiel van de betrokken arts te kennen om de evolutie van de praktijken en de mentaliteit binnen het medisch korps te beoordelen.

Een lid meent, zoals een vorige spreker, dat het nummer van de Orde der geneesheren volstaat om desgewenst over alle gegevens van deze arts te kunnen beschikken.

Een ander lid meent dat de vermelding van het geslacht niet tot in het absurde moet worden doorgetrokken.

Amendement nr. 502

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 502), dat ertoe strekt om de woorden «minstens» in de eerste zin van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te doen vervallen.

De indiener meent dat de opgelegde gegevens ruimschoots volstaan voor de evaluatie.

Amendement nr. 503

De heer Destexhe dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amen-

l'article 5ter proposé, un 1^obis, rédigé comme suit: «1^obis le sexe, la date et le lieu de naissance du médecin qui a complété le document d'enregistrement;».

L'auteur estime que ces données sont tout aussi essentielles pour faire de ce document un outil statistique valable. Elle renvoie à ce sujet à la législation relative à la commission d'évaluation en matière d'avortement, ainsi qu'aux rapports établis tous les deux ans par cette commission.

Un membre fait remarquer que lorsqu'un médecin signe un document particulier, il mentionne également son numéro d'affiliation à l'Ordre des médecins. Ceci permet de retrouver toutes les informations nécessaires.

Un autre membre estime que requérir l'indication du sexe du médecin qui a complété le document d'enregistrement est peu opportun. C'est présupposer qu'en matière d'euthanasie, les pratiques des médecins pourraient différer selon leur sexe, alors que précisément, on s'efforce, de façon générale, de promouvoir l'égalité des sexes.

L'auteur de l'amendement n° 454 fait observer que le texte de l'amendement principal n° 18 impose de préciser le sexe du patient. La disposition qu'elle propose requiert la même mention en ce qui concerne le médecin.

Il s'agit d'une des données générales que l'on collecte habituellement pour la mise au point d'un outil statistique.

Il est intéressant de connaître le profil des médecins concernés, pour apprécier l'évolution des pratiques et des mentalités au sein du corps médical.

Un membre se rallie à la thèse du préopinant selon laquelle le numéro d'affiliation à l'Ordre des médecins est suffisant pour obtenir le cas échéant toutes les informations relatives à ce médecin.

Un autre membre estime qu'il n'y a pas lieu d'insister systématiquement sur la mention du sexe de la personne concernée.

Amendement n° 502

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 502), tendant à supprimer les mots «au moins» dans la première phrase de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé.

L'auteur estime que les données prévues sont largement suffisantes pour l'évaluation.

Amendement n° 503

M. Destexhe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement

dement nr. 503) dat ertoe strekt om in de eerste volzin van het voorgestelde vierde lid van artikel 5ter na de woorden «het tweede deel» de woorden «is eveneens vertrouwelijk» in te voegen.

In de tekst wordt inderdaad niet uitdrukkelijk vermeld, zoals voor het eerste deel van het registratiedocument, dat de gegevens van het tweede deel van dit document, dat anoniem is, vertrouwelijk zijn. Nochtans is dat heel belangrijk rekening houdend met het aantal gevraagde inlichtingen.

Een lid is het eens met de strekking van dit amendement.

Twee andere leden vragen zich af wat het nut is van het subamendement aangezien artikel 5octies de vertrouwelijkheidsregel uitdrukkelijk vaststelt.

De indiener van amendement nr. 503 antwoordt dat men voor het eerste deel van het registratiedocument deze regel uitdrukkelijk vermeldt. Ofwel houdt men het bij artikel 5octies alleen, ofwel herhaalt men de regel voor de twee delen van het document.

Een vorige spreekster vindt het vanzelfsprekend dat, wanneer hierin wordt voorzien voor het niet-vertrouwelijke gedeelte, zulks ook moet gelden voor het vertrouwelijke gedeelte.

Amendement nr. 455

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 455), dat ertoe strekt om het 2° van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen als volgt:

«2° datum, uur en plaats van euthanasie en overlijden;».

De indienstster benadrukt dat beide tijdstippen niet noodzakelijk samenvallen. Deze gegevens kunnen in verband worden gebracht met de gegevens betreffende de middelen die voor de euthanasie worden gebruikt (12°).

Amendement nr. 544

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 544) dat wenst voor te schrijven dat niet enkel het uur van het overlijden, maar ook het uur van de toegepaste euthanasie zou worden vermeld.

Een van de indieners stelt vast dat dit amendement dezelfde draagwijdte heeft als het amendement nr. 455.

n° 503), tendant à insérer, dans la première phrase de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, les mots «est également confidentielle et» après les mots «la deuxième partie».

En effet, le texte ne mentionne pas explicitement, comme pour la première partie du document d'enregistrement, la confidentialité des données de la deuxième partie de ce document, qui est anonyme. Or, cela est très important, compte tenu notamment du nombre de renseignements demandés.

Un membre déclare être d'accord avec l'objet de l'amendement.

Deux autres membres se demandent quelle est l'utilité du sous-amendement, puisque l'article 5octies prévoit explicitement la règle de confidentialité.

L'auteur de l'amendement n° 503 répond qu'on mentionne explicitement cette règle pour la première partie du document d'enregistrement. Soit on s'en tient au seul article 5octies, soit on répète la règle pour les deux parties du document.

Une intervenante précédente déclare que si cela est prévu pour la partie non confidentielle, il en va automatiquement de même pour la partie confidentielle.

Amendement n° 455

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 455), visant à remplacer le 2° de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«2° la date, l'heure et le lieu de l'euthanasie et du décès;».

L'auteur souligne que les deux moments ne coïncident pas toujours. Ces données peuvent être mises en relation avec les données concernant les moyens utilisés pour pratiquer l'euthanasie (12°).

Amendement n° 544

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 544), visant à prescrire non seulement l'indication de l'heure du décès, mais également celle de l'heure à laquelle l'euthanasie a été pratiquée.

Un des auteurs constate que cet amendement a la même portée que l'amendement n° 455.

Amendement nr. 605

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 605), dat ertoe strekt om het 3^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen door de woorden «de ontwikkeling van deze aandoening en de verleende zorg».

Dit amendement strekt ertoe om de commissie de mogelijkheid te bieden het traject en de medische situatie van de patiënt als ook de verleende zorg, beter in te schatten.

Amendement nr. 456

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 456), dat ertoe strekt om in het 4^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter de woorden «pijn of» te doen vervallen.

Dit amendement is bedoeld om ervoor te zorgen dat artikel 5ter in overeenstemming is met artikel 3.

Amendement nr. 545

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 545), dat in artikel 5ter beoogt in te schrijven dat het registratieformulier ook de data moet vermelden van de gesprekken die de arts met de patiënt heeft gevoerd.

Een van de indieners merkt op dat artikel 3, § 2, 2^o, bepaalt dat de arts zich dient te verzekeren van de aanhoudende pijn van de patiënt door verscheidene gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid.

Om na te gaan of deze voorwaarde inderdaad is nageleefd door de arts, dient de evaluatiecommissie uiteraard over deze gegevens te beschikken.

Amendement nr. 576

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 576) dat ertoe strekt om in het vierde lid, 4^o, van het voorgestelde artikel 5ter de woorden «pijn of nood» te vervangen door de woorden «fysiek of psychisch lijden».

Het is de bedoeling om de gebruikte terminologie in artikel 5ter in overeenstemming brengen met die van de artikelen 3 en 4.

Een lid stelt vast dat dit amendement dezelfde draagwijdte heeft als het amendement nr. 456.

Amendement n° 605

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 605), visant à compléter le 3^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par les mots « , son évolution ainsi que les différents soins prodigués. ».

Cet amendement tend à permettre à la commission de se former une meilleure idée du parcours et de la situation médicale du patient, ainsi que de la réponse qui lui est apportée en termes de soins.

Amendement n° 456

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 456), tendant à supprimer, au 4^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, les mots « de la détresse ou ».

Cet amendement vise à assurer la concordance de l'article 5ter avec l'article 3.

Amendement n° 545

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 545), visant à inscrire à l'article 5ter que le formulaire d'enregistrement doit également mentionner les informations concernant les discussions que le patient a eues avec le médecin.

Un des auteurs fait remarquer que l'article 3, § 2, 2^o, dispose que le médecin doit s'assurer de la persistance de la souffrance du patient au moyen de plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient.

Pour vérifier si le médecin a effectivement respecté cette condition, la commission d'évaluation devra bien entendu disposer de ces informations.

Amendement n° 576

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 576), tendant à remplacer, à l'alinéa 4, 4^o, de l'article 5ter proposé, les mots « détresse ou de la souffrance » par les mots « souffrance physique ou psychique ».

Il s'agit de mettre l'article 5ter en conformité avec les articles 3 et 4.

Un membre constate que cet amendement à la même portée que l'amendement n° 456.

Het amendement wordt teruggetrokken ten gunste van het amendement nr. 456 van mevrouw Nyssens.

Amendement nr. 626

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 626), dat ertoe strekt om in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter in het 5^o de woorden «pouvait être» te vervangen door «a été».

Het betreft een tekstcorrectie.

Amendement nr. 457

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 457), dat ertoe strekt om het 5^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter aan te vullen met de woorden:

«en de medische toestand als uitzichtloos beschouwd kon worden.»

Het is hier eveneens de bedoeling om artikel 5ter in overeenstemming te brengen met artikel 3.

Amendement nr. 457 wordt teruggetrokken ten gunste van het hierna vernoemd amendement nr. 546.

Amendement nr. 546

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelelaere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 546) dat ertoe strekt een 5^obis in te voegen in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter en volgens hetwelk in het registratiedocument moet worden vermeld of de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevond.

Een van de indieners herinnert eraan dat tijdens de bespreking van artikel 3 door de indieners van het voorstel, ondanks de onduidelijke libellering van het artikel, werd gesteld dat de «medisch uitzichtloze toestand» in zijn objectiviteit dient te worden beoordeeld door de evaluatiecommissie.

De evaluatiecommissie dient dan ook in staat te zijn om uit het registratiedocument van de arts op te maken in welke mate de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevond.

Amendement nr. 547

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelelaere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 547) dat het 6^o van het vierde lid van artikel 5ter wil aanvullen met een bepaling volgens welke de data van de gesprekken die de arts met de patiënt heeft

L'amendement est retiré au profit de l'amendement n^o 456 de Mme Nyssens.

Amendement n^o 626

M. Galand dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/19, amendement n^o 626), tendant à remplacer, au 5^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, les mots «pouvait être» par les mots «a été».

Il s'agit d'une correction formelle.

Amendement n^o 457

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 457), tendant à compléter le 5^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par les mots:

«et la situation médicale considérée comme étant sans issue;».

Il s'agit ici également d'une mise en conformité de l'article 5ter avec le libellé de l'article 3.

L'amendement n^o 457 est retiré au profit de l'amendement n^o 546 mentionné ci-après.

Amendement n^o 546

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelelaere déposent à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 546), visant à insérer au quatrième alinéa de l'article 5ter proposé un 5^obis disposant que le formulaire d'enregistrement doit indiquer si le patient se trouvait dans une situation pouvant être qualifiée de médicalement sans issue.

Lors de l'examen de l'article 3, les auteurs de la proposition ont affirmé, en dépit de la formulation imprécise et vague de cet article, que la commission d'évaluation devait apprécier avec objectivité la «situation qualifiée de médicalement sans issue».

La commission d'évaluation doit donc être à même de déterminer, sur la base du document d'enregistrement, dans quelle mesure le patient se trouvait dans une situation qualifiée de médicalement sans issue.

Amendement n^o 547

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelelaere déposent à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 547), visant à compléter le quatrième alinéa, 6^o, de l'article 5ter proposé, par une disposition stipulant que les informations concernant les entretiens que le médecin a

gevoerd over het duurzaam karakter van het verzoek, moeten worden opgenomen in het registratiedocument.

Een van de indieners wijst erop dat artikel 3, § 2, 2^o, van het wetsvoorstel bepaalt dat de arts zich dient te verzekeren van het duurzaam karakter van het verzoek van de patiënt door middel van meerdere gesprekken die, rekening houdend met de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid.

Teneinde te kunnen nagaan of deze voorwaarde door de arts werd nageleefd, dienen deze gegevens ook te worden opgenomen in het registratiedocument.

Een lid stelt dat bepaalde amendementen stelselmatig de reeks voorwaarden overnemen waarin werd voorzien om euthanasie te kunnen uitvoeren.

De spreekster vraagt of de 6 indieners daartegen bezwaren hebben.

Een ander lid meent dat een dergelijke herhaling overbodig is. De commissie moet nagaan of alle wettelijk voorgeschreven voorwaarden werden vervuld. Het is niet nodig ze alle telkens opnieuw te vermelden.

Nog een ander lid is het hiermee eens. Uit het registratiedocument moet blijken of alle voorwaarden en procedures werden nageleefd. Uiteraard volgt hieruit dat het registratiedocument volledig moet zijn opgesteld.

Amendement nr. 579

De heer Remans c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 579) dat in het vierde lid, 6^o, van artikel 5^{ter} de woorden «uitdrukkelijk, vrijwillig, on-dubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam» wil vervangen door de woorden «vrijwillig, overwogen en herhaald».

De hoofdindieners verklaart dat hierdoor de terminologie van artikel 5^{ter} wordt aangepast aan de terminologie van artikel 3 van het wetsvoorstel.

Amendement nr. 627

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 627), dat ertoe strekt om het 6^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} te vervangen als volgt: «op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk.»

eus avec le patient sur le caractère persistant et durable de sa requête doivent être consignées dans le formulaire d'enregistrement.

L'article 3, § 2, 2^o, de la proposition de loi dispose que le médecin doit s'assurer du caractère durable et persistant de la requête du patient par le biais d'une série d'entretiens espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient.

Ces données doivent également être consignées dans le document d'enregistrement pour permettre de vérifier si le médecin a respecté cette condition.

Un membre constate que certains amendements reprennent systématiquement la série de conditions qui ont été prévues pour que l'on puisse pratiquer une euthanasie.

L'intervenante demande si les six auteurs ont des objections à ce sujet.

Un autre membre considère que cette répétition est superflue. La commission doit vérifier si toutes les conditions légales ont été observées. Il n'est pas nécessaire de mentionner chaque fois ces informations.

Un autre membre se rallie à cette thèse. Il doit ressortir du formulaire d'enregistrement que toutes les conditions et procédures ont été respectées. Il s'ensuit bien évidemment que le formulaire doit être dûment complété.

Amendement n° 579

M. Remans et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 579), visant à remplacer à l'alinéa 4, 6^o, de l'article 5^{ter}, les termes «expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante» par les termes «volontaire, réfléchie et répétée».

L'auteur principal déclare qu'ainsi la terminologie de l'article 5^{ter} est adaptée à la terminologie de l'article 3 de la proposition de loi.

Amendement n° 627

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n°2-244/19, amendement n° 627), visant à remplacer le 6^o de l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé, par la disposition suivante: «les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pressions extérieures;».

Dit amendement is een vormelijke verbetering van de tekst en houdt rekening met de verbetering die werd aangebracht in artikel 3.

Een zelfde opmerking kan worden gemaakt voor het 7^o en 8^o van hetzelfde lid.

Amendement nr. 458

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 458), dat ertoe strekt om in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter een 6^obis in te voegen, luidend:

«6^obis de redenen waarom het verzoek als vrijwillig kon worden beschouwd en niet tot stand gekomen als gevolg van enige externe druk.»

Dit amendement is eveneens bedoeld om artikel 5ter in overeenstemming te brengen met artikel 3. Het wordt ingetrokken ten gunste van amendement nr. 627 van de heer Galand.

Amendement nr. 548

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelelaere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 548) dat ertoe strekt in het vierde lid van artikel 5ter een 6^obis in te voegen, luidend als volgt:

«6^obis de datum waarop de patiënt zijn verzoek voor het eerst heeft geuit, de data waarop de patiënt zijn verzoek heeft herhaald en de datum waarop dit verzoek op schrift werd gesteld;».

Een van de indieners licht hierbij toe dat de commissie noodzakelijkerwijze moet beschikken over de precieze data waarop de patiënt zijn verzoek voor het eerst heeft geuit, zijn verzoek heeft herhaald en wanneer het verzoek op schrift is gesteld.

Dit stelt de commissie niet enkel in staat om het herhaald karakter van het verzoek te beoordelen, maar eveneens om na te gaan of de patiënt op het moment van het uiten van zijn verzoek meerderjarig dan wel ontvoegd minderjarig was.

Bovendien is de controle op de datum waarop het verzoek op schrift werd gesteld noodzakelijk om na te gaan of, in geval van euthanasie op een patiënt die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zou overlijden, er minstens één maand verlopen is tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en de euthanasie, zoals artikel 3, § 3, 2^o, uitdrukkelijk bepaalt.

Amendement nr. 459

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amen-

Cet amendement apporte une amélioration formelle au texte, et prend en considération la correction apportée à l'article 3.

Une remarque similaire peut être formulée à propos des 7^o et 8^o du même alinéa.

Amendement n° 458

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 458), visant à insérer, à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^obis, rédigé comme suit:

«6^obis les raisons pour lesquelles la demande pouvait être considérée comme volontaire et ne résultant pas d'une pression extérieure;».

Cet amendement vise également à mettre l'article 5ter en conformité avec l'article 3. Il est retiré au profit de l'amendement n° 627 de M. Galand.

Amendement n° 548

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 548), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5ter un 6^obis rédigé comme suit:

«6^obis la date à laquelle le patient a fait part de sa demande pour la première fois, les dates auxquelles il a réitéré sa demande et la date à laquelle cette demande a été consignée par écrit;».

La commission doit absolument connaître la date précise à laquelle le patient a fait part de sa demande pour la première fois, les dates auxquelles il l'a réitérée et celle à laquelle sa demande a été consignée par écrit.

Cela permettra à la commission d'apprécier non seulement si la demande présente un caractère répété, mais aussi si, au moment où il a fait part de sa demande, le patient était majeur ou mineur émancipé.

De plus, il est nécessaire de contrôler la date à laquelle la demande a été consignée par écrit en vue de vérifier si, dans le cas d'un acte d'euthanasie pratiqué sur la personne d'un patient qui n'est manifestement pas à l'article de la mort, il s'est écoulé au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'acte d'euthanasie, comme l'article 3, § 3, 2^o, le prévoit expressément.

Amendement n° 459

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amende-

dement nr. 459), dat ertoe strekt om in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter een 6^oter in te voegen, luidend:

«6^oter of de patiënt een schriftelijk verzoek om euthanasie heeft opgesteld en wanneer;».

Dit amendement is bedoeld om artikel 5ter in overeenstemming te brengen met artikel 3.

De indienster meent dat, indien men wil voorkomen dat de controle die door de commissie wordt uitgeoefend zuiver vormelijk blijft, het belangrijk is om na te gaan hoeveel tijd er is voorbijgegaan tussen het schriftelijk verzoek en de euthanasie, door verwijzing naar artikel 3, § 3.

Het amendement herneemt één van de elementen van amendement nr. 548 waarvan de draagwijdte breder is.

Een lid herinnert eraan dat de commissie geen onderzoeksinstantie is maar een evaluatiecommissie.

Het zijn dus enkel de elementen die nodig zijn voor de evaluatie en de beoordeling die haar moeten worden overgemaakt, en niet de elementen die door de commissie niet kunnen worden gecontroleerd.

Misschien is het amendement nr. 459 derhalve voldoende, zonder zover te moeten gaan als de eisen die in amendement nr. 548 worden geformuleerd.

Amendement nr. 549

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 549) dat ertoe strekt in het vierde lid van artikel 5ter een nieuw 6^oter in te voegen, dat luidt als volgt:

«6^oter indien de patiënt niet in staat was zijn verzoek op schrift te stellen, of het document werd ondertekend door een meerderjarige persoon zonder materieel belang bij het overlijden van de patiënt, de naam van de arts hierbij aanwezig vermeldt en de redenen waarom deze patiënt niet in staat was om zijn verzoek op schrift te formuleren;».

Een van de indieners merkt op dat artikel 3, § 4, bepaalt dat, indien de patiënt zelf niet in staat is om zijn verzoek op schrift te stellen, dit kan worden gedaan door een meerderjarige persoon die geen materieel belang mag hebben bij het overlijden van de patiënt. Deze persoon dient de redenen hiervan in het document te vermelden, en de naam van de arts die aanwezig is bij het opstellen van dit document te vermelden.

Teneinde de evaluatiecommissie in staat te stellen de naleving van deze voorwaarden na te gaan, dienen deze gegevens opgenomen te worden in het registratiedocument.

ment n^o 459), tendant à insérer, à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oter, rédigé comme suit:

«6^oter si le patient a rédigé une requête écrite d'euthanasie et à quelle date;».

Cet amendement vise à mettre l'article 5ter en conformité avec l'article 3.

L'auteur estime que, si l'on ne veut pas que le contrôle de la commission soit purement formel, il importe de vérifier le délai qui s'est écoulé entre la requête écrite et l'euthanasie, par référence à l'article 3, § 3.

L'amendement reprend l'un des éléments de l'amendement n^o 548 précité, dont la portée est plus large.

Un membre rappelle que la commission n'est pas une instance d'enquête, mais d'évaluation.

Ce sont donc seulement les éléments d'évaluation et d'appréciation qui doivent lui être fournis, et non des éléments qui seront invérifiables par la commission.

Peut-être l'amendement n^o 459 suffit-il dès lors, sans qu'il faille aller jusqu'aux exigences formulées par l'amendement n^o 548.

Amendement n^o 549

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 549), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oter, rédigé comme suit:

«6^oter si le patient n'était pas en mesure de consigner sa demande par écrit, si le document a été signé par une personne majeure n'ayant aucun intérêt matériel au décès du patient, si ce document mentionne le nom du médecin présent et les raisons pour lesquelles ce patient n'était pas en état de formuler sa demande par écrit;».

L'article 3, § 4, prévoit que si le patient n'est pas en état d'acter sa demande par écrit, il peut le faire faire par une personne majeure qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Cette personne doit indiquer pour quelles raisons le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et mentionner le nom du médecin présent lors de la rédaction de ce document.

Ces données doivent figurer dans le document d'enregistrement en vue de permettre à la commission d'évaluation de vérifier si ces conditions ont été respectées.

Amendement nr. 460

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 460), dat ertoe strekt om in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter een 6^oquater in te voegen, luidend:

«6^oquater of het schriftelijk verzoek om euthanasie opgesteld werd door een derde, op welke manier en wanneer;».

De indienstster meent dat dit element op zich voldoende ernstig is om de anonimiteit van het registratiedocument op te heffen.

Een lid benadrukt de gelijkenis tussen dit amendement en amendement nr. 549.

Amendement nr. 550

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 550) dat in het vierde lid van artikel 5ter een 6^oquater wenst in te voegen, luidend als volgt:

«6^oquater of er sprake was van enige externe druk bij het tot stand komen van het verzoek;».

Een van de indieners stelt dat het noodzakelijk is dat de arts bevestigt of er enige indicaties waren van externe druk bij het tot stand komen van het verzoek van de patiënt: dit is immers een van de grondvoorwaarden waarvan de arts zich dient te vergewissen alvorens hij op het euthanasieverzoek kan ingaan.

Amendement nr. 461

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 461), dat ertoe strekt om in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter een 6^oquinquies in te voegen, luidend:

«6^oquinquies of de patiënt vóór of na het schriftelijk euthanasieverzoek zijn vraag om euthanasie herhaaldelijk heeft ingetrokken;».

De indienstster meent immers dat het belangrijk is tot het einde van de procedure na te gaan of men rekening heeft gehouden met het feit dat de patiënt zijn verzoek eventueel heeft ingetrokken.

Amendement nr. 551

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 551) dat in het vierde lid van artikel 5ter een 6^oquinquies wenst in te voegen, luidend als volgt:

Amendement n° 460

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 460), tendant à insérer, à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oquater, rédigé comme suit:

«6^oquater si la requête écrite d'euthanasie a été rédigée par un tiers, de quelle manière et à quelle date;».

L'auteur estime que cet élément est en soi suffisamment grave pour pouvoir justifier à lui seul la levée de l'anonymat du document.

Un membre souligne la similitude de cet amendement avec l'amendement n° 549 précité.

Amendement n° 550

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 550), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oquater, rédigé comme suit:

«6^oquater s'il y a eu une quelconque pression externe ayant conduit à la formulation de la demande;».

Il est nécessaire que le médecin confirme s'il y a eu une quelconque indication de pressions externes ayant pu conduire le patient à formuler sa demande: il s'agit en effet d'un des éléments essentiels dont le médecin doit s'assurer avant de pouvoir accéder à une demande d'euthanasie.

Amendement n° 461

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 461), tendant à insérer, à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oquinquies, rédigé comme suit:

«6^oquinquies si la requête écrite d'euthanasie a été précédée ou suivie par plusieurs révocations de la demande d'euthanasie de la part du patient;».

L'auteur estime en effet qu'il importe de vérifier si l'on a bien tenu compte des éventuelles rétractations du patient jusqu'au bout de la procédure.

Amendement n° 551

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 551), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, un 6^oquinquies, rédigé comme suit:

«6^oquinquies of en op welke datum de patiënt ooit zijn verzoek heeft ingetrokken;».

Een van de indieners wijst erop dat het noodzakelijk is voor de oordeelsvorming van de commissie dat zij wordt ingelicht of de patiënt ooit zijn verzoek heeft ingetrokken en eventueel opnieuw geuit.

Amendement nr. 462

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 462) dat ertoe strekt om het 7^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter aan te vullen met de woorden «en, indien dat niet het geval is, de prognose inzake de levensverwachting van de patiënt;».

De indienster verklaart dat het de bedoeling is om artikel 5ter in overeenstemming te brengen met artikel 3 dat ook van toepassing is op patiënten die kennelijk niet binnen afzienbare termijn zullen overlijden.

Een lid meent dat men met dit amendement aan de arts het onmogelijke vraagt.

Een ander lid sluit zich bij deze opmerking aan. Alle gehoorde specialisten zijn het eens over de moeilijkheid om zo een prognose te maken.

De indienster van het amendement nr. 462 antwoordt dat het bewijst hoe moeilijk het is om wetten te maken zoals men van plan is te doen.

Amendement nr. 577

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 577), dat ertoe strekt om het 7^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen als volgt:

«7^o of het een geval betreft bedoeld in § 1 of § 2 van artikel 3, dan wel in § 2 van artikel 4;».

De indienster benadrukt dat de tekst die overeenstemt met het amendement nr. 18 slechts één hypothese overweegt.

Een lid antwoordt dat de gezondheidssituatie van de patiënt en de inlichtingen die hem betreffen, ruim vervat zijn in de vorige punten van hetzelfde lid.

De indienster van het amendement nr. 577 antwoordt dat het dat niet is wat zij met haar amendement beoogt, maar wel de precieze situatie waarin de arts zich bevindt ten opzichte van de procedures die hij moet naleven, naargelang het overlijden al dan niet binnen afzienbare termijn is te voorzien, of nog naargelang de patiënt al dan niet bij bewustzijn is.

De evaluatiecommissie kan de manier waarop de procedure werd nageleefd niet beoordelen indien zij niet ten minste de basishypothese kent.

«6^oquinquies si et à quelle date le patient a jamais retiré sa demande;».

Pour que la commission puisse se forger un avis, il est indispensable qu'elle sache si le patient a retiré sa demande à un moment donné (et l'a éventuellement réexprimée).

Amendement n° 462

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 462), tendant à compléter le 7^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, par les mots «et, dans la négative, le pronostic concernant l'espérance de vie du patient;».

L'auteur déclare qu'il s'agit d'assurer la conformité de l'article 5ter avec l'article 3 qui s'applique aussi pour les patients dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance.

Un membre estime que par cet amendement, on demande l'impossible au médecin.

Un autre membre se rallie à cette observation. Tous les spécialistes entendus sont d'accord sur la difficulté d'un tel pronostic.

L'auteur de l'amendement n° 462 répond que cela met en évidence la difficulté qu'il y a à légiférer comme on entend le faire.

Amendement n° 577

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 577), tendant à remplacer le 7^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«7^o si l'on se trouve dans les conditions du § 1^{er} ou du § 2 de l'article 3, ou du § 2 de l'article 4;».

L'auteur souligne en effet que le texte correspondant de l'amendement n° 18 n'envisage qu'une seule hypothèse.

Un membre répond que l'état du patient et les renseignements qui le concernent sont largement compris dans les points précédents du même alinéa.

L'auteur de l'amendement n° 577 répond que ce n'est pas cela qu'elle vise par son amendement, mais bien la situation précise dans laquelle se trouve le médecin, eu égard aux procédures qu'il doit utiliser, selon que le décès est ou non prévisible à brève échéance, ou encore que le patient est ou non conscient.

La commission d'évaluation ne peut apprécier la manière dont la procédure a été suivie si elle n'a pas au moins connaissance de l'hypothèse de base.

De vorige spreker blijft van mening dat de elementen die in de vorige punten van hetzelfde lid werden opgesomd, de commissie de mogelijkheid bieden om snel kennis te nemen van de gezondheidssituatie van de patiënt.

Een lid meent dat het amendement nr. 577 de controleopdracht van de commissie meteen zou beperken, terwijl het amendement nr. 18 er van uitgaat dat de controle zo ruim mogelijk moet gebeuren. Wanneer de inlichtingen die in het registratiedocument werden opgenomen niet zouden volstaan, kunnen de leden van de commissie steeds bijkomende inlichtingen vragen aan de betrokken arts.

Het lid zegt niet goed te begrijpen wat het doel is van het amendement nr. 577.

Een ander lid merkt op dat degene die het registratiedocument invult verantwoordelijk is voor alles wat erin staat. De commissie, die het formulier opstelt, zal er vanzelfsprekend over waken dat alle nodige en nuttige gegevens erin kunnen worden opgenomen. Dit is niet de taak van de wetgever.

Nog een ander lid is van mening dat voornoemd subamendement nr. 468 tegemoet komt aan de bezorgdheid van de indienster van het in bespreking zijnde subamendement, in voorkomend geval met een lichte wijziging.

Amendement nr. 606

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 606), dat ertoe strekt het 7^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} te vervangen als volgt:

«7^o of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn al dan niet voorzienbaar was en of hij zich bevond in de voorwaarden als bedoeld in artikel 3 dan wel in artikel 4 van deze wet;».

Dit amendement stelt een alternatieve formulering voor voor die van amendement nr. 577 van dezelfde indienster.

Amendement nr. 552

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 552) dat in het vierde lid van artikel 5^{ter} een 7^o*bis* wil invoegen, luidend als volgt:

«7^o*bis* de data waarop hij de patiënt heeft ingelicht over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting en waarop hij de resterende therapeutische

Le précédent intervenant maintient que les éléments énumérés dans les points précédents du même alinéa permettront rapidement à la commission de se rendre compte de l'état de santé du patient.

Un membre est d'avis que l'amendement n° 577 aurait pour effet de réduire d'emblée la mission de contrôle de la commission, alors que l'amendement n° 18 considère au contraire que le contrôle doit être effectué sur une base la plus large possible. Dans le cas où il s'avère que les informations consignées sur le formulaire d'enregistrement sont insuffisantes, les membres de la commission ont encore toujours la faculté de demander des informations complémentaires auprès du médecin concerné.

Un membre déclare qu'il ne saisit pas très bien l'objet de l'amendement n° 577.

Un autre membre fait remarquer que la personne qui complète le formulaire d'enregistrement est responsable de tout ce qui s'y trouve consigné. La commission, qui dresse le formulaire, veillera bien entendu à ce que toutes les informations utiles et nécessaires puissent y être consignées. Ceci ne relève pas du législateur.

Un autre membre encore estime que le sous-amendement n° 468 précité correspond à la préoccupation de l'auteur du sous-amendement en discussion, le cas échéant moyennant une légère modification.

Amendement n° 606

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 606), tendant à remplacer le 7^o de l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé par ce qui suit:

«7^o si le décès du patient était ou non prévisible à brève échéance et s'il se trouvait dans les conditions de l'article 3 ou de l'article 4 de la présente loi;».

Cet amendement propose une formulation alternative à celle proposée à l'amendement n° 577 précité, du même auteur.

Amendement n° 552

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 552), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé, un 7^o*bis*, rédigé comme suit:

«7^o*bis* les dates auxquelles il a informé le patient sur son état de santé et son espérance de vie et auxquelles il a discuté avec lui des possibilités théra-

mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg met de patiënt heeft besproken;».

Een van de indieners merkt op dat artikel 3 § 2, 1^o, bepaalt dat de arts de patiënt dient in te lichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken.

Teneinde te kunnen nagaan of de arts deze voorwaarde heeft nageleefd, dient dit in het registratiedocument voor de federale evaluatiecommissie te worden opgenomen.

Amendement nr. 553

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelelaere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 553) dat in het vierde lid van artikel 5^{ter} een 7^oter wil invoegen, luidend als volgt:

«7^oter of er geen redelijke andere oplossing voor de situatie was;».

Een van de indieners stelt vast dat artikel 3, § 2, 1^o, bepaalt dat de arts samen met de patiënt tot de overtuiging moet komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is.

Opdat de evaluatiecommissie zou kunnen nagaan of de arts deze voorwaarde heeft nageleefd, dient dit te worden opgenomen in het registratiedocument.

Een lid meent dat de discussie over dit amendement dezelfde is als die welke werd gevoerd bij de bespreking van artikel 3. Het lid komt tot de vaststelling dat hier nu eenmaal verschillende opvattingen over bestaan.

Een lid wijst erop dat de commissies in, § 2, 1^o, van artikel 3, een volzin hebben goedgekeurd, die de genoemde concepten ook gebruikt: «De arts (...) moet (...) de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patient overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is (...).»

Amendement nr. 463

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 463), dat ertoe strekt het 8^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} te doen vervallen.

peutiques restantes ainsi que des possibilités de soins palliatifs;».

L'article 3, § 2, 1^o, dispose que le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, ainsi que des possibilités thérapeutiques encore envisageables, des possibilités de soins palliatifs et des conséquences des unes et des autres.

Afin de pouvoir vérifier si le médecin a respecté cette condition, il convient de faire figurer ces données dans le document d'enregistrement destiné à la commission fédérale d'évaluation.

Amendement n^o 553

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 553), visant à insérer à l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé, un 7^oter, rédigé comme suit:

«7^oter s'il n'y avait pas d'autre solution raisonnable à la situation;».

L'article 3, § 2, 1^o, dispose que le médecin et le patient doivent arriver conjointement à la conclusion qu'il n'existe aucune autre solution raisonnable pour remédier à la situation dans laquelle le patient se trouve.

Pour permettre à la commission d'évaluation de vérifier si le médecin a respecté cette condition, il convient d'inclure le point en question dans le document d'enregistrement.

Un membre estime que les débats sur cet amendement sont les mêmes que ceux qui ont déjà eu lieu à propos de l'article 3. Le membre relève que plusieurs conceptions peuvent être défendues sur ce point.

Un membre attire l'attention sur le fait qu'au § 2, 1^o, de l'article 3, les commissions ont adopté une phrase qui reprend les notions précitées: «Le médecin doit informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable (...).»

Amendement n^o 463

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 463), tendant à supprimer le 8^o de l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé.

De indienster meent immers dat een afzonderlijk lid moet worden gewijd aan patiënten die niet bij bewustzijn zijn, naar analogie van de opzet achter de andere amendementen die zij heeft ingediend.

Zij verwijst hiervoor naar haar amendement nr. 468 (zie *infra*).

Amendement nr. 607

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 607), dat ertoe strekt het 9^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen als volgt:

«9^o de wijze waarop de arts de voorwaarden en procedures van deze wet heeft nageleefd;».

De indienster vindt immers dat de huidige formulering van het 9^o, zoals vervat in amendement nr. 18, te laconiek en weinig duidelijk is.

Een lid antwoordt dat het 9^o precies tegemoet komt aan de opmerkingen die de indienster van het subamendement heeft verwoord met betrekking tot de subamendementen nrs. 577 tot 606.

Deze bepaling houdt rekening met het feit dat de procedure de wet voorziet verschildt naargelang de gevallen (patiënt al dan niet bij bewustzijn, overlijden al dan niet binnen afzienbare termijn te voorzien, ...).

Zo kan de commissie, indien zij niet onmiddellijk kan bepalen tot welk geval het haar voorgelegde dossier behoort, zich daarvoor op de gevolgde procedure baseren.

De indienster van amendement nr. 607 concludeert dat verschillende punten die in het vierde lid van artikel 5ter werden opgesomd, elkaar overlappen. Indien men de wet correct wil evalueren, moeten de gestelde vragen ook correct zijn, en moeten de antwoorden van die aard zijn dat ze het debat nadien kunnen verhelderen.

De spreekster vindt bovendien dat de commissie, naast een gewone controle op de procedure, kennis moet kunnen nemen van de manier waarop de arts met de in de wet bepaalde voorwaarden en procedures is omgegaan.

Zo bepaalt de tekst niet dat de arts, indien hij het nodig vond om bijkomende voorwaarden te bepalen, die moet vermelden.

Een lid meent dat, benevens de verplicht te melden gegevens, de arts alle gegevens kan mededelen die hij wenselijk acht.

De vorige spreekster antwoordt dat bepaalde vermeldingen heel nuttig zouden zijn voor de evaluatieopdracht van de commissie, waardoor het Parle-

L'auteur estime en effet qu'il y a lieu de rédiger un alinéa distinct pour les patients inconscients, dans la logique des autres amendements qu'elle a déposés.

Elle renvoie à ce sujet à son amendement n^o 468 (voir *infra*).

Amendement n^o 607

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/19, amendement n^o 607), visant à remplacer le 9^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«9^o la manière dont le médecin a rencontré les conditions et procédures de la présente loi;».

L'auteur trouve en effet la formulation actuelle de ce 9^o, telle que reprise à l'amendement n^o 18, trop laconique et peu claire.

Un membre répond que ce 9^o rencontre précisément les observations que l'auteur du sous-amendement à exprimées à propos de ses sous-amendements n^{os} 577 et 606.

Il prend en considération le fait que la procédure prévue par la loi est différente selon les cas (patient conscient ou non, décès prévisible dans un délai rapproché ou non, ...).

Cela permettra à la commission, si elle ne peut déterminer directement dans quel cas de figure se situe le dossier qui lui est soumis, de s'en rendre compte au travers de la procédure suivie.

L'auteur de l'amendement n^o 607 conclut que plusieurs des points énumérés à l'alinéa 4 de l'article 5ter se recourent. Si l'on veut procéder à une évaluation correcte de la loi, il faut que les questions posées soient aussi correctes, et que les réponses soient de nature à éclairer le débat ultérieur.

L'intervenante estime en outre que la commission doit, au-delà d'un simple contrôle de procédure, pouvoir se rendre compte de la manière dont le médecin a rencontré les conditions et procédures fixées dans la loi.

Ainsi, le texte ne prévoit pas que, si le médecin a estimé devoir fixer des conditions complémentaires, il doit en faire mention.

Un membre estime que, outre les informations dont la divulgation est obligatoire, le médecin peut communiquer toutes les informations qu'il juge souhaitable.

La précédente intervenante répond que certaines mentions seraient très utiles à la commission dans sa mission d'évaluation, ce qui permettrait au Parlement

ment later zou kunnen oordelen of de wetgeving moet worden gewijzigd.

Een lid is van mening dat men van een instelling niet meer mag verwachten dan wat ze kan geven.

De evaluatiecommissie mag niet worden beschouwd als de enige bron van informatie noch als het observatorium voor euthanasie in België noch als de wetenschappelijke expert bij uitstek ter zake.

Er blijven immers een reeks euthanasiegevallen bestaan waarvoor geen aangifte wordt gedaan, en gevallen van levenseinde die onder de noodtoestand vallen.

De commissie is een instantie die delicate zaken beoordeelt, die, voor zover dat kan, er moet over waken dat bij de begeleiding van het levenseinde en euthanasie de wensen van de persoon in kwestie worden gerespecteerd en de verschillende voorwaarden die in de wetgeving werden bepaald, worden nageleefd en die de verbeteringen die haar nuttig lijken, kan voorstellen.

Maar de wetgever, wanneer die de wet evalueert, mag zich niet enkel baseren op de verslagen van de commissie aangezien zij maar een deel van de gevallen van levenseinde en van de gevallen die in dat kader worden toegepast, kent.

Hij zal die informatie moeten aanvullen met andere elementen die door de observatoria voor gezondheid, het Hoger Instituut voor volksgezondheid, enz. worden verstrekt.

Amendement nr. 464

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 464), dat ertoe strekt het 9^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} aan te vullen als volgt:

«meer bepaald wat betreft de informatie die aan de patiënt is verstrekt, de medische en morele begeleiding die hij heeft gekregen, de palliatieve zorg die hem eventueel is verleend, alsook de data waarop de gesprekken met de patiënt zijn gevoerd en de data waarop hij om euthanasie heeft gevraagd;»

De indienster is immers van mening dat de gesprekken met de patiënt, de informatie die hem is verstrekt, de medische en morele begeleiding die hij heeft gekregen, de palliatieve zorg die hem is verleend, allemaal essentiële gegevens zijn om het gedrag van de arts in een specifiek geval te beoordelen.

Amendement nr. 554

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheelaere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement

d'apprécier ultérieurement si une modification législative s'impose.

Un membre estime qu'il ne faut pas attendre d'une institution plus que ce qu'elle peut donner.

La commission d'évaluation ne doit pas être considérée comme la seule source d'informations, ni comme l'observatoire des euthanasies en Belgique ou l'expert scientifique par excellence en la matière.

Il demeurera en effet, une série d'euthanasies pour lesquelles aucune déclaration ne sera faite, et des cas de fin de vie qui relèveront de l'état de nécessité.

La commission est une instance d'appréciation de situations délicates, qui doit veiller, autant que faire se peut, à ce que les accompagnements de fin de vie et les euthanasies se fassent bien dans le respect de la demande des personnes et des différentes conditions fixées par la législation, et qui peut proposer toutes les améliorations qu'elle juge utiles.

Mais le législateur, lorsqu'il évaluera la loi, ne pourra s'en tenir aux seuls rapports qui lui viendront de la commission, puisque celle-ci ne connaîtra que d'une partie des cas de fin de vie et des actes posés dans ce contexte.

Il devra recouper ces informations avec d'autres éléments fournis par les observatoires de la santé, de l'Institut supérieur de la Santé publique, etc.

Amendement n^o 464

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 464), tendant à compléter le 9^o de l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé par ce qui suit:

«en particulier, concernant l'information donnée au patient, l'accompagnement médical et moral dont il a bénéficié, les soins palliatifs éventuels qui lui ont été administrés, les dates des entretiens menés avec le patient, les dates auxquelles des demandes d'euthanasie ont été formulées par le patient;»

L'auteur estime en effet que les entretiens avec le patient, l'information qui lui est donnée, l'accompagnement tant moral que médical dont il a bénéficié, ainsi que les soins palliatifs qu'il a reçus sont des données essentielles pour évaluer correctement le comportement du médecin dans le cas d'espèce.

Amendement n^o 554

M. Vandenberghe et Mme De Schampheelaere déposent un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/18, amendement n^o 554), visant

nr. 554) dat in het vierde lid, 10^o, van het voorgestelde artikel 5ter wil bepalen dat ook de resultaten van de besprekingen worden vermeld.

Een van de indieners wijst erop dat, opdat de evaluatiecommissie een efficiënte zou kunnen controleren of alle voorwaarden en procedures werden nageleefd, het niet alleen volstaat de hoedanigheid van de geraadpleegde artsen of de data waarop de raadplegingen hebben plaatsgehad, in het registratiedocument te vermelden, maar ook het resultaat van deze raadplegingen.

Amendement nr. 656

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 656) dat ertoe strekt in het 10^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter in te schrijven dat ook het advies dat de geraadpleegde artsen uitbrengen wordt opgenomen in het registratieformulier dat aan de evaluatiecommissie wordt bezorgd.

Een lid verwijst naar eerdere amendementen die hieromtrent door haar fractie werden ingediend. Zij wijst op het essentiële karakter van deze amendementen. De zorgvuldigheidsvoorwaarden die in artikel 3 werden ingeschreven voorzien in verschillende raadplegingen van andere artsen door de arts die de euthanasie toepast.

Volgens de door amendement nr. 18 voorgestelde tekst volstaat het dat enkel de namen van de geraadpleegde artsen en de data waarop dezen werden geraadpleegd, worden vermeld. Dit stelt de evaluatiecommissie echter niet in staat na te gaan of de zorgvuldigheidsvoorwaarden werkelijk werden nageleefd. Deze vervallen dan ook tot louter procedurele voorwaarden.

Belangrijker voor de commissie is te weten wat de inhoud is van de verschillende adviezen. Het feit dat driemaal een negatief advies werd gegeven, zegt immers meer over de besluitvorming dan de juiste data waarop deze adviezen werden gegeven. Het amendement nr. 656 is dan ook essentieel.

Een ander lid verwijst naar de libellering van het amendement nr. 554, waarin wordt gesproken over «het resultaat van de raadpleging», terwijl in het amendement nr. 656 het woord «advies» wordt gehanteerd. Spreker ziet niet goed in wat het verschil is tussen beide amendementen, vermits het resultaat van een raadpleging door een arts automatisch resulteert in een advies van deze arts. Dit is precies de bedoeling van de voorgeschreven raadpleging. Bestaat het risico dat de controlecommissie te goed zou worden ingelicht?

Een lid antwoordt dat men zich vragen kan stellen bij wat de «uitkomst» is van een raadpleging.

à compléter le 10^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, en disposant que les résultats des entretiens doivent aussi être mentionnés.

Si l'on veut que la commission d'évaluation puisse contrôler effectivement si l'ensemble des conditions et procédures ont été respectées, il ne suffit pas de mentionner uniquement la qualité des médecins consultés ou les dates des consultations dans le document d'enregistrement, mais le résultat de ces consultations doit également y être consigné.

Amendement n^o 656

M. Vankrunkelsven dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/19, amendement n^o 656), visant à compléter le 10^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé, en disposant que l'avis émis par les médecins consultés doit aussi être consigné dans le formulaire d'enregistrement à remettre à la commission d'évaluation.

Une membre se réfère aux amendements présentés précédemment à ce propos par son groupe. Elle souligne l'importance de ces amendements. Les conditions de prudence prévues à l'article 3 stipulent que le médecin qui pratique l'acte d'euthanasie doit consulter plusieurs autres médecins.

Aux termes du texte proposé par l'amendement n^o 18, il suffit de mentionner le nom des médecins consultés et les dates des consultations. Mais cela ne permet pas encore à la commission d'évaluation de vérifier si les conditions de prudence requises ont été vraiment respectées. Elles sont ainsi ramenées à de simples conditions de procédure.

Ce qui est autrement plus important pour la commission, c'est le contenu des différents avis. Le fait de savoir que trois avis négatifs ont été rendus sur un même cas en dit plus long sur la prise de décision que les dates précises auxquelles ces avis ont été donnés. L'amendement n^o 656 revêt ainsi une importance capitale.

Un autre membre fait remarquer que dans l'énoncé de l'amendement n^o 554, il est question de «résultat de la consultation», alors que dans l'amendement n^o 656, le terme «avis» est utilisé. L'intervenant ne saisit pas très bien la différence entre les deux amendements, puisque le résultat d'une consultation auprès d'un médecin se traduit automatiquement par un avis de ce même médecin. C'est précisément l'objectif de la consultation prescrite. Le risque existerait-il que la commission puisse être trop bien informée?

Un membre répond que l'on peut s'interroger sur ce qu'est le «résultat» d'une consultation.

Amendement nr. 465

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 4-244/17, amendement nr. 465), dat ertoe strekt het 10^o van het vierde lid van het voorgestelde artikel 5^{ter} aan te vullen als volgt:

« alsook informatie betreffende het advies van deze arts of artsen over het euthanasieverzoek van de patiënt en zijn fysieke en psychische gezondheidstoestand ».

De indienstverdiener verduidelijkt dat in dit deel het advies van de geraadpleegde arts moet worden samengevat die krachtens artikel 3, § 2, een verslag moet opstellen over zijn medische bevindingen.

Daarnaast moet ook het advies worden samengevat van de tweede geraadpleegde arts die overeenkomstig artikel 3, § 3, het euthanasieverzoek moet beoordelen en een verslag moet opstellen over de fysieke en psychische gezondheidstoestand van de patiënt indien die kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden.

Deze vermeldingen zijn essentieel ingeval zou blijken dat de arts die euthanasie heeft uitgevoerd, duidelijk is afgeweken van het advies van de geraadpleegde artsen. Het opheffen van de anonimiteit zou bijvoorbeeld kunnen worden overwogen ingeval euthanasie werd toegepast op een patiënt die duidelijk niet aan zijn levenseinde was en dit ondanks de uiteenlopende adviezen van confraters of andere geraadpleegde personen.

Een lid merkt op dat het amendement gedeeltelijk het amendement nr. 544 overlapt. Beide amendementen hebben veeleer betrekking op een evaluatie van het optreden dan wel op een procedurele controle wat in voorgestelde tekst misschien te sterk naar voren komt.

De spreker benadrukt dat alle gevallen van levens-einde verschillend zijn. Indien men een commissie met zulke bekwame personen opricht, is dat om een zuiver administratieve controle waarvoor de tussenkomst van een ambtenaar of controlerend geneesheer zou volstaan, te voorkomen.

Het is een vraag die de commissie zich stelt.

Het moet derhalve uit de tekst blijken dat zulks het doel is die de wetgever nastreeft.

Daarom is de spreker van mening dat het de moeite loont om over de nrs. 554 tot 465 verder na te denken.

Een ander lid vraagt zich af wat er dient te gebeuren indien sommige artsen verschillende adviezen hebben gegeven, die mekaar tegenspreken. Het wordt een zware administratieve klus om een volledig dossier te kunnen samenstellen, wanneer werkelijk elke raadpleging dient vermeld te worden.

Amendement n^o 465

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 465), visant à compléter le 10^o de l'alinéa 4 de l'article 5^{ter} proposé par ce qui suit:

« ainsi qu'une information relative à l'avis émis par ce(s) médecin(s) en ce qui concerne tant la demande d'euthanasie formulée par le patient que l'état de santé physique et psychique de ce patient. »

L'auteur précise que le volet doit reprendre de manière synthétique l'avis du médecin consulté, qui en vertu de l'article 3, § 2, a l'obligation de faire un rapport sur ses constatations de nature médicale.

Il doit également reprendre de manière synthétique l'avis du deuxième médecin consulté, qui, en vertu de l'article 3, § 3, a l'obligation de contrôler la demande d'euthanasie et de faire un rapport concernant l'état de santé physique et psychique du patient si le décès de ce patient n'est manifestement pas supposé intervenir à brève échéance.

Ces mentions sont essentielles au cas où il apparaîtrait que le médecin qui a pratiqué une euthanasie s'est écarté sensiblement de l'avis des autres médecins consultés. La levée de l'anonymat pourrait, par exemple, se concevoir dans le cas où l'euthanasie a été pratiquée à l'égard d'un patient qui n'était manifestement pas en fin de vie, et cela nonobstant les avis divergents de confrères ou d'autres personnes consultées.

Un membre observe que l'amendement recoupe partiellement l'amendement n^o 554. Tous deux concernent plus l'évaluation d'une démarche qu'un contrôle procédural qui domine peut-être trop dans le texte proposé.

L'intervenant souligne que toutes les situations sont différentes en fin de vie. Si une commission composée de personnes aussi qualifiées est créée, c'est bien pour éviter un contrôle purement administratif, pour lequel l'intervention d'un fonctionnaire ou d'un médecin contrôleur suffirait.

C'est une question que la commission se pose.

Il doit dès lors ressortir du texte que c'est bien ce but que le législateur poursuit.

C'est pourquoi l'intervenant estime que les amendements n^{os} 554 et 465 méritent réflexion.

Un autre membre se demande ce qu'il convient de faire dans le cas où certains médecins donneraient différents avis qui se contredisent. Cela pourrait s'avérer une tâche administrative particulièrement ardue que de constituer un dossier complet s'il faut mentionner chaque consultation.

De indienst van amendement nr. 465 antwoordt dat het amendement enkel beoogt ervoor te zorgen dat de controle eveneens slaat op wat aan de 2e of 3e arts wordt gevraagd, waarvan de tussenkomst door de zes indieners zelf wordt voorzien.

Deze discussie houdt verband met de fundamentele vraag over de aard van de controle die door de commissie wordt uitgeoefend. Dat is een beslissing die men moet nemen: ofwel wil men een formele en administratieve controle op een minimum aantal elementen, ofwel een reële beoordeling maar dan moet de commissie over de nodige gegevens beschikken.

Indien de wet bepaalt dat een 2e arts moet worden geraadpleegd, moet de commissie minstens weten of zijn advies negatief of positief was.

Een lid merkt op dat de «geraadpleegde artsen» natuurlijk de artsen zijn waarover men het in artikel 3 heeft.

Misschien moet dat uitdrukkelijk worden vermeld.

Indien de commissie het advies van de 2e arts niet mag kennen, waartoe dient het dan om aan te geven dat die werd geraadpleegd? Deze eis zou dan zuiver formele zijn en het zou derhalve niet nodig zijn om een commissie van 16 bekwaame personen op te richten om te controleren of die werd nageleefd.

Amendement nr. 555

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 555) dat in het 11^o van het vierde lid van artikel 5ter wil inschrijven dat ook het resultaat van de raadplegingen moet worden weergegeven in het registratiedocument.

Een van de indieners herinnert eraan dat, opdat de evaluatiecommissie een efficiënte controle zou kunnen uitoefenen op de naleving van alle voorwaarden en procedures, het niet alleen volstaat de hoedanigheid van de geraadpleegde personen of de data waarop in het registratiedocument te vermelden, maar ook het resultaat van deze raadplegingen.

Amendement nr. 556

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 556) dat het voorgestelde artikel 5ter in die zin wil aanpassen dat ook de personen met wie de arts gesprekken heeft gevoerd omtrent het verzoek tot euthanasie, worden vermeld in het registratieformulier.

L'auteur de l'amendement n° 465 répond que l'amendement ne vise qu'à s'assurer de ce que le contrôle porte également sur ce qui est demandé au 2^e ou au 3^e médecin, dont l'intervention est prévue par les six auteurs eux-mêmes.

La présente discussion se rattache à la question fondamentale de la nature du contrôle de la commission. Ce point doit être tranché: soit il s'agit d'un contrôle de nature formelle et administrative, portant sur un nombre minimal d'éléments, soit il s'agit de donner une véritable appréciation, mais alors la commission doit disposer des données nécessaires pour ce faire.

Ainsi, si la loi prévoit qu'un 2^e médecin doit être consulté, il faut à tout le moins que la commission sache si son avis était négatif ou positif.

Un membre observe que les «médecins consultés» sont bien sûr les médecins dont on parle à l'article 3.

Peut-être faudrait-il le dire explicitement.

Si la commission ne sait pas quel était l'avis du 2^e médecin, à quoi cela sert-il d'indiquer que celui-ci a été consulté? Cette exigence serait alors purement formelle et il ne serait pas nécessaire de créer une commission de 16 personnes qualifiées pour vérifier son respect.

Amendement n° 555

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 555), visant à compléter l'alinéa quatre, 11^o, de l'article 5ter proposé, en disposant que le résultat de la consultation doit être indiqué dans le formulaire d'enregistrement.

Un des auteurs attire l'attention sur le fait que, pour que la commission d'évaluation soit en mesure d'effectuer un contrôle vraiment efficace du respect de toutes les conditions et procédures, il faut que non seulement soient mentionnés sur le formulaire d'enregistrement la qualité des personnes consultées ou les dates des consultations, mais également le résultat de ces consultations.

Amendement n° 556

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 556), visant à modifier l'article 5ter proposé de manière à faire mentionner dans le formulaire d'enregistrement également les personnes avec lesquelles le médecin a eu des entretiens au sujet de la requête d'euthanasie.

Een van de indieners merkt op dat de voorgestelde tekst enkel bepaalt dat de hoedanigheid van en de data waarop de personen die de arts heeft geraadpleegd, in het registratiedocument dienen te worden opgenomen.

Volgens de artikelen 3 en 4 van het voorstel dient de arts enkel een tweede dan wel een derde arts te «raadplegen».

De artikelen 3 en 4 bepalen anderzijds dat de arts met het verplegend team, de vertrouwenspersoon en de naasten van de patiënt, het verzoek van de patiënt dient te bespreken.

Om elke dubbelzinnigheid weg te nemen, is het noodzakelijk in deze aanvulling te voorzien.

Een lid vraagt zich af of het voorzichtig is om in een formule als voorgesteld door het amendement te voorzien, want het gaat hier om geraadpleegde personen die niet aansprakelijk zijn. Ze geven hun advies, leggen hun verklaringen af aangezien het geen artsen zijn.

In tegenstelling tot het advies van de 2e arts is er in het dossier geen spoor van hun advies. Zelfs al maakt de arts nadien een exact verslag van wat de andere geraadpleegde personen hebben gezegd, dan nog zouden zij nadien de inhoud van hun bewoordingen kunnen betwisten zonder dat de arts over de middelen beschikt om zijn goede trouw te bewijzen.

Amendement nr. 466

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 4-244/17, amendement nr. 466), dat ertoe strekt om het 11^o van het vierde lid van artikel 5ter aan te vullen als volgt:

«alsmede inlichtingen betreffende het advies dat die personen hebben gegeven over zowel het door de patiënt geformuleerde euthanasieverzoek als de fysieke en psychische gezondheidstoestand van de patiënt;».

De indienstster meent dat het essentieel is dat de commissie zich kan uitspreken over het bestaan van een echte dialoog tussen de arts enerzijds en het verplegend team en de naasten anderzijds.

Een korte nota over het advies van alle personen die geraadpleegd zijn, moet in dit tweede deel worden opgenomen teneinde de commissie in staat te stellen na te gaan hoe de arts de beslissing heeft genomen. De arts is steeds alleen verantwoordelijk voor zijn daden. De dialoog met de verwanten en het verzorgend team mag evenwel niet worden opgevat als een zuivere formaliteit.

Amendement nr. 117

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/

Le texte proposé dispose que seules la qualité des personnes que le médecin a consultées et la date de ces consultations doivent être consignées dans le document d'enregistrement.

Aux termes des articles 3 et 4 de la proposition, le médecin peut se contenter de «consulter» un deuxième, voire un troisième médecin.

Or, les articles 3 et 4 prévoient que le médecin est tenu d'examiner la requête du patient avec l'équipe soignante, la personne de confiance et les proches du patient.

Afin de lever toute ambiguïté, l'ajout proposé s'avère donc indispensable.

Un membre se demande s'il est prudent de prévoir une formule telle que celle proposée par l'amendement, car on vise ici les personnes consultées qui ne sont pas liées par une responsabilité. Elles donnent leurs avis, font leurs déclarations, puisque ce ne sont pas des médecins.

Contrairement à l'avis d'un 2^e médecin, il n'y a pas de trace de leur avis au dossier. Dès lors, même si, ultérieurement, le médecin fait un compte-rendu exact de ce que ces autres personnes consultées ont dit, celles-ci pourraient contester ultérieurement le contenu de leurs propos, sans que le médecin ait les moyens de prouver sa bonne foi.

Amendement n^o 466

Mme Nyssens dépose à l'amendement n^o 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n^o 2-244/17, amendement n^o 466), tendant à compléter le 11^o de l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par ce qui suit:

«ainsi qu'une information relative à l'avis émis par ces personnes en ce qui concerne tant la demande d'euthanasie formulée par le patient que l'état de santé physique et psychique du patient;».

L'auteur estime essentiel que la commission puisse se prononcer sur l'existence d'un véritable dialogue particulièrement entre le médecin d'une part, et l'équipe soignante et les proches d'autre part.

Une brève note concernant l'avis de toutes les personnes qui ont été consultées doit figurer dans ce deuxième volet pour permettre à la commission de vérifier comment la décision a été prise par le médecin. Le médecin est toujours seul responsable de ses actes. Toutefois, le dialogue avec les proches et l'équipe soignante ne peut se résumer à une pure formalité.

Amendement n^o 117

M. Vankrunkelsven dépose un sous-amendement à l'amendement n^o 18 (doc. Sénat, n^o 2-244/8, amende-

8, amendement nr. 117), dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 5ter een 13° nieuw toe te voegen luidende:

« 13° het (de) schriftelijke verslag(en) van de geconsulteerde de arts(en) ».

De indiener merkt op dat de draagwijdte van dit amendement reeds tot uiting komt in artikel 3, zoals geamendeerd door het amendement nr. 14.

Het amendement nr. 117 wordt ingetrokken.

Amendement nr. 467

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 4-244/17, amendement nr. 467), dat ertoe strekt het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter te vervangen door een nieuw 13°, luidende:

« 13° de vermelding van de stukken die in het medisch dossier zitten. »

De indienster benadrukt dat het medisch dossier van cruciaal belang is voor de controle op de medische en verpleegkundige handelingen, in het bijzonder voor de controle op euthanasie.

Er moet gestreefd worden naar een zo volledig mogelijk dossier. Alleen al de vermelding van de stukken die in het dossier zitten, kan interessant zijn bij de evaluatie van de wet.

Het is dus de bedoeling om bij het dossier een inventaris te voegen zoals men dat bij justitie gewoonlijk doet, ook al gaat het in dit geval niet om een gerechtelijke instantie.

Een lid meent dat de indienster van het amendement het te goed wil doen. Het dossier kan inderdaad met een reeks documenten, zoals bijvoorbeeld de resultaten van het labo, worden aangevuld. Maar men zou de arts altijd kunnen verwijten om een bepaald document niet in zijn inventaris te hebben opgenomen.

Men zou ten minste de specifieke documenten moeten voor ogen houden die rechtstreeks betrekking hebben op euthanasie.

Amendement nr. 557

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 557) dat het vierde lid van het voorgestelde artikel 5ter wil aanvullen met een 13° nieuw, dat luidt als volgt:

« 13° de handelingen van de arts en hun resultaat, met inbegrip van het integrale verslag van de geraadpleegde arts(en) ».

ment n° 117), visant à insérer à l'article 5ter proposé, un 13° nouveau, rédigé comme suit :

« 13° le(s) rapport(s) écrit(s) du (des) médecin(s) consulté(s) ».

L'auteur observe que la portée de cet amendement est déjà incluse dans l'article 3, comme modifié par l'amendement n° 14.

L'amendement n° 117 est retiré.

Amendement n° 467

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 467), tendant à compléter l'alinéa 4 de l'article 5ter proposé par un 13° nouveau rédigé comme suit :

« 13° la mention des documents figurant au dossier médical. »

L'auteur souligne que le dossier médical est crucial pour le contrôle des actes médicaux et infirmiers, en particulier pour le contrôle des actes d'euthanasie.

L'objectif est que ce dossier soit le plus complet possible. Une simple mention des documents qui s'y trouvent peut être intéressante dans le cadre d'une évaluation de la loi.

Il s'agit donc de mettre au dossier un inventaire comme on le fait généralement en justice dans tout dossier, même si, en l'occurrence, on ne se trouve pas dans le cadre d'une instance juridictionnelle.

Un membre estime que l'amendement veut trop bien faire. Il peut en effet y avoir une série de documents, comme par exemple des résultats de laboratoire, qui peuvent compléter un dossier. On pourrait toujours reprocher au médecin de ne pas avoir repris tel ou tel document dans son inventaire.

Il faudrait à tout le moins que l'on vise spécifiquement les documents qui concernent directement l'euthanasie.

Amendement n° 557

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 557), visant à compléter l'alinéa quatre de l'article 5ter proposé par un 13° nouveau, rédigé comme suit :

« 13° les actes du médecin et leur résultat, y compris le rapport intégral du ou des médecins consultés ».

Een van de indieners stelt vast dat artikel 5ter enkel bepaalt dat de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen en de data van die raadplegingen in het registratiedocument moeten worden opgenomen.

Teneinde het de evaluatiecommissie mogelijk te maken de controle op de naleving van de voorwaarden effectief uit te oefenen, dienen ook de resultaten van de handelingen van de arts, alsmede het integrale verslag van de geraadpleegde arts(en) in het registratiedocument te worden opgenomen.

Het volstaat niet te stellen dat «bij twijfel» de commissie om inzage van deze verslagen of van het medisch dossier kan verzoeken.

Het is op basis van de registratiedocumenten zoals ze thans worden voorgesteld, amper mogelijk zich zelfs maar enig oordeel te vormen nopens de waarachtigheid van de naleving van de voorwaarden.

Een lid meent dat het wenselijker is om in te gaan op de suggestie van een vorige spreker, om de arts ervan op de hoogte te brengen dat de leden van de evaluatiecommissie inzage wensen te nemen van het vertrouwelijke deel van het registratiedocument.

Amendement nr. 558

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 558), dat subsidiair is op het amendement nr. 557, en dat eveneens in de aanvulling van het vierde lid van artikel 5ter voorziet met een 13° nieuw, luidend als volgt: «het integrale verslag van de geraadpleegde arts(en)».

Een van de indieners verwijst naar de argumentatie die werd gegeven bij het amendement nr. 557.

Amendement nr. 468

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 468), dat ertoe strekt om het voorgestelde artikel 5ter aan te vullen met een nieuw lid, luidend: «Was de patiënt niet meer bij bewustzijn, dan moeten in het tweede deel daarenboven de volgende gegevens vermeld worden.

1° op grond van welke gegevens de arts heeft kunnen besluiten dat de patiënt zich bevond in een toestand van bewustzijnsverlies die volgens de huidige stand van de wetenschap onomkeerbaar was;

2° of er een wilsverklaring bestond en of die verklaring voldeed aan de voorwaarden van artikel 4, waarbij in voorkomend geval wordt aangegeven op welke punten van die voorwaarden werd afgeweken;

Un des auteurs constate que l'article 5ter prévoit que seules la qualification du ou des médecins consultés et la date de ces consultations soient consignées dans le document d'enregistrement.

Afin de permettre à la commission d'évaluation de contrôler efficacement le respect des conditions, il convient aussi de consigner dans le document d'enregistrement les actes du médecin ainsi que le rapport intégral du ou des médecins consultés.

Il n'est pas suffisant de prévoir qu'« en cas de doute», la commission peut demander de consulter ces rapports ou le dossier médical.

Il est à peine possible, sur la base des documents d'enregistrement tels que proposés actuellement, de se faire quelque opinion à propos de la réalité du respect des conditions.

Un membre estime qu'il est souhaitable de suivre la suggestion de l'intervenant précédent consistant à informer le médecin du fait que les membres de la commission d'évaluation souhaitent prendre connaissance de la partie confidentielle du formulaire d'enregistrement.

Amendement n° 558

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 558), subsidiaire à l'amendement n° 557, visant à compléter l'alinéa quatre de l'article 5ter, par un 13° nouveau, rédigé comme suit: «le rapport intégral du ou des médecins consultés».

Un des auteurs se réfère à l'argumentation qui soutient l'amendement n° 557.

Amendement n° 468

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 468), tendant à compléter l'art. 5ter proposé par un alinéa nouveau, rédigé comme suit: «Si le patient était inconscient, le deuxième volet doit contenir en outre les données suivantes:

1° les éléments qui ont permis au médecin de conclure que le patient se trouvait dans une situation d'inconscience irréversible selon l'état actuel de la science;

2° s'il existait une déclaration de volonté et si cette déclaration répondait aux conditions de l'article 4, avec l'indication, le cas échéant, des éléments non conformes;

3° of in de wilsverklaring vertrouwenspersonen werden aangewezen die voldoen aan de voorwaarden van de wet en of die personen door de arts geraadpleegd werden;

4° of de patiënt zijn wilsverklaring heeft laten optekenen door een derde en de redenen van die keuze;

5° in hoeverre de arts bij zijn keuze geleid werd door de wilsverklaring van de patiënt;

6° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts(en) en de datum van die raadplegingen, alsmede inlichtingen over het advies van die arts(en) over zowel de wilsverklaring van de patiënt als over diens gezondheidstoestand;

7° de hoedanigheid van alle andere door de arts geraadpleegde personen, de datum van die raadplegingen, alsmede inlichtingen over het advies van die personen over de wilsverklaring van de patiënt;

8° of de naasten geraadpleegd werden en de redenen daarvan.»

De indienster herinnert eraan dat in artikel 4 van het voorstel specifieke procedures en specifieke criteria werden bepaald voor euthanasie bij een patiënt die niet bij bewustzijn is. Het is wenselijk dat de toetsing betrekking heeft op al die punten. Daar de patiënt die niet bij bewustzijn is, in een uiterst kwetsbare positie verkeert, moet hem een grotere bescherming geboden worden tegen eventuele misbruiken waarvan hij het slachtoffer zou kunnen worden.

De indienster van het amendement zegt heel terughoudend te staan tegenover het deel van het wetsvoorstel dat betrekking heeft op patiënten die niet bij bewustzijn zijn en wenst derhalve voor die patiënten een maximum aantal garanties in te bouwen.

Een lid verklaart geneigd te zijn de aangelegenheid van de patiënten die niet bij bewustzijn zijn in een aparte paragraaf of apart lid te behandelen want dat vergemakkelijkt de lezing van de tekst en verbetert de samenhang ervan.

Wat de grond van het amendement betreft meent hij dat het 5° overdreven is aangezien trouwens duidelijk werd aangegeven dat de wilsverklaring informatief is.

Amendement nr. 491

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 491), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5ter met een nieuw lid aan te vullen, luidend:

«De arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, zendt dit document binnen drie dagen na de euthanasie over aan de evaluatiecommissie bedoeld in artikel 5bis.»

3° si la déclaration désignait des personnes de confiance répondant aux conditions de la loi et si ces personnes ont été consultées par le médecin;

4° si le patient a fait acter sa déclaration de volonté par un tiers, et les raisons de ce choix;

5° dans quelle mesure le choix du médecin a été guidé par la déclaration anticipée du patient;

6° la qualification du ou des médecin(s) consulté(s) et la date de ces consultations, ainsi qu'une information relative à l'avis émis par ce(s) médecin(s) en ce qui concerne tant la déclaration de volonté du patient que son état de santé;

7° la qualité de toutes les autres personnes consultées par le médecin, la date de ces consultations, ainsi qu'une information relative à l'avis émis par ces personnes en ce qui concerne la déclaration de volonté du patient;

8° si les proches n'ont pas été consultés, en mentionner les raisons.»

L'auteur rappelle que l'article 4 de la proposition a énoncé une procédure et des critères spécifiques concernant l'euthanasie d'un patient inconscient. Il convient que la vérification porte réellement sur tous ces éléments. Le patient inconscient étant dans une situation d'extrême vulnérabilité, il importe de lui accorder une protection accrue face aux abus éventuels dont il pourrait faire l'objet.

L'auteur de l'amendement se dit très réticente par rapport au volet de la proposition de loi qui traite des patients inconscients, et souhaite dès lors prévoir un maximum de garanties en ce qui les concerne.

Un membre se déclare favorable au fait de traiter la question des patients inconscients dans un paragraphe ou un alinéa distinct, car cela facilite la lecture du texte et améliore sa cohérence.

En ce qui concerne le fond de l'amendement, il estime le point 5° excessif, puisqu'il est par ailleurs indiqué clairement que la déclaration a un rôle indicatif.

Amendement n° 491

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 491), tendant à compléter l'article 5ter proposé par un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie transmet ce document à la commission d'évaluation visée à l'article 5bis, dans les trois jours de l'euthanasie.»

De indienster verduidelijkt dat de wet van 13 augustus 1990 houdende de oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking eveneens een termijn bepaalt waarbinnen de arts het document moet overzenden aan de evaluatiecommissie (dit is binnen vier maanden volgend op de zwangerschapsafbreking). Gelet op de controletaak waarmee de commissie krachtens artikel 4^{quater} uitdrukkelijk belast is, wat inhoudt dat het dossier eventueel overgemaakt wordt aan de procureur des Konings, is het belangrijk dat de gegevens door de arts zo snel mogelijk aan de commissie worden bezorgd.

De zes indieners hebben de termijn in kwestie op 4 dagen vastgesteld en maken melding hiervan in artikel 5. Het zou eventueel verkieslijk zijn om de bepalingen met betrekking tot de aangifte meer te groeperen teneinde de opmaak van de tekst te verbeteren.

Een lid is van mening dat men moet vermijden om stelselmatig te vergelijken met de wet op zwangerschapsafbreking omdat het om verschillende situaties gaat.

Hij herinnert er eveneens aan dat hij een amendement heeft ingediend dat ertoe strekt om in artikel 5 te bepalen dat de termijn 4 werkdagen bedraagt.

Drie dagen lijken onvoldoende. Men mag niet vergeten wat een emotionele schok euthanasie steeds teweegbrengt. De arts die zo een verantwoordelijkheid neemt, moet over een redelijke termijn beschikken om zijn rapport nauwgezet op te maken.

Amendement nr. 559

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 559), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5^{ter} aan te vullen met een nieuw lid, dat luidt als volgt:

«Indien de arts euthanasie toepaste ingevolge een wilsverklaring, bevat het tweede deel bovendien de volgende gegevens:

1^o of de wilsverklaring werd opgesteld ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt;

2^o of de wilsverklaring gedateerd en ondertekend werd door degene die de verklaring aflegde, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(o)n(en);

3^o indien de patiënt fysiek niet in staat was om te tekenen, of de wilsverklaring gedateerd en ondertekend werd door degene die het verzoek opstelde, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(o)n(en), en een medisch getuigenschrift werd bijgevoegd;

L'auteur précise que la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse fixe également un délai maximal dans lequel le médecin doit communiquer le document à la commission d'évaluation (à savoir dans les quatre mois de l'interruption de grossesse). Vu la mission de contrôle qui a été confiée explicitement à la commission en vertu de l'article 5^{quater}, qui implique un éventuel renvoi du dossier devant le procureur du Roi, il importe que les données soient communiquées le plus rapidement possible par le médecin à la commission.

Les six auteurs ont fixé le délai en question à 4 jours et l'ont inséré à l'article 5. Dans un souci de meilleure rédaction du texte, il serait peut-être préférable de regrouper davantage les dispositions relatives à la déclaration.

Un membre estime qu'il faut éviter la comparaison systématique avec la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, car il s'agit de situations différentes.

Il rappelle également qu'il a déposé un amendement tendant à prévoir, à l'article 5, que le délai est de 4 jours ouvrables.

Trois jours semblent insuffisants. Il ne faut pas perdre de vue le choc émotif que représente toujours une euthanasie. Le médecin qui a assumé cette responsabilité doit disposer d'un délai raisonnable pour rédiger son rapport de façon consciencieuse.

Amendement n° 559

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (Doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 559), visant à compléter l'article 5^{ter} proposé par un alinéa nouveau, rédigé comme suit:

«Si le médecin a pratiqué l'euthanasie à la suite d'une déclaration de volonté, la deuxième partie comporte en outre les données suivantes:

1^o si la déclaration a été rédigée en présence de deux témoins majeurs, dont un au moins n'a aucun intérêt matériel au décès du patient;

2^o si la déclaration a été datée et signée par celui qui l'a faite, par les témoins et, le cas échéant, par la (les) personne(s) de confiance;

3^o lorsque, physiquement, le patient n'était pas en état de signer, si la déclaration a été datée et signée par celui qui a rédigé la demande, par les témoins et, le cas échéant, par la (les) personne(s) de confiance, et si un certificat médical a été joint;

4° of de wilsverklaring minder dan vijf jaar voor het moment waarop de patiënt zijn wil niet meer kan uiten, werd opgesteld of bevestigd;

5° of de wilsverklaring werd aangepast of ingetrokken;

6° of en in welke mate de patiënt niet meer bij bewust zijn was;

7° of en in welke mate deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar was.»

Een van de indieners legt uit dat dit amendement in het verlengde ligt van het amendement nr. 468, doch in bepaalde opzichten ervan verschilt.

Het lid vindt dat, indien de evaluatiecommissie tot doel heeft na te gaan of de voorwaarden werden nageleefd bij de uitvoering van een euthanasie, zij ook in het geval van een euthanasie ten gevolge van een wilsverklaring over alle elementen dient te beschikken die kunnen bijdragen tot de oordeelsvorming.

Deze gegevens dienen dan ook te worden opgenomen in het registratiedocument.

Een lid wijst erop dat het de bedoeling is van de indieners van het amendement nr. 18 dat de evaluatiecommissie, aan de hand van het registratiedocument, kan nagaan of alle wettelijke voorwaarden en procedures wel werden nageleefd. Het is dan ook vanzelfsprekend dat het registratiedocument, waarvan het formulier door de commissie wordt opgesteld, alle elementen moet bevatten waaruit blijkt dat aan de criteria werd beantwoord. Het lid meent derhalve dat het niet wenselijk is deze criteria, die reeds uitvoerig worden vermeld in artikel 3, opnieuw op te sommen in artikel 5ter, zoals het amendement nr. 559 voorstelt.

Amendement nr. 608

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 608), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5ter met een nieuw lid aan te vullen, luidend:

«De commissie kan de arts verzoeken zijn verslag mondeling of schriftelijk aan te vullen indien dat nodig is om zijn optreden juist te beoordelen.»

Dit amendement past in de logica die door de indienster wordt aangehouden, namelijk dat anonimiteit niet wenselijk is.

De mogelijkheid waarin het amendement voorziet staat ook in de Nederlandse wet en zou in de ogen van de indienster een betere beoordeling van de manier waarop euthanasie door de arts werd uitgevoerd, mogelijk moeten maken.

4° si la déclaration a été rédigée ou confirmée moins de cinq ans avant le moment où le patient ne peut plus exprimer sa volonté;

5° si la déclaration a été adaptée ou retirée;

6° si et dans quelle mesure le patient n'était plus conscient;

7° si et dans quelle mesure son état était irréversible selon l'état actuel de la science.»

Un des auteurs explique que cet amendement se situe dans la droite ligne de l'amendement n° 468, mais qu'il s'en écarte sur certains points.

Le membre estime que si la commission d'évaluation s'est fixé comme objectif de vérifier le respect des conditions applicables à l'acte d'euthanasie, celle-ci doit également pouvoir disposer, en cas d'un acte d'euthanasie pratiqué à la suite d'une déclaration de volonté, de tous les éléments susceptibles de contribuer à l'établissement de son jugement.

Ces données doivent dès lors être inscrites dans le document d'enregistrement.

Un membre souligne que le propos des auteurs de l'amendement n° 18 est de permettre à la commission d'évaluation de vérifier, par l'intermédiaire du formulaire d'enregistrement, si toutes les conditions et procédures légales ont été observées. Il va donc de soi que le formulaire d'enregistrement, qui est dressé par la commission d'évaluation, doit contenir tous les éléments dont il ressort que les critères applicables ont été appliqués. C'est la raison pour laquelle le membre estime qu'il n'est pas souhaitable, comme le propose l'amendement n° 559, d'énumérer les critères, une nouvelle fois à l'article 5ter, alors qu'ils sont déjà amplement développés à l'article 3.

Amendement n° 608

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 608), tendant à compléter l'article 5ter proposé par un alinéa nouveau, rédigé comme suit :

«La commission peut inviter le médecin à compléter son rapport verbalement ou par écrit si cela s'avère nécessaire pour apprécier correctement son action.»

Cet amendement se situe dans la logique suivie par l'auteur, qui estime que l'anonymat n'est pas souhaitable.

La possibilité prévue par l'amendement figure aussi dans la loi hollandaise et devrait, aux yeux de l'auteur, permettre une meilleure appréciation de la manière dont l'euthanasie a été pratiquée par le médecin.

Een lid merkt op dat het subamendement een andere logica volgt dan die van de zes indieners, die de voorkeur geven aan een eerste anoniem onderzoek, gevolgd door, in voorkomend geval, de opheffing van de anonimiteit en de mogelijkheid om de arts te ondervragen.

Artikel 5ter-1

Amendement nr. 641

De heer Destexhe dient een amendement in dat ertoe strekt om een artikel 5ter-1 (nieuw) in te voegen volgens hetwelk het dossier niet mag worden overgezonden indien de patiënt in zijn wilsverklaring of in enige andere schriftelijke of mondelinge verklaring afgelegd voor een of meerdere getuigen de wil te kennen heeft gegeven dat zijn dossier niet aan de commissie wordt overgezonden.

Er wordt verwezen naar vorige discussies (zie *supra*, artikel 5bis).

Stemmingen

Amendement nr. 117 van de heer Vankrunkelsven wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 447 van mevrouw Nyssens wordt goedgekeurd bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 507 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 536 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 612A van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 569 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 448 van mevrouw Nyssens wordt aangenomen bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 612B van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 645 A/B van de heren Galand en Destexhe wordt verworpen met 25 tegen 3 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 537 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Un membre observe que le sous-amendement s'inscrit dans une logique différente de celle des six auteurs, qui privilégient un premier examen de façon anonyme, suivi, le cas échéant, d'une levée de l'anonymat et de la possibilité d'interroger le médecin.

Article 5ter-1

Amendement n° 641

M. Destexhe dépose un amendement tendant à insérer un article 5ter-1 (nouveau) selon lequel, si le patient, dans sa déclaration anticipée ou par toute autre déclaration écrite ou orale devant témoin(s), a manifesté la volonté que son dossier ne soit pas transmis à la commission, il ne l'est pas.

Il est renvoyé aux précédentes discussions à ce sujet (voir *supra*, article 5bis).

Votes

L'amendement n° 117 de M. Vankrunkelsven est retiré

L'amendement n° 447 de Mme Nyssens est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 507 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 536 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 612A de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 569 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 448 de Mme Nyssens est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 612B de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 645 A/B de MM. Galand et Destexhe est rejeté par 25 voix contre 3 et 1 abstention.

L'amendement n° 537 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

Amendement nr. 449 van mevrouw Nyssens wordt verworpen 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 538 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen.

Amendement nr. 539 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 450 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 575 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 540 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt aangenomen bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 571 van de heer Vandenberghe c.s. wordt teruggetrokken ten voordele van amendement nr. 540.

Amendement nr. 541 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 542 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 543 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 451 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 568 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 645 C/D van de heren Galand en Destexhe wordt verworpen met 26 tegen 3 stemmen.

Amendement nr. 452 van mevrouw Nyssens wordt aangenomen bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 502 van de heer Destexhe wordt aangenomen met 19 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 503 van de heer Destexhe wordt aangenomen met 28 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 645E van de heren Galand en Destexhe is overbodig geworden.

Amendement nr. 453 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 454 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen.

L'amendement n° 449 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 538 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 9.

L'amendement n° 539 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 15 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 450 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 575 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 540 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 571 de M. Vandenberghe et consorts est retiré au profit de l'amendement n° 540.

L'amendement n° 541 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 542 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 543 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 451 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 568 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

L'amendement n° 645 C/D de MM. Galand et Destexhe est rejeté par 26 voix contre 3.

L'amendement n° 452 de Mme Nyssens est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 502 de M. Destexhe est adopté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 503 de M. Destexhe est adopté par 28 voix et 1 abstention.

L'amendement n° 645E de MM. Galand et Destexhe est devenu sans objet.

L'amendement n° 453 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 10.

L'amendement n° 454 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10.

Amendement nr. 455 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 544 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 605 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 456 van mevrouw Nyssens wordt aangenomen met 22 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 545 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 576 van mevrouw de T' Serclaes wordt teruggetrokken ten voordele van amendement nr. 456.

Amendement nr. 626 van de heer Galand wordt aangenomen bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 457 van de heer Galand wordt teruggetrokken ten voordele van amendement nr. 546.

Amendement nr. 546 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 547 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 579 van de heer Remans wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 458 van mevrouw Nyssens wordt teruggetrokken ten voordele van amendement nr. 627.

Amendement nr. 627 van de heer Galand wordt aangenomen bij eenparigheid van de 29 aanwezige leden.

Amendement nr. 548 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 459 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 549 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 460 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 550 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 15 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 455 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 544 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est retiré.

L'amendement n° 605 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 456 de Mme Nyssens est adopté par 22 voix et 3 abstentions.

L'amendement n° 545 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 576 de Mme de T' Serclaes est retiré au profit de l'amendement n° 456.

L'amendement n° 626 de M. Galand est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 457 de M. Galand est retiré au profit de l'amendement n° 546.

L'amendement n° 546 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 547 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 12 et 1 abstention.

L'amendement n° 579 de M. Remans est retiré.

L'amendement n° 458 de Mme Nyssens est retiré au profit de l'amendement n° 627.

L'amendement n° 627 de M. Galand est adopté à l'unanimité des 29 membres présents.

L'amendement n° 548 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 459 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 549 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 460 de Mme Nyssens est rejeté par 15 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 550 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 15 voix contre 10 et 2 abstentions.

Amendement nr. 461 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 551 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 577 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 606 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 462 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 552 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 553 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 463 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 607 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 464 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen.

Amendement nr. 554 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 656 van de heer Vankrunkelsven wordt aangenomen met 20 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 465 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 555 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 556 (A en B) van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 466 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 467 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 557 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

L'amendement n° 461 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 551 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 577 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 606 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 462 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 552 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 553 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 463 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 607 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 464 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9.

L'amendement n° 554 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 656 de M. Vankrunkelsven est adopté par 20 voix et 8 abstentions.

L'amendement n° 465 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 11.

L'amendement n° 555 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 556 (A et B) de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 466 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 467 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 557 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 10.

Amendement nr. 558 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen.

Amendement nr. 468 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 491 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 559 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 608 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 11 stemmen.

Amendement nr. 641 van de heer Destexhe wordt verworpen met 23 tegen 2 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel 5^{ter} vervat in amendement nr. 18, zoals aangepast door de subamendementen, wordt aangenomen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 5^{quater} (nieuw) (artikel 8 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

De hoofdinstantie verklaart dat het door het amendement nr. 18 voorgestelde artikel 5^{quater} de taak van de commissie vaststelt. Vooreerst moet zij aan de hand van het tweede luik van het registratiedocument het dossier onderzoeken. Indien dit geen volledige duidelijkheid zou verschaffen, kan de commissie de anonimiteit van het eerste luik opheffen om contact op te nemen met de behandelende arts. Wanneer de commissie oordeelt dat het dossier problematisch is in het licht van de voorgenomen wetgeving, dient zij het dossier over te maken aan het parket.

Het lid verwijst voor het overige naar de toelichting die hieromtrent reeds eerder werd gegeven.

Amendement nr. 582

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 582), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel 5^{quater} te doen vervallen.

De instantie meent immers dat de rol van de commissie een probleem doet rijzen. Men kan zich voorstellen dat zij de toepassing van de wet controleert maar andere regels zouden daarvoor moeten worden uitgewerkt. De spreker verwijst hier naar de argumenten die zij eerder al aanvoerde.

Men zou bijvoorbeeld kunnen overwegen om een proces verbaal te laten opmaken dat aan een autoriteit zoals de procureur des Konings kan worden overgemaakt.

L'amendement n° 558 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 8.

L'amendement n° 468 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 491 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 559 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 608 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 11.

L'amendement n° 641 de M. Destexhe est rejeté par 23 voix contre 2 et 2 abstentions.

L'article 5^{ter} contenu dans l'amendement n° 18, et tel que sous-amendé, est adopté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

Article 5^{quater} (nouveau) (article 8 du texte adopté)

Amendement n° 18

L'auteur principal déclare que l'article 5^{quater}, proposé par l'amendement n° 18, détermine la tâche de la commission. Il appartient à celle-ci d'examiner le dossier sur la base du deuxième volet du formulaire d'enregistrement. S'il s'avère que celui-ci n'offre pas suffisamment de clarté, la commission peut lever l'anonymat du premier volet pour prendre contact avec le médecin traitant. Si la commission estime à la lumière de la législation envisagée que le dossier pose problème, elle doit transmettre ledit dossier au parquet.

Le membre renvoie pour le reste à l'exposé des motifs qui accompagne la matière en question.

Amendement n° 582

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 582), tendant à supprimer l'article 5^{quater} proposé.

L'auteur estime en effet que le rôle de la commission pose problème. Si l'on peut imaginer qu'elle contrôle l'application de la loi, d'autres règles devraient être prévues. L'intervenante renvoie à ce sujet aux arguments qu'elle a développés précédemment.

On aurait pu envisager, par exemple, la rédaction d'un procès-verbal transmis à une autorité telle que le procureur du Roi.

Gezien de tweeslachtige aard van de commissie stelt de indienster van het amendement voor om dit artikel te doen vervallen.

Een lid verwijst naar de argumenten die tijdens de discussie over het al dan niet gerechtelijk karakter van de commissie werden aangevoerd.

Amendement nr. 508

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 508) dat ertoe strekt het voorgestelde artikel *5quater* volledig te vervangen.

Een van de indieners benadrukt dat het amendement nr. 508 moet worden samengelezen met de amendementen nrs. 505 en volgende, die betrekking hebben op de regionale toetsingscommissies. Zij verwijst naar het debat dat hieromtrent reeds eerder werd gevoerd.

Amendement nr. 560

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 560), dat ertoe strekt de eerste paragraaf van het voorgestelde artikel *5quater* te doen vervallen.

Een van de indieners verklaart dat dit amendement een louter technische wijziging voorstelt, vermits er wel sprake is van een § 1, maar niet van daaropvolgende paragrafen.

Amendementen nrs. 573 en 470

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 573), dat ertoe strekt het eerste lid van het voorgestelde artikel *5quater* te vervangen door een bepaling die erin voorziet dat de controlecommissie op basis van het registratiedocument bedoeld in artikel *5ter*, indien de euthanasie volgens de voorwaarden en procedures bepaald in de artikelen 3 en 4 van deze wet werd toegepast, de arts kan vragen om haar alle elementen uit het medisch dossier die nuttig kunnen zijn voor een juiste beoordeling van zijn handelen, mee te delen.

Dit subamendement stelt een juistere legistische formulering voor, doet de woorden « § 1 » verdwijnen (aangezien er geen § 2 is), alsmede de verwijzing naar artikel *4bis* en wijzigt artikel *5quater* in functie van het amendement dat op artikel *5ter* werd ingediend met betrekking tot de opheffing van de anonimiteit van het eerste deel van het registratiedocument.

Een lid is het eens met de opmerking over het doen vervallen van de vermelding « § 1 » en de verwijzing naar artikel *4bis*.

Vu la nature hybride de la commission, l'auteur de l'amendement propose sa suppression.

Un membre renvoie aux arguments développés lors de la discussion relative au caractère juridictionnel ou non de la commission.

Amendement n° 508

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 508) visant à remplacer intégralement l'article *5quater* proposé.

Un des auteurs souligne que l'amendement n° 508 doit être considéré conjointement avec les amendements n°s 505 et suivants qui se rapportent à la commission de contrôle régionale. Elle renvoie aux débats qui ont déjà été conduits à ce propos.

Amendement n° 560

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 560), visant à supprimer le premier paragraphe de l'article *5quater* proposé.

Un des auteurs déclare que cet amendement consiste simplement en une modification technique, puisqu'il est toujours question d'un § 1^{er}, tandis que les paragraphes suivants sont supprimés.

Amendements n°s 573 et 470

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 573), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} de l'article *5quater* proposé par une disposition prévoyant que la commission contrôle, sur la base du document d'enregistrement visé à l'article *5ter*, si l'euthanasie a été pratiquée selon les conditions et procédures prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi, et qu'elle peut demander au médecin de lui communiquer tous les éléments du dossier médical utiles pour apprécier correctement son action.

Ce sous-amendement propose une formulation plus correcte sur le plan légistique, fait disparaître les termes « § 1^{er} » (puisque'il n'y a pas de § 2), ainsi que la référence à l'article *4bis*, et modifie l'article *5quater* en fonction de l'amendement déposé à l'article *5ter* à propos de la levée de l'anonymat du premier volet du document d'enregistrement.

Un membre est d'accord avec l'observation relative à la suppression de la mention « § 1^{er} », et de la référence à l'article *4bis*.

Voor het overige zou de tekst als volgt kunnen worden geformuleerd: «indien hij euthanasie heeft uitgevoerd volgens de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures.»

Een lid verwijst naar het subamendement nr. 470 dat zij in die zin heeft ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, blz. 4).

Amendement nr. 469

Een lid vraagt zich af waarom de tweede volzin van het voorgestelde artikel *5quater* enkel verwijst naar het anonieme deel van het registratiedocument.

Een ander lid antwoordt dat deze volzin slaat op de eerste fase van de controle die door de commissie wordt uitgeoefend en die, in dat stadium, enkel gebaseerd is op het anonieme deel van het document. Enkel bij twijfel mag de anonimiteit worden opgeheven.

Een lid meent dat de verklaring van een vorige spreker verhelderend is. Het «anonieme» deel van het dossier kan zowel slaan op het vertrouwelijke deel dat wordt verzegeld, als op het deel van het verslag waarin geen namen worden vermeld. Het is dit laatste deel dat hier wordt bedoeld.

Het lid meent dan ook dat het wenselijker is te spreken over het «tweede deel» in plaats van het «anonieme deel», vermits deze uitdrukking ook betrekking kan hebben op het eerste gedeelte.

Mevrouw Nyssens verwijst naar haar subamendement nr. 469 (Stuk Senaat, nr. 2-244/17) dat juist voorstelt om de woorden «anoniem deel» te vervangen door «tweede deel» teneinde de duidelijkheid van de tekst te verbeteren.

Amendementen nrs. 646 en 647

De heer Galand dient op amendement nr. 469 van mevrouw Nyssens een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 646), dat ertoe strekt de woorden «tweede deel» te vervangen door de woorden «derde deel».

Dezelfde indiener dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 647) dat bedoeld is om in het eerste lid van het voorgestelde artikel *5quater* tussen het woord «anonimiteit» en de woorden «op te heffen», de woorden «van het tweede deel» in te voegen en de vierde volzin te vervangen als volgt: «Zij neemt dan kennis van dit deel.»

Beide subamendementen moeten samengelezen worden met voornoemd subamendement nr. 645 ingediend door de heer Galand en de heer Destexhe op artikel *5ter* van amendement nr. 18.

Pour le reste, le texte pourrait être formulé comme suit: «... si l'euthanasie a été pratiquée selon les conditions et procédures prévues par la présente loi.»

Un membre renvoie au sous-amendement n° 470 qu'elle a déposé en ce sens (doc. Sénat, n° 2-244/17).

Amendement n° 469

Un membre demande pourquoi la deuxième phrase de l'article *5quater* proposé ne fait référence qu'au volet anonyme du document d'enregistrement.

Un autre membre répond que cette phrase vise la première étape du contrôle effectué par la commission qui, à ce stade, se fonde uniquement sur le volet anonyme du document. Ce n'est qu'en cas de doute que l'anonymat peut être levé.

Un membre estime que la déclaration de l'intervenant précédent apporte une explication. Le volet «anonyme» du dossier peut aussi bien porter sur la partie confidentielle, qui est scellée, que sur la partie du rapport dans laquelle ne figurent pas de noms. Il s'agit en l'occurrence de la dernière partie.

C'est la raison pour laquelle le membre estime qu'il est souhaitable d'utiliser le terme «deuxième volet», plutôt que le terme «volet anonyme», puisque cette dernière expression peut également englober le premier volet.

Mme Nyssens renvoie à ce sujet à son sous-amendement n° 469 (doc. Sénat, n° 2-244/17), qui propose précisément de remplacer les mots «volet anonyme» par les mots «deuxième volet», afin d'améliorer la clarté du texte.

Amendements n°s 646 et 647

M. Galand dépose à l'amendement n° 469 de Mme Nyssens un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 646), tendant à remplacer les mots «deuxième volet» par les mots «troisième volet».

Le même auteur dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 647), ayant pour but, à l'alinéa 1^{er} de l'article *5quater* proposé, d'insérer après les mots «lever l'anonymat», les mots «du deuxième volet» et de remplacer les mots «du premier volet du document d'enregistrement» par les mots «de celui-ci».

Ces deux sous-amendements doivent être lus conjointement avec le sous-amendement n° 645 précité, déposé par MM. Galand et Destexhe à l'article *5ter* contenu dans l'amendement n° 18.

De indiener van de amendementen nrs. 646 en 647 herinnert hier aan de opmerkingen die door de mede-indiener van amendement nr. 645 werden geformuleerd met betrekking tot het feit dat een patiënt kan weigeren om zijn medisch dossier aan de commissie te laten overmaken.

Een lid meent dat het absoluut uitgesloten moet zijn dat het openbaar ministerie nooit de identiteit mag kennen van de persoon op wie euthanasie werd toegepast.

De indiener van het amendement antwoordt dat het niet daarover gaat. Er wordt bepaald dat de commissie geen kennis neemt van de naam van de persoon maar het parket wel indien er een strafrechtelijke vervolging wordt ingesteld.

De vorige spreker herhaalt dat het, zijns inziens, de werkelijke bedoeling is dat er geen efficiënte controle wordt uitgeoefend op de uitgevoerde euthanasie en wijst erop dat een juridisch oordeel nooit anoniem kan zijn. Het juridisch oordeel over een dossier houdt altijd rekening met de betrokken persoon en kan hiervan nooit los worden gezien. Men oordeelt immers niet over nummers.

Een lid betwist dat het de bedoeling van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 zou zijn dat er nooit een strafrechtelijk onderzoek zou plaatsvinden. Er wordt bepaald wanneer er geen misdrijf is, namelijk wanneer de wettelijk voorgeschreven voorwaarden en procedures worden gevolgd. In het andere geval is er wel degelijk een misdrijf.

Een ander lid herinnert eraan dat de commissie geen gerechtelijke opdracht uitvoert.

Anderzijds wenst de spreker zich aan het systeem te houden dat door de zes indieners wordt voorgesteld en voorziet in een document dat uit twee delen bestaat, waarvan één anoniem is.

Een lid meent dat het antwoord van de vorige sprekers, dat de evaluatiecommissie zagezegd niet zou oordelen, niet afdoend is. De organisatie van de rechterlijke macht maakt het voorwerp uit van bijzondere grondwettelijke bepalingen. In ons rechtsstelsel zijn het onafhankelijke en onpartijdige rechters die oordelen. Het openbaar ministerie daarentegen oordeelt niet, maar voert het vervolgingsbeleid uit.

Het lid heeft dan ook nooit beweerd dat de evaluatiecommissie zou oordelen in de juridictionele betekenis van het woord, maar wel dat ze op structurele wijze het vervolgingsbeleid organiseert.

De vorige spreker antwoordt dat hij er een andere mening op nahoudt dan wat net werd verwoord.

L'auteur des amendements n^{os} 646 et 647 rappelle à ce sujet les observations formulées par le co-auteur de l'amendement n^o 645, à propos du fait qu'un patient peut refuser que son dossier médical soit transmis à la commission.

Un membre considère qu'il doit être exclu que le ministère public ne puisse pas avoir accès à l'identité de la personne sur laquelle l'acte euthanasique a été pratiqué.

L'auteur des amendements répond que ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Il est prévu que la commission ne prend pas connaissance du nom de la personne, mais le parquet, lui, le fera, s'il y a poursuite pénale.

L'intervenant précédent déclare que, à son avis, il s'agit en fait de faire obstruction à la mise en place d'une procédure de contrôle de l'acte euthanasique et rappelle qu'un jugement juridique ne peut jamais être anonyme. Un jugement juridique sur un dossier tient toujours compte de la personne concernée et ne peut en être séparée. On ne rend pas de jugement sur un numéro.

Un membre conteste que le propos des auteurs de la proposition de loi n^o 2-244 serait d'empêcher l'instauration d'une instruction pénale. La loi proposée détermine en effet les cas où il n'y a pas de délit, à savoir lorsque les conditions et procédures prescrites ont été respectées. Dans tous les autres cas, il y a délit.

Un autre membre rappelle que la commission n'exerce pas une mission juridictionnelle.

D'autre part, l'intervenant souhaite s'en tenir au système proposé par les six auteurs, consistant en un document composé de deux volets, dont l'un anonyme.

Un membre estime que la réponse fournie par les intervenants précédents selon laquelle la commission d'évaluation ne rendrait pas de jugement n'est pas pertinente. L'organisation du pouvoir judiciaire fait l'objet de dispositions constitutionnelles particulières. Dans notre système judiciaire, les juges appelés à rendre un jugement sont des personnes indépendantes et impartiales. En revanche, le ministère public ne rend pas de jugement mais exécute les poursuites.

Le membre n'a donc jamais soutenu que la commission d'évaluation était appelée à juger dans le sens juridictionnel du terme, mais a affirmé qu'elle organisait la politique des poursuites pénales de façon structurelle.

Le précédent orateur réplique qu'il est d'un avis contraire à celui qui vient d'être exprimé.

Amendement nr. 471

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 471), dat ondergeschikt is aan haar hoofd-amendement nr. 582 dat ertoe strekt het voorgestelde artikel *5quater* te doen vervallen.

Dit subamendement strekt ertoe dit artikel te vervangen als volgt:

«Indien de commissie bij gewone meerderheid besluit dat er twijfel over bestaat of een geregistreerde euthanasie in overeenstemming is met de wet, wordt de anonimiteit opgeheven. Ze neemt kennis van het eerste deel van het registratiedocument en vraagt aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier op dat betrekking heeft op deze euthanasie.»

De indienster verduidelijkt dat de huidige formulering geen enkele aanwijzing geeft over de wijze waarop de commissie tot het besluit komt dat er twijfel bestaat over de wettigheid van een geregistreerd geval van euthanasie. Pas nadien wordt gestemd over het besluit om de anonimiteit op te heffen. Er zou eerst in behoorlijke vorm gestemd dienen te worden over de vraag of het geval in overeenstemming is met de wet. Indien de commissie bij gewone meerderheid oordeelt dat daar twijfel over bestaat, moet de anonimiteit worden opgeheven en moet men inzage nemen van het medisch dossier.

Het antwoord dat de twijfel van de commissie kan wegnemen over de vraag of een euthanasie in verdachte omstandigheden zou zijn uitgevoerd, kan men immers alleen maar vinden in het medisch dossier van de patiënt. De commissie behoort daar inzage van te nemen indien ze werkelijk een controletaak wil vervullen.

Indien het altijd gaat om een mogelijkheid om bepaalde besluiten te nemen, worden er willekeurige besluiten genomen volgens het opportuniteitsbeginsel en bestaat er geen echte controle.

Als je in de geest van een evaluatie- en controlecommissie zit, staat de indienster van het amendement positief tegenover een controle ten gronde in de plaats van een vormelijke controle.

Met het subamendement wordt voorgesteld om het als volgt te verwoorden «Indien de commissie van mening is dat ...» aangezien het noch om een gerechtelijk orgaan gaat, noch om een gewone evaluatiecommissie.

Een lid meent van zijn kant dat de formulering van artikel *5quater* zoals voorgesteld in het hoofd-amendement nr. 18, voldoende duidelijk en eenvoudig is.

De indienster van het amendement nr. 471 benadrukt dat de uitdrukking «kan beslissen», in haar subamendement, niet voorkomt omdat de zaken

Amendement n° 471

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 471), qui est subsidiaire à son amendement principal n° 582 visant à supprimer l'article *5quater* proposé.

L'amendement subsidiaire vise à remplacer cet article par ce qui suit :

«Si la commission est d'avis, par décision prise à la majorité simple, que la conformité à la loi d'un cas d'euthanasie enregistré est douteuse, l'anonymat est levé. Elle prend connaissance du premier volet du document d'enregistrement et demande au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à ce cas d'euthanasie.»

L'auteur précise que la formulation actuelle ne donne aucune indication sur la manière dont la commission en arrive à estimer que la conformité à la loi d'un cas d'euthanasie enregistré est douteuse. Il n'y a vote qu'ultérieurement sur la décision de lever l'anonymat. Il semble qu'un vote devrait d'abord intervenir en bonne et due forme sur la question de la conformité à la loi. Si la commission estime à la majorité simple des voix que cette conformité est douteuse, alors l'anonymat doit être levé et le dossier médical doit être consulté.

La réponse pour dissiper les doutes de la commission quant à une euthanasie qui aurait été pratiquée dans des conditions douteuses, ne peut en effet être trouvée que dans le dossier médical du patient. La commission se doit de le consulter si elle veut effectuer une véritable mission de contrôle.

Si les décisions à prendre sont toujours de l'ordre du possible, il s'agit de décisions arbitraires prises en opportunité et n'y a pas de véritable contrôle.

Si l'on rentre dans la logique d'une commission d'évaluation et de contrôle, l'auteur de l'amendement est donc favorable à un contrôle sur le fond plutôt qu'à un contrôle formel.

Le sous-amendement propose d'utiliser l'expression «Si la commission est d'avis que ...», puisqu'il ne s'agit ni d'un organe juridictionnel, ni d'une simple commission d'évaluation.

Un membre estime pour sa part que la formulation de l'article *5quater* retenue dans l'amendement principal n° 18 est assez claire et simple.

L'auteur de l'amendement n° 471 souligne que, dans son sous-amendement, l'expression «peut décider» n'est pas reprise, car il faut que les choses soient

duidelijk moeten zijn: indien de commissie oordeelt dat er twijfel is, moet de anonimiteit worden opgeheven.

Amendement nr. 561

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 561) dat ertoe strekt in het eerste lid van artikel 5^{quater} niet enkel over de wettelijke voorwaarden, maar ook over de procedure te spreken.

Een van de indieners meent dat de commissie niet enkel dient na te gaan of de voorwaarden, bepaald in de artikelen 3 en 4, werden nageleefd, maar evenzeer of de procedures vermeld in deze artikelen werden gevolgd.

Amendement nr. 562

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 562) dat beoogt in het eerste lid van het voorgestelde artikel niet langer te verwijzen naar het artikel 4^{bis}.

Een van de indieners verklaart dat het om een louter technische aanpassing gaat, vermits in het wetsvoorstel nu geen artikel 4^{bis} meer voorkomt.

Een lid verwijst naar wat eerder hierover werd gezegd.

Amendement nr. 593

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 593), dat ertoe strekt in het eerste lid, tussen de eerste en de tweede zin van het voorgestelde artikel 5^{quater} een bepaling in te voegen, luidend als volgt:

«Indien de commissie vaststelt dat het registratiedocument onvolledig is ingevuld of buiten de in artikel 5 voorziene termijn werd overgemaakt, maakt zij het registratiedocument onverwijld over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.»

De hoofdindieners stelt vast dat er geen enkele sanctie bepaald wordt voor het geval dat het registratiedocument onvoldoende wordt ingevuld of indien dit registratiedocument niet binnen de in artikel 5 voorziene termijn van vier dagen wordt overgemaakt door de arts die euthanasie heeft toegepast.

Aangezien dit registratiedocument het enige document is waarop de commissie zich in eerste instantie kan baseren en gelet op de mogelijke implicaties van

claires: si la commission estime qu'il y a doute, l'anonymat doit être levé.

Amendement n° 561

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 561), visant à définir au premier alinéa de l'article 5^{quater} non seulement les conditions légales, mais également les procédures.

Un des auteurs estime que la commission doit vérifier non seulement si les conditions prévues aux articles 3 et 4 ont été respectées, mais également si les procédures prévues par ces articles ont été suivies.

Amendement n° 562

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 562), visant à supprimer dans le premier alinéa de l'article proposé la référence à l'article 4^{bis}.

Un des auteurs déclare qu'il s'agit là d'une simple modification technique, puisque la proposition de loi ne comporte à présent plus d'article 4^{bis}.

Un membre renvoie à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.

Amendement n° 593

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 593), visant à insérer au premier alinéa de l'article 5^{quater} proposé, entre la première et la deuxième phrase, une disposition rédigée comme suit:

«Si la commission constate que le document d'enregistrement n'a pas été dûment complété ou qu'il a été transmis après l'expiration du délai fixé à l'article 5, elle le transmet immédiatement au procureur du Roi du lieu du décès du patient.»

L'auteur principal constate qu'aucune sanction n'est prévue pour le cas où le document d'enregistrement n'aurait pas été dûment complété et pour le cas où le médecin qui a pratiqué l'euthanasie ne l'aurait pas transmis dans le délai de quatre jours prévu à l'article 5.

Comme ce document d'enregistrement est le seul document sur lequel la commission peut se baser dans un premier temps et que l'on sait quelles répercus-

het oordeel van de commissie over het registratiedocument, dient de meest strikte sanctionering te worden opgelegd en dient het document rechtstreeks te worden overgezonden aan de procureur des Konings.

De hypothese van de «twijfel», waarbij de commissie kan besluiten om de anonimiteit op te heffen is immers geenszins een gepaste sanctie ter zake, en beoogt enkel de situatie waarin het registratiedocument, zoals het — volledig ingevuld — werd voorgelegd aan de commissie, toch vragen doet rijzen met betrekking tot de concrete naleving van de voorwaarden en de procedures.

Een lid merkt op dat de commissie zich niet mag uitspreken over de sanctie. Ze onderzoekt het document en gaat na of de voorwaarden die door de wet werden bepaald, werden nageleefd.

Indien zij vaststelt dat dat niet zo is, beslist zij, bij twee derdenmeerderheid, om het dossier aan de procureur des Konings over te maken.

Amendement nr. 594

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 594), dat beoogt de volgende bepaling in te voegen tussen de derde en de vierde zin van het eerste lid van het voorgestelde artikel: «In geval van staking van stemmen, is de stem van de voorzitter doorslaggevend.»

De hoofdindieners merkt op dat de voorgestelde regeling niets bepaalt in geval van staking van stemmen. Dit zou impliceren dat men nooit de anonimiteit kan opheffen in geval van twijfel. Om deze reden dient bepaald te worden dat de stem van de voorzitter van de commissie doorslaggevend is. Het lid verwijst tevens naar het amendement nr. 528, waarbij voorzien wordt in één voorzitter van de commissie in plaats van twee voorzitters.

Een lid antwoordt dat volgens de tekst een gewone meerderheid nodig is — dat wil zeggen een meerderheid van de helft plus één — om de anonimiteit op te heffen. In geval van staking van stemmen, wordt de anonimiteit niet opgeheven. Men kan derhalve niet zeggen dat er geen beslissing is.

Het systeem is hetzelfde als voor het stemmen van de amendementen in het kader van een parlementaire procedure.

Amendement nr. 595

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 595) volgens hetwelk in het eerste lid van het voorgestelde artikel tussen de woorden «de behandelende arts» en de woorden

sions le jugement de la commission à propos du document d'enregistrement peut avoir, il y a lieu d'infliger la sanction la plus sévère et de transmettre immédiatement le document au procureur du Roi.

La levée de l'anonymat à laquelle la commission peut procéder en cas de doute, notamment lorsque le document d'enregistrement dûment complété et présenté à la commission soulève des questions en ce qui concerne le respect concret des conditions et des procédures prévues, n'est en effet absolument pas une sanction adaptée.

Un membre observe que la commission n'a pas à prononcer de sanction. Elle examine un document et vérifie si les conditions fixées par la loi ont été respectées.

Si elle constate qu'elles ne l'ont pas été, elle décide, à la majorité des deux tiers, de transmettre le dossier au procureur du Roi.

Amendement n° 594

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 594), visant à insérer au premier alinéa de l'article 5^{quater} proposé, entre la troisième et la quatrième phrase, une disposition rédigée comme suit: «En cas de parité des voix, la voix du président est prépondérante.»

L'auteur principal fait remarquer que la réglementation proposée n'a rien prévu en cas de partage des voix. Cela implique qu'il sera impossible de lever l'anonymat en cas de doute. C'est la raison pour laquelle il convient de disposer que la voix du président de la commission est prépondérante. Le membre se réfère également à l'amendement n° 528 qui pourvoit à la nomination d'un seul président à la tête de la commission au lieu de deux présidents.

Un membre répond que, selon le texte, il faut une majorité simple — c'est-à-dire la moitié plus un — pour que l'anonymat soit levé. En cas de parité de voix, il ne l'est donc pas. On ne peut dès lors pas dire qu'il y a absence de décision.

Le système est le même que pour le vote d'un amendement dans le cadre d'une procédure parlementaire.

Amendement n° 595

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 595), visant à faire insérer au premier alinéa de l'article proposé, entre l'expression «le médecin traitant» et les mots

«elk element» de woorden «en de arts die de euthanasie heeft toegepast» worden ingevoegd.

De hoofdindieners stelt dat de behandelende arts niet noodzakelijk de arts is die de euthanasie heeft toegepast. Ook aan de arts die euthanasie heeft toegepast moet de commissie aldus elk element kunnen opvragen uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie.

Een lid verwijst naar de opmerkingen die eerder werden geformuleerd over de woorden «médecin traitant» en «behandelende arts».

In het kader van het wetsontwerp, heeft de uitdrukking «behandelende arts» niet de gewone betekenis van «huisarts» maar wel die van «de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd».

Een ander lid herhaalt dat, zijns inziens, de «behandelende arts» de arts is die handelt, dit wil zeggen de arts die euthanasie toepast.

Nog een ander lid meent dat het logischer zou zijn om stelselmatig de libellering «de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd» te gebruiken.

Een vorige spreker merkt op dat artikel 5 zo begint.

Een van de indieners van het amendement nr. 595 zegt dat één en ander niet duidelijk is, vooral wat betreft de band tussen de behandelende arts en het dossier dat bij de commissie berust. Voorgesteld wordt immers dat de commissie elk document uit het medisch dossier kan opvragen aan de behandelende arts. Men mag aannemen dat dit geldt voor het globale medisch dossier. Het is evenwel mogelijk dat de arts die de euthanasie heeft toegepast slechts over een beperkt medisch dossier beschikt en dat de huisarts — de behandelende arts — een veel ruimer dossier heeft.

Als antwoord op vroeger ingediende amendementen werd telkens gesteld dat aan het over te maken dossier niet te veel gegevens moeten toegevoegd worden, vermits men steeds inzage kan krijgen van het medisch dossier. Hopelijk heeft dit betrekking op het globale medische dossier. Anders is deze bevoegdheid van de commissie wel zeer beperkt.

Een lid herhaalt dat het wenselijk is dat in de wet een aantal begrippen duidelijk worden gedefinieerd, zodat daarover geen meningsverschil mogelijk is.

Een lid stelt voor om aan het begin van het wetsontwerp een volzin in te voegen die verduidelijkt dat «behandelende arts» begrepen moet worden als «de arts die euthanasie heeft uitgevoerd».

Een ander lid stelt voor om de tekst als volgt te formuleren:

«chaque élément», les mots «et le médecin ayant pratiqué l'acte euthanasique».

L'auteur principal déclare que le médecin traitant n'est pas nécessairement le médecin qui pratique l'euthanasie. Il convient donc que la commission puisse demander aussi au médecin qui a pratiqué l'euthanasie tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie.

Un membre renvoie aux observations précédemment formulées à propos des termes «médecin traitant» et «behandelende arts».

Dans le cadre de la proposition de loi, l'expression «médecin traitant» n'a pas la signification courante de «médecin de famille», mais bien celle de «médecin qui a pratiqué l'euthanasie».

Un autre membre rappelle que, à son avis, le «médecin traitant» est le médecin instrumentant, c'est à dire le médecin qui pratique l'acte euthanasique.

Un autre membre encore estime qu'il serait plus logique d'utiliser systématiquement l'expression «le médecin ayant pratiqué l'euthanasie».

Un précédent intervenant fait observer que c'est ainsi que commence l'article 5.

Un des auteurs de l'amendement n° 595 déclare que les choses ne sont pas claires, notamment en ce qui concerne le lien entre le médecin traitant et le dossier qui repose auprès de la commission. En effet, ce qui est proposé, c'est que la commission puisse réclamer du médecin traitant n'importe quel document appartenant au dossier médical. Il est à supposer qu'il s'agit du dossier médical pris dans son intégralité. Mais il faut encore préciser qu'il peut arriver que le médecin ayant pratiqué l'acte euthanasique ne dispose que d'un dossier médical partiel et que le médecin traitant possède un dossier plus complet.

En réponse à des amendements introduits précédemment, il a été déclaré qu'il n'est pas nécessaire de joindre une quantité trop importante de données au dossier à transmettre, puisqu'il est toujours possible de prendre connaissance du dossier médical. Il est à supposer qu'il s'agit là du dossier médical intégral. Autrement, la compétence de la commission serait considérablement limitée.

Un membre souligne qu'il est souhaitable de définir clairement un certain nombre de notions dans la loi, pour éviter les divergences d'opinion.

Un membre propose d'insérer au début de la proposition de loi une phrase disant qu'il faut entendre par «médecin traitant», le médecin qui a pratiqué l'euthanasie.

Un autre membre propose de formuler le texte comme suit:

«De arts die de euthanasie heeft uitgevoerd, hierna te noemen 'de arts', ...»; hij stelt bovendien voor het woord «behandelende» te doen vervallen.

Een van de indieners van het amendement nr. 595 is het niet eens met de suggestie van de vorige spreker. De bedoeling van het amendement nr. 595, net zoals van andere amendementen, is precies om consequent te spreken over de arts die de euthanasie heeft toegepast. Wanneer men simpelweg zou spreken over «de arts», blijft de begripsverwarring bestaan vermits in de tekst ook sprake is van de geraadpleegde artsen.

Het lid benadrukt dat, indien een onderscheid wordt gemaakt tussen de behandelende arts en de arts die de euthanasie heeft gepleegd, het amendement nr. 595 precies wil voorkomen dat de commissie slechts inzage zou krijgen in een beperkt deel van het medisch dossier. Het is integendeel de bedoeling dat de commissie inzage zou krijgen van het globale medisch dossier, zodat het gehele ziekteverloop in kaart kan worden gebracht en niet slechts de situatie van de laatste levensdagen wordt bekeken. Het is nodig dit te beklemtonen, zolang een onderscheid blijft bestaan tussen de behandelende arts en de arts die de euthanasie heeft toegepast. Bij andere artikelen werden eveneens amendementen in die zin ingediend.

Een andere medeondertekenaar van het amendement spreekt in dezelfde zin. Meer en meer bestaat de tendens om te evolueren naar een globaal medisch dossier van een patiënt. Is het, volgens de indieners van het amendement nr. 18, de bedoeling dat het globale medisch dossier wordt overgemaakt aan de commissie, ook wanneer de arts die de euthanasie heeft toegepast niet de behandelende arts is?

Een vorige spreker antwoordt dat de commissie er niet mee belast is een zaak in te leiden. Na de anonimiteit te hebben opgeheven kan zij de arts om bijkomende verduidelijkingen vragen. Maar zij is er niet mee belast om zelf het hele dossier van de zieke in te leiden.

Als er twijfel blijft bestaan, wordt het dossier aan het parket overgemaakt.

Amendement nr. 596

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 596), dat subsidiair is ten opzichte van het amendement nr. 595, en dat tot doel heeft in de laatste zin van het eerste lid van het voorgestelde artikel 5^{quater} de woorden «de behandelende arts» te vervangen door de woorden «de arts die de euthanasie heeft toegepast».

De hoofdiener verwijst naar de discussie over het amendement nr. 595.

«Le médecin qui a pratiqué une euthanasie, ci-après dénommé 'le médecin', ... », et de supprimer le mot «traitant».

Un des auteurs de l'amendement n° 595 déclare ne pas être d'accord avec la proposition de l'intervenant précédent. Ce qui compte dans l'amendement n° 595, comme dans les autres amendements, c'est l'utilisation cohérente de la notion de médecin ayant pratiqué l'euthanasie. En continuant à utiliser le terme de «médecin», on entretient la confusion, puisque le texte fait également référence aux médecins consultés.

Le membre souligne que si l'amendement n° 595 introduit la distinction entre le terme de médecin traitant et celui de médecin ayant pratiqué l'euthanasie, c'est précisément pour éviter que la commission n'ait accès qu'à une partie du dossier médical seulement, alors que, au contraire, elle doit pouvoir accéder à la totalité du dossier médical de manière à être en mesure de retracer l'évolution entière de la maladie et pas seulement les derniers jours du patient. Aussi longtemps que la distinction entre «médecin traitant» et «médecin ayant pratiqué l'euthanasie» est maintenue, il conviendra de souligner ce point. D'autres amendements en ce sens ont été déposés.

Le co-signataire de l'amendement abonde dans le même sens. On discerne de mieux en mieux la tendance actuelle consistant à privilégier le dossier médical intégral du patient. Le propos des auteurs de l'amendement n° 18 est-il de permettre la transmission du dossier médical intégral à la commission, y compris dans le cas où le médecin ayant pratiqué l'euthanasie n'est pas le médecin traitant?

Un précédent orateur répond que la commission n'est pas chargée d'instruire. Après avoir levé l'anonymat, elle peut demander au médecin des précisions complémentaires. Mais elle n'est pas chargée d'instruire elle-même la totalité du dossier du malade.

Si des doutes persistent, le dossier est renvoyé au parquet.

Amendement n° 596

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 596), subsidiaire à l'amendement n° 595, qui vise à faire remplacer dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article 5^{quater} proposé, les mots «médecin traitant» par les mots «médecin ayant pratiqué l'euthanasie».

L'auteur principal renvoie aux débats qui ont eu lieu au sujet de l'amendement n° 595.

Amendement nr. 597

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 597), dat voorstelt in de eerste zin van het eerste lid van het voorgestelde artikel *5quater* de woorden «de behandelende arts» te vervangen door de woorden «de arts die de euthanasie heeft toegepast».

De hoofdindieners verklaart dat dit amendement dezelfde draagwijdte heeft als de amendementen nrs. 595 en 596.

Amendement nr. 628

De heer Galand dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 628), dat ertoe strekt om in het eerste deel van het voorgestelde artikel *5quater* de woorden «zij gaat na» te vervangen door de woorden «zij evalueert».

De indiener wijst erop dat in de commissie vooral artsen en juristen, onder wie ook hoogleraren zitten. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat zij zich bepalen tot een zuiver formele controle. Zij moeten effectief beoordelen in hoeverre de opgelegde voorwaarden zorgvuldig werden nageleefd.

Het is diezelfde overweging die sommige verbeteringen voorgesteld in artikel 3, hebben ingegeven.

Een lid wijst erop dat in de Nederlandse tekst het woord «nagaan» wordt gehanteerd, hetgeen een andere, ruimere draagwijdte heeft dan «controleren».

Amendement nr. 657

De heer Istasse dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement n° 657), dat ertoe strekt om in de tweede volzin van het voorgestelde artikel *5quater* het woord «*contrôle*» te vervangen door het woord «*vérifie*».

De term «*contrôle*» lijkt immers nogal dubbelzinnig, en kan een heel passieve of een heel actieve regelgevende betekenis hebben. De term «*vérifie*» is bovendien meer in overeenstemming met de Nederlandse versie van de tekst.

Amendementen nrs. 598 en 629

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 598) dat ertoe strekt het eerste lid van het voorgestelde artikel *5quater* aan te vullen met een bepaling, volgens welke de commissie de arts die de euthanasie heeft toegepast en de door deze geraadpleegde personen kan horen.

Amendement n° 597

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 597), visant à remplacer dans la première phrase du premier alinéa de l'article *5quater* proposé, les mots «médecin traitant» par les mots «médecin ayant pratiqué l'euthanasie».

L'auteur principal déclare que le présent amendement a la même portée que les amendements n°s 595 et 596.

Amendement n° 628

M. Galand dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 628), tendant à remplacer, à l'alinéa 1^{er} de l'article *5quater* proposé, les mots «elle contrôle» par les mots «elle évalue».

L'auteur indique que, si la commission est composée principalement de médecins et de juristes dont des professeurs d'université, ce n'est pas pour effectuer un contrôle de type strictement formel mais pour effectuer une réelle évaluation du soin avec lequel les conditions ont été appréciées.

C'est la même considération qui avait inspiré certaines corrections proposées à l'article 3.

Un membre fait remarquer que dans le texte néerlandais, le terme «examiner» est utilisé et que ce terme a un sens plus large que le terme «contrôler».

Amendement n° 657

M. Istasse dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 657), en vue de remplacer, dans la deuxième phrase de l'article *5quater* proposé, le mot «*contrôle*» par le mot «*vérifie*».

Le terme «*contrôle*» paraît en effet assez ambigu, et peut avoir une signification très passive ou très active, dans le sens réglementaire. Le terme «*vérifie*» est également plus conforme à la version néerlandaise du texte.

Amendements n°s 598 et 629

M. Vandenberghe et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 598), visant à compléter le premier alinéa de l'article *5quater* proposé par une disposition stipulant que la commission a la faculté d'entendre le médecin ayant pratiqué l'euthanasie, ainsi que les personnes que celui-ci a consultées.

De hoofdindiener verklaart dat de commissie, om haar op doelmatige wijze in staat te stellen haar controletaak te verrichten, over de mogelijkheid dient te beschikken om zowel de arts die de euthanasie heeft toegepast als de door deze arts geraadpleegde personen te horen.

De heer Galand verwijst naar zijn subamendement nr. 629 (Stuk Senaat, nr. 2-244/19), volgens hetwelk de arts zou worden verwittigd indien zijn anonimiteit werd opgeheven en de leden van de commissie, indien hij dat wenst, zou kunnen ontmoeten. Zo verneemt de arts via de Commissie zelf en niet via het parket dat zijn anonimiteit werd opgeheven. De arts is natuurlijk niet verplicht om voor de Commissie te verschijnen. Doet hij dat niet, dan neemt hij de verantwoordelijkheid op zich voor die beslissing en zal de Commissie onder andere dat element beoordelen.

Amendement nr. 632

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 632).

Dit subamendement stelt voor om in het eerste lid van het voorgestelde artikel *5quater* de woorden «de artikelen 3, 4 en *4bis*» te vervangen door de woorden «de artikelen 3 tot 5».

Het is ondergeschikt aan het subamendement nr. 470 van dezelfde indiener dat ertoe strekt dezelfde woorden te vervangen door de woorden «deze wet».

Het subamendement nr. 632 beantwoordt aan het beginsel dat door de indiener reeds werd aangehaald, volgens hetwelk het verkieslijk is duidelijke bepalingen te beogen. Deze bepalingen moeten volgens de indiener van het subamendement eveneens het artikel 5 bevatten.

Amendement nr. 633

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 633), dat ertoe strekt het tweede lid van het voorgestelde artikel *5quater* te vervangen als volgt:

«De Commissie geeft een advies binnen twee maanden na de ontvangst van het registratiedocument.»

Dit subamendement is ondergeschikt aan het subamendement nr. 582 van dezelfde indiener.

De indiener benadrukt dat, om geen dubbelzinnigheid te doen ontstaan in verband met de controlefunctie die de Commissie uitoefent, het belangrijk is te vermelden dat de Commissie geen beslissing neemt die een soort «voorafgaand vonnis» vormt maar dat ze een gewoon advies uitbrengt.

L'auteur principal déclare que pour permettre à la commission d'exercer efficacement sa mission de contrôle, il convient de lui donner la possibilité d'entendre et le médecin qui a pratiqué l'euthanasie et les personnes que ce médecin a consultées.

M. Galand renvoie à son sous-amendement n° 629 (doc. Sénat, n° 2-244/19), qui prévoit que le médecin serait averti que son anonymat était levé, et qu'il pourrait rencontrer les membres de la commission, s'il le souhaitait. Ainsi, le médecin apprendra, par la commission elle-même et non par le parquet, que son anonymat a été levé. Le médecin n'est évidemment pas obligé de se présenter devant la commission. S'il ne le fait pas, il assume la responsabilité de cette décision, et la commission appréciera cet élément parmi d'autres.

Amendement n° 632

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 632).

Ce sous-amendement propose de remplacer, à l'alinéa 1^{er} de l'article *5quater* proposé, les mots «les articles 3, 4 et *4bis*», par les mots «les articles 3 à 5».

Il est subsidiaire au sous-amendement n° 470 du même auteur, qui vise à remplacer les mêmes mots par les mots «la présente loi».

Le sous-amendement n° 632 répond au principe, déjà évoqué par l'auteur, selon lequel il est préférable de viser des dispositions précises. Ces dispositions doivent, selon l'auteur du sous-amendement, comprendre également l'article 5.

Amendement n° 633

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 633), tendant à remplacer l'alinéa 2 de l'article *5quater* proposé par ce qui suit:

«Elle rend un avis dans un délai de deux mois à dater de la réception du document d'enregistrement.»

Ce sous-amendement est subsidiaire au sous-amendement n° 582 du même auteur.

L'auteur souligne que, pour ne pas créer l'ambiguïté concernant la fonction de contrôle exercée par la commission, il importe de préciser que la commission ne rend pas une décision qui constituerait un «pré-jugement» mais qu'elle rend un simple avis.

Het is overigens raadzaam te vermelden vanaf welk tijdstip de termijn wordt berekend.

Een lid meent dat de woorden «zich uitspreken» niet noodzakelijkerwijs de idee van een oordeel inhouden.

Een ander lid is van mening dat, indien men in het volgende lid de woorden «kan oordelen» door de woorden «kan van oordeel zijn» vervangt, de niet-gerechtigde reikwijdte van de term «spreekt zich uit» voldoende verduidelijkt wordt.

Amendement nr. 592

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 592) dat beoogt de in het tweede lid van artikel 5^{quater} voorgestelde termijn van twee maanden te laten aanvangen op het moment van de ontvangst van het registratieformulier.

De hoofdindienster merkt op dat de voorgestelde bepaling inhoudt dat de commissie zich binnen twee maanden uitsprekt. Evenwel wordt geen aanvangsdatum voor deze termijn bepaald.

Amendement nr. 472

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 472), dat ertoe strekt om het laatste lid van het artikel 5^{quater} te vervangen als volgt:

«Wanneer de Commissie bij gewone meerderheid het gemotiveerde besluit neemt dat de voorwaarden bepaald bij deze wet niet zijn nageleefd, zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.»

Dit subamendement is ondergeschikt aan amendement nr. 582 van dezelfde indienster. Zij is van mening dat een stemming met een tweederde meerderheid het in de praktijk onmogelijk maakt enig dossier over te zenden aan de procureur des Konings en feitelijk de controlebevoegdheid van de rechterlijke macht kortwiekt. Een gewone meerderheid lijkt redelijker.

Overigens moet het dossier opnieuw aan het parket worden overgezonden, indien deze meerderheid bereikt is. Het is geen facultatieve mogelijkheid meer voor Commissie, maar een verplichting, zo niet heeft deze stemming geen zin.

Het amendement beoogt dus willekeur zo veel mogelijk te vermijden. De tekst, zoals die werd opgesteld, laat de Commissie, wanneer de voorwaarden van de wet niet werden nageleefd, te veel speelruimte.

Een lid verklaart dat hij de redenering van de indienster van het amendement niet kan volgen.

Par ailleurs, il convient d'indiquer le point de départ pour le calcul du délai.

Un membre estime que les mots «se prononcer» n'évoquent pas nécessairement l'idée d'un jugement.

Un autre membre est d'avis que, si l'on remplace, à l'alinéa suivant, les mots «peut juger» par les mots «peut considérer», cela éclairera à suffisance la portée non judiciaire des termes «elle se prononce».

Amendement n° 592

M. Vandenberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 592), visant à faire courir le délai de 2 mois, visé au deuxième alinéa de l'article proposé, à compter de la date de réception du formulaire d'enregistrement.

L'auteur principal fait remarquer que la disposition proposée prévoit que la commission se prononce dans un délai de deux mois. Elle ne fixe toutefois pas la date à laquelle ce délai prend cours.

Amendement n° 472

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 472), tendant à remplacer le dernier alinéa de l'article 5^{quater} proposé par ce qui suit:

«Lorsque, par décision motivée prise à la majorité simple, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle renvoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.»

Ce sous-amendement est subsidiaire à l'amendement n° 582 du même auteur. Cet auteur estime que le vote à la majorité des deux tiers rend impossible dans la pratique tout renvoi au procureur du Roi, et court-circuite dans les faits le contrôle du pouvoir judiciaire. Une majorité simple semble plus raisonnable.

Par ailleurs, à nouveau, si cette majorité est atteinte, le dossier doit être renvoyé au parquet. Ce n'est plus une possibilité laissée à la commission, mais une obligation, sinon ce vote n'a pas de sens.

L'amendement vise donc à éviter au maximum l'arbitraire. Tel qu'il est rédigé, le texte laisse trop de latitude à la commission, lorsque les conditions de la loi ne sont pas respectées.

Un membre déclare qu'il ne peut suivre le raisonnement de l'auteur de l'amendement.

Het parket behoudt immers zijn autonomie inzake vervolgingen.

Anderzijds strekt de tekst ertoe om een filosofische pluraliteit en een taalkundig evenwicht binnen de Commissie te waarborgen. Men moet vermijden dat een gewone meerderheid wordt gevormd door een taalkundige groep of een filosofische strekking, plus een stem van de andere.

De zes indieners hebben terecht blijk gegeven van grote voorzichtigheid want men wenst naar een soort van consensus binnen de Commissie te streven.

De tweederdemeerderheid is dus verantwoord want met een gewone meerderheid zal men niet het vertrouwen van het medisch korps krijgen.

Een ander lid is het niet eens met de vorige spreker. Zij is van mening dat de installatie van een federale controle- en evaluatiecommissie een goede zaak is, vermits deze buitengerechtigde instelling de artsen ertoe zal aanzetten vlugger melding te maken van een euthanasie. Niettemin meent zij dat de voorgestelde meerderheid van twee derden om het dossier over te zenken aan het parket niet wenselijk is.

Het lid herinnert aan de bespreking van het amendement nr. 602 waarin werd voorgesteld dat de leden van de federale evaluatiecommissie zouden worden aangewezen, op voordracht van de Senaat, met een meerderheid van twee derden. Hierop werd door de indieners van het amendement nr. 18 geantwoord dat dit amendement tot gevolg zou hebben dat één derde van de leden de voordracht van een kandidatenlijst kan tegenhouden, wat niet wenselijk is.

Spreekster meent dat dezelfde logica hier kan worden toegepast. Het is niet wenselijk dat één derde van de leden van de controlecommissie de overzending van het dossier aan het parket kan tegenhouden. De door het artikel *Squater* voorgestelde vereiste meerderheid van twee derden is dan ook niet wenselijk. Een gewone meerderheid is voldoende.

De vorige spreker verwijst naar de situatie in Nederland waar van alle aangiften bij de provinciale commissies, slechts drie dossiers aan het parket werden overgemaakt. Dergelijke gevallen zullen nagenoeg bij de hele Commissie twijfel doen rijzen.

Men probeert om binnen de Commissie een zo ruim mogelijke consensus te bereiken.

De spreker meent dat men zuiver filosofische of taalkundige breuken binnen de Commissie dient te vermijden.

Een lid verklaart, antwoordend aan een vorige spreekster, dat hij heeft willen vermijden dat, door een parlementaire tweederdemeerderheid te eisen, één derde van de leden van de parlementaire vergadering de toepassing van de wet zou kunnen tegenhouden door te verhinderen dat de Commissie wordt opgericht.

En effet, le parquet conserve toute son autonomie en matière de poursuites.

D'autre part, le texte tend à garantir une pluralité philosophique et un équilibre linguistique au sein de la commission. Il ne faudrait pas qu'une majorité simple soit constituée grâce à un groupe linguistique ou une tendance philosophique, plus une voix de l'autre.

Les six auteurs ont à juste titre fait preuve d'une grande prudence, car il faut tendre vers une sorte de consensus au sein de la commission.

La majorité des deux tiers se justifie donc, car avec une majorité simple, on n'aura pas la confiance du corps médical.

Une autre membre dit ne pas être d'accord avec les propos de l'intervenant précédent. Elle estime que l'instauration d'une commission d'évaluation et de contrôle fédérale est une bonne chose, puisqu'une telle institution extrajudiciaire incitera les médecins à communiquer plus rapidement les cas d'euthanasie. Toutefois, elle est d'avis que la majorité des deux tiers proposée pour pouvoir procéder à la transmission du dossier au parquet n'est pas souhaitable.

La membre rappelle les débats autour de l'amendement n° 602 qui propose de faire désigner les membres de la commission d'évaluation fédérale sur proposition du Sénat adoptée à la majorité des deux tiers. Les auteurs de l'amendement n° 18 ont répondu qu'un tel amendement permettrait à un tiers des membres de bloquer la présentation d'une liste de candidats, ce qui n'est pas souhaitable.

L'intervenante estime que la même logique peut être adoptée dans le cas présent. Il n'est pas souhaitable qu'un tiers des membres de la commission de contrôle ait la possibilité de bloquer la transmission du dossier au parquet. La majorité des deux tiers prescrite par l'article *Squater* n'est pas appropriée. Une majorité simple suffit.

Le précédent orateur se réfère à la situation aux Pays-Bas où, sur l'ensemble des déclarations adressées aux commissions provinciales, seuls trois dossiers ont été transmis au parquet. De tels cas apparaîtront comme douteux à la quasi-totalité de la commission.

On essaie qu'il y ait le plus large consensus possible au sein de celle-ci.

L'intervenant estime qu'il est prudent d'éviter des ruptures purement philosophiques ou linguistiques au sein de la commission.

Un membre déclare, en réponse à une précédente intervenante, qu'il a voulu éviter que par l'exigence d'une majorité parlementaire des deux tiers, un tiers des membres de l'assemblée parlementaire puisse bloquer l'application de la loi en empêchant que la commission soit créée.

Een ander lid verwijst naar eerdere tussenkomsten omtrent het feit dat de voorgestelde zogezegde «buffer» in feite de controle én de evaluatie voor zijn rekening neemt en te verregaande bevoegdheden verkrijgt om de rol van het parket in deze aangelegenheid te minimaliseren.

Het argument dat één derde van de senatoren de toepassing van een wet zouden kunnen verhinderen, is lachwekkend. Dit zou betekenen dat men principieel gekant is tegen het beginsel van een bijzondere meerderheid, daar waar zulks in andere gevallen — de herziening van de grondwet of de aanduiding van de leden van de Hoge Raad voor de Justitie — wel wordt aanvaard. Ook daar zou immers een politieke minderheid de besluitvorming kunnen blokkeren. De bedoeling is echter een signaal te geven dat beslissingen met een dergelijke diepgang breed gedragen moeten worden.

Het lid meent dat de voorgestelde regeling, waarbij de doorverzending van het dossier naar het parket door de commissie moet beslist worden met een meerderheid van twee derden, enkel tot doel heeft een blokkeringsminderheid in het leven te roepen om op die manier zo weinig mogelijk dossiers aan het parket over te zenden. De commissie biedt geen enkele waarborg voor een doelmatige toepassing van de wet.

De indienster van het amendement nr. 472 vraagt waarom, wanneer de meerderheid werd bereikt om vast te stellen dat de voorwaarden van de wet niet werden nageleefd, het overzenden van het dossier naar het parket een optie blijft.

De spreekster vindt dat het overzenden in dat geval een verplichting moet zijn.

Een vorige spreker antwoordt dat zulks de bedoeling is van de indieners en dat hij zal overwegen om de tekst op dit punt te verduidelijken.

Een lid stelt vast dat men hier een blokkeringsminderheid in het leven roept die kan verhinderen dat de dossiers worden doorgestuurd naar het parket. In Nederland daarentegen is geen meerderheid van twee derden vereist, doch volstaat een gewone meerderheid.

Een ander lid herinnert eraan dat het in Nederland om regionale commissies gaat die uit drie leden bestaan. Dat is een andere aanpak, veel vormelijker.

In de in bespreking zijnde tekst wordt één enkele Commissie opgericht op federaal niveau. Het gaat om een comité van wijzen, dat zowel een vormelijke als een beoordeling ten gronde formuleert.

Een lid is het eens met de opmerking van een vorige spreekster. Misschien is het wenselijk om het woord «kan» te schrappen, en te bepalen dat de commissie de dossiers doorstuurt indien zij van oordeel is dat de wettelijke voorwaarden niet werden vervuld.

Un autre membre renvoie à des interventions précédentes concernant le fait que le soi-disant «tampon» proposé prend en fait en charge le contrôle et l'évaluation et dispose de compétences beaucoup trop importantes pour réduire le rôle du parquet.

L'argument selon lequel un tiers des sénateurs pourrait faire obstruction à l'application de la loi n'est pas pertinent. Cela impliquerait qu'on est par principe opposé au principe de la majorité spéciale, alors qu'elle est admise dans d'autres cas, notamment la révision de la Constitution ou la nomination des membres du Haut Conseil de la Justice. Une minorité politique pourrait également y bloquer le processus de délibération. En fait, ce qu'on donne à sous-entendre, c'est que les délibérations d'une telle portée doivent être soutenues par une large majorité.

Le membre estime que la réglementation proposée qui dispose que la transmission par la commission du dossier au parquet doit être votée à une majorité des deux tiers a pour seul et unique but d'introduire une minorité de blocage de manière à ce que le nombre de dossiers transmis au parquet soit aussi faible que possible. La commission ne présente aucune garantie en ce qui concerne l'application efficace de la loi.

L'auteur de l'amendement n° 472 demande pourquoi, lorsque la majorité est acquise pour constater que les conditions de la loi n'ont pas été respectées, l'envoi du dossier au parquet reste une faculté.

L'intervenante estime que, dans ce cas, cet envoi doit constituer une obligation.

Un précédent orateur répond que telle est l'intention des auteurs, et qu'il envisagera de clarifier le texte sur ce point.

Un membre constate qu'on crée une minorité de blocage capable d'éviter que les dossiers soient transmis au parquet. Aux Pays-Bas, cette majorité des deux tiers n'existe pas. Une majorité simple y est de rigueur.

Un autre membre rappelle qu'aux Pays-Bas, il s'agit de commissions régionales composées de trois membres. C'est là une approche différente, plus formelle.

Dans le texte à l'examen, on crée une seule commission au niveau fédéral. Il s'agit d'une commission de sages, qui formule une appréciation autant de fond que de forme.

Une autre membre se rallie à la remarque de la préopinante. Il est peut-être souhaitable de supprimer le mot «peut» et de disposer que la commission transmettra les dossiers dans le cas où elle estime que les conditions légales n'ont pas été remplies.

Een ander lid weerlegt de bewering van een vorige spreker, als zouden de Nederlandse toetsingscommissies zijn samengesteld uit drie leden. De door de Nederlandse Tweede Kamer goedgekeurde tekst zegt dat de commissies bestaan uit een oneven aantal leden, en minstens uit drie leden.

Amendement nr. 581

De heer Mahoux c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 581), dat ertoe strekt om in het laatste lid van het voorgestelde artikel 5^{quater} het woord «renvoyer» te vervangen door het woord «envoyer».

De indiener verduidelijkt dat de Franse term «renvoyer» de indruk wekt dat men het document terugzendt aan de procureur des Konings.

Amendement nr. 584

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 584) dat beoogt in het derde lid van het artikel de toepassing van artikel 28^{ter}, § 1, van het Wetboek van strafvordering te vermelden.

De hoofdindiener herinnert eraan dat artikel 28^{ter} van het Wetboek van strafvordering bepaalt dat de procureur des Konings een vervolgingsplicht heeft. De voorgestelde regeling, waarbij aan het parket het dossier enkel wordt overgemaakt zo de commissie van oordeel is dat de voorwaarden en de procedures niet werden nageleefd, kan hieraan geen afbreuk doen.

Amendementen nrs. 585 en 586

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 586) dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel 5^{quater} in te schrijven dat het dossier hoe dan ook, in alle gevallen, aan het parket wordt overgezonden.

De hoofdindiener meent dat het onaanvaardbaar is dat het oordeel van de commissie enkel wordt overgemaakt aan het parket indien zij vaststelt dat de voorwaarden en de procedures van de artikelen 3 en 4 niet werden nageleefd.

Het lid wijst erop dat het volgens de grondwet aan het parket toekomt om het vervolgingsbeleid te bepalen, en niet aan de commissie. Het parket dient dan ook een overzicht te hebben van alle dossiers.

Un autre membre récusé l'assertion du préopinant selon laquelle les commissions de contrôle hollandaises seraient composées de trois membres. Le texte adopté par la Deuxième Chambre hollandaise stipule que le nombre de membres siégeant au sein des commissions doit être impair et s'élever à trois au minimum.

Amendement n° 581

M. Mahoux et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 581), visant à remplacer, au dernier alinéa de l'article 5^{quater} proposé, le mot «renvoyer» par le mot «envoyer».

L'auteur précise que le terme «renvoyer» pouvait laisser croire qu'il s'agit d'un retour vers le procureur du Roi.

Amendement n° 584

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 584), visant à mentionner dans l'alinéa 3 de l'article 5^{quater} proposé l'application de l'article 28^{ter}, § 1^{er}, du Code d'Instruction criminelle.

L'auteur principal rappelle que, conformément à l'article 28^{ter} du Code d'instruction criminelle, le procureur du Roi est tenu d'intenter des poursuites. Le régime proposé, qui prévoit que la commission ne transmet le dossier au parquet que si elle estime que les conditions à remplir et les procédures à suivre n'ont pas été respectées, ne peut porter atteinte à cette obligation.

Amendements n°s 585 et 586

M. Vandenberghe et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 586), visant à insérer dans l'article 5^{quater} proposé une disposition stipulant que le dossier doit en tous les cas être transmis au parquet.

L'auteur principal estime qu'il est inadmissible que la commission ne transmette son jugement au parquet que lorsqu'elle y constate que les conditions et les procédures prévues aux articles 3 et 4 n'ont pas été respectées.

Le membre rappelle que, conformément à la Constitution, il appartient au parquet et non à la commission de décider des poursuites à intenter. Dès lors, le parquet doit disposer d'un aperçu des éléments de tous les dossiers.

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 585) dat in het derde lid van het voorgestelde artikel tussen de woorden «niet zijn nageleefd» en de woorden «het dossier overzenden» de woorden «en dient zij in dat geval» wenst in te voegen.

De hoofdindieners benadrukt dat dit amendement van strikt subsidiaire orde is.

Indien men van oordeel blijft dat enkel een oordeel dat vaststelt dat de voorwaarden en procedures niet zijn nageleefd dient te worden overgezonden aan het parket, is de voorgestelde libellering in elk geval onduidelijk en ondubbelzinnig.

De voorgestelde tekst laat de mogelijkheid open dat voor overzending van het dossier aan het parket opnieuw een meerderheid van twee derden nodig is; bovendien wijst het woord «kan» niet op een verplichting terzake.

Dit dient te worden gepreciseerd in de tekst.

Amendement nr. 587

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 587) dat beoogt in het derde lid van het voorgestelde artikel de woorden «bij gemotiveerde beslissing» te doen vervallen.

De hoofdindieners meent dat de vereiste van een gemotiveerde beslissing een bijkomende beperking op de mogelijkheid van doorverwijzing van het dossier naar het parket betekent.

Bij de minste twijfel over de naleving van de voorwaarden en procedures, dient bij gewone beslissing hierover te kunnen worden geoordeeld.

Immers steeds volgens de indieners van het amendement nr. 587, is het oordeel van de commissie enkel een advies dat steeds (zowel bij positief als negatief oordeel) aan het parket dient te worden overgemaakt.

Amendement nr. 590

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 590) dat in het derde lid niet enkel over de voorwaarden maar ook over de procedures wenst te spreken.

De hoofdindieners vindt dat de commissie zich niet enkel dient uit te spreken over de naleving van de voorwaarden bedoeld in artikel 3 en 4, maar eveneens over het naleven van de procedurele zorgvuldigheidsvereisten opgenomen in deze artikels.

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 585), visant à insérer dans le troisième alinéa de l'article proposé, entre les termes «n'ont pas été respectées» et les termes «transmettre le dossier», les mots «et dans ce cas, elle devra transmettre».

L'auteur principal précise que cet amendement est d'ordre purement subsidiaire.

Si l'on estime que seul un jugement constatant le non-respect des conditions prévues et des procédures à suivre doit être transmis au parquet, alors le texte proposé le traduit de manière plutôt vague et ambiguë.

Le texte proposé laisse subsister la possibilité qu'il faille à nouveau une majorité des deux tiers pour que le dossier puisse être transmis au parquet; de plus, l'utilisation de la forme verbale «peut» ne permet pas d'inférer qu'il y a une obligation en l'espèce.

Il convient de préciser le texte sur ce point.

Amendement n° 587

M. Vandenberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 587), visant à faire supprimer à l'alinéa 3 de l'article proposé les termes «en cas de décision motivée».

L'auteur principal estime que la condition posée à la décision motivée ajoute une nouvelle restriction à la possibilité de communiquer le dossier au parquet.

Si l'on a le moindre doute à propos du respect des conditions et des procédures prévues, il doit être possible de statuer par une simple décision.

Selon les auteurs du présent amendement n° 587, le jugement de la commission consiste en un simple avis (positif ou négatif) à transmettre en tout cas au parquet.

Amendement n° 590

M. Vandenberghe et consorts déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 590), visant à préciser à l'alinéa 3 qu'il convient non seulement de respecter les conditions, mais également les procédures.

L'auteur principal estime que la commission doit se prononcer non seulement sur le respect des conditions prévues aux articles 3 et 4, mais aussi sur le respect des conditions procédurales de prudence mentionnées à ces articles.

Amendement nr. 591

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 591) dat in het derde lid de voorgestelde meerderheid van twee derden wenst terug te brengen tot een gewone meerderheid.

De hoofdindieners verwijst naar de debatten die hieromtrent reeds werden gevoerd. Hij benadrukt dat deze amendementen slechts subsidiair zijn, vermits de fundamentele kritiek overeind blijft, dat de commissie de bevoegdheden uitoefent die normaliter aan het parket toekomen.

Amendement nr. 637

De heer Galand en mevrouw de T' Serclaes dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 637) dat ertoe strekt om in het derde lid van het voorstelde artikel *5quater* de woorden «kan zij bij gemotiveerde beslissing oordelen dat de voorwaarden bepaald in de artikelen 3 en 4 en *4bis* niet zijn nageleefd en» vervangen door de woorden «kan zij tot een gemotiveerd besluit komen en».

De indieners menen immers dat de Commissie bevoegd is om een globale beoordeling te doen.

Overigens ligt het niet in de bedoeling een gerechtelijk orgaan in te stellen maar veeleer een evaluatiecommissie. De voorgestelde wijziging geeft dat duidelijker weer.

Een lid antwoordt dat de uitdrukking «de voorwaarden voorzien in deze wet» de globale connotatie heeft die de indieners van amendement nr. 637 hadden gewenst.

Amendement nr. 654

De heer Vankrunkelsven dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 654), dat ertoe strekt in het voorgestelde artikel *5quater* in te schrijven dat de registratiedocumenten worden onderzocht door een kamer, respectievelijk voor de Vlaamse en de Franse Gemeenschap.

Het amendement nr. 654 wordt ingetrokken ten voordele van het subamendement nr. 653 op artikel *5bis* (amendement nr. 18).

Amendement nr. 651

De heer Mahoux c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 651), dat bedoeld is om het laatste lid van het artikel *5quater* te vervangen als volgt:

Amendement n° 591

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 591), visant à ramener la majorité des deux tiers visée à l'alinéa 3 à la majorité simple.

L'auteur principal se réfère aux débats qui ont déjà eu lieu sur ce sujet. Il rappelle que ces amendements sont subsidiaires, puisque la critique fondamentale à l'égard du fait que la commission exerce les compétences qui reviennent de fait au parquet est maintenue.

Amendement n° 637

M. Galand et Mme de T' Serclaes déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 637), tendant à remplacer, à l'alinéa 3 de l'article *5quater* proposé, les mots «juger que les conditions prévues par les articles 3 et *4bis* n'ont pas été respectées, et» par les mots «décider de».

Les auteurs estiment en effet que la commission a un pouvoir d'appréciation globale.

En outre, ne s'agissant pas d'instituer un organe juridictionnel mais bien une commission d'évaluation, les termes proposés sont plus adéquats.

Un membre répond que l'expression «les conditions prévues par la présente loi» présentent la connotation globale souhaitée par les auteurs de l'amendement n° 637.

Amendement n° 654

M. Vankrunkelsven et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 654), visant à insérer dans l'article *5quater* proposé que les formulaires d'enregistrement seront examinés par les communautés flamande et française, par l'intermédiaire de leur chambre respective.

L'amendement n° 654 est retiré au profit du sous-amendement n° 653 à l'article *5bis* (amendement n° 18).

Amendement n° 651

M. Mahoux et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 651), qui a pour but de remplacer le dernier alinéa de l'article *5quater* proposé, par ce qui suit:

«Oordeelt de commissie bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt».

Dit subamendement is bedoeld om de tweeslachtigheid van het hoofdamendement op te heffen met betrekking tot het feit dat, indien de commissie, bij tweederdemeerderheid, van mening is dat de voorwaarden van de wet niet werden nageleefd, het overzenden van het dossier aan het parket een verplichting is en geen gewone optie.

De commissie is het er evenwel mee eens om het woord «considère» te vervangen door «estime». De Nederlandse tekst luidt dan als volgt: «Is de commissie van oordeel ...».

De heer Galand en mevrouw de T' Serclaes dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 637) dat ertoe strekt om in het derde lid van het voorgestelde artikel *5quater* de woorden «kan zij bij gemotiveerde beslissing oordelen dat de voorwaarden bepaald in de artikelen 3, 4 en *4bis* niet zijn nageleefd en» vervangen door de woorden «kan zij tot een gemotiveerd besluit komen».

Dit subamendement geeft het niet gerechtelijke karakter van de opdracht van de commissie beter weer.

Amendement nr. 648

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 648) dat ertoe strekt in het derde lid van het voorgestelde artikel *5quater* de woorden «de artikelen 3, 4 en *4bis*» te vervangen door de woorden «deze wet».

De hoofdindienster verklaart dat alle voorwaarden van de wet — en niet enkel deze bepaald in de artikelen 3, 4 en *4bis* — door de arts moeten worden nageleefd, ook die welke verband houden met de wijze van invulling van het registratiedocument.

Zij verwijst naar eerder ingediende amendementen, die dezelfde wijziging elders aanbrenghen.

Amendement nr. 649

De heer Mahoux c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 649), dat ertoe strekt om in de Franse tekst, in het derde lid van het voorgestelde artikel *5quater* het woord «juger» door het woord «considérer» te vervangen.

Een lid vraagt hoe de Nederlandse vertaling luidt van de Franse term «considérer».

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

Ce sous-amendement a pour but de lever l'ambiguïté de l'amendement principal quant au fait que, si la commission considère, à la majorité des deux tiers, que les conditions de la loi n'ont pas été respectées, l'envoi du dossier au parquet est une obligation et non une simple faculté.

La commission s'accorde toutefois pour remplacer le terme «considère» par le mot «estime». Le texte néerlandais sera libellé comme suit: «Is de commissie van oordeel ...».

M. Galand et Mme de T' Serclaes déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 637), tendant à remplacer, à l'alinéa 3 de l'article *5quater* proposé, les mots «juger que les conditions prévues par les articles 3 et *4bis* n'ont pas été respectées, et» par les mots «décider de».

Ce sous-amendement rend mieux compte du caractère non juridictionnel de la mission de la commission.

Amendement n° 648

Mme Vanlerberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 648), visant à remplacer à l'alinéa 3 de l'article *5quater* proposé les mots «les articles 3, 4 et *4bis*», par les mots «cette loi».

L'auteur principal déclare que toutes les conditions doivent être remplies par le médecin, non seulement celles prévues par les articles 3, 4 et *4bis*, mais également celles qui se rapportent au remplissage du formulaire d'enregistrement.

Elle se réfère à des amendements déposés antérieurement qui introduisent la même modification.

Amendement n° 649

M. Mahoux et consorts déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 649), tendant à remplacer, dans le texte français de l'alinéa 3 de l'article *5quater* proposé, le mot «juger» par le mot «considérer».

Un membre demande la traduction en néerlandais du terme français «considérer».

De hoofdindiener antwoordt dat, zijns inziens, in het Nederlands het woord «oordelen» kan blijven staan. Mocht dit evenwel tot interpretatieproblemen leiden over de precieze bevoegdheid van de commissie, dan stelt hij voor in het Frans de term «estimer» en in het Nederlands «van oordeel zijn» te gebruiken.

Het amendement nr. 649 zal worden teruggetrokken want het is hernomen in het algemeen amendement nr. 651 dat door de heer Mahoux c.s. op het derde lid werd ingediend.

Amendement nr. 197

De heer Vankrunkelsven dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/12, amendement nr. 197) dat strekt om het voorgestelde artikel 5^{quater} aan te vullen met het volgende lid:

«In die gevallen dat volgens artikel 3, § 4, 2^o, een *ad hoc* commissie een positief advies gaf over de noodzakelijke voorwaarde voor euthanasie, spreekt de evaluatiecommissie zich enkel uit over de formele voorwaarden.»

Amendement nr. 563

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 563) dat het voorgestelde artikel 5^{quater} wenst aan te vullen met het volgende lid: «De commissie kan enkel geldig beraadslagen en oordelen indien alle leden aanwezig zijn.»

Een van de indieners wijst erop dat het noodzakelijk is dat de beslissingen van de commissie enkel kunnen worden genomen bij aanwezigheid van alle leden. Dergelijke beslissingen mogen onder geen beding afhankelijk zijn van toevallige meerderheden.

Amendement nr. 578

De heer Remans c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 578) dat strekt om het voorgestelde artikel aan te vullen met het volgende lid:

«Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.»

L'auteur principal répond que, à son avis, le terme néerlandais «oordelen» peut être maintenu. Si l'interprétation de ce terme pose problème quant à la définition précise de la compétence de la commission, il propose d'utiliser en français le terme «estimer» et en néerlandais l'expression «van oordeel zijn» (être d'avis).

L'amendement n° 649 sera retiré, car il est repris dans l'amendement global n° 651 déposé par M. Mahoux et consorts à l'alinéa 3.

Amendement n° 197

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/12, amendement n° 197), visant à compléter l'article 5^{quater} proposé par la disposition suivante:

«Dans les cas où, conformément à l'article 3, § 4, 2^o, une commission *ad hoc* a rendu un avis positif sur la condition nécessaire pour l'euthanasie, la commission d'évaluation se prononce uniquement sur les conditions formelles.»

Amendement n° 563

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 563), visant à compléter l'article 5^{quater} proposé par l'alinéa suivant: «La commission ne peut délibérer et juger valablement que si tous ses membres sont présents.»

Un des auteurs rappelle que la commission ne peut statuer qu'en présence de la totalité de ses membres. Les délibérations de la commission doivent rester indépendantes de toute majorité fortuite.

Amendement n° 578

M. Remans et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 578), visant à compléter l'article proposé par l'alinéa suivant:

«Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se fera excuser ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.»

Amendement nr. 588

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 588) dat er toe strekt het voorgestelde artikel *5quater* aan te vullen men een nieuw lid, luidend als volgt: «De arts die de euthanasie uitvoerde, wordt schriftelijk op de hoogte gebracht van het oordeel van de commissie.»

De hoofdindienster vindt dat het van belang is dat de arts die de euthanasie heeft uitgevoerd op de hoogte wordt gebracht van het oordeel van de commissie.

Amendement nr. 589

De heer Vandenberghe c.s. dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 589) dat voorstelt een nieuw lid toe te voegen aan het voorgestelde artikel, luidend als volgt: «Het oordeel van de commissie strekt de procureur des Konings enkel tot advies.»

De hoofdindienster verwijst naar eerdere tussenkomenstren hieromtrent en naar de schriftelijke verantwoording bij het amendement.

Amendement nr. 639

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 639), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel *5quater* aan te vullen als volgt:

«§ 2. De commissie kan alleen geldig beraadslagen en advies geven als alle leden aanwezig zijn.

In het advies van de commissie worden de verschillende standpunten vermeld.»

Dit subamendement is ondergeschikt aan het subamendement nr. 582 van dezelfde indienster.

De indienster verwijst voor het eerste lid van de voorgestelde § 2 naar wat hierover reeds werd gezegd.

Wat betreft het tweede lid merkt zij op dat een soortgelijke procedure bestaat, bijvoorbeeld, bij het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Andere instanties, al dan niet rechterlijk, houden er verschillende ideeën op na.

De indienster van het amendement vindt het interessant dat dergelijke standpunten worden meegegeven.

Amendement nr. 640

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 640), dat ertoe strekt het voorgestelde artikel *5quater* aan te vullen met een § 3, luidende:

«§ 3. Alle adviezen van de commissie worden overgezonden aan de procureur des Konings van de plaats

Amendement n° 588

M. Vandenberghe et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 588), visant également à compléter l'article *5quater* proposé par un nouvel alinéa, libellé comme suit: «Le médecin qui a pratiqué l'euthanasie est informé par écrit du jugement de la commission.»

Il importe que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie soit informé du jugement de la commission.

Amendement n° 589

M. Vandenberghe et consorts dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 589), visant à insérer un nouvel alinéa à l'article proposé, libellé comme suit: «Le jugement de la commission n'a que valeur d'avis au procureur du Roi.»

L'auteur principal renvoie aux interventions précédentes et à la justification écrite à ce sujet.

Amendement n° 639

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 639), tendant à compléter l'article *5quater* proposé par un § 2, rédigé comme suit:

«§ 2. La commission ne peut délibérer et rendre un avis valablement que si la totalité de ses membres sont présents.

Les avis de la commission mentionnent les divers points de vue exprimés.»

Ce sous-amendement est subsidiaire au sous-amendement n° 582 du même auteur.

En ce qui concerne l'alinéa 1^{er} du § 2 proposé, l'auteur renvoie à ce qui a déjà été dit sur le sujet.

Quant à l'alinéa 2, une telle procédure existe, par exemple, au Comité consultatif de bioéthique.

Différentes autres instances, juridictionnelles ou non, mentionnent les opinions dissidentes.

L'auteur de l'amendement trouve intéressant que de telles opinions soient connues.

Amendement n° 640

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 640), tendant à compléter l'article *5quater* proposé par un § 3, rédigé comme suit:

«§ 3. Tout avis de la commission est transmis au procureur du Roi du lieu du décès du patient. Celui-ci

waar de patiënt overleden is. Deze kan, op eenvoudig verzoek, bij de commissie alle inlichtingen inwinnen of de mededeling van alle documenten vragen.»

Dit subamendement is eveneens ondergeschikt aan het subamendement nr. 582 van dezelfde indienster. Het past in een controleopdracht op de toepassing van de wet.

Om te vermijden dat de procureur des Konings, op welke manier dan ook, wordt beïnvloed, zou de indienster het wenselijker en minder willekeurig vinden dat de commissie een advies uitbrengt over het hele dossier dat ze heeft ontvangen.

Anderzijds zal de procureur, wanneer hij van de commissie een advies of een dossier krijgt, een onderzoek openen.

De indienster zou het verstandig vinden dat wordt bepaald dat de procureur des Konings de commissie kan ondervragen.

Een lid stelt vast dat dit subamendement indruist tegen het amendement dat door de zes indieners op het oorspronkelijk wetsontwerp werd ingediend door terug te komen op het idee van een stelsmatig overzenden naar de procureur des Konings.

Een lid verwijst naar het advies van de Nederlandse Raad van State, volgens hetwelk het openbaar ministerie over alle dossiers moet kunnen beschikken om een daadwerkelijk vervolgingsbeleid te kunnen uitstippelen. Dit neemt niet weg dat in de praktijk het openbaar ministerie de dossiers met een gunstig advies wellicht als laatste of zelfs helemaal niet zal behandelen. Principieel is het wel vereist dat alle adviezen van de commissie worden overgezonden.

Het amendement nr. 589 ligt in het verlengde van dit advies van de Nederlandse Raad van State en behoudt het beginsel van de «buffer» tussen de arts die euthanasie toepast en de gerechtelijke instanties.

Artikel 5^{quater}-1 (nieuw)

Amendement nr. 492

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (stuk Senaat, nr. -2-244/18, amendement nr. 492), dat ertoe strekt een artikel 5^{quater}-1 (nieuw) in te voegen, luidend:

«Art. 5^{quater}-1. — De commissie stelt een document op dat door de verzorgingsinstellingen als jaarlijks verslag moet worden ingevuld en haar moet worden bezorgd op uiterlijk 30 april van het jaar dat volgt op het jaar waarop de informatie betrekking heeft.

Dit rapport vermeldt:

— het aantal euthanasieverzoeken in de instelling;

peut, sur simple demande, recueillir tout renseignement ou requérir la communication de tout document auprès de la commission.»

Ce sous-amendement est également subsidiaire au sous-amendement n° 582 du même auteur. Il s'inscrit dans la logique d'une mission de contrôle d'application de la loi.

Pour que le procureur du Roi ne soit pas influencé, de quelque manière que ce soit, l'auteur trouverait préférable et moins arbitraire que la commission envoie un avis sur tout dossier qu'elle a reçu.

D'autre part, lorsque le procureur recevra de la commission un avis ou un dossier, sans doute ouvrira-t-il une information.

L'auteur trouverait opportun qu'il soit prévu que le procureur du Roi puisse interroger la commission.

Un membre constate que ce sous-amendement va à l'encontre de l'amendement proposé par les six auteurs de la proposition de loi initiale, en revenant à un envoi systématique au procureur du Roi.

Un membre se réfère à l'avis du Conseil d'État néerlandais selon lequel le ministère public doit pouvoir disposer de tous les dossiers pour être en mesure de déterminer la politique à suivre en matière de poursuites. Dans la pratique, le ministère public pourra donc traiter les dossiers comme il l'entend, avec ou sans avis favorable. Mais tous les dossiers doivent être transmis à la commission, du moins en théorie.

L'amendement n° 589 se situe dans le prolongement de l'avis du Conseil d'État néerlandais et maintient le «tampon» entre le médecin qui pratique l'euthanasie et les instances juridiques.

Article 5^{quater}-1 (nouveau)

Amendement n° 492

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 492), tendant à insérer un article 5^{quater}-1 (nouveau), rédigé comme suit:

«Art. 5^{quater}-1. — La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par les établissements de soins et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne:

— le nombre d'euthanasies demandées au sein de l'établissement;

— het aantal keren dat euthanasie werd uitgevoerd door de artsen die aan de instelling verbonden zijn.»

Het subamendement kadert in de evaluatieopdracht van de commissie.

Het zou interessant zijn aan de verzorgingsinstellingen te vragen om een document over te maken voor het geval de artsen de voorziene aangifte niet zouden invullen.

De wet houdende de oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking voorziet in een gelijkwaardig rapport.

Stemmingen

Amendement nr. 582 van mevrouw Nyssens is verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 508 van de heer Vandenberghe en van mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 560 van de heer Vandenberghe en van mevrouw De Schamphelaere wordt aangenomen bij eenparigheid van de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 573 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 469 van mevrouw Nyssens wordt aangenomen bij eenparigheid van de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 646 van de heer Galand is overbodig geworden.

Amendement nr. 470 van mevrouw Nyssens wordt aangenomen met 20 stemmen bij 7 onthoudingen.

Amendement nr. 471 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 561 van de heer Vandenberghe en van mevrouw De Schamphelaere wordt aangenomen bij eenparigheid van de 28 aanwezige leden.

Amendement nr. 562 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 593 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 594 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 595 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 596 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

— le nombre d'euthanasies pratiquées par les médecins attachés à l'établissement.»

Le sous-amendement s'inscrit dans le rôle d'évaluation de la commission.

Il serait intéressant de demander aux établissements de soins de transmettre un document, pour le cas où les médecins ne rempliraient pas la déclaration prévue.

Un rapport similaire est prévu dans la loi visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse.

Votes

L'amendement n° 582 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 508 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 560 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 573 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 469 de Mme Nyssens est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 646 de M. Galand est devenu sans objet.

L'amendement n° 470 de Mme Nyssens est adopté par 20 voix et 7 abstentions.

L'amendement n° 471 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 561 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'amendement n° 562 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 593 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 594 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 595 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 596 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10.

Amendement nr. 597 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 628 van de heer Galand wordt verworpen met 15 tegen 9 stemmen bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 657 van de heer Istasse wordt aangenomen met 17 stemmen bij 10 onthoudingen.

Amendement nr. 647 van de heer Galand is overbodig geworden.

Amendement nr. 654 A/B van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 19 stemmen tegen 1 stem bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 598 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 629 van de heer Galand wordt verworpen met 14 tegen 10 stemmen bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 632 van mevrouw Nyssens is overbodig geworden.

Amendement nr. 633 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 592 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 654C van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 19 tegen 2 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 651 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 472 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen.

Amendement nr. 581 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 17 stemmen tegen 1 stem bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 584 (A en B) van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 585 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 586 (A en B) van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 587 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 590 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 16 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

L'amendement n° 597 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 628 de M. Galand est rejeté par 15 voix contre 9 et 4 abstentions.

L'amendement n° 657 de M. Istasse est adopté par 17 voix et 10 abstentions.

L'amendement n° 647 de M. Galand est devenu sans objet.

L'amendement n° 654 A/B de M. Vankrunkelsven est rejeté par 19 voix contre 1 et 4 abstentions.

L'amendement n° 598 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 629 de M. Galand est rejeté par 14 voix contre 10 et 4 abstentions.

L'amendement n° 632 de Mme Nyssens est devenu sans objet.

L'amendement n° 633 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 592 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 654C de M. Vankrunkelsven est rejeté par 19 voix contre 2 et 8 abstentions.

L'amendement n° 651 de M. Mahoux et consorts est adopté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 472 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 10.

L'amendement n° 581 de M. Mahoux et consorts est adopté par 17 voix contre 1 et 9 abstentions.

L'amendement n° 584 (A et B) de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 585 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 586 (A et B) de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 587 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 590 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 16 voix contre 10 et 2 abstentions.

Amendement nr. 591 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 17 tegen 4 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 637 van de heer Galand en mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 3 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 648 van de heer Vandenberghe c.s. is overbodig geworden.

Amendement nr. 649 van de heer Mahoux c.s. wordt teruggetrokken.

Amendement nr. 197 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 25 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 563 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 8 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 578 van de heer Remans c.s. wordt goedgekeurd met 19 stemmen en 9 onthoudingen.

Amendement nr. 588 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 589 van de heer Vandenberghe c.s. wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen.

Amendement nr. 639 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 640 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Artikel 5*quater* vervat in amendement nr. 18 en zoals gewijzigd door de subamendementen, wordt aangenomen met 17 tegen 12 stemmen.

Amendement nr. 492 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 5*quinquies* (nieuw) (artikel 9 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

De hoofdindienster verwijst naar de toelichting die zij reeds heeft gegeven bij de globale voorstelling van het amendement nr. 18, dat de artikelen 5*bis* tot en met 5*novies* omvat.

Wat specifiek het artikel 5*quinquies* betreft, benadrukt het lid dat het de bedoeling is aan de Wetgevende Kamers een tweemaal verslag te bezorgen, dat statistische informatie bevat, dat de toepassing van de wet evalueert en eventueel aanbevelingen doet voor wetgevende initiatieven.

L'amendement n° 591 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 17 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'amendement n° 637 de M. Galand et Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 3 et 9 abstentions.

L'amendement n° 648 de M. Vandenberghe et consorts est devenu sans objet.

L'amendement n° 649 de M. Mahoux et consorts est retiré.

L'amendement n° 197 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 25 voix et 2 abstentions.

L'amendement n° 563 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 8 et 2 abstentions.

L'amendement n° 578 de M. Remans et consorts est adopté par 19 voix et 9 abstentions.

L'amendement n° 588 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 589 de M. Vandenberghe et consorts est rejeté par 18 voix contre 9.

L'amendement n° 639 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 640 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'article 5*quater*, contenu dans l'amendement n° 18, et tel que sous-amendé, est adopté par 17 voix contre 12.

L'amendement n° 492 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 1 abstention.

Article 5*quinquies* (nouveau) (article 9 du texte adopté)

Amendement n° 18

L'auteur principal renvoie à l'exposé des motifs qu'elle a déjà présenté avec l'amendement n° 18 comportant les articles 5*bis* à 5*novies*.

En ce qui concerne l'article 5*quinquies*, la membre déclare qu'il s'agit de fournir aux Chambres législatives un rapport bisannuel comportant des informations statistiques permettant d'évaluer l'application de la loi et, le cas échéant, de formuler des recommandations pour mettre en œuvre des initiatives législatives.

Het lid verwijst uitdrukkelijk naar de bepaling van het laatste lid van het voorgestelde artikel *Squinquies*, volgens hetwelk de commissie ook deskundigen kan betrekken bij haar werkzaamheden. Dit laat bijvoorbeeld toe dat een universitair onderzoeksteam een grondige studie maakt van de statistische gegevens en conclusies trekt over de personen die om euthanasie verzoeken, over het type van artsen dat euthanasie toepast, enz. Vanzelfsprekend moet in alle gevallen de anonimiteit gewaarborgd blijven.

Amendement nr. 610

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 610), dat ertoe strekt om in letter *a*) van het eerste lid van het voorgestelde artikel *Squinquies* de woorden «tweede deel van» te doen vervallen. De indienster meent immers dat het document geen twee delen moet bevatten.

Een lid herinnert eraan dat in elk geval werd overeengekomen om het woord «partie(s)» te vervangen door het woord «volet(s)».

Amendement nr. 493

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 493), dat ertoe strekt om letter *a*) van het voorgestelde artikel aan te vullen met de woorden «alsmede uit in het artikel *5quater-1* bedoelde verslag».

De indienster herinnert eraan dat het tweede deel van het registratiedocument alleen informatie geeft over het aantal effectief uitgevoerde euthanasiehandelingen. Het zou nochtans nuttig zijn het aantal euthanasieverzoeken te vergelijken met het aantal effectief uitgevoerde euthanasiehandelingen.

Dit subamendement is gebonden aan voornoemd subamendement nr. 492.

Een lid merkt op dat de verzorgingsinstelling niet alle verzoeken hoeft te kennen, want die vallen deels onder het medisch beroepsgeheim en onder de vertrouwelijkheid.

De indiener van het amendement nr. 493 herinnert eraan dat in een soortgelijk verslag werd voorzien inzake zwangerschapsafbreking.

De vorige spreker vraagt zich af hoe men het aantal geformuleerde euthanasieverzoeken zou kunnen evalueren.

De indienster van het amendement nr. 493 antwoordt dat men weet dat vele van de geformuleerde verzoeken verdwijnen, terwijl andere blijven bestaan waarop door de arts wordt ingegaan. Het zou interessant zijn de respectieve aantallen te kennen.

La membre se réfère explicitement à la disposition du dernier alinéa de l'article *Squinquies* proposé aux termes duquel la commission a également la faculté de faire appel à des experts. Ceci permet à une équipe de recherche universitaire de mener une étude approfondie sur les données statistiques et de tirer des conclusions sur les personnes introduisant une requête d'euthanasie, sur les médecins pratiquant l'euthanasie, etc. Il va sans dire que l'anonymat doit être préservé dans tous les cas.

Amendement n° 610

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 610), visant, au *a*) de l'alinéa 1^{er} de l'article *Squinquies* proposé, à supprimer les mots «second volet du». L'auteur estime en effet que le document ne doit pas comporter deux volets.

Un membre rappelle qu'en tout état de cause, il a été convenu de remplacer systématiquement le mot «partie(s)» par le mot «volet(s)».

Amendement n° 493

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 493), tendant à compléter le *a*) proposé par les mots «ainsi que dans le rapport visé à l'article *5quater-1*».

L'auteur souligne que le deuxième volet du document d'enregistrement ne peut fournir des informations que sur les euthanasies effectivement pratiquées. Il serait toutefois utile de pouvoir comparer le nombre d'euthanasies demandées par rapport au nombre d'euthanasies effectivement pratiquées.

Ce sous-amendement est lié au sous-amendement n° 492 précité.

Un membre fait observer que l'établissement de soins n'a pas à connaître toutes les demandes, car cela relève pour une part du secret médical et de la confidentialité.

L'auteur de l'amendement n° 493 rappelle qu'un rapport similaire est prévu en matière d'interruption volontaire de grossesse.

Le précédent orateur se demande comment on pourrait évaluer le nombre de demandes d'euthanasie qui sont formulées.

L'auteur de l'amendement n° 493 répond que, parmi les demandes formulées, on sait que beaucoup s'effacent, tandis que d'autres persistent et sont rencontrées par le médecin. Il serait intéressant de connaître le nombre des unes et des autres.

Men zou zo de kwaliteit van de patiëntenbegeleiding kunnen verbeteren.

Een lid merkt op dat het inzake abortus een tijdje heeft geduurd eer de evaluatiecommissie de nodige gegevens kon verkrijgen en ter attentie van het Parlement een verslag kon opmaken dat voor het Parlement werkelijk nuttig was om de toepassing van de wet op het terrein te evalueren.

In dit geval werden bepalingen met betrekking tot de evaluatiecommissie, die oorspronkelijk in een apart wetsvoorstel zaten vervat, opgenomen in het wetsvoorstel met betrekking tot euthanasie.

Het probleem is dat deze commissie een tweeslachtige rol krijgt toebedeeld, zowel een controleerende rol (maar het gaat om een heel formele controle) als een evaluerende rol (maar de commissie beschikt daarvoor niet over de nodige instrumenten). Indien men kennis wil nemen van de manier waarop de zaken op het terrein evolueren, dat wil zeggen hoe de wet zelf werkt, maar ook van de manier waarop de begeleiding aan het levenseinde verloopt, zal de commissie, ter attentie van het Parlement, de gegevens moeten aanvullen met veel grondigere epidemiologische, universitaire en andere studies, zoals in Nederland.

Een vorige spreker meent dat een wet op euthanasie niet de geschikte plaats is om een commissie op te richten die belast is met de opvolging van de problematiek rond begeleiding van het levenseinde in het kader van de gezondheidszorg.

Deze opdracht komt veeleer toe aan een meer algemene instantie, zoals het Hoger Instituut voor Volksgezondheid.

De controle- en evaluatiecommissie moet in de ogen van de spreker vooral een mening hebben over de toepassing van de wet.

De voorgestelde tekst bepaalt trouwens dat ze kan beslissen om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens.

Amendement nr. 494

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 494) dat ertoe strekt om in letter *c*) van het voorgestelde artikel 5quinquies de woorden «inzake de uitvoering van deze wet» te vervangen door de woorden «die ertoe kunnen bijdragen het aantal euthanasiegevallen te verminderen en de begeleiding te verbeteren van personen die zich in de laatste levensfase bevinden of die lijden aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening».

On pourrait ainsi progresser dans la qualité de l'accompagnement des patients.

Un membre observe qu'en matière d'avortement, il a fallu un certain temps pour que la commission d'évaluation puisse obtenir les données nécessaires et rédiger à l'attention du Parlement un rapport qui soit vraiment utile à celui-ci pour apprécier l'application de la loi sur le terrain.

En l'espèce, les dispositions relatives à la commission d'évaluation, initialement contenues dans une proposition de loi distincte, ont été intégrées dans la proposition de loi relative à l'euthanasie.

Le problème est que cette commission se voit confier un rôle hybride, à la fois de contrôle (mais il s'agit d'un contrôle très formel), et d'évaluation (mais la commission ne dispose pas de tous les instruments nécessaires à cette fin). Si l'on veut pouvoir se rendre compte de la manière dont les choses évoluent sur le terrain, c'est-à-dire comment fonctionne la loi elle-même, mais aussi comment se passe l'accompagnement de fin de vie, il faudra, à destination du Parlement, compléter les données fournies par la commission par des études épidémiologiques, universitaires et autres, beaucoup plus approfondies, comme on a pu le faire aux Pays-Bas.

Un précédent orateur estime qu'une loi sur l'euthanasie n'est pas le lieu indiqué pour organiser une commission chargée de suivre l'ensemble de la problématique de l'accompagnement de fin de vie dans le cadre des soins de santé.

Cette mission relève plutôt d'une instance plus générale, comme l'Institut supérieur de Santé publique.

La commission de contrôle et d'évaluation doit surtout, aux yeux de l'intervenant, avoir un avis sur l'application de la loi.

Le texte proposé prévoit d'ailleurs qu'elle peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée.

Amendement n° 494

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 494), tendant à remplacer, au *c*) de l'article 5quinquies proposé, les mots «concernant l'exécution de la présente loi» par les mots «susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'euthanasies et à améliorer l'accompagnement des personnes en fin de vie ou souffrant d'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable».

De indienster verduidelijkt dat het amendement beoogt de essentiële plaats te bevestigen die de medische en morele begeleiding bekleedt van de patiënten die zich in de laatste levensfase bevinden of aan een ongeneeslijke aandoening lijden. Deze begeleiding is van kapitaal belang voor het voorkomen van euthanasieverzoeken, die er altijd op wijzen dat de patiënt alle hoop heeft opgegeven.

Ten aanzien van deze uiterst kwetsbare personen is het essentieel dat aan de artsen en de verplegers een verplichting tot medische en psychische bijstand wordt opgelegd. Wij mogen er niet door een te lakse wetgeving toe bijdragen dat deze mensen, die juist met meest behoefte hebben aan steun van degenen die voor hen zorgen, als het ware uit een therapeutisch oogpunt worden opgegeven.

Euthanasie moet een subsidiaire oplossing blijven. De voorkeur moet steeds gaan naar alternatieven die minder schadelijk zijn voor de patiënt.

Het subamendement gaat in de richting van de bepalingen van letter *c*) zoals voorgesteld met het hoofdamendement maar is preciezer. Het ligt in het verlengde van het voorstel dat door de indiener werd medeondertekend en betrekking had op alle beslissingen betreffende patiënten die zich in een laatste levensfase bevinden.

De indieners van dit voorstel zijn van mening dat euthanasie een strikt subsidiair karakter moet bewaren.

Een lid verduidelijkt dat de woorden «uitvoering van deze wet» (zie *c*)) van het amendement nr. 18 natuurlijk betrekking hebben op alle delen van deze wet. De spreker herinnert in dit opzicht aan alle elementen die in het voorstel zitten vervat en die betrekking hebben op de kwaliteit van zijn omgeving, op het feit dat de arts moet beslissen dat er geen andere oplossing mogelijk is, op het feit dat men op de verzoeken van zieken moet kunnen ingaan, enz.

Amendement nr. 613

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 613), dat ertoe strekt in letter *b*) van het voorgestelde artikel *5quinquies*, de woorden «en geëvalueerd» te doen vervallen.

De indiener merkt op dat de voorgestelde bepaling inhoudt dat de commissie, die enerzijds belast is met de «controle» op de naleving van de voorwaarden bedoeld in artikel 3 en 4 door de arts, anderzijds de toepassing van deze wet dient te evalueren.

Deze tweeledige opdracht mag niet worden gecombineerd.

Door aan de commissie een controletaak op te dragen, waarbij zij bovendien slechts die gevallen

L'auteur précise que l'amendement vise à réaffirmer la place essentielle qu'occupe l'accompagnement tant médical que moral du patient en fin de vie ou souffrant d'une pathologie incurable. Cet accompagnement est primordial pour prévenir l'apparition de demandes d'euthanasie, qui sont toujours le signe de la perte de tout espoir par le patient.

L'obligation d'assistance tant morale que médicale des médecins et des soignants est essentielle à l'égard de ces personnes excessivement vulnérables. Il importe de ne pas consacrer par une législation trop laxiste l'abandon thérapeutique de ces personnes qui ont précisément le plus besoin du soutien de ceux qui en ont la charge.

L'euthanasie doit conserver son caractère subsidiaire. Il faut toujours lui préférer d'autres alternatives moins préjudiciables pour le patient.

Le sous-amendement va dans le sens du *c*) prévu à l'amendement principal, mais est plus précis. Il se situe dans le droit fil de la proposition cosignée par l'auteur, et qui concernait toutes les décisions relatives au patient en fin de vie.

Les auteurs de cette proposition sont d'avis que l'euthanasie doit conserver un caractère strictement subsidiaire.

Un membre précise que les termes «l'exécution de la présente loi» (*cf.* le *c*) de l'amendement n° 18 concernent évidemment tous les volets de cette loi. L'intervenant rappelle à cet égard tous les éléments contenus dans la proposition, et qui concernent la qualité de l'entourage, le fait que le médecin doit convenir qu'il n'y a pas d'autre solution possible, le fait que l'on doit pouvoir répondre aux demandes des malades, etc.

Amendement n° 613

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 613), visant à supprimer à la lettre *b*) de l'article *5quinquies*, l'expression «et évalué».

L'auteur fait remarquer que la disposition proposée prévoit que la commission chargée de «contrôler» le respect par le médecin des conditions visées aux articles 3 et 4, devra faire par ailleurs une évaluation de l'application de la loi.

On ne peut pas combiner cette double mission.

Étant chargée d'une mission de contrôle, à l'occasion de laquelle elle ne transmet en outre au parquet

doorzendt aan het parket waarbij zij, met een twee derde meerderheid, tot het besluit kwam dat de voorwaarden niet «of niet voldoende» werden nageleefd oefent zij eerstens *de facto* een eigen vervolgings- en seponeringsbeleid uit. Naast de ongrondwettelijkheid van dergelijke regeling, zoals eerder aangehaald door de indieners van dit amendement, wordt deze situatie nog versterkt nu diezelfde commissie haar controlebeleid terzake dient te evalueren en bijvoorbeeld nieuwe «(niet-)doorverwijzingsgronden» (hetzij «vervolgingsgronden» of «seponeringsgronden» kan voorstellen in deze evaluatie). Bovendien gaat de terminologie «toepassing van deze wet» zelfs verder dan het enkel evalueren van het eigen controlebeleid, maar betreft zij hoedanook het vervolgings- en opsporingsbeleid zoals uitgeoefend door het openbaar ministerie.

Artikel 151 van de Grondwet bepaalt uitdrukkelijk de exclusieve bevoegdheid met betrekking tot de richtlijnen van het strafrechtelijk beleid, inclusief het opsporings- en vervolgingsbeleid in hoofde van de minister van Justitie, hierbij eventueel bijgestaan door het college van procureurs-generaal, zoals voorzien in artikel 143^{ter} van de wet van 4 maart 1997.

Het komt dus geenszins toe aan de evaluatiecommissie om haar eigen controlebeleid noch het vervolging- en opsporingsbeleid ingevolge de toepassing van deze wet te evalueren.

Wél heeft de «evaluatie»-commissie een nuttige taak in het verzamelen van de statistische gegevens, voorzien van enige toelichting, welke dienen te worden overgemaakt aan de Wetgevende Kamers, die er op hun beurt de nuttige conclusies kunnen uittrekken en hieruit voorstellen overmaken aan de minister van Justitie.

De «evaluatie»-functie dient derhalve te worden geschrapt.

Een lid antwoordt dat de geest van het amendement verschilt van de logica van de zes indieners aangezien het verwijst naar een rechterlijke opdracht van de commissie.

De vorige spreker meent dat het parket niet steeds een jurisdictionele taak heeft.

Amendement nr. 614

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in dat subsidiair is op het amendement nr. 613 (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 614), en dat in het voorgestelde artikel 5^{quinquies} het woord «geëvalueerd» wenst te vervangen door het woord «toegelicht».

que les cas pour lesquels elle estime, à la majorité des deux tiers, que les conditions n'ont pas été respectées ou «pas suffisamment», la commission applique tout d'abord *de facto* sa propre politique en matière de poursuites et de classement. En plus du caractère inconstitutionnel d'un tel système, déjà mis en évidence par les auteurs du présent amendement, cet état de choses se trouve encore aggravé du fait que cette même commission devra évaluer sa politique de contrôle en la matière et pourra, dans le cadre de cette évaluation, proposer par exemple de nouveaux motifs de renvoi ou de non-renvoi (c'est-à-dire de «poursuites» ou de «classement sans suite»). Qui plus est, la terminologie utilisée «l'application de la présente loi» va au-delà de la simple évaluation de la politique de contrôle de la commission elle-même puisqu'elle englobe également la politique de poursuite et de classement suivie par le ministère public.

L'article 151 de la Constitution dispose expressément que le ministre de la Justice est exclusivement compétent pour arrêter les directives de la politique criminelle, y compris en matière de politique de recherche et de poursuite, en se faisant assister le cas échéant par le collège des procureurs généraux, comme le prévoit l'article 143^{ter} de la loi du 4 mars 1997.

Il n'appartient donc nullement à la commission d'évaluation de procéder à une évaluation de sa propre politique de contrôle ou de la politique en matière de recherche et de poursuite menée en application de la présente loi.

La commission d'évaluation a par contre un rôle utile à jouer en rassemblant des données statistiques, assorties de quelques commentaires, qui devront être transmises aux Chambres législatives, lesquelles pourront en tirer les conclusions utiles et transmettre des propositions au ministre de la Justice.

Il y a lieu par conséquent de supprimer la fonction «d'évaluation» attribuée à la commission.

Un membre répond que la logique de l'amendement diffère de celle des six auteurs, puisqu'elle voit dans la mission de la commission un caractère juridictionnel.

Le préopinant estime que le parquet n'a pas seulement un rôle juridique.

Amendement n° 614

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 614), subsidiaire à l'amendement n° 613, visant à remplacer à l'article 5^{quinquies} proposé, le terme «évalué» par le terme «motivé».

De indiener verwijst naar de toelichting die werd gegeven bij het amendement nr. 613.

Amendement nr. 615

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 615) dat in artikel 5quinquies wenst te preciseren dat het verslag niet enkel de toepassing van de wet, maar ook de ontwikkelingen in de toepassing ervan dient weer te geven.

De indiener vindt het nuttig dat de commissie niet enkel toelichting dient te geven bij de toepassing van de wet, maar meent dat het tweejaarlijks verslag ook de ontwikkelingen in deze toepassing moet aangeven.

Amendement nr. 616

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 616), dat in het *c*) van het voorgestelde artikel de woorden «inzake de uitvoering van deze wet» wenst te vervangen door de woorden «die kunnen leiden tot een betere medische begeleiding en psycho-sociale opvang van ongeneeslijk zieken, inzonderheid de verbetering en uitbreiding van de palliatieve zorgverlening».

De indiener meent dat de verwerking van de statistische gegevens de commissie in staat moet stellen na te gaan op welke vlakken (en bijvoorbeeld ook in welke milieus en regio's) de vraag naar euthanasie preventief kan worden benaderd.

Meer specifiek dient de commissie maatregelen voor te stellen met betrekking tot de verbetering en uitbreiding van de palliatieve zorgverlening; aangezien ook niet-terminale patiënten binnen het toepassingsgebied van de wet vallen, zijn aanbevelingen met betrekking tot een betere medische begeleiding en psycho-sociale opvang evenzeer noodzakelijk.

Een lid meent dat dit amendement beter op zijn plaats is in een algemene aanpak die eveneens de palliatieve zorg betreft.

Amendement nr. 609

Mevrouw de T' Serclaes dient op amendement nr. 18 een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 609), dat ertoe strekt in het tweede lid van het voorgestelde artikel 5quinquies, na het woord «instellingen» de woorden «en verzorgingsinstellingen» in te voegen.

De indienstverduidelijkt dat bij een nieuwe lezing van de wet op zwangerschapsafbreking, zij

L'auteur principal renvoie à l'exposé des motifs accompagnant l'amendement n° 613.

Amendement n° 615

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 615 A), visant à préciser que le rapport doit refléter non seulement l'application de la loi mais aussi l'évolution de l'application de la loi.

L'auteur estime qu'il serait utile que, dans le rapport qu'elle établit tous les deux ans, la commission commente non seulement l'application de la loi, mais aussi l'évolution constatée dans l'application de celle-ci.

Amendement n° 616

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat n° 2-244/19, amendement n° 616), visant à remplacer au point *c*) de l'article proposé les termes «concernant l'application de cette loi» par les mots «susceptibles de conduire à un meilleur encadrement médical et à un meilleur accompagnement psychosocial des patients incurables, en particulier à l'amélioration et à l'extension des soins palliatifs».

Le traitement des données statistiques doit permettre à la commission de vérifier à quels niveaux (et par exemple aussi dans quels milieux et régions) la demande d'euthanasie peut être abordée sous l'angle de la prévention.

De manière plus spécifique, la commission doit proposer des mesures relatives à l'amélioration et à l'extension des soins palliatifs; comme le champ d'application de la loi comprend aussi les patients autres que ceux en phase terminale, il s'impose tout autant de formuler des recommandations relatives à l'amélioration de l'encadrement médical et de l'accompagnement psychosocial.

Un membre estime que cet amendement a davantage sa place dans une approche globale qui concerne aussi les soins palliatifs.

Amendement n° 609

Mme de T' Serclaes dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 609), tendant à insérer, à l'alinéa 2 de l'article 5quinquies proposé, les mots «et établissements de soins» après les mots «institutions».

L'auteur précise qu'à la relecture de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, elle a constaté

heeft vastgesteld dat de commissie bij de verschillende overheden en instellingen informatie kan verzamelen.

Het subamendement stelt voor om hier, op een preciezer manier, de «verzorgingsinstellingen» te beogen want de informatie die daar wordt verzameld zou nuttig kunnen zijn op epidemiologisch vlak, wat niet wegneemt dat er geen meer algemene, grondigere en meer wetenschappelijke studies kunnen worden uitgevoerd, zoals al werd aangegeven.

Een lid merkt op dat de verzorgingsinstellingen niet de enige betrokken partij zijn, aangezien er patiënten zijn die thuis overlijden.

Amendement nr. 638

De heer Galand en mevrouw de T' Serclaes dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 638), dat ertoe strekt in het vierde lid van het voorgestelde artikel 5quinquies de woorden «zuiver technische» te vervangen door de woorden «wetenschappelijk nuttige».

De indieners zijn immers van mening dat het hier niet om een zuiver technische handeling gaat, maar om een diepmenselijke aangelegenheid.

Stemmingen

Amendement nr. 610 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 2 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 493 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 19 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 613 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 614 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 615 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 494 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 616 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 609 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 638 van de heer Galand en mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 12 stemmen.

que la commission pouvait recueillir des informations auprès des diverses autorités et institutions.

Le sous-amendement propose de viser ici, de façon plus précise, les «établissements de soins», car les informations recueillies auprès de ceux-ci pourraient être utiles sur le plan épidémiologique, ceci n'excluant pas que des études plus générales, plus approfondies, et plus scientifiques soient menées, comme déjà indiqué.

Un membre fait observer que les établissements de soins ne sont pas les seuls concernés, puisqu'il y a des patients qui décèdent à leur domicile.

Amendement n° 638

M. Galand et Mme de T' Serclaes déposent à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 638), tendant à remplacer, à l'alinéa 4 de l'article 5quinquies proposé, les termes «purement technique» par les mots «scientifique».

Les auteurs estiment en effet qu'il ne s'agit pas ici d'un acte technique, mais bien d'une démarche qui doit être empreinte d'humanité.

Votes

L'amendement n° 610 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 2 et 8 abstentions.

L'amendement n° 493 de Mme Nyssens est rejeté par 19 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 613 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 614 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 615 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 9 et 1 abstention.

L'amendement n° 494 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 616 de M. Vandenberghe est rejeté par 17 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 609 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 638 de M. Galand et Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 12.

Artikel *5quinquies*, vervat in amendement nr. 18, wordt goedgekeurd met 20 tegen 7 stemmen en 1 onthouding.

Artikel *5sexies* (nieuw) (Artikel 10 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

De hoofdindienster verwijst naar de toelichting die zij reeds heeft gegeven bij de globale voorstelling van het amendement nr. 18, dat de artikelen *5bis* tot en met *5novies* omvat.

Het lid verklaart dat het artikel *5sexies* aan de Koning toelaat een administratieve omkadering ter beschikking van de commissie te stellen voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten.

Amendement nr. 509

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphe-laere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 509) dat ertoe strekt ook voor de regionale toetsingscommissies een administratief kader ter beschikking te stellen.

Een van de indieners verklaart dat dit subamendement kadert in het globale voorstel om regionale toetsingscommissies in het leven te roepen. Hij verwijst naar de discussie die dienaangaande werd gevoerd.

Amendement nr. 658

Mevrouw de T' Serclaes c.s. dienen op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 658), dat ertoe strekt artikel *5sexies* te vervolledigen als volgt:

«De commissie houdt zitting in de Senaat en maakt gebruik van de diensten van de Senaat bij het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten.»

De indieners zijn immers van mening dat de Senaat, als reflectiekamer, de geschikte plaats is om de commissie te ontvangen.

Stemmingen

Amendement nr. 658 van mevrouw de T' Serclaes c.s. wordt verworpen met 18 tegen 3 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 509 van de heer Vandenberghe en mevrouw de Schamphe-laere wordt verworpen met 19 tegen 8 stemmen en 1 onthouding.

Artikel *5sexies* vervat in amendement nr. 18 wordt aangenomen met 20 tegen 8 stemmen.

L'article *5quinquies*, contenu à l'amendement n° 18, est adopté par 20 voix contre 7 et 1 abstention.

Article *5sexies* (nouveau) (Article 10 du texte adopté)

Amendement n° 18

L'auteur principal renvoie à la justification qu'elle a déjà donnée lors de la présentation de l'amendement n° 18 englobant les articles *5bis* à *5novies* compris.

La membre déclare que l'article *5sexies* permet au Roi de mettre à la disposition de la commission un encadrement administratif pour l'exécution de ses missions légales.

Amendement n° 509

M. Vandenberghe et Mme De Schamphe-laere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 509), visant à mettre à la disposition de la commission de contrôle régionale un cadre administratif.

Un des auteurs déclare que le sous-amendement entre dans le cadre de la création de commissions de contrôle régionales. Il se réfère à ce propos aux débats correspondants.

Amendement n° 658

Mme de T' Serclaes et consorts dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 658), tendant à compléter l'article *5sexies* par ce qui suit:

«La commission siège au Sénat et bénéficie de ses services en vue de l'accomplissement de ses missions légales.»

Les auteurs estiment en effet que le Sénat est, en tant que chambre de réflexion, tout indiqué pour accueillir la commission.

Votes

L'amendement n° 658 de Mme de T' Serclaes et consorts est rejeté par 18 voix contre 3 et 8 abstentions.

L'amendement n° 509 de M. Vandenberghe et Mme de Schamphe-laere est rejeté par 19 voix contre 8 et 1 abstention.

L'article *5sexies* contenu à l'amendement n° 18 est adopté par 20 voix contre 8.

Artikel *5septies* (nieuw) (artikel 11 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

De hoofdindienster verwijst naar de toelichting die zij reeds heeft gegeven bij de globale voorstelling van het amendement nr. 18, dat de artikelen *5bis* tot en met *5novies* omvat.

Het artikel *5septies* heeft betrekking op de werkingskosten van de commissie.

Amendement nr. 510

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 510) dat ertoe strekt de nodige werkingskosten voor de regionale toetsingscommissies ten laste te leggen van de begrotingen van de ministers van Justitie en Volksgezondheid.

Een van de indieners verklaart dat dit amendement nr. 510 kadert in het globale voorstel om regionale toetsingscommissies in het leven te roepen. Hij verwijst naar de discussie die dienaangaande werd gevoerd.

Artikel *5septies-1* (nieuw)

Amendementen nrs. 601 en 495

Mevrouw Nyssens dient op amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 1-244/18, amendement nr. 601), dat ertoe strekt een artikel *5septies-1* (nieuw) toe te voegen:

«Art. *5septies-1*. — De arts die nagelaten heeft het in artikel *5ter* bedoelde registratiedocument aan de commissie te bezorgen, wordt tot het bewijs van het tegendeel vermoed niet in overeenstemming met deze wet te hebben gehandeld.»

De indiener van het amendement meent dat geneesheren ertoe moeten worden aangezet het registratiedocument in te vullen en het aan de evaluatiecommissie terug te zenden. Het is logisch hun *a priori* het «genot» van de wet te ontnemen indien ze niet voldaan hebben aan een aantal zeer belangrijke voorschriften van deze wet.

De indiener zegt verbaasd te zijn over de ervaring in Nederland. Daaruit blijkt dat de geneesheren het formulier niet invulden, ondanks de door de wet bepaalde strikte voorwaarden.

Dezelfde indiener dient een tweede subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 495), dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt:

«Art. *5septies-1*. — Hij die, hetzij uit nalatigheid, hetzij moedwillig en nadat hij daartoe werd aange-

Article *5septies* (nouveau) (article 11 du texte adopté)

Amendement n° 18

L'auteur principal renvoie à la justification qu'elle a déjà donnée lors de la présentation de l'amendement n° 18 englobant les articles *5bis* à *5novies*.

L'article *5septies* se rapporte aux frais généraux de la commission.

Amendement nr. 510

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 510), visant à imputer les frais généraux des commissions de contrôle régionales aux budgets des ministères de la Justice et de la Santé.

Un des auteurs déclare que le présent amendement n° 510 s'inscrit dans le cadre de la création des commissions de contrôle régionales. Il renvoie à ce propos aux débats qui ont eu lieu sur ce sujet.

Article *5septies-1* (nouveau)

Amendements n°s 601 en 495

Mme Nyssens dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 601), tendant à insérer un article *5septies-1* (nouveau), libellé comme suit:

«Art. *5septies-1*. — Le médecin qui a omis de transmettre à la commission le document d'enregistrement visé à l'article *5ter* est présumé jusqu'à preuve du contraire ne pas avoir agi en conformité avec la présente loi.»

L'auteur de l'amendement estime que les médecins doivent être incités à compléter le document d'enregistrement et à le renvoyer à la commission d'évaluation. Il semble logique de leur retirer *a priori* le «bénéfice» de la loi s'ils n'ont pas satisfait à certaines obligations essentielles prescrites par celle-ci.

L'auteur dit avoir été fort frappée par l'expérience hollandaise, dont il résulte que beaucoup de médecins ne remplissaient pas le formulaire prévu, en dépit des conditions strictes fixées par la loi.

Le même auteur dépose un second sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 495), tendant à insérer un article *5septies-1* (nouveau), rédigé comme suit:

«Art. *5septies-1*. — Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui

maand, nalaat het in artikel 5ter bedoelde registratiedocument of het in artikel 5quater-1 bedoelde jaarverslag binnen de vastgestelde termijn aan de evaluatiecommissie te bezorgen, wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot één maand of met geldboete van vijftig tot vijfduizend frank.

Hoofdstuk VII van het eerste boek en artikel 85 van het Strafwetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de in dit artikel bedoelde misdrijven.»

Stemmingen

Amendement nr. 510 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 17 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 495 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 7 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 601 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 stemmen tegen 1 stem bij 9 onthoudingen.

Artikel 5septies, opgenomen in het amendement nr. 18, wordt aangenomen met 21 tegen 8 stemmen.

Artikel 5octies (nieuw) (artikel 12 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

De hoofdindienster verwijst naar de toelichting die zij reeds heeft gegeven bij de globale voorstelling van het amendement nr. 18, dat de artikelen 5bis tot en met 5novies omvat.

Artikel 5octies heeft betrekking op de geheimhouding waartoe eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet gehouden is.

Amendement nr. 617

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 617), dat de eerste zin van het voorgestelde artikel 5octies wil aanvullen als volgt:

«tenzij de wet hem tot mededeling verplicht, hij in rechte wordt geroepen om getuigenis af te leggen of uit zijn opdracht de noodzaak tot mededeling voortvloeit.»

Een lid verklaart dat de door het amendement nr. 18 voorgestelde formulering het voor het openbaar ministerie onmogelijk maakt om de leden van de controlecommissie ter verantwoording te roepen. De voorstelling van zaken, als zou het openbaar ministe-

aura été adressé, omettra de transmettre le document d'enregistrement visé à l'article 5ter ou le rapport annuel visé à l'article 5quater-1 à la commission d'évaluation dans le délai prévu sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante à cinq mille francs.

Le chapitre VII du livre premier et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées au présent article.»

Votes

L'amendement n° 510 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 17 voix contre 8 et 3 abstentions.

L'amendement n° 495 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 7 et 2 abstentions.

L'amendement n° 601 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 1 et 9 abstentions.

L'article 5septies contenu à l'amendement n° 18 est adopté par 21 voix contre 8.

Article 5octies (nouveau) (article 12 du texte adopté)

Amendement n° 18

L'auteur principal renvoie à la justification qu'elle a déjà donnée lors de la présentation globale de l'amendement n° 18, qui regroupe les articles 5bis à 5novies.

L'article 5octies concerne l'obligation de confidentialité à laquelle est tenu quiconque prête son concours à l'application de la présente loi.

Amendement n° 617

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 617), visant à compléter la première phrase de l'article 5octies par la disposition suivante:

«sauf si la loi lui impose une obligation de communication, s'il est convoqué en justice pour témoigner ou si l'obligation de communication découle de sa mission.»

Un membre déclare que le libellé proposé par l'amendement n° 18 ne permet pas au ministère public d'interpeller les membres de la commission de contrôle afin qu'ils répondent de leurs actes. Prétendre dans ce cas que le ministère public peut exercer

rie zijn bevoegdheden inzake de strafvordering ten volle kunnen uitoefenen, is dan ook onterecht. Men kan de leden van de commissie, de getuigen, de vertrouwenspersoon en de te raadplegen artsen of het verplegend personeel immers niet ondervragen, indien het amendement nr. 18 ongewijzigd zou worden aangenomen.

Het is derhalve noodzakelijk dat in artikel 5octies de bepaling wordt ingeschreven dat de personen die betrokken zijn bij de euthanasie getuigenis kunnen afleggen en door het openbaar ministerie kunnen worden gehoord.

Bovendien is de huidige formulering contradictoair met de verplichting van de arts die euthanasie heeft toegepast om het registratiedocument aan de controlecommissie te bezorgen.

Een ander lid antwoordt dat de wet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer wel degelijk voorschrijft dat deze bescherming een algemene regel vormt, behalve in de door de wet bepaalde uitzonderingen.

In onderhavig geval herhalen we de algemene regel, erop wijzend dat de leden van de commissie door vertrouwelijkheid gebonden zijn, maar de tekst voorziet eveneens in een uitzondering: in bepaalde gevallen en onder de door de wet bepaalde voorwaarden zal het dossier aan het parket worden overgezonden, indien de commissie daartoe bij tweederde meerderheid beslist.

Sommigen hebben het over de mogelijkheid om de commissie door het parket te laten ondervragen. Maar waarover zou de commissie dan wel ter verantwoording moeten worden geroepen, behalve dan over het document dat ze nu net aan het parket moet verzenden, wanneer zij vaststelt dat de procedure niet werd gevolgd?

Op dat ogenblik vervult het parket zijn rol ten opzichte van de dader van de feiten, en niet ten opzichte van de tussenstructuur die hem het document heeft bezorgd.

De vorige spreekster repliceert dat dit antwoord niet ter zake doet. Niet enkel de leden van de controlecommissie, maar eenieder die zijn medewerking verleent aan de euthanasie wordt immers beoogd in artikel 5octies. Men voert hier een nieuwe wettelijke plicht tot geheimhouding in, waarop dan ook in uitzonderingen dient te worden voorzien.

De vorige spreker antwoordt dat niets de macht van het parket beperkt, wat ook de manier is waarop het dossier bij het parket aanhangig is gemaakt en op om het even welk ogenblik in de procedure. Indien de saisine gebeurt na een beslissing van de commissie bij tweederde meerderheid zal het parket het als om het even welk ander dossier behandelen. Het is ook mogelijk dat er een klacht bij het parket wordt inge-

pleinement ses compétences en matière de poursuites constitue un abus de langage. En effet, en l'état actuel de l'amendement n° 18, il serait impossible d'entendre les membres de la commission, les témoins, la personne de confiance du patient, ainsi que les médecins à consulter ou le personnel soignant.

Il convient par conséquent d'insérer à l'article 5octies la disposition aux termes de laquelle les personnes impliquées dans un acte euthanasique doivent pouvoir témoigner et être entendues par le ministère public.

De plus, le libellé est en contradiction avec l'obligation du médecin qui a pratiqué l'euthanasie de transmettre le document d'enregistrement à la commission de contrôle.

Un autre membre répond que la loi sur la protection de la vie privée dit bien que cette protection constitue une règle générale, sauf les exceptions prévues par la loi.

En l'espèce, on rappelle la règle générale, en indiquant que les membres de la commission sont tenus à la confidentialité, mais le texte prévoit aussi une exception et précise que, dans certains cas et selon les conditions prévues par la loi, le dossier sera transmis au parquet si la commission en décide ainsi à la majorité des deux tiers.

Certains ont évoqué la possibilité que la commission soit interrogée par le parquet. Mais de quoi la commission aura-t-elle à connaître, si ce n'est du document qu'elle sera précisément chargée de transmettre au parquet quand elle constate que la procédure n'a pas été respectée?

À partir de ce moment, le parquet remplit son rôle à l'égard de l'auteur des faits, et non à l'égard de la structure intermédiaire qui lui a transmis le document.

La préopinante confirme cette dernière hypothèse. En effet, non seulement les membres de la commission de contrôle, mais aussi toute personne prêtant son concours à l'acte euthanasique, sont visés par l'article 5octies. On introduit par cette proposition de loi une nouvelle obligation de confidentialité et il est nécessaire de l'assortir d'exceptions.

Le préopinant répond que rien ne limite le pouvoir du parquet, quelle que soit la manière dont il est saisi d'un dossier, et à n'importe quel moment de la procédure. S'il en est saisi à la suite d'une décision de la commission prise à la majorité des deux tiers, il le traitera comme n'importe quel autre dossier. Il est possible aussi que le parquet soit saisi par une plainte, et qu'il traite le dossier parallèlement à la procédure qui

diend en dat het parket het dossier parallel met de procedure voor de controle- en evaluatiecommissie behandelt.

De vorige spreekster leidt uit de formulering van artikel 5octies af dat eenieder die meewerkt aan de toepassing van de wet — dit wil zeggen leden van de commissie, vertrouwenspersonen, leden van het verplegend team, geraadpleegde artsen, enz. — zich op dit artikel kunnen beroepen om niet te antwoorden op de vragen die het openbaar ministerie hun in bepaalde gevallen zou stellen.

Amendement nr. 617 strekt ertoe in een uitzondering op deze bepaling te voorzien, teneinde de volle bevoegdheid van het openbaar ministerie onaangetaast te laten, zoals de indieners van amendement nr. 18 wensen.

De vorige spreker betwist wat net door de vorige spreekster werd gezegd.

Amendement nr. 618

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 618) dat een juridisch-technische aanpassing wil aanbrengen aan het voorgestelde artikel door het woord «mede» te schrappen.

Een lid legt uit dat dit woord overbodig is in een wettelijke bepaling.

Stemmingen

Amendement nr. 617 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 618 van de heer Vandenberghe wordt bij eenparigheid van de 28 aanwezige leden aangenomen.

Artikel 5octies, vervat in amendement nr. 18, en zoals gesubamendeerd, wordt aangenomen met 21 tegen 8 stemmen.

Artikel 5novies (nieuw) (artikel 13 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 18

Mevrouw De Roeck verwijst naar de toelichting die zij reeds heeft gegeven bij de globale voorstelling van het amendement nr. 18, dat de artikelen 5bis tot en met 5novies omvat.

Artikel 5novies bepaalt dat binnen de eerste zes maanden na de indiening van het verslag van de commissie het debat daarover in de Wetgevende Kamers moet plaatsvinden.

se déroule devant la commission de contrôle et d'évaluation.

La préopinante infère du libellé de l'article 5octies que toute personne prêtant son concours à l'application de la loi, à savoir les membres de la commission, les personnes de confiance, les membres de l'équipe soignante, les médecins consultés, etc., ont la possibilité d'invoquer cet article pour se soustraire à l'obligation de répondre aux questions que le ministère public pourrait être amené à leur poser dans certains cas.

L'amendement n° 617 vise à instaurer une exception à cette disposition, afin de préserver la compétence du ministère public, comme le souhaitent les auteurs de l'amendement n° 18.

Le préopinant conteste ce qui vient d'être dit par l'intervenante précédente.

Amendement n° 618

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 618), en vue d'apporter à l'article proposé une adaptation technique en supprimant le terme «également».

Un membre déclare que ce terme est superflu dans une disposition juridique.

Votes

L'amendement n° 617 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 9 et 3 abstentions.

L'amendement n° 618 de M. Vandenberghe est adopté à l'unanimité des 28 membres présents.

L'article 5octies, contenu à l'amendement n° 18, et tel que sous-amendé, est adopté par 21 voix contre 8.

Article 5novies (nouveau) (article 13 du texte adopté)

Amendement n° 18

Mme De Roeck renvoie au commentaire qu'elle a déjà fait lors de la présentation globale de l'amendement n° 18, qui comporte les articles 5bis à 5novies.

L'article 5novies dispose que les Chambres législatives doivent ouvrir le débat dans le délai de six mois qui suit la transmission du rapport de la commission.

Stemmingen

Artikel 5*novies*, vervat in het amendement nr. 18, wordt aangenomen met 20 tegen 8 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 18 van Mevrouw De Roeck c.s., zoals gesubamendeerd, wordt aangenomen met 17 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 5*decies* (nieuw)

Amendement nr. 652

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 652) dat ertoe strekt een nieuw artikel 5*decies* in te voegen in het wetsvoorstel, dat luidt als volgt:

«Art. 5*decies*. — De commissie is verplicht aan de procureur des Konings desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken welke hij nodig heeft.»

Een lid verklaart dat het de bedoeling is van dit amendement om ervoor te waken dat ook bijkomende, bijvoorbeeld mondelinge, gegevens aan de procureur kunnen worden medegedeeld teneinde de onderzoeksbevoegdheid van het openbaar ministerie onaangetaast te laten, zoals artikel 151 van de Grondwet voorschrijft.

Een dergelijke bepaling is ook opgenomen in het wetsvoorstel dat door de Nederlandse Tweede Kamer is goedgekeurd.

Stemmingen

Amendement nr. 652 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 9 stemmen bij 1 onthouding.

Artikel 6 (artikel 14 van de aangenomen tekst)

Amendement nr. 479

De heer Monfils c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/17, amendement nr. 479), dat ertoe strekt artikel 6 te vervangen als volgt:

«Het verzoek en de wilsverklaring zoals bepaald in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen beoefenaar van de geneeskunde kan worden gedwongen gevolg te geven aan een verzoek om euthanasie.»

Dit amendement wil de schijnbaar ambiguë formulering van het eerste lid verduidelijken aangezien het

Votes

L'article 5*novies*, contenu à l'amendement n° 18, est adopté par 20 voix contre 8 et 1 abstention.

L'amendement n° 18 de Mme De Roeck et consorts, tel que sous-amendé, est adopté par 17 voix contre 11 et 1 abstention.

Article 5*decies* (nouveau)

Amendement n° 652

M. Vandenberghe dépose à l'amendement n° 18 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 652), qui vise à insérer dans la proposition de loi un nouvel article 5*decies*, libellé comme suit:

«Art. 5*decies*. — La commission est tenue de fournir au procureur du Roi qui en fait la demande toutes les informations dont il a besoin.»

Un membre déclare que l'amendement vise à fournir des informations complémentaires au procureur, verbalement par exemple, de manière à permettre au ministère public d'exercer pleinement ses compétences en matière de poursuites, conformément à l'article 151 de la Constitution.

Une telle disposition figure également dans la proposition de loi adoptée par la Deuxième Chambre hollandaise.

Votes

L'amendement n° 652 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 9 et 1 abstention.

Article 6 (article 14 du texte adopté)

Amendement n° 479

M. Monfils et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/17, amendement n° 479), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} de l'article 6 par ce qui suit:

«La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun praticien de l'art de guérir n'est tenu de donner suite à une demande d'euthanasie.»

Cet amendement tend à préciser la formulation de l'alinéa 1^{er}, qui semblait ambiguë, puisqu'elle pou-

zo begrepen kon worden, als waren de geneesheren niet verplicht de bepalingen van de artikelen 3 en 4 na te leven, terwijl dit uiteraard niet de bedoeling van de auteurs van het voorstel is. De tekst moet zo begrepen worden dat een geneesheer nooit verplicht is om gevolg te geven aan een euthanasieverzoek, noch aan een wilsverklaring. Dit is de reikwijdte van het voorgestelde amendement.

Een ander lid vraagt aan de vorige spreker of de auteurs met het begrip «beoefenaar van de geneeskunst» wel degelijk de geneesheren bedoelen.

De hoofdindieners van het amendement bevestigt dit.

De vorige spreekster vraagt hoe het zit met de verplegers en andere personen die hun medewerking verlenen aan de toepassing van de wet, zoals bijvoorbeeld de vertrouwenspersoon, de getuige.

Een lid stelt vast dat, in vergelijking met de oorspronkelijke tekst van het wetsvoorstel nr. 2-244/1, die bepaalde dat «Geen beoefenaar van de geneeskunde, noch enige andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan de toepassing van de artikelen 3 en 4, tweede lid», het amendement nr. 479 enkel betrekking heeft op de beoefenaar van de geneeskunst. Andere personen vallen niet meer onder de toepassing van het artikel.

Betekent dit dat andere personen wél kunnen gedwongen worden om gevolg te geven aan een verzoek om euthanasie, en deze gewetensclausule bijgevolg niet kunnen aanvoeren? Dat is de echte vraag waarop een antwoord moet worden geformuleerd.

De vorige spreekster verklaart dat ze amendementen heeft ingediend om de kwestie van het gewetensbezwaar te verduidelijken voor andere personen dan de geneesheer.

De hoofdindieners van het amendement nr. 479 antwoordt dat het de euthanasie uitgevoerd door een geneesheer is die bestraft wordt. De voorgestelde tekst blijft binnen dit kader. Het probleem van de verpleger of een derde persoon doet zich niet voor aangezien zij sowieso strafbaar zijn indien zij euthanasie uitvoeren.

Enkel de geneesheer die euthanasie onder bepaalde voorwaarden uitvoert, is niet strafbaar. Hij kan deze handeling aan niemand delegeren, zoniet handelt hij buiten het kader van de wet.

Een lid stelt voor dat de eerste zin van het amendement wordt aangevuld met de woorden «voor de geneesheer».

Wat de tweede zin van het amendement betreft, meent spreekster dat er verduidelijkingen moeten worden aan toegevoegd.

Wat de geneesheer betreft, werd duidelijk gepreciseerd dat hij nooit verplicht is gevolg te geven aan een euthanasieverzoek, wat zijn bezwaren ook mogen zijn.

vaat donner à penser que les médecins n'étaient pas obligés de respecter les dispositions des articles 3 et 4, alinéa 2, alors que telle n'est évidemment pas l'intention des auteurs de la proposition. Le sens du texte est qu'un médecin n'est jamais obligé de donner suite à une demande d'euthanasie ni à une déclaration anticipée. Telle est la portée de l'amendement proposé.

Une membre demande au précédent intervenant si, par les termes «praticien de l'art de guérir», les auteurs visent bien les médecins.

L'auteur principal de l'amendement le confirme.

La précédente intervenante demande ce qu'il en est des infirmiers et des autres personnes qui concourent à l'application de la loi, comme la personne de confiance, le témoin.

Un membre relève que, alors que le texte original de la proposition de loi n° 2-244/1 dispose que «aucun praticien ni aucune autre personne ne peut être contraint de prêter son concours à l'application des articles 3 et 4, deuxième alinéa», l'amendement n° 479 se rapporte uniquement au praticien de l'art de guérir. Les autres personnes ne sont pas concernées par l'application de l'article.

Cela signifie-t-il que d'autres personnes peuvent être contraintes à donner suite à une demande d'euthanasie, sans pour autant pouvoir invoquer la clause de conscience? Voilà la question à laquelle il faut répondre.

La précédente intervenante déclare qu'elle a déposé des amendements en vue de préciser la question de l'objection de conscience pour les personnes autres que le médecin.

L'auteur principal de l'amendement n° 479 répond que c'est l'euthanasie pratiquée par un médecin qui est pénalisée. Le texte proposé reste dans ce cadre. Le problème de l'infirmier ou d'un autre tiers ne se pose pas, car, si une telle personne pratique une euthanasie, elle est en tout état de cause punissable.

Seul le médecin qui la pratique dans certaines conditions n'est pas punissable. Il ne peut déléguer l'acte à personne, faute de quoi on sort du cadre de la loi.

Une membre suggère que la première phrase de l'amendement soit complétée par les mots «pour le médecin».

Quant à la deuxième phrase de l'amendement, l'intervenante estime qu'il y aurait lieu d'y apporter des précisions.

En ce qui concerne le médecin, il a été clairement indiqué qu'il n'était jamais contraint de donner suite à une demande d'euthanasie, quelle que soit la nature de ses objections.

Maar er zijn andere beoefenaars van de geneeskunst, zoals apothekers, die ook bij de procedure betrokken zijn, omdat men hun advies vraagt (tweede geraadpleegde geneesheer, verpleegkundig team, ...) of omdat ze ertoe zouden worden gebracht hun medewerking te verlenen aan de handeling, en dus eventueel als medeplichtig zouden kunnen worden beschouwd.

Een lid wijst erop dat de wet de voorwaarden omschrijft waaronder geen sprake is van een strafbaar feit, wanneer een geneesheer euthanasie uitvoert. Spreker ziet niet goed in hoe er sprake van medeplichtigheid zou kunnen zijn in een dergelijke hypothese.

Wat hem in de voorgestelde tekst heel belangrijk lijkt, is de gewetensclausule die voor de geneesheer is voorzien.

Zoals reeds werd onderstreept, moet de euthanasiehandeling bovendien door een geneesheer worden gesteld, zonder mogelijkheid om ze te delegeren. Om strafbare feiten te vermijden, schrijft de voorgestelde tekst derhalve ook voor dat een van de voorwaarden is, dat de handeling door een geneesheer wordt gesteld.

Soms wordt inderdaad gedelegeerd, zonder dat dit gerechtvaardigd is.

Voorts blijven de gewetensclausules op om het even welk moment algemeen gelden, of het nu gaat om geneesheren, journalisten, sociale werkers, enz.

Amendementen nrs. 674 en 677

De heer Monfils kondigt aan dat een subamendement op amendement nr. 479 ingediend zal worden (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 674) dat ertoe strekt de woorden «geen beoefenaar van de geneeskunde» te vervangen door de woorden «geen arts».

Voorts onderstreept spreker nogmaals dat er geen nieuw medisch aansprakelijkheidsrecht moet worden gecreëerd op basis van een specifieke wettelijke bepaling.

Een lid vraagt of het uitgesloten is dat tijdens een euthanasie een verpleegster belast wordt met het surveilleren van de door de geneesheer geleide baxter.

Kan ze deze opdracht weigeren, of is ze verplicht die te aanvaarden omdat ze hiërarchisch onder de geneesheer staat?

Een ander lid meent dat de verklaring die een van de indieners van het voorliggende wetsvoorstel heeft gegeven, met name dat er geen misdrijf is indien een arts bepaalde voorwaarden naleeft, geenszins relevant is om zich op de gewetensclausule te beroepen. De strafwet bestraft immers niet enkel diegenen die

Mais il y a d'autres praticiens de l'art de guérir, tels que les pharmaciens, qui sont impliqués dans le processus, parce qu'on leur demande un avis (deuxième médecin consulté, équipe soignante, ...), ou parce qu'ils seraient amenés à concourir à l'acte, et pourraient donc éventuellement être considérés comme complices.

Un membre rappelle que la proposition de loi décrit les conditions dans lesquelles, lorsqu'un médecin pratique une euthanasie, il n'y a pas d'infraction. L'intervenant ne voit pas comment il pourrait être question de complicité dans une telle hypothèse.

Ce qui, dans le texte proposé, lui paraît très important, c'est la clause de conscience qui est prévue pour le médecin.

En outre, comme cela a déjà été souligné, l'acte d'euthanasie doit être posé par un médecin, sans aucune possibilité de délégation. C'est pourquoi le texte proposé prévoit que l'une des conditions pour qu'il n'y ait pas infraction est que l'acte soit posé par un médecin.

Il arrive effectivement que l'on délègue, sans que cela se justifie.

Pour le surplus, les clauses de conscience continuent à jouer, de façon générale, et à quelque moment que ce soit, qu'il s'agisse de médecins, de journalistes, de travailleurs sociaux, etc.

Amendements n^{os} 674 et 677

M. Monfils annonce le dépôt d'un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 674, sous-amendement à l'amendement n° 479), tendant à remplacer les mots «aucun praticien de l'art de guérir» par les mots «aucun médecin».

Pour le reste, l'intervenant souligne une fois encore qu'il ne faut pas recréer un droit de la responsabilité médicale à partir d'une disposition légale spécifique.

Un membre demande s'il est hors de question que, lors d'une euthanasie, une infirmière soit chargée de surveiller le baxter posé par un médecin.

Peut-elle refuser cette mission, ou est-elle obligée de l'accepter, parce qu'elle se trouve dans un rapport hiérarchique avec le médecin?

Une autre membre estime que l'explication donnée par un des auteurs de la proposition de loi selon laquelle il n'y a pas de délit dès lors que le médecin a respecté certaines conditions n'est pas pertinente pour invoquer la clause de conscience. En effet, le Code pénal prévoit des sanctions aussi bien envers les

een misdrijf plegen, maar ook diegenen die als mededader of als medeplichtige worden beschouwd. Een verpleegster bijvoorbeeld kan, wanneer zij weet dat door de patiënt geen verzoek werd geformuleerd of wanneer bepaalde voorwaarden niet werden gerespecteerd, mededader of medeplichtige worden aan een misdrijf dat door de arts is gepleegd.

Spreker verwijst bovendien naar artikel 350, tweede lid, 6°, van het Strafwetboek, dat bepaalt :

«Geen geneesheer, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking.»

Deze bepaling is ruimer dan de door het amendement nr. 479 voorgestelde tekst.

Tenslotte wijst het lid erop dat de gewetensclausule op zich niets met het strafrecht te maken heeft. Zij geeft enkel aan dat er een meningsverschil kan bestaan over de ethische appreciatie van een bepaalde handeling, die juridisch wordt gedepenaliseerd. Men laat dan ook toe dat bepaalde mensen om ethische redenen niet kunnen gedwongen worden om hun medewerking te verlenen aan een handeling, die strafrechtelijk niet gesanctioneerd wordt. Dat heeft niets te maken met de vraag op wie de strafrechtelijke bepaling al dan niet kan worden toegepast.

Een lid treedt de stellingen van de vorige spreker bij. Zij wijst erop dat ook de apothekers ervoor hebben gepleit om een beroep te mogen doen op de gewetensclausule wanneer zij, om ethische redenen, hun medewerking niet wensen te verlenen aan de wet betreffende de euthanasie. De vooruitgang van de medische wetenschap hangt immers nauw samen met de vooruitgang van de farmaceutische wetenschap. Sommige apothekers wensen hun kennis en ervaring niet te gebruiken om de meest dodende middelen te gebruiken, maar wel om de pijn van lijdende patiënten te verzachten.

Een ander lid meent dat het subamendement nr. 674 een aspect van het probleem verduidelijkt.

Blijft nog de kwestie van het statuut van de andere personen die niet verplicht kunnen worden hun medewerking te verlenen aan de euthanasiehandeling.

Het gaat hier in de eerste plaats om de verplegers en verpleegsters maar bijvoorbeeld ook om de apothekers.

Mevrouw de T^r Serclaes wijst erop dat men volgens de zin van het koninklijk besluit over de geneeskunst, onder beoefenaars van de geneeskunst verstaat geneesheren, vroedvrouwen, apothekers en tandartsen. Verplegers maken hier geen deel van uit.

De vorige spreekster dient bijgevolg op het amendement nr. 479 een subamendement in (Stuk Senaat,

personnes commettant un délit, qu'envers ceux qui y prêtent leur concours ou qui sont considérés comme leurs complices. Une infirmière par exemple peut être considérée comme complice ou comme coauteur d'un délit perpétré par le médecin dans le cas où elle a connaissance du fait que le patient n'a pas formulé de requête ou lorsque l'acte euthanasique n'a pas été réalisé dans les conditions requises.

L'opinant renvoie par ailleurs à l'article 350, deuxième alinéa, 6°, du Code pénal, qui dispose :

«Aucun médecin, aucun infirmier ni infirmière ni aucun membre du personnel paramédical ne peut être contraint à prêter son concours à une interruption de grossesse.»

Cette disposition a une portée plus large que le texte proposé par l'amendement n° 479.

Le membre souligne enfin que la clause de conscience n'a rien à voir avec le droit pénal. Elle indique seulement qu'il peut exister une divergence d'opinion sur l'appréciation éthique d'un acte déterminé qui est juridiquement dépénalisé. On permet donc que certaines personnes ne puissent être contraintes, pour des raisons éthiques, à prêter leur concours à un acte qui n'est pas sanctionné pénalement. Cela n'a rien à voir avec la question de savoir à qui on peut appliquer ou non la sanction pénale.

Une membre se rallie aux thèses du préopinant. Elle fait observer que les pharmaciens ont également plaidé en faveur de la clause de conscience dans le cas où, pour des raisons éthiques, ils ne souhaitaient pas prêter leur concours dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie. En effet, le progrès dans le domaine médical est étroitement lié à celui réalisé dans le domaine pharmaceutique. Et certains pharmaciens refusent de mettre leur science et leur expérience au service de la mort, mais acceptent volontiers d'en faire usage pour soulager la douleur des patients.

Un autre membre estime que le sous-amendement n° 674 clarifie un aspect du problème.

Reste la question du statut des autres personnes qui ne peuvent pas être obligées de concourir à l'acte d'euthanasie.

Il s'agit au premier chef des infirmiers et infirmières, mais aussi, par exemple, des pharmaciens.

Mme de T^r Serclaes rappelle qu'au sens de l'arrêté royal sur l'art de guérir, les praticiens de l'art de guérir sont les médecins, les sages-femmes, les pharmaciens et les dentistes. Les infirmiers ne le sont pas.

Elle dépose dès lors, à l'amendement n° 479, un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amende-

nr. 2-244/20, amendement nr. 677) luidens hetwelk geen beoefenaar van de geneeskunde of van de verpleegkunde, noch enige andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan de toepassing van de artikelen 3 en 4.

Amendement nr. 662

Mevrouw de T' Serclaes dient vervolgens een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 662), dat ertoe strekt artikel 6 te vervangen als volgt:

«Art. 6. — Geen arts kan worden gedwongen in te gaan op een euthanasieverzoek van een patiënt. Hij moet de patiënt die dit verzoek tot hem richt, tijdig zijn bezwaren of zijn eventuele weigering mededelen.

Geen beoefenaar van de geneeskunde, noch enige andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan de toepassing van de artikelen 3 en 4, tweede lid, van deze wet.»

Er wordt aan de eerste zin van dit amendement tegemoetgekomen door amendement nr. 479 zoals gesubamendeerd door amendement nr. 674.

Het tweede lid van de tekst van het amendement lijkt voor de indienster noodzakelijk, aangezien de patiënt tijdig moet worden geïnformeerd, niet enkel over een eventuele weigering van de geneesheer, maar tevens over de eventuele bijkomende voorwaarden die deze laatste mag stellen, zoals artikel 3 voorschrijft.

Dat is wat men verstaat onder het woord «bezwaren» in het eerste lid van het amendement.

Een lid heeft bezwaar tegen de termen «meewerken aan de toepassing» die in de begintekst van het voorstel voorkwamen.

Het hele voorstel is gericht op de mogelijkheid om de euthanasiehandeling uitgevoerd door een geneesheer te depenaliseren.

De situatie is verschillend van die van abortus, welke een operatie is.

Euthanasie als handeling uitgevoerd door een geneesheer, vereist geen medewerking van talrijke tussenpersonen.

De aansprakelijkheid ligt volledig bij de geneesheer. Daarom hebben de zes indieners overwogen de vermelding over de personen die «medewerking verlenen» aan de handeling, te schrappen, aangezien die term als het ware impliceert dat de betreffende personen medeplichtig zijn aan de handeling.

Indien die vermelding echter de vrees van diegenen kan bedaren die, door hun onthouding, hun aanwezigheid of eender welke technische handeling, vrezen als medeplichtige aan de handeling te worden

ment n° 677) précisant qu'aucun praticien de l'art de guérir, de l'art infirmier, ni aucune autre personne, n'est tenu de concourir à l'application des articles 3 et 4.

Amendement n° 662

Mme de T' Serclaes dépose ensuite un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 662), tendant à remplacer l'article 6 par ce qui suit :

«Art. 6. — Aucun médecin n'est tenu de répondre à une demande d'euthanasie formulée par un patient. Il veillera à informer le patient qui lui adresse une telle demande de ses objections ou de son refus éventuel en temps utile.

Aucun praticien de l'art de guérir, ni aucune autre personne n'est tenue de concourir à l'application des articles 3 et 4 de la présente loi.»

La première phrase de cet amendement est rencontrée par l'amendement n° 479, tel que sous-amendé par l'amendement n° 674.

L'alinéa 2 du texte de l'amendement paraît nécessaire à son auteur, car le patient doit être informé en temps utile, non seulement du refus éventuel du médecin, mais aussi des conditions complémentaires éventuelles que celui-ci est en droit de fixer, comme le prévoit l'article 3.

Telle est la portée du mot «objections» figurant à l'alinéa 1^{er} de l'amendement.

Un membre a des objections à l'égard des termes «concourir à l'application», qui figuraient dans le texte initial de la proposition.

Toute la proposition est centrée sur la possibilité de dépenaliser l'acte d'euthanasie pratiqué par un médecin.

La situation est différente de celle de l'avortement, qui est une opération.

L'euthanasie, en tant qu'acte pratiqué par un médecin, ne requiert pas le concours de nombreux intervenants.

Sa responsabilité repose entièrement sur le médecin. C'est pourquoi les six auteurs ont envisagé de supprimer la mention des personnes qui «concourent» à l'acte, ce terme impliquant que ces dernières seraient, en quelque sorte, complices de l'acte.

Cependant, si la mention en question peut apaiser les craintes de ceux qui, fût-ce par leur abstention, leur présence ou un acte technique quelconque, craignent d'être considérés comme complices de l'acte,

beschouwd, moet men zich misschien afvragen of men niet beter teruggaat naar de formule die in de begintekst van het voorstel stond.

De indienster van het amendement nr. 662 herinnert eraan dat de apothekers duidelijk de vraag naar hun aansprakelijkheid hebben gesteld voor het vervaardigen van een bereiding voor het uitvoeren van euthanasie. Wat is meer bepaald de situatie van de apotheker, wanneer de geneesheer die de bereiding heeft besteld, de door de wet bepaalde voorwaarden niet heeft nageleefd?

De apotheker moet in dat geval zonodig kunnen weigeren op te treden.

De vorige spreker antwoordt dat de apotheker niet als medeplichtige kan worden beschouwd van een geneesheer die euthanasie heeft uitgevoerd buiten de door de wet bepaalde voorwaarden, onder het voorwendsel dat hij de door deze geneesheer gebruikte lytische cocktail heeft bereid. Enkel de geneesheer is aansprakelijk voor zijn daden.

Amendementen nrs. 634 en 666

Mevrouw Nyssens dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 666), dat ertoe strekt artikel 2 te vervangen als volgt:

«Geen beoefenaar van de geneeskunde kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

«Geen beoefenaar van de verpleegkunde noch enige andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan de toepassing van de artikelen 3 en 4.»

Dit amendement vervangt het amendement nr. 634 van dezelfde indienster (Stuk Senaat, nr. 2-244/19).

De indienster van het amendement meent dat uitdrukkelijk moet worden bepaald dat het gewetensbezwaar van toepassing is zowel op de geneesheer aan wie euthanasie wordt gevraagd, als op de geraadpleegde geneesheren, verplegers, verplegend personeel, de getuigen of vertrouwenspersonen aan wie eventueel zou worden gevraagd op te treden tijdens de euthanasieprocedure zoals bepaald door de artikelen 3 en 4 van de wet.

Hetzelfde geldt voor apothekers die, door het verstrekken van de dodelijke substanties, op de een of andere manier medewerking zullen moeten verlenen aan de toepassing van de wet.

De indienster van het amendement vindt een vermelding in de voorbereidende werken, volgens welke verplegers en apothekers niet kunnen worden beschouwd medewerking te hebben verleend aan de toepassing van de artikelen 3 en 4, onvoldoende.

Een lid onderstreept dat de zes indieners de gewetensclausule als voldoende belangrijk beschouwen opdat ze expliciet in de wet zou worden vermeld.

peut-être faut-il s'interroger sur un éventuel retour à la formule qui figurait dans le texte initial de la proposition.

L'auteur de l'amendement n° 662 rappelle que les pharmaciens ont posé clairement la question de leur responsabilité dans la confection d'une préparation destinée à pratiquer une euthanasie. Quelle est, en particulier, la situation du pharmacien, lorsque le médecin qui a commandé la préparation n'a pas respecté les conditions prévues par la loi ?

Le pharmacien doit pouvoir refuser d'intervenir, le cas échéant.

L'intervenant précédent répond que le pharmacien ne peut être considéré comme le complice d'un médecin qui aurait pratiqué une euthanasie en dehors des conditions prévues par la loi, sous prétexte qu'il aurait préparé le cocktail lytique utilisé par ce médecin. Celui-ci est seul responsable de ses actes.

Amendements n°s 634 et 666

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 666), tendant à remplacer l'alinéa 1^{er} de l'article 6 par ce qui suit:

«Aucun praticien de l'art de guérir n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

«Aucun praticien de l'art infirmier, ni aucune autre personne, n'est tenu de concourir à l'application des articles 3 et 4.»

Cet amendement remplace l'amendement n° 634 du même auteur (doc. Sénat, n° 2-244/19).

L'auteur de l'amendement estime qu'il doit être explicitement prévu que l'objection de conscience s'applique tant au médecin à qui une euthanasie est demandée, qu'aux médecins consultés, aux infirmiers, au personnel soignant, aux témoins ou personnes de confiance à qui il serait éventuellement demandé d'intervenir dans la procédure d'euthanasie telle que prévue aux articles 3 et de 4 de la loi.

Il en va de même des pharmaciens, qui d'une certaine façon, devront concourir à l'application de la loi, en délivrant les substances létales.

L'auteur de l'amendement trouve insuffisante une mention dans les travaux préparatoires, selon laquelle les infirmiers et les pharmaciens ne peuvent être considérés comme concourant à l'application des articles 3 et 4.

Un membre souligne que les six auteurs considèrent la clause de conscience comme suffisamment importante pour qu'elle soit explicitement mentionnée dans la loi.

Ze betreft de geneesheer maar kan ook van toepassing zijn op alle personen die betrokken zijn bij de euthanasie.

Ze heeft betrekking zowel op de uitvoering als op de deelname aan de handeling, zonder verwijzing naar een welbepaald artikel van het wetsvoorstel.

Het loont de moeite na te denken over een betere formulering.

Een ander lid meent dat alle problemen zouden kunnen worden opgelost indien men in de wet betreffende de euthanasie inschrijft dat niemand kan gedwongen worden zijn medewerking te verlenen aan de toepassing van deze wet.

Amendement nr. 643

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 479 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 643), dat ertoe strekt de tweede zin van het voorgestelde eerste lid te vervangen door de volgende bepaling:

«Geen beoefenaar van de geneeskunde, verpleegkundige noch enige andere persoon kan worden gedwongen of kan er zich toe verbinden uitvoering of medewerking te verlenen aan een verzoek tot euthanasie.

Geen enkele burgerlijke of militaire medische of verzorgingsinstelling kan worden gedwongen of kan er zich toe verbinden uitvoering of medewerking te verlenen aan een verzoek tot euthanasie.»

De indiener verklaart dat de door het amendement nr. 643 voorgestelde tekst duidelijk maakt dat de gewetensclausule niets te maken heeft met het al dan niet strafbaar karakter van de gepleegde handeling, en bovendien de instellingen die principiële bezwaren hebben tegen het toepassen van euthanasie het recht hebben om deze gewetensclausule in te roepen.

Het standpunt van de politieke meerderheid mag er immers nooit toe leiden dat de minderheid, die het hiermee niet eens is, ze dient te aanvaarden. Vrije instellingen, waarvan de uitgangspunten strijdig worden geacht met de mogelijkheden die de wet hen biedt, moeten de gewetensclausule derhalve kunnen inroepen. De door het amendement nr. 479 voorgestelde bepaling is onvoldoende ruim. Het amendement nr. 643 wenst hieraan tegemoet te komen.

Een lid vraagt hoe men omgaat met de rechten van de patiënt, wanneer dit amendement zou worden aangenomen.

De indiener van het amendement nr. 643 repliceert dat medische of verzorgingsinstellingen steeds het recht moeten hebben om te oordelen dat voor hen euthanasie geen medische handeling is. De wet voert immers geen algemeen recht op euthanasie in.

Elle concerne le médecin, mais peut aussi s'appliquer à l'ensemble des personnes impliquées dans l'euthanasie.

Elle concerne tant l'exécution que la participation à l'acte, sans référence à un article bien précis de la proposition de loi.

Il faut réfléchir à une meilleure formulation.

Un autre membre estime que tous les problèmes pourraient être résolus si la loi relative à l'euthanasie disposait qu'aucune personne ne peut être tenue de prêter son concours à son application.

Amendement n° 643

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 479 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 643), visant à remplacer la deuxième phrase de l'alinéa 1^{er} proposé par la disposition suivante:

«Aucun praticien de l'art de guérir, aucun infirmier ni aucune autre personne ne peuvent être obligés ni s'engager à donner suite à une demande d'euthanasie ou à collaborer à l'exécution d'une telle demande.

Aucun établissement médical ni aucun établissement de soins, civil ou militaire, ne peuvent être obligés ni s'engager à donner suite à une demande d'euthanasie ou à collaborer à l'exécution d'une telle demande.»

L'auteur déclare que le texte proposé par l'amendement n° 643 illustre clairement que la clause de conscience n'a rien à voir avec le caractère délictueux d'un acte et que, par ailleurs, les institutions qui rejettent l'euthanasie pour des raisons fondamentales ont le droit d'invoquer la clause de conscience.

En effet, la majorité politique ne doit jamais imposer son point de vue à la minorité. C'est pourquoi les institutions indépendantes qui défendent des positions incompatibles avec les possibilités offertes par la loi doivent pouvoir invoquer la clause de conscience. La formulation proposée par l'amendement n° 479 est trop restrictive à cet égard. L'amendement n° 643 veut y remédier.

Un membre demande ce qu'il adviendra des droits du patient si un tel amendement est adopté.

L'auteur de l'amendement n° 643 réplique que les institutions médicales doivent toujours avoir le droit d'estimer que l'euthanasie ne constitue pas à leurs yeux un acte médical, puisque la loi n'a pas pour objet d'instaurer un droit universel à l'euthanasie.

De vorige spreker is het hiermee niet eens.

Een lid merkt op dat de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 nochtans reeds meermaals hebben erkend dat dit wel zo is.

De indiener van het amendement nr. 643 verklaart dat hij niet verplicht kan worden om het eens te zijn met de opvattingen van de indieners van onderhavig wetsvoorstel. Ook medische of verzorgingsinstellingen hebben het volste recht om niet over te gaan tot euthanasie en dienen zich op de gewetensclausule te kunnen beroepen.

Spreker herinnert eraan dat er nog zoiets bestaat als de vrijheid van vereniging, die een fundamenteel grondrecht is dat door de Grondwet wordt gewaarborgd.

Amendement nr. 676

De heer Vandenberghe c.s. dient op het amendement nr. 479 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 676) dat ertoe strekt in het eerste lid van het voorgestelde artikel 6 te preciseren dat de beoefenaar van de geneeskunde, noch enig ander persoon kan worden gedwongen zijn medewerking te verlenen aan de uitvoering van de euthanasie.

Een van de indieners verklaart dat elk persoon een beroep moet kunnen doen op de gewetensclausule. Het argument dat de geneesheer geen misdrijf pleegt indien hij bepaalde voorwaarden naleeft, snijdt geen hout vermits in het strafrecht ook medeplichtigheid en mededaderschap bestaan.

Het lid verwijst eveneens naar artikel 350 van het Strafwetboek met betrekking tot de zwangerschapsafbreking, dat eveneens een gewetensclausule bevat die evenwel ruimer is dan degene die hier wordt voorgesteld.

Tenslotte staat een wettelijke gewetensclausule ook los van het al dan niet strafbaar karakter van de euthanaserende handeling. Vanuit ethisch opzicht moet elke persoon, onder welke omstandigheden ook, het recht hebben zich op deze clausule te beroepen.

Een lid verbaast er zich over dat het strafrechtelijk aspect van de zaak weer ter sprake wordt gebracht, terwijl een van de indieners van het amendement net het onderscheid had gemaakt tussen de gewetensclausule en de strafrechtelijke problematiek.

De indiener wijst erop dat het wetsvoorstel de gevallen beschrijft waarin er geen misdrijf is.

Hij meent verder dat het, binnen het kader van de gewetensclausule, wenselijk is te kunnen bepalen dat geen enkele geneesheer kan gedwongen worden euthanasie uit te voeren, en dat geen enkele persoon kan gedwongen worden eraan deel te nemen.

La préopinante n'est pas d'accord.

Un membre fait observer que les auteurs de la proposition de loi n° 2-244 ont pourtant reconnu à plusieurs reprises que tel était le cas.

L'auteur de l'amendement n° 643 déclare qu'il ne peut être contraint de partager les opinions des auteurs de la présente proposition de loi. Les institutions médicales ou de soins ont parfaitement le droit de refuser l'euthanasie et doivent pouvoir invoquer la clause de conscience.

L'intervenant rappelle que la liberté d'association existe toujours, qu'elle constitue un droit fondamental et que celui-ci est garanti par la Constitution.

Amendement n° 676

M. Vandenberghe et consorts déposent à l'amendement n° 479 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 676), visant à mentionner à l'alinéa 1^{er} de l'article 6 proposé qu'aucun praticien de l'art de guérir ni aucune autre personne ne sont tenus de donner suite à une demande d'euthanasie.

Un des auteurs déclare que toute personne doit avoir le droit d'invoquer la clause de conscience. L'argument selon lequel le médecin ne commet pas de délit s'il respecte les conditions prescrites n'a pas de sens, dès lors que le droit pénal prévoit aussi la complicité.

Le membre se réfère également à l'article 350 du Code pénal portant sur l'interruption de grossesse, qui prévoit également une clause de conscience. Toutefois, celle-ci a une plus grande étendue que celle qui est proposée ici.

Enfin, une clause légale de conscience est, par ailleurs, indépendante du caractère délictuel ou non de l'acte euthanasique. Du point de vue éthique, toute personne doit avoir le droit de l'invoquer, quelles que soient les circonstances.

Un membre s'étonne que l'aspect pénal des choses soit à nouveau évoqué ici, alors que l'un des auteurs de l'amendement avait précisément opéré la distinction entre la clause de conscience et la problématique pénale.

L'intervenant rappelle que la proposition de loi décrit les cas dans lesquels il n'y a pas infraction.

Il estime par ailleurs souhaitable de pouvoir disposer, dans le cadre de la clause de conscience, qu'aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie, et qu'aucune personne ne peut être tenue d'y participer.

Een ander lid vraagt zich af wat precies moet worden verstaan onder «gedwongen worden».

Een van de indieners antwoordt dat, indien de betrokkene vindt dat hij wordt gedwongen om zijn medewerking te verlenen aan een handeling terwijl hij zulks niet wenst, dit volstaat om de gewetensclausule in te roepen. Het is enkel aan deze persoon om hierover te oordelen.

Het lid herhaalt dat deze bepaling van belang kan zijn in het licht van de strafrechtelijke principes van medeplichtigheid en mededaderschap. Ook wanneer de strafwet niet van toepassing zou zijn, is het wenselijk een gewetensclausule in te schrijven zodat hierover niet de minste interpretatie kan ontstaan. Eenieder die zich gedwongen voelt om mee te werken aan de euthanasie, kan zich hierop beroepen.

Een vorige spreker antwoordt dat, algemeen gezien, niemand verplicht is een handeling uit te voeren die tegen zijn geweten ingaat.

Om te onderstrepen dat de wet in voorbereiding er een is van vrijheid en verdraagzaamheid hebben de indieners er een specifiek artikel aan toegevoegd, dat die algemene regel voor de euthanasieproblematiek tot uiting brengt.

Een van de indieners kan de mening van de vorige spreker bijtreden, maar herhaalt dat de gewetensclausule voor eenieder moet gelden. Euthanasie is immers geen geïsoleerde daad van één persoon.

Zij merkt overigens op dat vroeger, op het ogenblik dat de militaire dienstplicht verplicht was, de mogelijkheid om als gewetensbezwaarde te weigeren militaire dienst te doen en gemeenschapsdienst te verrichten uitdrukkelijk was geregeld.

Amendement nr. 678

De heer Mahoux c.s. dient een subamendement in op zijn amendement nr. 479 (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 678), dat ertoe strekt het tweede lid van het voorgestelde artikel 6 te vervangen als volgt:

«Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.»

Amendement nr. 636

Mevrouw Nyssens dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 636), dat ertoe strekt het eerste lid van artikel 6 te vervullen met een bepaling, volgens welke enkel de geneesheer euthanasie mag uitvoeren in de zin van en onder de

Un autre membre pose la question de savoir ce qu'il convient d'entendre par «être tenu de».

Un des auteurs répond que si la personne concernée est tenue de prêter son concours à un acte alors que sa conscience s'y oppose, elle peut invoquer la clause de conscience. Il appartient à cette personne et à elle seule d'en juger.

Le membre répète que cette disposition peut être importante au regard du principe pénal de complicité. Alors même que la loi pénale ne serait pas applicable, il est souhaitable de prévoir une clause de conscience afin de ne pas autoriser la moindre interprétation. Quiconque se sentant tenu de prêter son concours à l'euthanasie pourrait s'en prévaloir.

Un précédent orateur répond que, de manière générale, personne n'est tenu de pratiquer une acte contraire à sa conscience.

Afin de souligner que la loi en préparation est une loi de liberté et de tolérance, les auteurs y ont ajouté un article spécifique qui exprime, pour la problématique de l'euthanasie, cette règle générale.

Un des auteurs déclare se rallier au préopinant, mais il ajoute que la clause de conscience doit pouvoir être invoquée par tout le monde, puisque l'euthanasie n'est pas un acte isolé pratiqué par une seule personne.

Elle rappelle qu'à l'époque où le service militaire était obligatoire, la possibilité de s'y opposer pour des raisons de conscience et d'accomplir un service d'utilité publique était explicitement réglementée.

Amendement n° 678

M. Mahoux et consorts déposent à l'amendement n° 479 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 244/20, amendement n° 678), tendant à remplacer le deuxième alinéa de l'article 6 proposé par ce qui suit:

«Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.»

Amendement n° 636

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 636), tendant à compléter l'alinéa 1^{er} de l'article 6 par une disposition, prévoyant que seul le médecin peut pratiquer une euthanasie au sens et dans les conditions de la loi, et qu'il ne

door de wet gestelde voorwaarden, en hij de uitvoering van de handeling niet mag toevertrouwen aan een beoefenaar van de verpleegkunde.

De indienster van het amendement meent dat duidelijk moet worden vastgelegd dat het toepassen van euthanasie niet mag worden opgenomen in de lijst van technische prestaties van de verpleegkunde, en evenmin in de lijst van handelingen die een geneesheer kan toevertrouwen aan beoefenaars van de verpleegkunde, zelfs niet als hij de verantwoordelijkheid draagt en de controle uitoefent. Deze lijsten worden vastgelegd bij koninklijk besluit.

Amendement nr. 659

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 659), dat ertoe strekt om in het eerste lid van artikel 6 de woorden «tweede lid» te schrappen, alsook om het tweede en het derde lid van het artikel te doen vervallen.

De indienster van het amendement meent dat, indien het normaal is dat de geneesheer die een euthanasieverzoek ontvangt de patiënt op de hoogte brengt van zijn weigering of zijn bezwaren, het artikel 6 niet veel respect toont voor de vrijheid van de geneesheer.

De indienster van het amendement verwijst in het bijzonder naar de termen «de geneesheer (...) is verplicht aan diegene die om euthanasie vraagt aan te geven of zijn weigering gebaseerd is op medische redenen», en naar het feit dat dit wordt opgenomen in het medisch dossier op naam van de patiënt.

Een lid meent dat vele patiënten in hun vertrouwensrelatie met de arts er vaak om vragen om niet te moeten lijden. Dat is een zeer begrijpelijke vraag, waarop artsen vaak positief reageren. Het is echter belangrijk voor de patiënt om te weten of de arts, met wie hij die vertrouwensrelatie heeft, al dan niet een dokter is die mogelijk euthanasie zal toepassen. De vraag van vele patiënten moet immers niet zozeer worden begrepen als een vraag om euthanasie, maar wel als een vraag naar begeleiding, naar palliatieve mantelzorg, naar pijnbestrijding en naar medisch zorgvuldig handelen bij alle medische beslissingen.

Het lid heeft het dan ook moeilijk met de paragraaf die handelt over de mededeling of men al dan niet euthanasie zal toepassen. Het gaat immers over veel meer dan dat.

Amendement nr. 670

De heer Mahoux c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 670), dat ertoe strekt het tweede lid van artikel 6 te vervangen als volgt:

peut confier l'exécution de l'acte à un praticien de l'art infirmier.

L'auteur de l'amendement estime qu'il importe de préciser que l'acte euthanasique ne peut pas être inscrit dans la liste des prestations techniques de soins infirmiers ni dans la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, même sous sa responsabilité et son contrôle. Ces listes sont fixées par arrêté royal.

Amendement n° 659

Mme de T' Serclaes dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 659), tendant à supprimer, à l'alinéa 1^{er} de l'article 6, les mots «, alinéa 2», et à supprimer les alinéas 2 et 3 de cet article.

L'auteur de l'amendement estime que, s'il est normal que le médecin qui reçoit une demande d'euthanasie informe le patient de son refus ou de ses objections, l'article 6 est peu respectueux de la liberté du médecin.

L'auteur de l'amendement renvoie en particulier aux termes «le médecin (...) est tenu d'indiquer (...) à celui qui demande une euthanasie si son refus est justifié par des raisons médicales», et au fait que ceci est consigné dans le dossier médical ouvert au nom du patient.

Un membre estime que la relation de confiance entre médecin et patient fait qu'un grand nombre de patients demandent à leur médecin de ne pas devoir souffrir. C'est une demande tout à fait compréhensible, à laquelle les médecins répondent en général favorablement. Il est toutefois important pour le patient de savoir si le médecin, avec qui il a cette relation de confiance, est un médecin qui pourrait pratiquer l'euthanasie. La requête du patient ne doit en effet pas toujours être interprétée comme un désir de raccourcir sa vie. Il s'agit bien plus souvent d'une demande d'accompagnement, de soins palliatifs, de soulagement de la douleur et de soins médicaux prodigués à bon escient dans toutes les décisions médicales.

Dès lors, le paragraphe qui traite de l'information selon laquelle on pratiquera ou non l'euthanasie pose un problème au membre. En effet, il s'agit de bien plus que cela.

Amendement n° 670

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 670), tendant à remplacer l'alinéa 2 de l'article 6 par ce qui suit:

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

De indieners van het amendement zijn van oordeel dat de geneesheer zijn eventuele weigering om euthanasie uit te voeren moet kenbaar maken, want de patiënt een antwoord onthouden is een niet geformuleerde manier om niet tegemoet te komen aan zijn vraag.

Amendement nr. 644

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 479 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 644), dat het eerste lid van het voorgestelde artikel wil aanvullen met de volgende bepaling:

«Elke burgerlijke of militaire of verzorgingsinstelling kan weigeren uitvoering of medewerking te verlenen aan een verzoek tot euthanasie.»

De indiener verklaart dat dit amendement als subsidiair ten opzichte van het amendement nr. 643 moet worden beschouwd. Hij verwijst naar de bespreking van dit laatste amendement.

Amendement nr. 619

De heer Vandenberghe dient op het amendement nr. 18 een subamendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 619) dat in het derde lid van het voorgestelde artikel het woord «gemandateerde» wil vervangen door het woord «vertrouwenspersoon».

De indiener verwijst naar de schriftelijke verantwoording van het amendement nr. 619.

Amendement nr. 635

Mevrouw Nyssens dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 635), dat ertoe strekt artikel 6 aan te vullen met een bepaling houdende een gewetensclausule voor apothekers.

De Algemene Pharmaceutische Bond (APB) heeft dit amendement voorgesteld.

Het is belangrijk het gewetensbezwaar van apothekers uitvoeriger in de wet te omschrijven. Dat kan nuttig blijken voor apothekers die werkzaam zijn in een voor het publiek toegankelijke apotheek, buiten een ziekenhuis.

Een lid wijst erop dat andere amendementen werden ingediend, die ertoe strekken de situatie te

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

Les auteurs de l'amendement estiment que le médecin doit indiquer dans tous les cas son éventuel refus de pratiquer une euthanasie, car laisser le malade sans réponse est une manière non formulée de ne pas répondre à sa demande.

Amendement n° 644

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 479 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 644), visant à compléter l'alinéa 1^{er} de l'article proposé par la disposition suivante:

«Tout établissement médical ou de soins, civil ou militaire, peut refuser de donner suite à une demande d'euthanasie ou de collaborer à l'exécution d'une telle demande.»

L'auteur déclare que cet amendement doit être considéré comme subsidiaire à l'amendement n° 643. L'intervenant renvoie à la discussion de l'amendement en question.

Amendement n° 619

M. Vandenberghe dépose un sous-amendement à l'amendement n° 18 (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 619), visant à remplacer, à l'alinéa 3 de l'article proposé, le terme «le mandataire» par le terme «la personne de confiance».

L'auteur principal renvoie à la justification écrite de l'amendement n° 619.

Amendement n° 635

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 635), tendant à compléter l'article 6 par un texte prévoyant une clause de conscience pour les pharmaciens.

L'auteur précise que cet amendement a été suggéré par l'APB.

Il importe que l'objection de conscience des pharmaciens soit définie de manière détaillée dans la loi. Cela peut s'avérer utile en ce qui concerne les pharmaciens travaillant dans des officines pharmaceutiques ouvertes au public, hors du contexte hospitalier.

Un membre rappelle que d'autres amendements tendant à préciser la situation des non-médecins qui

verduidelijken van niet-geneesheren, die ertoe zouden kunnen worden gebracht hun medewerking te verlenen aan de toepassing van de wet.

Indien een van die amendementen wordt aangenomen, zal het amendement nr. 635 niet langer een voorwerp hebben, aangezien het een specifieke categorie van personen beoogt.

In het tegenovergestelde geval zal het amendement nr. 635 moeten herbekeken worden.

Amendement nr. 671

De heer Mahoux c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 671), dat ertoe strekt het woord «gemandateerde» te vervangen door het woord «vertrouwenspersoon», om artikel 6 op dat punt te laten rijmen met de rest van de tekst.

Amendementen nrs. 4 en 8 (A en B)

De heren Vankrunkelsven en Van Quickenborne dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/2, amendement nr. 4), dat ertoe strekt om in het derde lid van artikel 6 de woorden «op verzoek van de patiënt of zijn gemandateerde» te doen vervallen.

Een van de indieners dient nog een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 8) dat in artikel 6 eveneens de problematiek van de hulp bij zelfdoding wil behandelen.

Hij stelt vast dat deze amendementen zonder voorwerp zijn geworden ingevolge de aanneming van de reeds behandelde artikelen.

Stemmingen

Amendement nr. 662 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 10 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendement nr. 634 van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Amendement nr. 666 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 12 stemmen.

Amendement nr. 674 van de heer Monfils wordt ingetrokken.

Amendement nr. 643 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 676 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 677 van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

pourraient être amenés à concourir à l'application de la loi ont été déposés.

Si l'un de ces amendements est adopté, l'amendement n° 635 n'aura plus d'objet, puisqu'il vise une catégorie spécifique de personnes.

Dans le cas contraire, l'amendement n° 635 devra être réexaminé.

Amendement n° 671

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 671), tendant à remplacer les mots «le mandataire» par les mots «la personne de confiance», afin de mettre l'article 6 en concordance avec le reste du texte sur ce point.

Amendements n°s 4 et 8 (A en B)

M. Vankrunkelsven en Van Quickenborne déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/2, amendement n° 4), visant à supprimer à l'alinéa 3 de l'article 6, l'expression «à la demande du patient ou de son mandataire».

Un des auteurs dépose un autre amendement (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 8), visant à régler également, à l'article 6, l'aide au suicide.

Il constate que ces amendements sont devenus sans objet à la suite de l'adoption d'une série d'articles.

Votes

L'amendement n° 662 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 10 et 3 abstentions.

L'amendement n° 634 de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 666 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 12.

L'amendement n° 674 de M. Monfils est retiré.

L'amendement n° 643 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 676 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

L'amendement n° 677 de Mme de T' Serclaes est retiré.

Amendement nr. 678 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 22 tegen 2 stemmen bij 6 onthoudingen.

Amendement nr. 479 van de heer Monfils c.s. wordt aangenomen met 20 tegen 2 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendement nr. 659A van mevrouw de T' Serclaes wordt ingetrokken.

Amendement nr. 659B van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 636 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 644 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 8A dient geen doel meer.

Amendement nr. 670 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 19 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

De amendementen nrs. 4 van de heer Vankrunkelsven en de heer Van Quickenborne, en 8B van de heer Vankrunkelsven zijn zonder voorwerp geworden.

Amendement nr. 619 van de heer Vandenberghe wordt aangenomen met eenparigheid van alle 30 aanwezige leden.

Amendement nr. 635 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 9 stemmen bij 4 onthoudingen.

Amendement nr. 671 van de heer Mahoux c.s. wordt ingetrokken.

Het geamendeerde artikel 6 wordt aangenomen met 18 tegen 8 stemmen bij 4 onthoudingen.

Artikel 7 (artikel 15 van de aangenomen tekst)

Amendementen nrs. 19 en 574

Mevrouw Leduc c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 19), dat ertoe strekt een derde lid in artikel 7 in te voegen, en dient ook een tweede amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/18, amendement nr. 574) met het oog op de vervanging van het eerste lid van dit artikel.

Mevrouw Leduc kondigt aan dat deze amendementen worden ingetrokken.

Amendementen nrs. 663 en 664 (Stuk Senaat, nr. 2-244/20)

Deze twee amendementen van mevrouw de T' Serclaes zijn subamendementen op het amendement

L'amendement n° 678 de M. Mahoux et consorts est adopté par 22 voix contre 2 et 6 abstentions.

L'amendement n° 479 de M. Monfils et consorts est adopté par 20 voix contre 2 et 8 abstentions.

L'amendement n° 659A de Mme de T' Serclaes est retiré.

L'amendement n° 659B de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 636 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 644 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 8A est devenu sans objet.

L'amendement n° 670 de M. Mahoux et consorts est adopté par 19 voix contre 9 et 2 abstentions.

Les amendements n°s 4 de MM. Vankrunkelsven et Van Quickenborne, et 8B de M. Vankrunkelsven sont devenus sans objet.

L'amendement n° 619 de M. Vandenberghe est adopté à l'unanimité des 30 membres présents.

L'amendement n° 635 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 9 et 4 abstentions.

L'amendement n° 671 de M. Mahoux et consorts est retiré.

L'article 6 amendé est adopté par 18 voix contre 8 et 4 abstentions.

Article 7 (article 15 du text adopté)

Amendements n°s 19 et 574

Mme Leduc et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 19), tendant à insérer un alinéa 3 à l'article 7, ainsi qu'un second amendement (doc. Sénat, n° 2-244/18, amendement n° 574), visant à remplacer l'alinéa 1^{er} de cet article.

Mme Leduc déclare que ces amendements sont retirés.

Amendements n°s 663 et 664 (doc. Sénat, n° 2-244/20)

Ces deux amendements de Mme de T' Serclaes sont des sous-amendements à l'amendement n° 19. Ils

nr. 19. Als gevolg van het intrekken van het hoofd-amendement, worden ze zonder voorwerp.

*
* *

Een lid meent dat het probleem van artikel 7 er vooral in bestaat, zich ervan te vergewissen dat er geen betwisting kan bestaan na een overlijden te wijten aan euthanasie.

Indien dit rechtmatig gebeurt, dan moeten de begunstigden van contracten zoals levensverzekeringen kunnen worden beschermd.

De enige rechtspraak die hieromtrent bestaat betreft het geval van de zelfdoding. Deze rechtspraak lijkt overigens ook verdeeld.

Wat betreft de levensverzekeringen, wordt een onderscheid gemaakt tussen de vrijwillige en onvrijwillige zelfdoding.

In het eerste geval sluit de persoon bijvoorbeeld een levensverzekeringscontract af, terwijl hij/zij de intentie heeft zelfmoord te plegen en zijn/haar rechthebbers wil laten genieten van het bewuste contract.

De rechtspraak varieert in functie van de voorwaarden waaronder het contract werd ondertekend. Er wordt geen rekening gehouden met de termijn binnen welke de verzekering werd gesloten, maar eerder met de toestand van de persoon op dat moment.

Spreekster meent dat in onderhavig geval moet worden nagedacht over de mogelijkheid om de termijn op twaalf maanden te houden, en er, zoals in het geval van het wetsvoorstel van de heer Monfils, bepaald moet worden dat de geneesheer die de euthanasie heeft uitgevoerd geen enkel legaat kan genieten.

Een ander lid antwoordt dat, indien artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek toepasbaar werd gemaakt op de leden van het verplegend team, dat is omdat op vraag van sommigen, de contacten met dit verplegend team werden versterkt, aangezien het in bepaalde omstandigheden een advies moet geven.

De termijn van twaalf maanden werd geschrapt aangezien er evenveel nadelen als voordelen aan verbonden waren.

Het kan inderdaad tot dramatische situaties leiden wanneer de ondertekenaar van een contract dit te goeder trouw doet, kort nadien ziek wordt en zijn ziekte zo snel evolueert dat hij ertoe gebracht wordt euthanasie te vragen, of wanneer er gevolg wordt gegeven aan zijn wilsverklaring na een ernstig ongeval, waarna hij niet meer tot bewustzijn kan worden gebracht, voor het einde van de termijn van twaalf maanden.

deviennent dès lors sans objet, suite au retrait de l'amendement principal.

*
* *

Un membre estime que le problème posé par l'article 7 est de s'assurer qu'il ne puisse y avoir de contestation, suite à un décès dû à une euthanasie.

Lorsque celle-ci n'est pas abusive, il faut pouvoir protéger les bénéficiaires de contrats tels que les contrats d'assurance-vie.

La seule jurisprudence qui existe en la matière concerne le cas du suicide. Cette jurisprudence semble d'ailleurs partagée.

Pour ce qui concerne les assurances-vie, on opère une distinction entre le suicide volontaire et le suicide involontaire.

Le premier est celui de la personne qui conclut, par exemple, un contrat d'assurance-vie, alors qu'elle a l'intention de se suicider et veut faire bénéficier ses ayants droit du contrat en question.

La jurisprudence varie en fonction des conditions dans lesquelles le contrat a été signé. On ne prend pas en considération le délai dans lequel l'assurance a été contractée, mais plutôt la situation de la personne à ce moment-là.

L'intervenante estime qu'en l'espèce, il faut réfléchir à la possibilité de maintenir le délai de douze mois, et prévoir, comme dans la proposition de loi de M. Monfils, que le médecin qui a pratiqué l'euthanasie ne peut bénéficier d'aucun legs.

Un autre membre répond que si l'article 909 du Code civil a été rendu applicable aux membres de l'équipe soignante, c'est parce qu'à la demande de certains, les contacts avec cette équipe ont été renforcés, puisqu'elle doit donner un avis dans certaines circonstances.

Quant au délai de douze mois, il a été supprimé parce qu'il comportait autant d'inconvénients que d'avantages.

En effet, il peut conduire à des situations dramatiques lorsque le signataire d'un contrat conclut celui-ci de bonne foi, tombe malade peu de temps après et, sa maladie évoluant rapidement, est amené à demander l'euthanasie ou lorsqu'il est donné suite à sa déclaration anticipée après un accident grave qui l'a laissé inconscient de manière irréversible avant la fin du délai de douze mois.

Indien deze termijn wordt gehandhaafd, dan zouden men die rechthebbenden voordelen ontzeggen, die ze perfect regelmatig verworven hadden.

Bovendien heeft men afgezien van het systeem, volgens hetwelk het parket de verklaring ontvangt en het verlof voor de teraardebestelling aflevert.

Men heeft voor een systeem geopteerd waarbij, indien het een natuurlijke dood betreft, deze vergunning via de normale procedure wordt afgeleverd, en het dossier wordt overgezonden aan de evaluatiecommissie.

Er bestaan dus geen externe bewijzen meer dat euthanasie werd uitgevoerd. Het is bijgevolg onmogelijk termijnen vast te leggen met betrekking tot een datum die per definitie nergens voorkomt.

Wat de verzekeringen betreft, weet men hoezeer verzekeringsmaatschappijen vrij zijn, en ze dus — binnen de grenzen van de wet — de systemen toepassen die hen passen.

Men kan dus niet beweren dat er een « wettelijke » rechtspraak op de levensverzekeringscontracten zou zijn geweest, aangezien men te maken heeft met de meest uiteenlopende gevallen.

Het is niet aan de wetgever om van de privéverzekering een soort « openbare dienst » te maken, door zich in de plaats van de verzekeringsmaatschappijen te stellen om de gevallen te omschrijven, waarin de uitvoering van de contracten moet worden geweigerd.

Euthanasie is een natuurlijke dood. Alle contracten worden dus toegepast. Indien nadien zou blijken dat de euthanasie op een onwettige manier werd uitgevoerd, dan valt men binnen een gerechtelijke procedure en doet het probleem zich op een totaal andere manier voor. De vrees die door sommigen wordt geuit lijkt spreker dan ook ongegrond.

De vorige spreker verklaart een voorkeur te hebben voor de initiële tekst van artikel 7, zoals die te lezen stond in het wetsvoorstel.

Zij erkent de bezwaren van een vorige spreker met betrekking tot het vastleggen van een termijn.

De bepaling dat de dood als gevolg van euthanasie een natuurlijke dood is, is strikt genomen niet noodzakelijk, aangezien het gemene recht van toepassing is wat betreft het verlof voor de teraardebestelling.

De vorige spreker merkt op dat deze bepaling toch haar nut kan hebben. Ze zal immers eventuele betwistingen vermijden. Bijvoorbeeld, indien de uitgevoerde euthanasie wordt gemeld aan de verzekeringsmaatschappij of de commissie, door indiscretie van derden.

Si ce délai était maintenu, on retirerait alors aux ayants droit des avantages acquis de façon parfaitement licite.

En outre, on a abandonné le système selon lequel le parquet reçoit la déclaration et délivre le permis d'inhumation.

On a opté pour un système où, s'agissant d'une mort naturelle, ce permis est délivré normalement, et où le dossier est transmis à la commission d'évaluation.

Il n'y a donc plus de preuve extérieure qu'il y a eu acte d'euthanasie. Dès lors, il est impossible de fixer des délais par rapport à une date qui, par définition, n'apparaît nulle part.

Quant aux assurances, on sait combien les compagnies d'assurance sont libres, et pratiquent — dans les limites de la loi — les systèmes qui leur conviennent.

On ne peut donc pas affirmer qu'il y aurait une jurisprudence « légale » sur les contrats d'assurance-vie, car on rencontre les cas de figure les plus variés.

Il n'appartient pas au législateur de faire de l'assurance privée une sorte de « service public », en se substituant aux compagnies d'assurance pour déterminer les cas dans lesquels l'exécution des contrats doit être refusée.

L'euthanasie est une mort naturelle. Tous les contrats seront donc appliqués. S'il s'avère ensuite qu'une euthanasie a été pratiquée de façon illégale, on entre dans une procédure judiciaire et le problème se pose d'une toute autre manière. Les craintes exprimées par certains paraissent dès lors assez vaines à l'intervenant.

La précédente intervenante déclare qu'elle préférerait le texte initial de l'article 7 tel qu'il figurait dans la proposition de loi.

Elle peut admettre les objections développées par un précédent orateur à propos de la fixation d'un délai.

Quant à la disposition prévoyant que la mort résultant d'une euthanasie est une mort naturelle, elle n'est pas strictement nécessaire, puisque l'on appliquera le droit commun en ce qui concerne le permis d'inhumation.

Le précédent orateur fait observer que cette disposition peut néanmoins avoir une utilité, car elle évitera les contestations qui pourraient surgir, par exemple, si le fait qu'une euthanasie a été pratiquée était rapporté à la compagnie d'assurances ou à la commission par l'indiscrétion de tiers.

De vorige spreekster voegt er nog aan toe dat ze de uitbreiding van het toepassingsgebied van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek tot het verplegend team niet betwist; het gaat immers om een wijze voorzorgsmaatregel.

Ze meent daarentegen dat artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek niet tegemoetkomt aan de bepaling onder artikel 8 van het voorstel nr. 2-22/1 van de heer Monfils c.s.

Een lid antwoordt dat de voorgestelde tekst enkel artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek aanvult met een bepaling waardoor het toepasbaar wordt op het verplegend team, terwijl het al van toepassing is op de arts.

Wat de termijn betreft, deze is discriminerend naar gelang van de omstandigheden waarin de zieke zich mogelijk bevindt; dit geldt meer bepaald voor zieken bedoeld in artikel 4, die na een ongeval niet meer bij bewustzijn zijn en deze toestand onomkeerbaar is.

Tenslotte is het niet aan de wetgever om te anticiperen op geschillen die door de verzekeringsmaatschappijen kunnen worden veroorzaakt omtrent de uitvoering van contracten.

De vorige spreekster denkt dat er een verschil bestaat tussen het behandelen van een patiënt en het beëindigen van zijn leven. Ze vraagt zich dan ook af of een verwijzing naar artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek in onderhavig geval voldoende is.

Een lid antwoordt dat de tekst duidelijk stelt dat het verplegend team van geen enkele testamentaire beschikking mag profiteren, noch van een schenking onder levenden gedaan door de patiënt en waarover het verplegend team werd ondervraagd.

Een ander lid merkt op dat een frauduleus opzet bij de toepassing van deze wet, bijvoorbeeld bij personen die een levensverzekering hebben afgesloten, niet uitgesloten is. Dat geldt des te meer wanneer het gaat om niet-terminale patiënten.

Het lid vraagt zich af of artikel 7 van dwingend recht is — en of alle gevallen van euthanasie bijgevolg moeten worden beschouwd als een natuurlijke dood —, dan wel of verzekeringsmaatschappijen de mogelijkheid hebben om van deze regel af te wijken en bijvoorbeeld euthanasie bij niet-terminale patiënten niet kunnen beschouwen als een natuurlijke dood. Gaat het hier om dwingend of om aanvullend recht?

De vorige spreker antwoordt dat zowel de Franse als de Nederlandse tekst duidelijk zijn: de dood als gevolg van euthanasie is een natuurlijke dood.

Voor de rest doen de verzekeringsmaatschappijen wat ze willen, binnen het kader en de grenzen van de wet.

L'intervenante précédente ajoute qu'elle ne conteste pas l'extension du champ d'application de l'article 909 du Code civil à l'équipe soignante, car il s'agit en effet d'une sage précaution.

Par contre, elle estime que la disposition figurant à l'article 8 de la proposition n° 2-22/1 de M. Monfils et consorts n'est pas rencontrée par l'article 909 du Code civil.

Un membre répond que le texte proposé ne fait que compléter le dispositif de l'article 909 du Code civil en le rendant applicable à l'équipe soignante, alors qu'il l'est déjà au médecin.

En ce qui concerne le délai, il est discriminatoire en fonction des circonstances dans lesquelles le malade peut se trouver, notamment s'il s'agit de malades visés à l'article 4, qui sont en état d'inconscience irréversible à la suite d'un accident.

Enfin, il n'appartient pas au législateur d'anticiper sur les litiges qui peuvent être suscités par les compagnies d'assurances à propos de l'exécution des contrats.

La précédente intervenante pense qu'il y a une différence entre traiter un patient et mettre fin à sa vie. Elle se demande dès lors si le renvoi à l'article 909 du Code civil suffit en l'occurrence.

Un membre répond que le texte prévoit clairement qu'aucune disposition testamentaire, ni aucune donation entre vifs faite par le patient à propos duquel l'équipe soignante a été interrogée, ne peut bénéficier à cette équipe.

Un autre membre fait observer qu'il n'est pas exclu, dans l'application de la future loi, que certaines personnes aient une intention frauduleuse, par exemple parmi les personnes qui ont souscrit une assurance-vie, en particulier quand il s'agit de patients qui ne sont pas en phase terminale.

Le membre veut savoir si l'article 7 est impératif et s'il faut considérer par conséquent l'euthanasie comme une mort naturelle ou si les compagnies d'assurance peuvent déroger à cette règle en faisant valoir que l'euthanasie chez les patients non terminaux ne saurait être considérée comme une mort naturelle. S'agit-il d'une disposition à caractère impératif ou à caractère supplétif?

Le précédent orateur répond que le texte français comme le texte néerlandais sont clairs: la mort qui résulte d'une euthanasie est une mort naturelle.

Pour le reste, les compagnies d'assurances font ce qu'elles veulent, dans le cadre et les limites de la loi.

Een lid leidt uit de interventie van de vorige spreker af dat euthanasie niet van de verzekeringspolis mag worden uitgesloten.

De vorige spreker antwoordt dat de verzekeringsmaatschappij binnen het kader van de risicoverdeling moet blijven. Indien de maatschappij verneemt dat de dood van de verzekerde het gevolg is van euthanasie, dan kan dat feit op zich niet leiden tot een opzegging van het contract.

Een lid herhaalt haar vraag of in een verzekeringspolis kan worden afgeweken van het juridisch vermoeden van artikel 7 van de voorgestelde wet. Kan er bijvoorbeeld in een verzekeringspolis bewust voor worden gopteerd om euthanasie bij niet-terminale patiënten niet te dekken?

Een ander lid antwoordt dat dit afhankelijk kan zijn van de economische belangen of de filosofische benadering van de verzekeringsmaatschappijen.

De voorgestelde tekst bepaalt dat de dood als gevolg van euthanasie geacht wordt een natuurlijke dood te zijn voor de uitvoering van contracten, met inbegrip van verzekeringscontracten.

Het is belangrijk dat in de tekst te vermelden omdat dit de verzekeringsmaatschappijen niet alle vrijheid geeft onrechtmatige bijzondere clausules in de contracten op te nemen.

Het feit dat in geen enkele termijn is voorzien wat betreft de ondertekening van het contract biedt aan de rechthebbende de mogelijkheid eventuele problemen te regelen. Het is niet aan de wetgever daarop te anticiperen, door een beslissing te nemen in het voordeel van een van beide partijen.

Het klopt dat bepaalde verzekeringsmaatschappijen zodanig veel uitsluitingsclausules in hun contracten invoegen dat het er in feite op neerkomt de toepassing van de door de contracten bepaalde waarborgen te beletten, wat niet getolereerd kan worden.

Een lid meent dat de manier waarop een persoon overleden is onder het medisch geheim valt en dat de verzekeringsmaatschappij daar niet van op de hoogte moet worden gebracht.

Een vorige spreekster noteert dat het eerste lid van artikel 7 aanvullend recht is.

Een lid meent dat in artikel 7 de juridische fictie van de natuurlijke dood wordt ingevoerd voor situaties die daarvan ver verwijderd zijn. Los daarvan zal het voorgestelde artikel tal van juridische problemen in het leven roepen op verzekeringstechnisch vlak.

Artikel 7 spreekt in het algemeen over «de verzekeringen». Niettemin moet worden opgemerkt dat er een groot verschil bestaat tussen de wetgeving omtrent de levensverzekering, de landverzekeringsovereenkomsten, de arbeidsongevallenverzekering, enzovoort. Men kan niet zomaar zeggen dat voor elk van

Sur la base de l'intervention du préopinant, un membre estime que l'euthanasie ne peut être exclue de la police d'assurance.

L'orateur précédent répond que la compagnie d'assurances doit rester dans le cadre de la segmentation des risques. Si la compagnie apprend que la mort de l'assuré résulte d'une euthanasie, ce fait à lui seul ne peut aboutir à la résiliation du contrat.

Un membre veut savoir si une police d'assurance peut déroger à la présomption légale visée par l'article 7. Une police d'assurance peut-elle stipuler que l'euthanasie chez les patients non terminaux n'est pas prise en compte par la couverture?

Un autre membre répond que cela peut dépendre des intérêts économiques ou des orientations philosophiques des compagnies d'assurances.

Le texte proposé prévoit que la mort résultant d'une euthanasie est réputée être une mort naturelle pour l'exécution des contrats, en ce compris les contrats d'assurances.

Il importe de le mentionner dans le texte, parce qu'on évite ainsi de laisser aux compagnies d'assurances toute liberté d'insérer dans les contrats des clauses particulières abusives.

Le fait qu'aucun délai ne soit prévu en ce qui concerne la signature du contrat laisse aux ayants droit la possibilité de régler les problèmes éventuels, par rapport auxquels le législateur n'a pas à anticiper en les tranchant à l'avantage de l'une des parties plutôt que d'une autre.

Il est vrai que certaines compagnies d'assurances insèrent dans leurs contrats un tel nombre de clauses d'exclusion que cela revient à empêcher l'application des garanties prévues par les contrats, ce qui n'est pas tolérable.

Un membre estime que la façon dont la personne est morte relève du secret médical, et que la compagnie d'assurances n'a pas à en connaître.

La préopinante observe que l'alinéa 1^{er} de l'article 7 relève du droit supplétif.

Un membre estime que l'article 7 introduit la fiction de la mort naturelle pour des cas qui en sont très éloignés. Indépendamment de ce constat, l'article proposé soulèvera quantité de problèmes juridiques sur le plan de l'assurance-vie.

L'article 7 se rapporte aux assurances sans autre précision. Mais il faut signaler qu'il existe une considérable différence entre les législations régissant l'assurance-vie, l'assurance-risques terrestres, l'assurance-accidents de travail, etc. On ne peut pas affirmer tout simplement que pour chacun de ces types

dit type van verzekeringen een persoon op wie euthanasie werd toegepast wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven. De arbeidsongevallenwet heeft een bijzonder ruim toepassingsgebied. Is het werkelijk de bedoeling van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244 dat het voorgestelde artikel op de arbeidsongevallenwetgeving van toepassing zou zijn?

Spreeker wijst op het fundamenteel juridisch probleem van de niet-terminale patiënten, die ten onrechte werden betrokken bij deze wetgeving, en voor wie in wezen de hulp bij zelfdoding werd ingevoerd. Dat zou kunnen leiden tot situaties waarbij in een levensverzekering de zelfmoord wordt uitgesloten van dekking, maar waarbij euthanasie, wettelijk gesproken, wel dient gedekt te worden. Hier wordt bijgevolg een voor de hand liggende sluipteg aangeboden om de toepassing van een contract te ontwijken. Dat is — andermaal — een ongewenst gevolg van het te ruime toepassingsgebied van de wet.

Bovendien gaat de voorgestelde regeling voorbij aan de vraagstukken die zouden kunnen rijzen op het vlak van de medische aansprakelijkheid. *Quid* indien blijkt dat een euthanasie, die voldoet aan de wettelijke voorwaarden en procedures, het voorwerp heeft uitgemaakt van onzorgvuldig medisch handelen? In dat geval wordt deze euthanasie eveneens geacht tot een natuurlijk overlijden te hebben geleid. De vraag is of de medische aansprakelijkheid van de betrokken geneesheer of geneesheren dan nog aan de orde kan worden gesteld.

Tenslotte benadrukt het lid dat, zijns inziens, het voorgestelde artikel 7, eerste lid, slechts van supplementair recht kan zijn. De bepaling kan dan ook slechts rechtskrachtig zijn voor zover geen tegenbeding werd ingeschreven in de overeenkomst.

Een lid vraagt enkele bijkomende verduidelijkingen over het verband tussen het arbeidsongeval en het artikel in kwestie.

De vorige spreker herhaalt dat het niet duidelijk is in welke mate artikel 7 een weerslag kan hebben op de verzekeringen tegen arbeidsongevallen.

Een lid verklaart dat, als een persoon een natuurlijke dood gestorven is, met dat feit rekening wordt gehouden bij de beoordeling van de arbeidsongevallen, alsook van eventuele andere kwesties. Precies om dit soort problemen te voorkomen, bepaalt de tekst dat een overlijden ten gevolge van euthanasie, een natuurlijke dood is.

De verschillende wetten worden op die basis toegepast.

Om die reden is een amendement, dat een aantal problemen deed rijzen, ingetrokken en is men teruggekeerd naar de oorspronkelijke tekst van artikel 7.

Een ander lid vraagt dat aan de vragen, die een vorige spreker heeft gesteld, voldoende aandacht

d'assurance, l'euthanasie d'une personne titulaire de la police est assimilée à une mort naturelle. Le champ d'application de la législation sur les accidents de travail est particulièrement large. Les auteurs de la proposition de loi n° 2-244 ont-ils vraiment l'intention de rendre l'article proposé applicable à la législation sur les accidents de travail?

L'intervenant soulève le problème juridique des patients non terminaux, que l'on a intégrés à tort dans cette législation et pour lesquels on institue en fait l'aide au suicide. On pourrait en arriver à ce que le suicide soit exclu de la couverture offerte par l'assurance-vie, tandis que du point de vue légal, l'euthanasie devrait être couverte. On crée donc ainsi un moyen évident d'éluder l'application d'un contrat. C'est là — une fois encore — une conséquence indésirable découlant du champ d'application trop large de la loi.

Par ailleurs, la réglementation proposée perd de vue les problèmes susceptibles de survenir sur le plan de la responsabilité médicale. Qu'en est-il dans le cas où une euthanasie, répondant aux conditions et procédures légales, aurait fait l'objet d'une négligence médicale? Dans ce cas aussi, l'euthanasie est censée avoir conduit à une mort naturelle. La question est de savoir si la responsabilité du ou des médecins peut alors encore être mise en cause.

Enfin, le membre estime que l'article 7, alinéa 1^{er}, ne peut qu'être d'ordre supplétif. Et que, dès lors, la disposition n'est applicable que si la police d'assurance ne comporte pas de clause contraire.

Un membre demande quelques éclaircissements supplémentaires à propos du rapport entre l'accident de travail et l'article en discussion.

L'intervenant précédent répète qu'il n'est pas clairement établi dans quelle mesure l'article 7 peut avoir une incidence sur l'assurance-accidents de travail.

Un membre déclare que, la personne étant morte de mort naturelle, la question des accidents de travail s'apprécie, comme les autres, en tenant compte de ce caractère naturel. C'est précisément pour éviter les problèmes que le texte prévoit que la mort résultant d'une euthanasie est une mort naturelle.

L'application des diverses législations s'analyse à partir de là.

C'est pourquoi un amendement qui créait un certain nombre de difficultés a été retiré, et les auteurs en sont revenus au texte initial de l'article 7.

Un autre membre demande qu'on prenne en considération les questions soulevées par le préopinant. En

wordt besteed. Wanneer iemand een arbeidsongeval heeft, is de werkgever — en diens verzekering — immers verantwoordelijk. Deze verantwoordelijkheid kan ver gaan. Een arbeidsongeval kan aanleiding geven tot een bepaalde handicap of tot een langdurige coma. Veelal betekent dit voor de verzekeringsmaatschappijen een grotere uitgave dan wanneer de betrokkene meteen zou overlijden. In hoeverre zal de arbeidsongevallenverzekering dergelijke situaties dekken?

De vorige spreker wijst erop dat het systeem van de afgifte van een verlof tot teraardebestelling, onverkort blijft gelden.

De zes indieners willen geen aparte categorie van personen «overleden ten gevolge van euthanasie» inrichten, want dat zou de bestaande problemen niet oplossen.

Een lid sluit zich aan bij wat net is gezegd.

De ernstige en ongeneeslijke toestand die fysiek of psychisch lijden meebrengt dat niet kan gelenigd worden, en die leidt tot een verzoek om euthanasie, is dan het gevolg van de beroepsziekte of het arbeidsongeval.

Amendement nr. 672

De heer Mahoux c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 672), dat ertoe strekt de gebruikte terminologie eenvormig te maken door de woorden «de toepassing van» te vervangen door de woorden «euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door».

Amendement nr. 681

De heer Vandenberghe dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 681) dat wenst te preciseren dat de bepalingen van het eerste lid van artikel 7 slechts rechtskracht hebben tenzij tegenbeding.

De indiener verwijst naar de algemene bespreking van artikel 7, waarin hij de noodzaak van het suppletore karakter van de juridische fictie heeft benadrukt.

Amendement nr. 682

Mevrouw Nyssens dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 682), dat ertoe strekt het tweede lid van artikel 7 te vervangen door een bepaling die tevens betrekking heeft op de geraadpleegde artsen, die eveneens tijdens de procedure optreden.

Amendementen nrs. 667 en 668

Mevrouw Nyssens heeft op het amendement nr. 574 een subamendement ingediend (Stuk Senaat,

cas d'accident de travail, l'employeur et son assurance sont responsables. Cette responsabilité peut prendre des proportions considérables. Un accident de travail peut entraîner un handicap ou un coma de longue durée. Cela représente bien souvent pour les compagnies d'assurances une dépense plus élevée que si l'intéressé décédait immédiatement. Dans quelle mesure l'assurance-accident de travail couvrira-t-elle de semblables situations ?

L'intervenant précédent rappelle que l'on n'apporte aucune modification au système de délivrance du permis d'inhumer.

Les six auteurs ne veulent pas créer une catégorie de «morts par euthanasie» car cela ne permettrait pas de résoudre les problèmes qui se présentent.

Un membre se rallie à ce qui vient d'être dit.

L'état grave et incurable entraînant des souffrances physiques ou psychiques que l'on ne peut soulager et aboutissant à une demande d'euthanasie n'est que la conséquence de la maladie professionnelle ou de l'accident du travail.

Amendement n° 672

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 672), qui vise à uniformiser la terminologie employée dans le texte en remplaçant les mots «de l'application de» par les mots «d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par».

Amendement n° 681

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 681), visant à stipuler que les dispositions à l'article 7, alinéa 1^{er}, ne sont applicables que s'il n'y existe pas de clause contraire.

L'auteur renvoie à la discussion générale de l'article 7, dans laquelle il a souligné la nécessité du caractère suppletif de la fiction juridique.

Amendement n° 682

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 682), tendant à remplacer l'alinéa 2 de l'article 7 par une disposition visant également les médecins consultés, qui interviennent tout autant dans la procédure.

Amendements n°s 667 et 668

Mme Nyssens avait déposé à l'amendement n° 574 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amen-

nr. 2-244/20, amendement nr. 667), alsook een subsidiair amendement op dit subamendement (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 668).

De indienster wijst erop dat, gezien het intrekken van amendement nr. 574, deze twee subamendementen dienen beschouwd te worden als hoofdamendementen.

Amendement nr. 667 stelt voor het eerste lid van artikel 7 te doen vervallen.

De indienster vraagt zich af of men de termen «uitvoering van contracten (...), meer bepaald verzekeringscontracten» niet moet beperken tot levensverzekeringen.

Ze kan zich niet voorstellen dat deze materie ook op andere verzekeringscontracten van toepassing is, zoals bijvoorbeeld op ongevallenverzekeringen, en meent dat de reikwijdte van de tekst moet worden beperkt tot de domeinen waar er eventueel kan worden gefraudeerd.

Het lijkt ondenkbaar dat een persoon die euthanasie vraagt, contracten afsluit met de intentie te frauderen in andere domeinen dan de levensverzekering.

Deze opmerking werd geïnspireerd door de verzekeringssector.

Momenteel bevatten verzekeringscontracten reeds clausules die met zelfdoding te maken hebben, en waardoor het voordeel van de verzekering vervalt in geval van zelfdoding.

Amendement nr. 668 stelt subsidiair nog voor om de reikwijdte van de voorgestelde bepaling te beperken tot de terminale fase, conform de logica van het door de indienster ingediende wetsvoorstel.

Dit voorstel ziet af van de vooropgestelde termijn van een jaar, net zoals de verzekeringssector, die een dergelijke termijn beschouwt als een mogelijke bron van talrijke betwistingen.

Een lid herhaalt de door de tekst gestelde eisen met betrekking tot de geraadpleegde geneesheer: de geraadpleegde geneesheer moet onafhankelijk zijn zowel ten opzichte van de patiënt als de behandelende geneesheer en bevoegd zijn om over de aandoening in kwestie te oordelen.

De bijkomende door het amendement voorgestelde voorzorgsmaatregel lijkt hem dus overbodig.

Een ander lid verklaart dat hij niet de woordvoerder van drukingsgroepen is. Hij meent dat het niet is omdat een beroepssector zich laat opmerken door zijn corporatistische reacties dat men van de lijn moet afwijken die erin bestaat te trachten het algemeen goed in stand te houden.

Hij heeft de kans gehad te mogen deelnemen aan een televisiedebat over autoverzekeringen, en hij heeft

dement n° 667), ainsi qu'un amendement subsidiaire à ce dernier (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 668).

L'auteur précise que, compte tenu du retrait de l'amendement n° 574, ces deux sous-amendements sont à considérer comme des amendements principaux.

L'amendement n° 667 propose de supprimer l'alinéa 1^{er} de l'article 7.

L'auteur se demande s'il ne faudrait pas limiter les termes «exécution des contrats (...), en particulier les contrats d'assurance» aux assurances-vie.

Elle ne peut imaginer que cette matière s'applique à d'autres contrats d'assurance, comme par exemple l'assurance-accidents, et estime qu'il faut limiter la portée du texte aux domaines où il pourrait éventuellement y avoir fraude.

Il semble inconcevable qu'une personne qui demande l'euthanasie souscrive des contrats, dans une intention de fraude, dans d'autres domaines que l'assurance-vie.

Cette observation est inspirée par le secteur des assurances.

Actuellement, les contrats d'assurance comportent déjà des clauses relatives au suicide, qui excluent le bénéfice de l'assurance en cas de mort par suicide.

L'amendement n° 668 propose, à titre subsidiaire, de limiter la portée de la disposition proposée à la phase terminale, conformément à la logique de la proposition de loi déposée par l'auteur.

Celle-ci est favorable à la suppression du délai d'un an qui avait été envisagé, tout comme le secteur des assurances, qui considère un tel délai comme une source possible de nombreuses contestations.

Un membre rappelle les exigences fixées par le texte à propos du médecin consulté: il doit être indépendant tant à l'égard du patient que du médecin traitant, et être compétent quant à la pathologie concernée.

La précaution supplémentaire proposée par l'amendement lui paraît donc superflue.

Un autre membre déclare qu'il n'est pas le porte-parole des groupes de pression. Il estime que ce n'est pas parce qu'un secteur professionnel se manifeste par ses réactions corporatistes qu'il faut s'écarter de la ligne qui consiste à s'efforcer de préserver le bien commun.

Ayant eu l'occasion de participer, lors d'une récente émission télévisée, à un débat sur les assuran-

zoals alle kijkers kunnen vaststellen hoe verzekeringsmaatschappijen er alles aan doen om hun inkomsten te verhogen, zonder de bevolking te geven waar zij recht op heeft.

Verzekeringsmaatschappijen hebben het trouwens niet zo moeilijk. Ze ontvangen immers 65 miljard frank voor autoverzekeringen en 225 miljard frank voor andere verzekeringen. Met de levensverzekeringen komt men aan 680 miljard frank per jaar.

Spreeker kan dan ook niet instemmen met het voorgestelde amendement.

De indienster ervan antwoordt dat zij enkel wil verduidelijken dat euthanasie geen ongevalrisico is.

Het amendement komt bijgevolg enkel tot het besluit dat de dood door euthanasie een natuurlijke dood is.

Amendement nr. 684

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelelaere dienen een subamendement in op het amendement nr. 682 (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 684), dat ertoe strekt het voorgestelde tweede lid te vervangen als volgt:

«De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn van toepassing op de arts die een euthanasie toepast, de geraadpleegde arts en het verplegend team bedoeld in artikel 3, alsmede op de verzorgingsinstelling waar de euthanasie plaatsgrijpt.»

Een van de indieners verklaart dat moet vermeden worden dat zgn. «euthanasieklinieken» zouden ontstaan, die het lijden van de patiënt zagezegd zouden verzachten en als begunstigde van een legaat zouden worden aangeduid. Het is immers niet uitgesloten dat van de hoogstaande gevoelens van de patiënt misbruik wordt gemaakt om dergelijke legaten af te persen.

Amendementen nrs. 679 en 680

Mevrouw De Schamphelelaere dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 679) dat in de Franse tekst van het tweede lid van artikel 7 tussen het woord «sont» en het woord «applicables» het woord «également» wenst in te voegen.

Een lid verklaart dat hier een louter technische verbetering wordt voorgesteld.

Mevrouw de T' Serclaes had een identiek amendement ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 680), dat wordt ingetrokken.

ces automobiles, il a pu constater, comme tous les spectateurs, à quel point les compagnies d'assurances font tout pour augmenter le portefeuille de recettes sans donner à la population ce à quoi elle a droit.

Les compagnies d'assurance ne sont d'ailleurs pas en difficulté, puisqu'elles encaissent 65 milliards de francs pour l'assurance automobile, et 225 milliards de francs pour les autres assurances. Si l'on compte l'assurance-vie, les chiffres s'élèvent à 680 milliards de francs par an.

L'intervenant ne peut dès lors se rallier à l'amendement proposé.

L'auteur de celui-ci répond que son souci est simplement de préciser que l'euthanasie n'est pas un risque accident.

L'amendement ne fait par conséquent que conclure que la mort par euthanasie est une mort naturelle.

Amendement n° 684

M. Vandenberghe et Mme De Schamphelelaere déposent à l'amendement n° 682 un sous-amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 684), visant à remplacer l'alinéa 2 proposé comme suit:

«Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables au médecin qui pratique l'euthanasie, au médecin consulté et à l'équipe soignante visée à l'article 3, ainsi qu'à l'établissement de soins où est pratiquée l'euthanasie.»

Un des auteurs déclare qu'il convient de prévenir la création de «cliniques d'euthanasie» qui soulageraient soi-disant la souffrance d'un patient réputé titulaire d'un legs. Il est en effet possible que l'on abuse des nobles sentiments du patient pour lui extorquer un tel legs.

Amendements n^{os} 679 et 680

Mme De Schamphelelaere dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 679), visant à insérer dans le texte français de l'alinéa 2 de l'article 7, entre le mot «sont» et le mot «applicables» le mot «également».

Un membre déclare que l'amendement porte uniquement sur une modification technique.

Mme de T' Serclaes avait déposé un amendement identique (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 680), qui est retiré.

Stemmingen

Amendement nr. 19 van mevrouw Leduc c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 574 van mevrouw Leduc c.s. wordt ingetrokken.

Amendement nr. 667 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 668 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 8 stemmen bij 3 onthoudingen.

Amendementen nrs. 663 en 664 van mevrouw de T' Serclaes zijn zonder voorwerp geworden.

Amendement nr. 672 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 20 tegen 2 stemmen bij 8 onthoudingen.

Amendementen nrs. 679 van mevrouw De Schamphelaere en 680 van mevrouw de T' Serclaes worden ingetrokken.

Amendement nr. 681 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 682 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 684 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 19 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het geamendeerde artikel 7 wordt aangenomen met 18 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

Artikel *7bis* (nieuw)

Amendement nr. 84

Mevrouw Nyssens en de heer Thissen dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 84), dat ertoe strekt een artikel *7bis* (nieuw) in te voegen, met de verplichting voor de verzorgingsinstellingen om, vanuit een multidisciplinaire benadering, protocollen op te stellen over de behandeling van patiënten in de stervensfase.

Het amendement komt voort uit informatie verzameld tijdens de hoorzittingen. Daaruit bleek dat er in bepaalde instellingen reeds interne regels bestaan die de grote lijnen vastleggen voor de opvang van patiënten in de stervensfase.

Om de ethische discussie binnen de instellingen te bevorderen, zou het goed zijn dat deze praktijk wordt veralgemeend.

Votes

L'amendement n° 19 de Mme Leduc et consorts est retiré.

L'amendement n° 574 de Mme Leduc et consorts est retiré.

L'amendement n° 667 de Mme Nyssens est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 668 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 8 et 3 abstentions.

Les amendements n°s 663 et 664 de Mme de T' Serclaes sont devenus sans objet.

L'amendement n° 672 de M. Mahoux et consorts est adopté par 20 voix contre 2 et 8 abstentions.

Les amendements n°s 679 de Mme De Schamphelaere et 680 de Mme de T' Serclaes sont retirés.

L'amendement n° 681 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10 et 2 abstentions.

L'amendement n° 682 de Mme Nyssens est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 684 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 19 voix contre 10 et 1 abstention.

L'article 7 amendé est adopté par 18 voix contre 10 et 2 abstentions.

Article *7bis* (nouveau)

Amendement n° 84

Mme Nyssens et M. Thissen déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 84), ayant pour objet d'insérer un article *7bis* (nouveau), précisant que les établissements de soins doivent rédiger, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge des patients en fin de vie.

L'amendement a été inspiré par les informations recueillies au cours des auditions, dont il résulte que, dans certains établissements, il existe déjà des règles internes définissant les grandes lignes de la prise en charge des patients en fin de vie.

Dans le souci de favoriser la discussion éthique au sein des établissements, il serait bon que cette pratique soit généralisée.

Amendement nr. 660

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 660), dat ertoe strekt een nieuw artikel *7bis* in te voegen. Dit artikel bepaalt, naar het voorbeeld van wat reeds in Nederland bestaat, dat de verklaring door de geneesheer, die de euthanasie heeft uitgevoerd, wordt medegedeeld aan een wetsdokter, daartoe aangeduid door de voorzitter van de rechtbank van eerste aanleg van het gerechtelijk arrondissement waar de euthanasie werd uitgevoerd.

De indienster van het amendement meent inderdaad dat de door het wetsvoorstel omschreven controle onvoldoende is.

Amendement nr. 665

Mevrouw de T' Serclaes dient een ander amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 665), dat ertoe strekt in het wetsvoorstel een artikel *7bis* in te voegen, dat bepaalt dat alle legaten, schenkingen met voorbehoud van vruchtgebruik en elke verkoop op lijfrente door de patiënt aan de arts die euthanasie heeft toegepast of aan de andere beoefenaars van de geneeskunde die betrokken waren bij de procedures bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet, van rechtswege nietig zijn.

De indienster wijst erop dat ze dit amendement wenst te behouden, ondanks de uitleg verstrekt door een vorige spreker met betrekking tot artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek.

Amendement nr. 669

De heer Vandenberghe en mevrouw De Schampheleere dienen een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 669), dat een nieuw hoofdstuk *Vbis* wenst in te voegen, luidend als volgt:

«Hoofdstuk *Vbis* — Strafbepalingen

Art. *7bis*. — Onverminderd de toepassing van de straffen gesteld bij het Strafwetboek alsook, desgevallend, de toepassing van tuchtmaatregelen, wordt de overtreding van de artikelen 3, 4 en 5 van deze wet gestraft met een gevangenisstraf van een jaar tot vijf jaar en een geldboete van 2 000 tot 10 000 frank of met een van die straffen alleen.

Hoofdstuk VII van het eerste boek en artikel 85 van het Strafwetboek zijn van toepassing op de in het eerste lid bedoelde misdrijven.»

Een van de indieners verwijst naar eerdere tussenkomsten waarin de volledige depenalisering van de euthanasie — zowel bij naleving van de voorwaarden als bij niet-naleving ervan — wordt gelaakt.

Het is volgens spreker dan ook essentieel dat men in straffen voorziet. Vooreerst maakt het wetsvoorstel

Amendement n° 660

Mme de T' Serclaes dépose également un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 660), tendant à insérer un article *7bis* nouveau, prévoyant, à l'instar de ce qui existe aux Pays-Bas, la communication de la déclaration par le médecin qui a pratiqué l'euthanasie à un médecin légiste désigné à cet effet par le président du tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire où l'euthanasie a été pratiquée.

L'auteur de l'amendement estime en effet que le contrôle prévu dans la proposition de loi est insuffisant.

Amendement n° 665

Mme de T' Serclaes dépose un autre amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 665), tendant à insérer, dans la proposition de loi un article *7bis* selon lequel «est nul de plein droit tout legs, toute donation avec réserve d'usufruit, toute vente à rente viagère consentis par le patient au médecin ayant pratiqué l'euthanasie ainsi qu'aux autres praticiens de l'art de guérir intervenant dans les procédures prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi».

L'auteur précise qu'elle souhaite maintenir cet amendement, malgré les explications fournies par un précédent orateur à propos de l'article 909 du Code civil.

Amendement n° 669

M. Vandenberghe et Mme De Schampheleere déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 669), visant à insérer un chapitre *Vbis* nouveau, libellé comme suit:

«Chapitre *Vbis* — Dispositions pénales

Art. *7bis*. — Sans préjudice de l'application des peines prévues par le Code pénal et, le cas échéant, de sanctions disciplinaires, l'infraction aux articles 3, 4 et 5 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 2 000 francs à 10 000 francs, ou d'une de ces peines seulement.

Le chapitre VII du livre premier et l'article 85 du Code pénal sont applicables aux infractions visées à l'alinéa 1^{er} du présent article.»

Un des auteurs se réfère aux interventions précédentes critiquant la dépenalisation de l'euthanasie, aussi bien en cas de respect des conditions prescrites qu'en cas de violation de celles-ci.

L'intervenant est dès lors d'avis qu'il est essentiel de prévoir des sanctions. Premièrement, la proposition

niet duidelijk welke strafwettelijke bepaling van toepassing is wanneer de voorwaarden bepaald in de artikelen 3, 4 en 5 van het wetsvoorstel niet worden nageleefd, hetgeen in strijd is met het *lex certa*-beginsel (afgeleid uit artikel 7 EVRM).

Een afzonderlijke strafbepaling voor de overtreding van deze artikelen is daarom noodzakelijk.

Zelfs indien bepaalde misdrijven zoals bepaald in het Strafwetboek betrekking zouden hebben op bepaalde handelingen zoals omschreven in het wetsvoorstel, dan zijn de constitutieve elementen van deze gemeenschappelijke misdrijven te onderscheiden van die van de strafbare inbreuken zoals bedoeld in het voorstel (legaliteitsbeginsel).

Ook om deze reden is een afzonderlijke strafbepaling noodzakelijk.

De huidige bepalingen van het wetsvoorstel komen immers neer op een volledige depenalisering, zowel bij naleving als bij niet-naleving van de voorwaarden gesteld in de artikelen 3, 4 en 5.

Amendement nr. 9

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 9) dat beoogt een nieuw artikel *7bis* in te voegen, luidend als volgt:

«Art. *7bis*. — In boek II, titel VIII, hoofdstuk I, afdeling I, van het Strafwetboek wordt een artikel *397bis* ingevoegd, dat luidt als volgt:

«Art. *397bis*. — Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verzoek beëindigt, wordt gestraft met opsluiting van tien tot vijftien jaar.»

De indiener verwijst naar de initiële tekst van het wetsvoorstel nr. 2-244/1, dat aanvankelijk beoogde het Strafwetboek te wijzigen. Later — na de indiening van het amendement nr. 9 — hebben de indieners van dit voorstel deze piste verlaten, en werd geopteerd om in een bijzondere wet de voorwaarden en procedures te bepalen volgens welke er geen misdrijf is en op deze wijze een rechtvaardigingsgrond in te voeren. Dit heeft men gedaan om de onterechte indruk te vermijden dat euthanasie zomaar, in alle omstandigheden, straffeloos kan worden toegepast.

Het probleem daarbij is, zoals verschillende sprekers hebben aangehaald, dat de strafmaat voor de toepasselijke misdrijven in het Strafwetboek volstrekt onaangepast is. De senator meent dan ook dat in het Strafwetboek uitdrukkelijk moet worden opgenomen dat euthanasie een misdrijf is dat wordt bestraft met welomschreven straffen. Spreker verwijst hierbij naar de formulering van het amendement nr. 9 en verklaart dat de voorgestelde strafmaat analoog is met die bepaald door de Nederlandse wet.

de loi omet de préciser la disposition pénale applicable en cas de non-respect des conditions visées aux articles 3, 4 et 5 de la proposition de loi, ce qui est en contradiction avec le principe de la *lex certa* (qui découle de l'article 7 de la CEDH).

C'est pourquoi il faut une disposition pénale distincte qui sanctionne la violation de ces articles.

Même dans le cas où certains délits visés par le Code pénal se rapporteraient à certains actes définis dans la proposition de loi, il y a lieu de faire la distinction entre les éléments constitutifs du délit relevant du droit commun et les éléments constitutifs des infractions punissables au sens de la proposition de loi (principe de légalité).

C'est une raison supplémentaire de prévoir une disposition pénale distincte.

En effet, les dispositions actuelles de la proposition de loi impliquent une dépenalisation totale, que les conditions visées aux articles 3, 4 et 5 soient respectées ou non.

Amendement n° 9

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 9), visant à insérer un nouvel article *7bis*, libellé comme suit:

«Art. *7bis*. — Au livre II, titre VIII, chapitre I^{er}, section 1^{re}, du Code pénal, il est inséré un article *397bis*, rédigé comme suit:

«Art. *397bis*. — Quiconque met intentionnellement fin à la vie d'autrui à sa demande expresse et persistante, est puni d'un emprisonnement de 10 ans à 15 ans.»

L'auteur se réfère au texte d'origine de la proposition de loi n° 2-244/1, qui avait initialement pour objet la modification du Code pénal. Ensuite, après le dépôt de l'amendement n° 9, les auteurs de ladite proposition de loi se sont écartés de cette voie, choisissant de définir dans une loi spécifique les conditions et procédures pour qu'il n'y ait pas délit et de créer ainsi une cause de justification. On a voulu éviter par là de donner à tort l'impression que l'euthanasie pourrait être pratiquée en toutes circonstances et en toute impunité.

Le problème, ainsi que l'ont signalé divers intervenants, réside dans le caractère tout à fait inapproprié du taux de peine pour les délits applicables du Code pénal. Le sénateur estime par conséquent qu'il y a lieu de stipuler explicitement dans le Code pénal que l'euthanasie constitue un délit passible de peines bien déterminées. À ce propos, l'intervenant se réfère au libellé de l'amendement n° 9 et déclare que le taux de peine proposé correspond à celui prévu par la législation néerlandaise.

Uiteraard dient dit amendement nr. 9 te worden samengelezen met het amendement nr. 11, volgens hetwelk de voorgestelde artikelen 397*bis* en 397*ter* van het Strafwetboek niet van toepassing zijn indien alle wettelijke voorwaarden en procedures worden nageleefd.

De senator meent dat aan de publieke opinie op deze wijze een duidelijk signaal wordt gegeven dat euthanasie niet zomaar straffeloos kan gebeuren, maar dat ze integendeel uitdrukkelijk wordt opgenomen in het Strafwetboek en slechts geen misdrijf is indien alle voorwaarden en procedures worden vervuld. Dat lijkt hem de meest correcte manier om deze problematiek juridisch op te lossen. Thans wordt de discussie immers niet helemaal zuiver gevoerd, vermits men enerzijds het Strafwetboek onaangetaast laat maar anderzijds euthanasie voorwaardelijk depenaliseert.

Een lid herinnert eraan dat de zes indieners begonnen waren met een voorstel om wetgevend op te treden in het kader van het Strafwetboek, met verwijzing naar de artikelen 393 tot 397 en een indirecte definitie van euthanasie.

Deze werkwijze die de indiener het meest logisch leek, stootte echter op heel wat bezwaren, niet enkel op juridisch maar ook op ethisch vlak. Men was van mening dat het hoegenaamd niet aangeraden was om in het Strafwetboek regels in te schrijven, die een vrijstelling van aansprakelijkheid inhouden, wanneer men iemand het leven ontnemt.

De zes indieners hebben dus akte genomen van die bezwaren en hebben de bepalingen die ze voor ogen hadden uit het Strafwetboek gehaald, om er een bijzondere wet van te maken.

Spreker is dus niet bereid om opnieuw een definitie van euthanasie in het Strafwetboek in te voegen en tegelijk de gevallen aan te duiden waar er geen vervolging is bij het uitvoeren van euthanasie.

Er moet dus gekozen worden voor een van beide benaderingen.

Een ander lid sluit zich daarbij aan. Eens een tekst is uitgewerkt buiten het Strafwetboek, moet hij er niet in worden opgenomen.

De zin van de door de zes indieners voorgestelde tekst, zoals door hen geamendeerd, moet wel degelijk als volgt begrepen worden: indien euthanasie wordt uitgevoerd onder de door de wet omschreven voorwaarden, is het geen moord. Men bevindt zich op die manier in een logica van stervensbegeleiding en van respect voor verschillende opinies.

Het amendement, dat een achteruitgang betekent ten opzichte van het gevoerde debat, betekent daarentegen dat euthanasie een moord is, maar dat ze bestraft wordt met een lichtere straf dan andere moorden.

Il va sans dire que l'amendement n° 9 doit être lu conjointement avec l'amendement n° 11, qui prévoit que les articles 397*bis* et 397*ter* du Code pénal ne sont pas applicables si toutes les conditions et procédures sont respectées.

Le sénateur estime qu'on montre ainsi clairement à l'opinion publique que l'euthanasie ne peut être pratiquée en toute impunité; qu'au contraire, elle figure explicitement dans le Code pénal et qu'elle ne constitue pas un délit que si elle est pratiquée dans le respect de toutes les conditions et procédures requises. À ses yeux, cela semble la solution la plus pertinente pour résoudre le problème sur le plan juridique. La discussion, telle qu'elle est actuellement menée, est mal engagée, parce que, d'une part, on ne modifie pas le Code pénal mais que, d'autre part, on dépénalise l'euthanasie de façon conditionnelle.

Un membre rappelle que les six auteurs avaient initialement proposé de légiférer dans le cadre du Code pénal, avec une référence aux articles 393 à 397 et une définition indirecte de l'euthanasie.

Cette manière de procéder, qui paraît la plus logique à l'intervenant, s'est cependant heurtée à de nombreuses objections, non seulement sur le plan juridique, mais aussi au niveau éthique, considérant qu'il était tout à fait contre-indiqué d'inscrire dans le Code pénal des règles prévoyant une exonération de responsabilité dans l'hypothèse où l'on ôte la vie à une personne.

Les six auteurs ont pris acte de ces objections et sorti du Code pénal les dispositions envisagées, pour en faire une loi particulière.

L'intervenant n'est donc pas disposé à réinsérer une définition de l'euthanasie dans le Code pénal, tout en indiquant dans une loi particulière les cas où il n'y a pas poursuite lorsqu'on pratique une euthanasie.

Il faut choisir l'une ou l'autre de ces approches.

Un autre membre se rallie à cette opinion. À partir du moment où le texte est élaboré en dehors du Code pénal, il ne faut pas l'y réintroduire.

Le texte proposé par les six auteurs, tel qu'amendé par eux, doit être compris comme suit: l'euthanasie, quand elle se pratique dans le respect des conditions et de la procédure prévues par la loi, n'est pas un meurtre. On se situe ainsi dans une logique d'accompagnement de fin de vie et de respect d'opinions différentes.

L'amendement, qui constitue un recul par rapport au débat qui a eu lieu, signifie au contraire que l'euthanasie est un meurtre, mais qu'elle sera sanctionnée par une peine plus légère que d'autres meurtres.

De eerste benadering is meer humanistisch en minder bestraffend.

Een lid betwist de stelling van de indiener van het amendement nr. 9, als zou het wetsvoorstel nr. 2-244/1 een strafrechtelijke rechtvaardigingsgrond invoeren. Dat is geenszins het geval. Het wetsvoorstel wenst integendeel een voorwaardelijke depenalisering in te voeren en omschrijft de omstandigheden waarin er geen sprake is van een misdrijf.

Bovendien meent het lid dat, vermits het amendement nr. 9 werd ingediend vooraleer de indieners van voorliggend wetsvoorstel zelf enkele amendementen hebben ingediend die het initiële wetsvoorstel grondig hebben gewijzigd, het vanuit juridisch-technisch oogpunt onaangepast is aan de thans besproken tekst.

Ten gronde is het lid, ondanks deze tekortkomingen, het volkomen eens met het uitgangspunt van het amendement nr. 9. Immers kan men onmogelijk beweren dat het voorliggende wetsvoorstel het strafrecht niet wijzigt. Weliswaar laat men het Strafwetboek zélf intact, doch men voert een bijzondere strafwet in die stelt dat het Strafwetboek onder bepaalde omstandigheden niet van toepassing is. Op deze wijze creëert men een juridisch monster. Spreker verwijst naar eerder door hem ingediende amendementen die deze tekortkomingen wensten weg te werken, doch die werden verworpen.

De indiener van het amendement nr. 9 bevestigt dat zijn amendement werd ingediend vooraleer de achterliggende juridische benadering van het wetsvoorstel grondig werd bijgestuurd. Niettemin wenst hij dit amendement niet in te trekken omdat de draagwijdte van het voorstel ten gronde niet echt is veranderd. Het misdrijf «moord» of «doodslag» zal immers in welbepaalde omstandigheden niet meer en in andere omstandigheden nog wél van toepassing zijn, zodat *de facto* enkele strafrechtelijke normen worden gewijzigd.

De argumenten van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-244/1 om het amendement nr. 9 niet te steunen zijn niet van juridische, maar van politieke aard. Vanuit juridisch oogpunt biedt het amendement nr. 9 een meer correcte mogelijkheid om deze problematiek te benaderen, hetgeen opmerkingen dienaangaande van de Raad van State mogelijk kan vermijden. Thans is het zeer moeilijk voor een rechter om, op basis van het Strafwetboek, de juiste strafmaat te bepalen vermits dit Strafwetboek geenszins aangepast is aan het voorliggende wetsvoorstel.

De senator blijft er derhalve bij dat het amendement nr. 9 een goede juridische oplossing kan bieden, en staat open voor subamendementen die de onvolkomenheden ervan wensen weg te werken.

Een ander lid merkt op dat heel wat collega's hebben onderstreept dat de opmerkingen van de Raad van State advieswaarde hebben en niet dwingend zijn.

La première approche est plus humaniste, et moins pénaliste.

Un membre conteste la thèse de l'auteur de l'amendement n° 9 selon laquelle la proposition de loi n° 2-244/1 instaure une cause de justification pénale. Ce n'est nullement le cas. La proposition de loi vise au contraire à dépenaliser conditionnellement l'euthanasie et définit les conditions dans lesquelles l'euthanasie ne constitue pas un délit.

En outre, comme l'amendement n° 9 a été déposé avant le dépôt, par les auteurs de la proposition de loi à l'examen, d'amendements modifiant en profondeur la proposition de loi d'origine, le membre considère que, sur le plan technique, il n'est pas adapté au texte qui est actuellement en discussion.

En dépit de ces insuffisances, le membre déclare se rallier sur le fond aux principes de base de l'amendement n° 9. On ne peut en effet soutenir que la proposition de loi à l'examen ne modifie pas le Code pénal. Il est vrai que le Code pénal n'est pas modifié en tant que tel, mais on introduit une disposition pénale particulière qui stipule que le Code pénal n'est pas applicable sous certaines conditions. Ce faisant, on crée une bizarrerie juridique. L'intervenant renvoie aux amendements qu'il a déposés précédemment et qui tendaient à remédier à ces lacunes, mais qui ont été rejetés.

L'auteur de l'amendement n° 9 confirme que son amendement a été déposé avant la modification de l'approche juridique de la proposition de loi. Mais il considère qu'il n'y a pas lieu de retirer cet amendement car la portée de la proposition de loi n'a pas été modifiée sur le fond. Dans certaines circonstances, l'infraction d'«assassinat» ou de «meurtre» ne sera plus applicable, alors que dans d'autres circonstances, elle continuera à l'être, de sorte que certaines dispositions pénales sont modifiées *de facto*.

Les arguments avancés par les auteurs de la proposition de loi n° 2-244/1 pour justifier leur refus de soutenir l'amendement n° 9 sont non pas d'ordre juridique, mais politique. Sur le plan juridique, l'amendement n° 9 propose une approche plus pertinente de cette problématique, ce qui pourrait permettre d'éviter des observations du Conseil d'État. Actuellement, il sera très difficile pour un juge de déterminer la peine appropriée sur la base du Code pénal puisque celui-ci n'est nullement adapté à la proposition de loi à l'examen.

Le sénateur maintient donc que l'amendement n° 9 constitue une solution juridique appropriée et il est ouvert à des sous-amendements qui tendraient à en éliminer les imperfections.

Un membre relève que bon nombre de collègues ont souligné que les observations du Conseil d'État ont valeur d'avis, et ne sont pas contraignantes.

Spreker sluit zich aan bij de opmerking van een vorige spreker, die eraan herinnerde dat het de initiële bedoeling van de zes indieners was om het Strafwetboek te wijzigen, en dat deze oplossing de verdienste had duidelijk te zijn. Het klopt dat raken aan het Strafwetboek, voor sommigen een onoverbrugbaar obstakel vormt.

In de eerste plaats ging het er echter om rekening te houden met het nagestreefde doel. Van bij het begin was het de bedoeling een daad van menselijkheid te kunnen stellen binnen een, zowel voor de zieke als voor de geneesheer, veilig juridisch kader.

Om deze doelstelling te bereiken en de zonet genoemde hinderpaal uit de weg te ruimen, hebben de zes indieners beslist te werk te gaan via een bijzondere strafwet, die bepaalt dat euthanasie uitgevoerd onder bepaalde voorwaarden en volgens een bepaalde procedure, geen strafbaar feit is.

A contrario, indien de voorwaarden niet zijn vervuld en de procedure niet is gevolgd, dan is het, conform de huidige bepalingen van het Strafwetboek, een strafbaar feit.

Indien sommigen nu van mening zijn dat de huidige straffen te zwaar zijn, dan staat het hen vrij wetsvoorstellen in te dienen om het Strafwetboek te wijzigen.

Daar gaat het hier niet over, het gaat er hem hier om, de voorwaarden te omschrijven waaronder er geen sprake is van een strafbaar feit.

Voorts blijft de huidige situatie bestaan.

Een vorige spreker denkt dat, indien de Raad van State bezwaren heeft tegen een oplossing in de vorm van een bijzondere wet, hij er nog veel meer zal hebben tegen een hybride oplossing zoals het amendement voorstelt.

In dat geval zou het volgens spreker beter zijn om terug te gaan naar de initiële oplossing die in het wetsvoorstel van de zes indieners stond.

De indiener van het amendement nr. 9 blijft erbij dat het, vanuit juridisch oogpunt bekeken, klaarder zou zijn om in het Strafwetboek zélf duidelijk te bepalen dat euthanasie een strafbaar feit blijft. Hierover dient immers elk misverstand in de publieke opinie te worden uitgesloten, net zoals over het feit dat, onder bepaalde voorwaarden, euthanasie geen misdrijf is.

Niettemin heeft de senator begrip voor het feit dat, om überhaupt enige wetgeving over euthanasie mogelijk te maken, men het Strafwetboek onaangetast wil laten. Hij zal het voorliggende wetsvoorstel dan ook steunen, maar handhaaft tegelijk het amendement nr. 9 omdat het dit voorstel nog duidelijker kan maken.

Een senator meent dat de door de indiener van het amendement gevolgde redenering niet aangepast is

L'intervenant se rallie à la remarque d'un précédent orateur, qui rappelait que l'intention initiale des six auteurs était de modifier le Code pénal, et que cette solution avait le mérite de la clarté. Il est vrai que, pour certains, toucher au Code pénal constitue un obstacle insurmontable.

Or, ce qui importait surtout, c'était de tenir compte de l'objectif poursuivi. Celui-ci a été, dès le début, de pouvoir poser un geste d'humanité dans un contexte de sécurité juridique, tant pour le malade que pour le médecin.

Pour atteindre cet objectif, et surmonter l'obstacle précité, les six auteurs ont décidé de procéder plutôt par la voie d'une loi pénale particulière, qui prévoit que l'euthanasie pratiquée à certaines conditions et selon une procédure déterminée ne constitue pas une infraction.

A contrario, si les conditions et la procédure ne sont pas respectées, il y a infraction, conformément aux dispositions actuelles du Code pénal.

Si certains considèrent que, dans cette hypothèse, les peines actuellement prévues sont trop élevées, il leur est loisible de déposer des propositions de loi en vue de modifier le Code pénal.

Ce n'est toutefois pas de cela qu'il s'agit ici, mais bien de définir les conditions dans lesquelles il n'y a pas infraction.

Pour le surplus, la situation actuelle perdure.

Un orateur précédent pense que si le Conseil d'État formule des objections à l'encontre de la solution consistant en une loi particulière, il en formulera plus encore à l'égard d'une solution hybride comme celle proposée par l'amendement.

Dans ce cas, il vaudrait mieux, selon l'intervenant, en revenir à la solution initiale figurant dans la proposition de loi des six auteurs.

L'auteur de l'amendement n° 9 continue à estimer que, sur le plan juridique, il serait plus clair d'inscrire dans le Code pénal que l'euthanasie reste une infraction. Toute confusion à cet égard doit être bannie de l'opinion publique, tout comme sur le fait qu'à certaines conditions, l'euthanasie n'est pas un délit.

Mais le sénateur comprend que, dans le souci d'élaborer une loi sur l'euthanasie, l'on ne souhaite pas modifier le Code pénal. Il soutiendra donc la proposition de loi à l'examen, mais il tient à maintenir l'amendement n° 9, parce qu'il contribue à la clarifier.

Une sénatrice estime que le raisonnement suivi par l'auteur de l'amendement n'est pas adapté à

aan de evolutie van het debat, en dat het dan ook tot verwarring dreigt te leiden.

De keuze voor een procedurewet werd door talrijke juristen verdedigd. Het is dus niet meer of minder duidelijk dan een wijziging van het Strafwetboek. Het is een oplossing die het mogelijk maakt om de voorwaarden te omschrijven waaronder de wet euthanasie toelaat.

Voorts valt men onder de bepalingen van het Strafwetboek die doodslag, moord, enz. bestraffen.

Het Strafwetboek niet wijzigen gaf voor velen inderdaad een duidelijke aanwijzing dat doodslag binnen onze maatschappij fundamenteel verboden bleef.

Stemmingen

Amendement nr. 9 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 19 stemmen bij 10 onthoudingen.

Amendement nr. 84 van mevrouw Nyssens en de heer Thissen wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 660 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 2 onthoudingen.

Amendement nr. 665 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 15 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Amendement nr. 669 van de heer Vandenberghe en mevrouw De Schamphelaere wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Artikel 7ter

Amendement nr. 10

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 10) dat betrekking heeft op de hulp bij zelfdoding.

De indiener trekt dit amendement in.

Amendement nr. 683

Mevrouw Nyssens dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 683), dat ertoe strekt artikel 7ter te vervangen als volgt:

«Art. 7ter. — Deze wet is van kracht voor een periode van drie jaar vanaf haar inwerkingtreding.

Tijdens de zes maanden die het verstrijken van deze periode voorafgaan, leggen de ministers die bevoegd

l'évolution du débat et risque donc de créer la confusion.

Le fait d'avoir une loi de procédure était un choix défendu par de nombreux juristes. Ce n'est donc pas plus ou moins clair que de modifier le Code pénal. C'est une solution qui permet de définir les conditions dans lesquelles la loi autorise l'euthanasie.

Pour le surplus, on tombe sous le coup des dispositions du Code pénal qui punissent le meurtre, l'assassinat, etc.

En outre, pour beaucoup, il est vrai, le fait de ne pas modifier le Code pénal montrait clairement que le meurtre restait un interdit fondamental de notre société.

Votes

L'amendement n° 9 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 19 voix et 10 abstentions.

L'amendement n° 84 de Mme Nyssens et M. Thissen est rejeté par 15 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 660 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 16 voix contre 11 et 2 abstentions.

L'amendement n° 665 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 15 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 669 de M. Vandenberghe et Mme De Schamphelaere est rejeté par 18 voix contre 11.

Article 7ter

Amendement n° 10

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 10) portant sur l'aide au suicide.

L'auteur retire son amendement.

Amendement n° 683

Mme Nyssens dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 683), tendant à insérer un article 7ter, ainsi libellé:

«Art. 7ter. — La présente loi est applicable pour une période de trois ans à partir de son entrée en vigueur.

Dans les six mois qui précèdent l'expiration de cette période, les ministres ayant la Justice et la Santé

zijn voor de Justitie en de Volksgezondheid, aan het Parlement een verslag voor over de toepassing van deze wet.

Dit verslag bevat met name het verslag waarvan sprake is in artikel 5*quinquies*.»

Dit amendement maakt van de toekomstige wet een tijdelijke wet, wat niet gewoon is in onze rechtsorde, zelfs al heeft men het recent nog gedaan in het kader van de wetgeving die tijdelijke kamers creëert op het niveau van de hoven van beroep om de gerechtelijke achterstand op te vangen.

In onderhavig geval is de inzet zo groot dat de indienster van het amendement het opportuun acht om binnen drie jaar een evaluatie op te maken op basis van een door de regering voorgelegd verslag. Zij moet dan haar verantwoordelijkheid terzake opnemen.

Dit verslag moet dan onder andere het verslag overnemen van de door de wet geïnstalleerde evaluatiecommissie.

Een lid stelt vast dat de indienster van het amendement een beperking wil invoeren op een wet waartegen ze zich verzet. Hij van zijn kant meent dat men zich moet beperken tot het klassieke spel van de instellingen, waar een andere meerderheid (of dezelfde die geëvolueerd is) een voordien gestemde wetgeving wijzigt.

Stemmingen

Amendement nr. 10 van de heer Vankrunkelsven wordt ingetrokken.

Amendement nr. 683 van mevrouw Nyssens wordt verworpen met 16 tegen 3 stemmen bij 9 onthoudingen.

Artikel 8

Amendement nr. 86

Mevrouw Nyssens c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 86), dat ertoe strekt het opschrift van hoofdstuk VI te vervangen door de woorden «Hoofdstuk VI — Slotbepalingen».

De hoofdindienster verwijst naar hetgeen ze net heeft uiteengezet met betrekking tot haar amendement nr. 683, en trekt amendement nr. 86 in.

Amendement nr. 20

De heer Mahoux c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 20), dat ertoe strekt artikel 8 te doen vervallen.

publique dans leurs attributions présentent au Parlement un rapport sur l'application de la présente loi.

Ce rapport reprend notamment le rapport visé à l'article 5*quinquies*.»

Cet amendement fait de la future loi une loi temporaire, ce qui n'est pas habituel dans notre ordre juridique, même si on l'a fait, récemment encore, à propos de la législation créant des chambres temporaires au niveau des cours d'appel pour résorber l'arriéré judiciaire.

En l'espèce, l'enjeu est tel qu'il paraît opportun à l'auteur de l'amendement de faire un état de la situation dans trois ans, sur la base d'un rapport présenté par le gouvernement, qui doit prendre ses responsabilités en la matière.

Ce rapport doit reprendre notamment le rapport de la commission d'évaluation instituée par la loi.

Un membre constate que l'auteur de l'amendement veut introduire une limitation à une loi à laquelle elle est opposée. Pour sa part, il estime qu'il faut s'en tenir au jeu classique des institutions, où une autre majorité (ou la même majorité qui a évolué) peut modifier une législation adoptée antérieurement.

Votes

L'amendement n° 10 de M. Vankrunkelsven est retiré.

L'amendement n° 683 de Mme Nyssens est rejeté par 16 voix contre 3 et 9 abstentions.

Article 8

Amendement n° 86

Mme Nyssens et consorts ont déposé un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 86), qui tend à remplacer l'intitulé du chapitre VI par les mots «Chapitre VI — Dispositions finales».

L'auteur principal se réfère à ce qu'elle vient d'exposer à propos de son amendement n° 683, et retire l'amendement n° 86.

Amendement n° 20

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 20), visant à supprimer l'article 8.

De hoofdindieneer verwijst naar hetgeen hij net heeft uiteengezet wat betreft de keuze van de zes indieneers om het Strafwetboek niet te wijzigen.

Amendement nr. 87

Mevrouw Nyssens c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 87), dat ertoe strekt artikel 8 te vervangen.

Dit amendement wordt ingetrokken ten voordele van het voormelde amendement nr. 683 van mevrouw Nyssens.

Amendement nr. 675

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 675), dat ertoe strekt artikel 8 te vervangen door een bepaling, die in het Strafwetboek een nieuw artikel 397bis invoegt, volgens hetwelk het feit om opzettelijk een eind aan andermans leven te maken op zijn of haar verzoek, als doodslag of moord wordt gekwalificeerd, afhankelijk van de omstandigheden.

De indienster van dit amendement heeft akte genomen van de uitleg verstrekt door de vorige sprekers, in het kader van de discussie over het nieuwe artikel 7bis voorgesteld door amendement nr. 9, met betrekking tot de wijziging door de zes indieneers van hun initiële keuze om wetgevend op te treden in het kader van het Strafwetboek.

Spreekster meent echter dat ze hun dispositief niet echt hebben gewijzigd maar dat ze gewoonweg niet langer verwijzen naar de artikelen van het Strafwetboek.

Ze gebruiken het woord « strafbaar feit », alsook een definitie van euthanasie die gelijkstaat met die van moord, aangezien die definitie voorkomt in artikel 393 van het Strafwetboek.

Gezien de definitie in artikel 2, alsook de formulering van de artikelen 3 en 4, moet de tekst verduidelijken ten opzichte waarvan er geen strafbaar feit is. Dat is de doelstelling van het voorgestelde amendement.

De bepaling die zij voorstelt werd overgenomen uit het wetsvoorstel nr. 2-105/1 van mevrouw Leduc.

De indienster van het amendement is er nochtans niet tegen om een meer nauwkeurige strafbaarstelling in overweging te nemen.

Ze meent dat de leemte die het amendement wil verhelpen de opzet van de tekst in gevaar brengt, en ze onderstreept dat de logica van haar amendement aansluit bij die van het amendement nr. 9.

Een vrouwelijke senator meent dat het voorgestelde amendement dezelfde fout maakt als amendement nr. 9 door een soort derde categorie van feiten te

L'auteur principal renvoie à ce qu'il a exposé précédemment quant au choix des six auteurs de ne pas modifier le Code pénal.

Amendement n° 87

Mme Nyssens et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 87), visant à remplacer l'article 8.

Cet amendement est retiré au profit de l'amendement n° 683 précité de Mme Nyssens.

Amendement n° 675

Mme de T' Serclaes dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 675), qui tend à remplacer l'article 8 par une disposition insérant dans le Code pénal un article 397bis nouveau, aux termes duquel est qualifié meurtre ou assassinat, selon le cas, le fait de mettre fin intentionnellement à la vie d'autrui à sa demande.

L'auteur de l'amendement a pris acte des explications fournies par de précédents orateurs, dans le cadre de la discussion de l'article 7bis nouveau proposé par l'amendement n° 9, à propos de la modification par les six auteurs de leur choix initial de légiférer dans le cadre du Code pénal.

L'intervenante estime cependant qu'ils n'ont pas véritablement changé leur dispositif, mais qu'ils ne font simplement plus référence aux articles du Code pénal.

Ils utilisent le mot « infraction », ainsi qu'une définition de l'euthanasie qui est équivalente à celle du meurtre, puisqu'elle se retrouve à l'article 393 du Code pénal.

Compte tenu de la définition donnée à l'article 2, ainsi que du libellé des articles 3 et 4, le texte doit préciser par rapport à quoi il n'y a pas infraction. Tel est l'objectif de l'amendement proposé.

Le dispositif qu'elle propose est repris de la proposition de loi n° 2-105/1 de Mme Leduc.

L'auteur de l'amendement n'est cependant pas opposée à ce que l'on envisage une incrimination plus précise.

Elle estime que la lacune à laquelle l'amendement veut remédier met en péril l'économie même du texte, et souligne que la logique de son amendement rejoint celle de l'amendement n° 9.

Une sénatrice estime que l'amendement proposé reproduit la même erreur que l'amendement n° 9, en créant une sorte de troisième catégorie de faits entre

creëren tussen euthanasie zoals beschreven in en toegelaten door het bewuste voorstel, en opzettelijke doodslag, dat volgens het Strafwetboek strafbaar blijft.

Wat is dan dat specifieke strafbare feit, behalve dan een soort subcategorie van doodslag, dat reeds door het Strafwetboek wordt bestraft?

Spreekster voegt eraan toe dat de indienster van amendement nr. 675 de eerlijkheid zou moeten hebben om toe te geven dat ze er in feite tegen is dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden wordt toegelaten.

Een lid verklaart dat deze discussie zijn terughoudendheid ten opzichte van de definitie van euthanasie zoals die werd aangenomen alleen maar versterkt. Euthanasie kan immers niet van doodslag onderscheiden worden omdat de finaliteit van de daad, die nu net heel het verschil uitmaakt tussen doodslag en sterfensbegeleiding volgens de persoonlijke keuze van de patiënt, niet in de definitie ervan is opgenomen.

De indienster van het amendement antwoordt aan een vorige spreekster dat ze dit amendement niet had ingediend, indien men niet enkele opties had genomen, waaruit men niet alle logische gevolgen heeft getrokken.

Spreekster aanvaardt niet dat men haar opzettelijk aanvalt, en denkt door haar bijdrage aan de debatten voldoende te hebben aangetoond dat ze bereid was om terzake wetten te maken.

Amendement nr. 11

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 11) dat in het verlengde ligt van het amendement nr. 9 en dat de opname in het Strafwetboek van de euthanasie als afzonderlijk misdrijf beoogt.

De indiener verwijst naar de grondige discussie die werd gevoerd over het amendement nr. 9, dat nauw verbonden is met het amendement nr. 11.

Stemmingen

De amendementen nrs. 86 en 87 van mevrouw Nyssens c.s. worden ingetrokken.

Amendement nr. 20 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 19 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 675 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 17 tegen 2 stemmen bij 9 onthoudingen.

Amendement nr. 11 van de heer Vankrunkelsven wordt verworpen met 20 stemmen bij 9 onthoudingen.

l'euthanasie telle que précisée et autorisée par la proposition en discussion, et les homicides volontaires qui restent punissables selon le Code pénal.

Quelle est donc cette infraction spécifique, sinon une sorte de sous-catégorie d'homicide, lequel est déjà puni par le Code pénal?

L'intervenante précise que l'auteur de l'amendement n° 675 devrait avoir l'honnêteté de reconnaître qu'en fait, elle est opposée à ce que l'on prévoit une autorisation de l'euthanasie sous certaines conditions.

Un membre déclare que la présente discussion le renforce dans ses réserves par rapport à la définition de l'euthanasie telle qu'elle a été retenue et qui ne permet pas de distinguer l'euthanasie du meurtre, parce qu'elle n'intègre pas la finalité de l'acte qui, justement, fait toute la différence entre le meurtre et l'accompagnement de fin de vie respectant les options personnelles du patient.

L'auteur de l'amendement répond à une précédente oratrice qu'elle n'aurait pas déposé cet amendement si l'on n'avait pas pris un certain nombre d'options, dont on n'a pas tiré toutes les conséquences logiques.

L'intervenante refuse les procès d'intention qui lui sont faits, et pense avoir démontré à suffisance par sa contribution aux débats qu'elle était disposée à légiférer en la matière.

Amendement n° 11

M. Vankrunkelsven dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 11), visant à inscrire l'acte euthanasique dans le Code pénal comme un délit distinct.

L'auteur renvoie à la discussion approfondie de l'amendement n° 9, qui est étroitement lié à l'amendement n° 11.

Votes

Les amendements n°s 86 et 87 de Mme Nyssens et consorts sont retirés.

L'amendement n° 20 de M. Mahoux et consorts est adopté par 19 voix et 9 abstentions.

L'amendement n° 675 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 17 voix contre 2 et 9 abstentions.

L'amendement n° 11 de M. Vankrunkelsven est rejeté par 20 voix et 9 abstentions.

Artikel 9

Amendement nr. 21

De heer Mahoux c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/4, amendement nr. 21), dat ertoe strekt artikel 9 te doen vervallen.

Aangezien de indieners voorstellen om de verplichte verzending aan de procureur des Konings te schrappen, is het niet meer nodig diens voorafgaande instemming te vragen als voorwaarde voor het verlof voor de teraardebestelling.

Een lid betreurt dat dit artikel wordt geschrapt. Mocht het behouden blijven, dan zou spreker voor dit artikel stemmen. Spreker kondigt dan ook aan het amendement nr. 21 niet te steunen.

Amendement nr. 88

Mevrouw Nyssens c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 88), dat ertoe strekt artikel 9 te doen vervallen.

Dit amendement wordt ingetrokken.

Amendement nr. 661

Mevrouw de T' Serclaes dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendement nr. 661), om artikel 9 te vervangen door een bepaling volgens welke, in geval van overlijden door euthanasie, het verlof voor de teraardebestelling wordt onderworpen aan een voorafgaand akkoord van de wetsdokter aan wie de geneesheer de doodsoorzaak zal hebben bekendgemaakt.

Dit amendement moet worden gelezen in het licht van amendement nr. 660 van dezelfde indienst, dat bepaalt dat de geneesheer de doodsoorzaak aan de wetsdokter moet bekendmaken.

Stemmingen

Amendement nr. 21 van de heer Mahoux c.s. wordt aangenomen met 21 tegen 8 stemmen.

Amendement nr. 88 van mevrouw Nyssens wordt ingetrokken.

Amendement nr. 661 van mevrouw de T' Serclaes wordt verworpen met 18 tegen 11 stemmen.

Artikel 10

Amendement nr. 12

De heer Vankrunkelsven dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/3, amendement nr. 12) dat

Article 9

Amendement n° 21

M. Mahoux et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/4, amendement n° 21), tendant à supprimer l'article 9.

En effet, puisqu'il est proposé de supprimer la transmission obligatoire au procureur du Roi, il n'y aurait pas de sens à maintenir son accord préalable comme condition de délivrance de l'autorisation d'inhumation.

Un membre déplore que l'article soit supprimé et déclare qu'il le soutiendrait si celui-ci était maintenu. Il ne soutiendra donc pas l'amendement n° 21.

Amendement n° 88

Mme Nyssens et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 88), tendant à supprimer l'article 9.

Cet amendement est retiré.

Amendement n° 661

Mme de T' Serclaes dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendement n° 661), en vue de remplacer l'article 9 par une disposition selon laquelle, en cas de décès par euthanasie, l'autorisation d'inhumer est soumise à l'accord préalable du médecin légiste auquel le médecin aura notifié la cause du décès.

Cet amendement doit être lu à la lumière de l'amendement n° 660 du même auteur, qui prévoit que le médecin doit notifier la cause du décès au médecin légiste.

Votes

L'amendement n° 21 de M. Mahoux et consorts est adopté par 21 voix contre 8.

L'amendement n° 88 de Mme Nyssens est retiré.

L'amendement n° 661 de Mme de T' Serclaes est rejeté par 18 voix contre 11.

Article 10

Amendement n° 12

M. Vandenberghe dépose un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/3, amendement n° 12), visant à défi-

ertoe strekt te vermijden dat het begrip «doodsoorzaak», zoals het wordt gehanteerd in artikel 10, voor interpretatie vatbaar zou zijn.

De doodsoorzaak zou kunnen wijzen op euthanasie, maar zou ook kunnen wijzen op de ziekte die de concrete aanleiding heeft gevormd tot de euthanasie. Voor de accurateheid van de statistische gegevens is het van belang dat de beide elementen worden ingevuld, vermits men anders nooit een goed beeld van de situatie kan krijgen. Dat zou niet enkel een verarming voor de wetenschap betekenen, maar ook de controle op de gevallen waarin tot euthanasie werd overgegaan, sterk bemoeilijken.

Vandaar dat de senator voorstelt om in de overlijdensakte niet enkel het feit dat euthanasie werd gepleegd op te nemen, maar ook de ziekte te vermelden die tot euthanasie aanleiding heeft gegeven. Dat is de logica zelve.

Een lid antwoordt dat het niet langer de logica van de tekst is zoals die wordt voorgesteld.

Aanvankelijk was er inderdaad in een speciale procedure voorzien voor het verlov voor de teraardebestelling.

In de nu voorgestelde versie wordt euthanasie beschouwd als een natuurlijke dood, en een deels anoniem document wordt overgezonden aan de evaluatiecommissie, die zal beoordelen wat er moet worden gedaan. Voorts kan er altijd, zoals reeds onderstreept, bij het parket een klacht worden ingediend.

Het is dus niet langer nodig om in de overlijdensakte of het verlov voor de teraardebestelling een dergelijke vermelding op te nemen.

Amendementen nrs. 89 en 673

Mevrouw Vanlerberghe c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 673) dat ertoe strekt artikel 10 te doen vervallen.

Mevrouw Nyssens c.s. had een amendement rond hetzelfde onderwerp ingediend (Stuk Senaat, nr. 2-244/6, amendement nr. 89). Dit amendement wordt ingetrokken.

Een lid betreurt dat dit artikel wordt geschrapt, zoals dat eveneens het geval is met artikel 9. Hij zal dan ook het amendement nr. 673 niet steunen.

Stemmingen

Amendement nr. 12 van de heer Vankrunkelsven is zonder voorwerp geworden.

Amendement nr. 89 van mevrouw Nyssens c.s. wordt ingetrokken.

nir clairement la notion de «cause de décès», de manière à éviter toute confusion.

La cause du décès peut référer à l'euthanasie, mais également à la maladie ayant conduit à l'acte euthanasique. Les deux éléments doivent être indiqués pour garantir l'exactitude des données statistiques, sinon, on ne pourra jamais avoir une idée exacte de la situation. Cela constituerait non seulement un appauvrissement de la science, mais contribuerait également à compliquer le contrôle des cas dans lesquels l'euthanasie a été pratiquée.

C'est la raison pour laquelle le sénateur propose de faire inscrire dans l'acte de décès non seulement le fait que l'euthanasie a été pratiquée, mais également la maladie qui a conduit à l'euthanasie. C'est la logique même.

Un membre répond que ce n'est plus la logique du texte tel qu'il est présenté.

Originellement, en effet, une procédure spéciale était prévue en ce qui concerne le permis d'inhumer.

Dans la version actuellement proposée, l'euthanasie est considérée comme une mort naturelle, et un document pour partie anonyme est communiqué à la commission d'évaluation, qui appréciera ce qu'il y a lieu de faire. Par ailleurs, comme on l'a déjà souligné, le parquet peut toujours être saisi d'une plainte.

Il n'y a donc plus lieu de prévoir une quelconque mention dans l'acte de décès ou le permis d'inhumer.

Amendements nos 89 et 673

Mme Vanlerberghe et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 673) en vue de supprimer l'article 10.

Mme Nyssens et consorts avaient déposé un amendement ayant le même objet (doc. Sénat, n° 2-244/6, amendement n° 89). Cet amendement est retiré.

Un membre déplore que cet article soit supprimé, comme l'article 9. Il n'apportera donc pas son soutien à l'amendement n° 673.

Votes

L'amendement n° 12 de M. Vankrunkelsven est devenu sans objet.

L'amendement n° 89 de Mme Nyssens et consorts est retiré.

Amendement nr. 673 van mevrouw Vanlerberghe c.s. wordt aangenomen met 18 tegen 9 stemmen bij 2 onthoudingen.

HOOFDSTUK VII (nieuw)

Artikel 10bis (nieuw)

(Hoofdstuk VI — Artikel 16 van de aangenomen tekst)

Amendementen nrs. 620 en 621

De heer Vandenberghe dient twee amendementen in (Stuk Senaat, nr. 2-244/19, amendementen nrs. 620 en 621) die beide betrekking hebben op de inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel.

Het amendement nr. 620 wenst een nieuw artikel 10bis in te voegen, luidend als volgt:

«Hoofdstuk VII — Inwerkingtreding

Art. 10bis. — Met uitzondering van de artikelen 5bis, 5ter, 5sexies en 5septies, treedt deze wet in werking ten vroegste een jaar na de inwerkingtreding van de wet van ... betreffende de palliatieve zorg, en pas nadat het in artikel 5ter bedoelde registratiedocument beschikbaar is.»

De indiener verantwoordt dit amendement als volgt.

De hoorzittingen wezen meermaals uit dat het palliatief zorgaanbod in België nog onvoldoende is.

Nu een voldoende palliatieve zorgverlening de vraag naar euthanasie preventief kan uitsluiten, is het noodzakelijk dat deze palliatieve zorgverlening beschikbaar is. Pas dan kan als *ultimum remedium*, en onder de strikt wettelijk bepaalde voorwaarden, overgegaan worden tot euthanasie in uitzonderlijke situaties.

Deze wet kan dan ook pas in werking treden nadat de wet op de palliatieve zorgverlening in werking is getreden.

Bovendien kan de wet pas in werking treden indien de commissie ook het voorziene registratiedocument heeft opgesteld.

Om evenwel de commissie in staat te stellen dit registratiedocument op te stellen, dient in een uitzondering voorzien te worden op deze inwerkingtreding voor artikel 5bis (installatie commissie), 5ter (opstellen registratiedocument), 5sexies (administratief kader) en 5septies (werkingskosten en personeelskosten). De commissie moet aldus reeds samengesteld en

L'amendement n° 673 de Mme Vanlerberghe et consorts est adopté par 18 voix contre 9 et 2 abstentions.

CHAPITRE VII (nouveau)

Article 10bis (nouveau)

(Chapitre VI — Article 16 du texte adopté)

Amendements n^{os} 620 et 621

M. Vandenberghe dépose deux amendements (doc. Sénat, n° 2-244/19, amendements n°s 620 et 621) se rapportant à l'entrée en vigueur de la proposition de loi à l'examen.

L'amendement n° 620 entend introduire un nouvel article 10bis, libellé comme suit:

«Chapitre VII — Entrée en vigueur

Art. 10bis. — À l'exception des articles 5bis, 5ter, 5sexies et 5septies, la présente loi entrera en vigueur au plus tôt un an après l'entrée en vigueur de la loi du ... relative aux soins palliatifs et seulement après que le document d'enregistrement visé à l'article 5ter sera disponible.

L'auteur apporte la justification suivante.

Les auditions ont montré à plusieurs reprises que l'offre de soins palliatifs est encore insuffisante en Belgique.

Étant donné qu'une offre suffisante de soins palliatifs permet de prévenir les demandes d'euthanasie, il est nécessaire que ces soins palliatifs soient disponibles. Alors seulement, on pourra, dans des situations exceptionnelles et moyennant le respect de conditions strictement définies par la loi, avoir recours au remède ultime que constitue l'euthanasie.

La présente loi ne pourra donc entrer en vigueur qu'après la loi relative aux soins palliatifs.

De plus, elle ne pourra entrer en vigueur qu'une fois que la commission aura arrêté le document d'enregistrement prévu.

Mais pour permettre à la commission d'arrêter ce document d'enregistrement, il y a lieu de prévoir une exception à cette entrée en vigueur pour les articles 5bis (installation de la commission), 5ter (établissement du document d'enregistrement), 5sexies (cadre administratif) et 5septies (frais de fonctionnement et de personnel). La commission doit donc être

geïnstalleerd zijn vooraleer de overige bepalingen van de wet in werking kunnen treden.

De indiener verklaart dat het amendement nr. 621 minder ver gaat dan het amendement nr. 620, en op dezelfde overweging is gestoeld.

Amendement nr. 687

De heer Monfils c.s. dient een amendement in (Stuk Senaat, nr. 2-244/20, amendement nr. 687), dat ertoe strekt een artikel *10bis* (nieuw) in te voegen dat bepaalt dat de wet in werking treedt ten laatste drie maanden nadat ze in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

De indieners menen inderdaad dat de toepassing van de klassieke regel van het van kracht worden van een wet tien dagen na publicatie in onderhavig geval onmogelijk is, meer bepaald door de noodzaak om de evaluatiecommissie samen te stellen.

Een lid veronderstelt dat men dezelfde logica zal toepassen voor het wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorgen.

Stemmingen

Het amendement nr. 620 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 18 tegen 10 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 621 van de heer Vandenberghe wordt verworpen met 16 tegen 11 stemmen bij 1 onthouding.

Het amendement nr. 687 van de heer Monfils c.s. wordt aangenomen met 17 tegen 10 stemmen bij 2 onthoudingen.

*
* *

Verklaringen vóór de eindstemming

Een lid legt de volgende verklaring af inzake de eindstemming over de wetsvoorstellen betreffende de euthanasie en de palliatieve zorg in hun geheel.

De fractie van het lid kan niet instemmen met de gehanteerde methodologie voor de bespreking van het wetsvoorstel betreffende de euthanasie in de verenigde commissies Justitie en Sociale Zaken.

Het euthanasiedebat mag geen voorwerp vormen van politieke profilering tussen meerderheid en oppositie, maar moet als enige leidraad een regulering van euthanasie hebben die voldoende ondersteund wordt door de samenleving en alle hierin vertegenwoordigde maatschappelijke stromingen.

De partij waarvan het lid deel uitmaakt betreurt dat een open en vrije discussie niet mogelijk was, al

composée et installée avant que les autres dispositions de la loi ne puissent entrer en vigueur.

L'auteur déclare que l'amendement n° 621 va moins loin que l'amendement n° 620 et qu'il est basé sur les mêmes considérations.

Amendement n° 687

M. Monfils et consorts déposent un amendement (doc. Sénat, n° 2-244/20, amendement n° 687), tendant à insérer un article *10bis* nouveau, prévoyant que la loi entre en vigueur au plus tard trois après sa publication au *Moniteur belge*.

Les auteurs estiment en effet que l'application de la règle classique d'entrée en vigueur de la loi dix jours après sa publication est impossible en l'occurrence, en raison, notamment, de la nécessité de constituer la commission d'évaluation.

Un membre suppose que l'on appliquera la même logique en ce qui concerne la proposition de loi relative aux soins palliatifs.

Votes

L'amendement n° 620 de M. Vandenberghe est rejeté par 18 voix contre 10 et 1 abstention.

L'amendement n° 621 de M. Vandenberghe est rejeté par 16 voix contre 11 et 1 abstention.

L'amendement n° 687 de M. Monfils et consorts est adopté par 17 voix contre 10 et 2 abstentions.

*
* *

Déclarations avant le vote final

Un membre fait la déclaration suivante concernant le vote final des propositions de loi sur l'euthanasie et les soins palliatifs prises comme un tout.

Le groupe du membre conteste la méthodologie utilisée dans la discussion de la proposition de loi sur l'euthanasie au sein des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales.

Le débat sur l'euthanasie ne peut pas être l'occasion, pour la majorité et l'opposition, de se profiler politiquement. Il doit viser uniquement à élaborer une réglementation de l'euthanasie qui soit suffisamment soutenue par la société et par tous les courants qui y sont représentés.

Le parti de l'intervenant déplore l'absence d'une discussion libre et ouverte, bien qu'il n'ait pour sa

heeft zij daar zelf alle mogelijkheden toe ontwikkeld. Zo stelde deze partij voor hoorzittingen te organiseren, om het maatschappelijk draagvlak van het voorstel van de zes fractieleiders te toetsen.

Evenzeer werd de noodzaak van de openbaarheid van de discussies in de Senaat benadrukt, om de hele samenleving in de gelegenheid te stellen de verschillende krachtlijnen en moeilijkheden van de problematiek beter te begrijpen. Terwijl de hoorzittingen openbaar waren, verliep de uitwisseling van argumenten — die in een democratie de essentie is van de totstandkoming van de wet — echter achter gesloten deuren. Dat is betreurenswaardig.

Uit de diverse discussies is gebleken dat de kwaliteit van het debat en van de uiteindelijke tekst zou toegenomen zijn mochten de debatten openbaar zijn geweest.

De partij waarvan spreker deel uitmaakt, heeft steeds constructief willen meewerken aan het debat. Zij heeft zelf een voorstel ingediend en bijna 300 amendementen, zowel wat betreft een regeling voor euthanasie (in de werkelijke zin, namelijk een waardig levenseinde voor stervende mensen) als inzake de verdere uitbouw van de palliatieve zorgverlening.

Waar levensbeëindigend handelen op verzoek bij niet-stervende mensen voor de fractie van spreker onder geen beding voorwerp kan uitmaken van een «toelatings»-wetgeving, deed deze fractie verscheidene voorstellen, die verder gingen dan haar eigen voorstel, om met betrekking tot euthanasie bij stervende mensen wel degelijk tot een consensus te komen.

Een amendement voorzag daarom in een wijziging van het Strafwetboek (invoeging nieuw artikel 72), dat bepaalde dat een bijzondere wet de voorwaarden waarin men «de noodtoestand» kan invoeren, kan omschrijven. Op deze wijze kon een aangepaste wet die deze bijzondere voorwaarden omschrijft een inhoudelijk én juridisch solide basis krijgen, die ook door de partij van het lid kon aanvaard worden, maar die thans ontbreekt.

Het wetsvoorstel betreffende de euthanasie kan door deze partij ook ten gronde hoe dan ook niet worden gesteund, omdat het vertrekt vanuit een eenzijdige maatschappijvisie.

Euthanasie wordt immers niet geconcipieerd als een nooduitgang in de complexe situatie van de begeleiding bij het menselijk sterven, maar — vanuit het zelfbeschikkingsrecht — als een alternatieve keuzemogelijkheid waarvan de ongeneeslijk zieke patiënt (niet alleen fysisch, maar ook psychisch) steeds gebruik kan maken, al dan niet met een bedenktijd voor het geval hij niet stervend is.

part épargné aucun effort pour y parvenir. Ce parti a par exemple proposé d'organiser des auditions pour vérifier dans quelle mesure la proposition des six chefs de groupe était appuyée par la société.

On a également souligné la nécessité d'avoir des discussions publiques au Sénat afin de permettre à l'ensemble de la société de mieux saisir les diverses lignes de force et les difficultés de la problématique. Alors que les auditions ont été publiques, les échanges de vues — qui forment dans une démocratie l'essentiel de la genèse de la loi — se sont déroulés à huis clos. C'est regrettable.

Les diverses discussions ont montré que la publicité des débats aurait permis d'accroître la qualité des échanges et celle du texte final.

Le parti de l'intervenant a toujours été animé par la volonté de participer aux débats de manière constructive. Il a lui-même déposé une proposition, ainsi que quelque 300 amendements portant aussi bien sur la réglementation de l'euthanasie (dans son sens véritable, à savoir une fin de vie digne pour les mourants) que sur le développement des soins palliatifs.

Alors que pour son groupe, l'euthanasie à la demande de patients non terminaux ne peut en aucun cas faire l'objet d'une législation «de tolérance», ce groupe a fait plusieurs propositions qui allaient plus loin que sa propre proposition, dans le but d'arriver à un consensus sur la problématique de l'euthanasie chez les patients en phase terminale.

C'est la raison pour laquelle on a déposé un amendement en vue de modifier le Code pénal (insertion d'un nouvel article 72), disposant qu'une loi particulière pouvait définir les conditions dans lesquelles on peut invoquer l'«état de nécessité». Ainsi aurait-on pu doter d'une base solide, en droit et quant au contenu, une loi adaptée, définissant ces conditions particulières, à laquelle le parti de l'intervenant aurait pu se rallier aussi, mais qui fait à présent défaut.

La proposition de loi relative à l'euthanasie ne peut de toute manière pas non plus être soutenue quant au fond par ce parti, parce qu'elle procède d'une vision unilatérale de la société.

L'euthanasie n'y est pas conçue, en effet, comme une issue de secours dans la situation complexe qu'est l'accompagnement de la mort humaine, mais bien — dans l'optique du droit à l'autodétermination — comme une option alternative à laquelle le patient incurable (non seulement physiquement, mais aussi psychiquement) peut toujours avoir recours, avec, éventuellement, un délai de réflexion s'il n'est pas mourant.

Het wetsvoorstel past aldus — onder voorwaarden — de wetten van de marktanalyse toe om een ethisch vraagstuk op te lossen. Eerder dan de vraag alternatief én preventief te voorkomen, versterkt het wetsvoorstel een aanbod dat in bepaalde gevallen ethisch geenszins gelegitimeerd is. Euthanasie dient ingebed te worden in het totaal van de handelingen bij het levenseinde, en mag geen op zichzelf staande invulling krijgen die deze context van het levenseinde minimaliseert. De samenleving is in staat om andere antwoorden te bieden op mensen die in «nood» verkeren; de uitzondering van het levensbeëindigend handelen op verzoek mag geen regel worden.

Door het feit dat euthanasie wordt uitgebreid naar niet-terminale patiënten, wordt aan dit begrip een te verregaande betekenis gegeven, die geenszins kan ondersteund worden door de fractie van spreker.

Uit het wetsvoorstel en de parlementaire bespreking ervan blijkt dat euthanasie voortaan wordt beschouwd als een patiëntenrecht.

Dit «recht op euthanasie» is evenwel geenszins vrijblijvend, en creëert wel degelijk verplichtingen voor de behandelende arts.

Het wetsvoorstel sluit elke ethische afweging van de arts uit: de arts moet immers, zodra de patiënt dit vraagt, nagaan op grond van een checklist of de voorwaarden vervuld zijn.

Indien de arts evenwel wegens gewetensbezwaren dan wel vanuit zijn overtuiging dat de noodzakelijke grondvoorwaarden voor euthanasie niet vervuld zijn, meent niet te kunnen overgaan tot euthanasie, moet hij de patiënt doorverwijzen naar een andere arts, die dan tot euthanasie kan overgaan.

Het feit dat een arts die niet wenst mee te werken aan de euthanaserende handeling zulks moet motiveren, strookt niet met de discretionaire bevoegdheid die eigen is aan de beoefenaars van een vrij beroep.

Ook de ziekenhuizen en medische instellingen kunnen niet vrijblijvend optreden met betrekking tot de euthanasie-vraag. Een amendement dat door spreker werd ingediend en bepaalde dat ziekenhuizen en medische instellingen kunnen weigeren om in hun instelling euthanasie toe te passen, werd weggestemd.

Het wetsvoorstel breidt het toepassingsgebied van de euthanasie uit tot patiënten die zich niet in een sterfensfase bevinden, terwijl euthanasie, in de betekenis die de samenleving er steeds aan heeft gegeven en ze nog steeds begrijpt, enkel en alleen gaat over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het naderende levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend kan optreden om de fysieke pijn van de patiënt te lenigen. Het wetsvoorstel gaat aldus buiten de grenzen van de medische noodzaak, en consacreert het recht op hulp bij zelfmoord. Voor de politieke stroming waarvan het lid deel uitmaakt staat de hulp

La proposition de loi applique donc — sous certaines conditions — les lois de l'analyse de marché pour résoudre un problème éthique. Plutôt que de prévenir la demande par une démarche alternative et préventive, la proposition de loi renforce une offre qui n'est pas du tout éthiquement justifiée dans certains cas. L'euthanasie doit être intégrée à l'ensemble des actes de la fin de vie et non pas envisagée comme une option autonome à la faveur d'une minimalisation de ce contexte de fin de vie. La société est en mesure d'offrir d'autres réponses aux personnes «en détresse»; l'exception que constitue l'euthanasie sur demande ne saurait devenir la règle.

En élargissant l'euthanasie aux patients qui ne sont pas en phase terminale, on confère à cette notion une portée excessive, que le groupe de l'intervenant ne saurait approuver en aucun cas.

Il ressort de l'analyse de la proposition de loi et des débats parlementaires que l'euthanasie est désormais considérée comme un droit du patient.

Le droit à l'euthanasie n'est toutefois pas «sans engagement» et il crée bel et bien des obligations pour le médecin traitant.

La proposition de loi exclut toute mise en balance éthique de la part du médecin, qui doit en effet, dès que le patient le lui demande, examiner à l'aide d'une liste de contrôle si les conditions sont remplies.

Alors même que le médecin estime qu'il ne peut pas procéder à l'euthanasie pour des raisons de conscience ou parce qu'il est convaincu que les conditions de base ne sont pas remplies, il est tenu de renvoyer le patient à un autre médecin, qui pourra alors pratiquer l'euthanasie.

Le fait que le médecin qui ne souhaite pas prêter son concours à l'acte euthanasique doit motiver son refus est en contradiction avec le pouvoir discrétionnaire propre aux praticiens d'une profession libérale.

Les hôpitaux et les institutions médicales ne peuvent pas non plus agir librement en matière d'euthanasie. L'intervenant a déposé un amendement qui permettait aux hôpitaux et aux institutions médicales de refuser de pratiquer l'euthanasie dans leur établissement. Cet amendement a été rejeté.

La proposition de loi étend le champ d'application de l'euthanasie aux patients non terminaux. Mais l'euthanasie, dans l'acception que la société lui a toujours donnée et continue de lui donner, concerne uniquement le patient souffrant confronté à une fin de vie imminente qui constate que le médecin ne peut plus apaiser efficacement sa douleur physique avec les moyens médicaux dont il dispose. Par conséquent, la proposition de loi va au-delà du cadre de la nécessité médicale et entérine le droit à l'aide au suicide. Pour le courant politique dont l'intervenant fait partie, l'aide aux personnes souffrantes qui ne sont pas en phase terminale ne consiste pas à mettre fin à leur vie. En

aan lijdende, niet-terminale mensen geenszins gelijk met het afbreken van hun leven. In wezen wordt hier de hulp bij zelfdoding geconsacreerd. Dat is echter een geheel andere problematiek.

Dat geldt des te meer ingeval deze mensen lijden aan een psychische ziekte (dementie, Alzheimer...) of een ongeneeslijke fysieke ziekte (blindheid, suikerziekte,...) die mentaal lijden kan veroorzaken. De oplossing van de dood, op verzoek van deze patiënten, is in die omstandigheden niet aanvaardbaar. De samenleving moet resoluut kiezen om deze mensen zinvol te ondersteunen en te begeleiden, eerder dan te stellen dat dergelijk leven niet menswaardig is. De wet dient het leven in dit geval onvoorwaardelijk te beschermen, zoals ook artikel 2 van het EVRM bepaalt.

De parlementaire discussie vertoont op dit vlak ook een gebrek aan intellectuele consistentie.

Waar de meerderheidspartijen bij de aanvang van dit debat stelden dat het onderscheid tussen «terminale» en «niet-terminale» patiënten onmogelijk kan omschreven worden, wordt in het voorstel een onderscheiden regeling ingebouwd tussen «terminale» en «niet-terminale» patiënten. Het is duidelijk dat dit onderscheid in zijn toepassing dan ook volkomen willekeurig kan gebeuren.

De zorgvuldigheidswaarborgen die de arts in acht dient te nemen bij het toepassen van de euthanasie, zijn enkel schijnwaarborgen.

Inderdaad is het noodzakelijk dat een tweede arts wordt geconsulteerd vooraleer tot toepassing van euthanasie kan worden overgegaan. Evenwel dient deze tweede arts ook zijn visie te geven over het vervuld zijn van alle grondvoorwaarden waaraan een «gerechtvaardigde» euthanasie moet voldoen. Dat is niet het geval in het wetsvoorstel.

Bovendien wordt in geen enkele sanctie voorzien voor het geval de arts deze voorwaarden niet naleeft. De juridische vormgeving van het voorstel zorgt er immers voor dat het al dan niet naleven van deze voorwaarden geen enkele invloed heeft op het strafbaar karakter van de euthanasie.

Amendementen die door de fractie van het lid werden ingediend om deze belangrijke gebreken te verhelpen, werden verworpen.

Artikel 2 van het EVRM — de wet beschermt het menselijk leven — wordt niet nageleefd.

Het wetsvoorstel betreffende de euthanasie isoleert het actief levensbeëindigend handelen uit het totale medische zorgaanbod.

De vraag naar euthanasie is immers een uitzonderlijke, maar vaak ook dubbelzinnige vraag. De hoorzittingen bevestigden dat een patiënt die in een situatie van ondraaglijke en onbehandelbare pijn verkeert,

réalité, on consacre en l'occurrence l'aide au suicide. C'est là toutefois un tout autre problème.

Ceci est d'autant plus vrai pour les patients souffrant d'une maladie psychique (démence, Alzheimer ...) ou d'une maladie physique incurable (cécité, diabète ...) qui peuvent engendrer des souffrances psychiques. La solution de la mort, à la requête du patient, est inacceptable dans ces circonstances. La société doit choisir résolument d'offrir à ces patients une assistance et un accompagnement plutôt que de qualifier leur vie d'inhumaine. Dans ces cas, il incombe à la loi de protéger la vie de manière inconditionnelle, comme l'impose aussi l'article 2 de la CEDH.

Sur ce plan, la discussion parlementaire fait preuve d'inconséquence intellectuelle.

Alors qu'en début de débat, les partis de la majorité considéraient comme impossible de définir la distinction entre patients en phase terminale et en phase non terminale, la proposition consacre une réglementation différente pour les uns et les autres. Il est clair qu'au niveau de l'application, cette distinction pourra donc se faire de façon parfaitement arbitraire.

Les précautions que le médecin doit prendre en considération ne sont en fait que des précautions de façade.

Il faut certes qu'un deuxième médecin soit consulté avant de pouvoir procéder à l'euthanasie, mais il est indispensable qu'il donne aussi son avis quant au respect de toutes les conditions de fond auxquelles une euthanasie «justifiée» doit satisfaire. Tel n'est pas le cas dans la proposition de loi.

En outre, aucune sanction n'est prévue au cas où le médecin ne respecterait pas ces conditions. La configuration juridique de la proposition est telle que le respect ou non de ces conditions n'a aucune incidence sur le caractère punissable de l'euthanasie.

Les amendements que le groupe de l'intervenant avait déposés pour remédier à ces lacunes importantes ont été rejetés.

L'article 2 de la CEDH — la loi doit protéger la vie humaine — n'est pas respecté.

La proposition de loi sur l'euthanasie isole la problématique de l'acte euthanasique de l'offre totale de soins médicaux.

Or, la demande d'euthanasie est exceptionnelle et, souvent aussi, ambiguë. Les auditions ont confirmé qu'un patient se trouvant en situation de souffrance insupportable et inapaisable formule souvent dans sa

in zijn vraag naar levensbeëindiging vaak iets anders verwoordt dan hij werkelijk bedoelt.

Palliatieve zorgverlening beoogt daarom bij te dragen tot een waardig sterven. Het is deze mantelzorg die de vraag naar euthanasie kan voorkomen en vermijdt dat de patiënt euthanasie als enige «redmiddel» ziet.

Om deze reden was het wenselijk het recht op palliatieve zorgverlening uitdrukkelijk op te nemen in een regeling betreffende de euthanasie, en niet in een afzonderlijk voorstel. Dat is evenwel niet het geval: door de keuze om dit recht in te schrijven in een afzonderlijk voorstel dat tot uiteindelijk doel heeft de praktische uitbouw van de palliatieve zorgverlening te regelen (zoals ook de fractie van spreker een gelijkwaardig voorstel heeft ingediend, bevestigt de meerderheid dat palliatieve zorg als een alternatief wordt voorzien: de keuze tussen zorg en dood.

Uiteindelijk stelt niet het meerderheidsvoorstel betreffende de euthanasie, maar wel de benadering die het lid heeft ontwikkeld in zijn voorstel de patiënt centraal.

De partij van spreker respecteert de patiënt in zijn stervensfase ten volle en wil hem door een uitbreiding van het bestaande (palliatief) zorgaanbod alle mogelijkheden geven om zijn lijden weg te nemen. In de uitzonderlijke situatie waarin de stervende patiënt verzoekt om actieve levensbeëindiging, moet evenwel elk misbruik worden vermeden ingevolge sociale of economische druk, of een verkeerd begrip van het werkelijke verzoek van de patiënt. De regulering van euthanasie dient dan ook in bijzondere en dwingende beschermingsmaatregelen te voorzien.

Het meerderheidsvoorstel beantwoordt evenwel niet aan deze vereisten van rechtszekerheid en zorgt niet voor een afdoende bescherming tegen misbruiken.

Over essentiële problemen kan in een samenleving een verschil van mening bestaan. De vraag is of de verenigde commissies en de Senaat ervoor kiezen om de spanningen hierover te voorkomen en bijgevolg met de bezwaren van minderheden rekening houden, dan wel of zij vinden dat het zelfbeschikkingsrecht moet primeren op de bescherming van het leven.

Deze laatste methode is niet de juiste. Over dergelijke essentiële problemen moet men trachten een consensus te zoeken en moet men een evenwicht inbouwen tussen de bescherming van het menselijk leven en het respect voor een goed begrepen autonomie. In dit wetsvoorstel wordt hieraan echter niet tegemoet gekomen.

Ofschoon niet volledig beantwoordend aan de opmerkingen van de partij van het lid en hoewel een verregaande delegatie aan de regering wordt toegekend, wordt het wetsvoorstel betreffende de pallia-

demande d'euthanasie autre chose que ce qu'il vise réellement.

L'administration de soins palliatifs doit donc contribuer à une mort digne. Ce sont ces soins qui peuvent permettre de prévenir les demandes d'euthanasie et d'éviter que le patient ne considère l'euthanasie comme le seul recours.

C'est pourquoi il eût fallu inscrire explicitement le droit aux soins palliatifs dans la réglementation relative à l'euthanasie et non dans une proposition distincte. Or, on ne l'a pas fait; en choisissant d'inscrire ce droit dans une proposition distincte qui a pour but ultime le développement pratique des soins palliatifs (le groupe de l'intervenant a également déposé une proposition similaire), la majorité confirme que les soins palliatifs et l'euthanasie s'intègrent dans une alternative, celle du choix entre les soins et la mort.

Ce n'est pas, en fin de compte, la proposition de loi de la majorité relative à l'euthanasie, mais bien l'approche du problème que le membre a retenue dans sa proposition qui place le patient en position centrale.

Le parti de l'intervenant respecte pleinement le patient mourant et entend lui offrir tous les moyens possibles de soulager sa douleur en élargissant l'offre actuelle de soins (palliatifs). Dans la situation exceptionnelle où le mourant demande que l'on mette fin activement à ses jours, il faut cependant pouvoir éviter tout abus qui serait dû à des pressions sociales ou économiques ou à une mauvaise compréhension de la véritable demande du patient. La réglementation relative à l'euthanasie doit dès lors contenir des mesures de protection particulières et contraignantes.

La proposition de la majorité ne remplit pas ces conditions de sécurité juridique et n'offre pas non plus de protection suffisante contre les abus.

Des divergences d'opinion peuvent exister dans la société sur les problèmes essentiels. La question est de savoir si les commissions réunies et le Sénat choisissent d'éviter les tensions et donc tiennent compte des objections de la minorité ou s'ils estiment que le droit à l'autodétermination doit primer la protection de la vie.

Cette dernière méthode n'est pas la bonne. Des problèmes essentiels comme ceux-là appellent le consensus et demandent que l'on trouve un équilibre entre la protection de la vie humaine et le respect d'une autonomie bien comprise. Or, la proposition de loi à l'examen ne répond pas à ces objectifs.

Le groupe dont fait partie l'intervenant soutient en revanche la proposition de loi relative aux soins palliatifs parce qu'elle est très importante au point de vue des principes, même si elle ne répond pas complè-

tieve zorg wel gesteund door de fractie waarvan spreker deel uitmaakt vanwege het grote principiële belang van dit voorstel.

Een lid wenst de redenen uiteen te zetten waarom haar fractie een negatieve stem zal uitbrengen over het wetsvoorstel betreffende de euthanasie en een positieve stem over het wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorgen.

Ze onderstreept vooreerst dat het debat verrijkend is geweest, onder andere dankzij de hoorzittingen, maar tegelijkertijd uit ze reserves betreffende bepaalde momenten tijdens de discussie, waar bepaalde houdingen toleranter hadden kunnen zijn.

De fractie van spreekster heeft een maximale aanwezigheid in en bijdrage aan de discussie willen leveren.

De procedure heeft de fractie nooit te lang geleken, men was immers van mening dat het onderwerp grondig studiewerk verdiende.

Wegens volgende redenen is de door de meerderheid van de senatoren voorgestelde wet inzake euthanasie voor de fractie van spreekster onaanvaardbaar.

1. De voorgestelde wet heft toch het fundamenteel verbod om te doden op.

De wet geeft de geneesheer *a priori* de toelating om onder bepaalde voorwaarden op zijn patiënt euthanasie uit te voeren. Het waardenconflict en het geweten van de geneesheer worden vervangen door het naleven van een administratieve procedure die de geneesheer alle verantwoordelijkheid ontnemt.

De voorgestelde wet voert daarom een afwijking in op artikel 2 van het Europees Verdrag van de rechten van de mens (recht op leven), een bepaling waarop nochtans geen afwijking mogelijk is, behalve de enkele uitzonderingen die speciaal door het verdrag zijn omschreven. De voorgestelde wet slaat een bres in het concept van de onschendbare rechten van de mens. Het risico bestaat dat men de Belgische wettekst als argument gaat gebruiken, eens die goedgekeurd is, om de Staten expliciet of impliciet de bevoegdheid te verlenen, om aan artikel 2 andere uitzonderingen toe te voegen dan die welke uitdrukkelijk door het verdrag worden omschreven.

Volgens de fractie van spreekster moet elk verzoek tot euthanasie voor de geneesheer een gewetensprobleem blijven stellen. Euthanasie kan door de geneesheer enkel overwogen worden in uitzonderlijke gevallen en de geneesheer moet zijn handeling dan ook altijd kunnen rechtvaardigen voor de gerechtelijke autoriteiten. Die kunnen dan oordelen of de geneesheer heeft gehandeld uit noodzaak en er bijgevolg geen strafbaar feit is gesteld.

tement aux remarques de son parti et si elle accorde une délégation de pouvoir considérable au gouvernement.

Une membre souhaite exposer les raisons pour lesquelles son groupe émettra un vote négatif au sujet de la proposition de loi relative à l'euthanasie et un vote positif à propos de celle relative aux soins palliatifs.

Elle souligne tout d'abord que le débat a été enrichissant, notamment grâce aux auditions, mais elle émet des réserves au sujet de certains moments de la discussion, où certaines attitudes auraient pu être plus tolérantes.

Le groupe de l'intervenante a souhaité assurer une présence et une contribution maximum à la discussion.

La procédure n'a nullement paru trop longue à son groupe, car il estimait que le sujet méritait une analyse approfondie.

Les raisons qui, pour le groupe de l'intervenante, rendent inacceptable la loi proposée par une majorité de sénateurs en matière d'euthanasie sont les suivantes.

1. La loi proposée lève quand même l'interdit fondamental de tuer.

Le médecin est autorisé *a priori* par la loi à euthanasier son patient à certaines conditions. Le conflit de valeurs et la conscience du médecin sont remplacés par le respect d'une procédure administrative qui déresponsabilise le médecin.

En cela, la loi proposée introduit une dérogation à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (le droit à la vie), disposition pourtant à laquelle on peut pas déroger, sauf dans les quelques cas exceptionnels définis dans la convention. La loi proposée ouvre une brèche dans le concept des droits de l'homme inviolables. Le risque existe que l'on tire argument du texte de loi belge, une fois celui-ci adopté, pour reconnaître explicitement ou implicitement aux États le pouvoir d'ajouter à l'article 2 d'autres exceptions que celles expressément prévues dans la convention.

Pour le groupe de l'intervenante, toute demande d'euthanasie doit continuer à poser, aux yeux du médecin, un cas de conscience. L'euthanasie ne peut donc être envisagée par le médecin que dans des circonstances exceptionnelles et il doit dès lors toujours pouvoir justifier son acte devant les autorités judiciaires. Celles-ci peuvent estimer que le médecin a agi en état de nécessité et que dès lors il n'y a pas infraction.

2. In de voorgestelde wet zijn de door de geneesheer uitgevoerde euthanasiehandelingen niet onderworpen aan een echte controle.

De gegevens die door de geneesheer die een euthanasiehandeling heeft uitgevoerd, moeten worden meegedeeld, zijn ontoereikend en maken een echte controle onmogelijk.

Deze gegevens worden door de geneesheer naar een commissie gestuurd, die zowel de wet moet evalueren als de toepassing ervan moet controleren. Deze commissie, waarvan de leden geen uitvoerders van de rechtsbedeling zijn, functioneert niettemin als een parallel gerechtelijk orgaan, dat dossiers «sorteert». Indien er «twijfel» bestaat, kan de commissie «beslissen de anonimiteit van de door de geneesheer meegeerde gegevens op te heffen». Ze «kan» vervolgens met een 2/3 meerderheid beslissen het dossier naar de procureur des Konings door te sturen.

De fractie van spreekster stelt voor dat in geval van vervolging, een gerechtelijk onderzoek wordt geopend en het dossier wordt doorgestuurd naar een commissie van experts binnen de rechterlijke macht op het niveau van het gerechtelijk onderzoek. Deze commissie brengt vervolgens een advies uit. Er kan tegen de geneesheer geen aanhoudingsmandaat worden uitgevaardigd zolang de rechter geen kennis heeft genomen van het advies van die commissie. Overigens blijft de controle door de rechterlijke macht intact aangezien de arts die euthanasie heeft uitgevoerd de verplichting heeft een kort verslag te richten aan de wetsdokter die het op zijn beurt aan de officier van de burgerlijke stand verzendt. Specifieke strafrechtelijke sancties zijn omschreven wat betreft de verplichting betreffende het bijhouden van een gedetailleerd medisch dossier en het versturen van het verslag naar de wetsdokter.

3. Veel vragen om euthanasie komen van patiënten die hulp zoeken voor een betere opvang: de wet beschermt de patiënten niet tegen euthanasie die te wijten is aan een gebrek aan begeleiding.

De plicht van de geneesheer om morele en medische bijstand te verlenen staat niet in de voorgestelde wet.

Euthanasie lijkt niet de «ultieme remedie» om het lijden van de patiënt te verzachten. Het palliatieve team moet niet worden geraadpleegd. De kwestie van de palliatieve zorgen blijft tot het domein van de informatie behoren, die de geneesheer aan de patiënt verschuldigd is.

In het geval van personen in stervensfase, wordt de tweede geraadpleegde arts verondersteld een puur «medisch» advies te geven. Hij verifieert het verzoek van de patiënt niet.

Volgens de fractie van spreekster moet de geneesheer alvorens te handelen, zich er noodzakelijkerwijs

2. Dans la loi proposée, les actes d'euthanasie pratiqués par des médecins ne sont pas soumis à un véritable contrôle.

Les données qui doivent être communiquées par le médecin qui a pratiqué une euthanasie sont insuffisantes et ne permettent pas un réel contrôle.

Ces données sont envoyées par le médecin à une commission qui doit à la fois évaluer la loi et contrôler son application. Cette commission, dont les membres ne sont pas des auxiliaires de la justice, fonctionne cependant comme un organe judiciaire parallèle, qui «trie» les dossiers. S'il y a «doute», la commission «peut décider de lever l'anonymat des données communiquées par le médecin». Elle «peut» ensuite décider à la majorité des 2/3 de renvoyer le dossier au procureur du Roi.

Le groupe de l'intervenante propose qu'en cas de poursuites, l'affaire soit mise à l'instruction et le dossier renvoyé à une commission d'experts installée au sein du pouvoir judiciaire au niveau de l'instruction pénale. Cette commission rend un avis. Il ne peut être délivré mandat d'arrêt contre le médecin tant que le juge n'a pas pris connaissance de l'avis de cette commission. Par ailleurs, le contrôle par le pouvoir judiciaire reste intact puisque le médecin qui a pratiqué une euthanasie a l'obligation d'adresser un bref rapport à un médecin légiste qui le communique à l'officier de l'état civil. Des sanctions pénales spécifiques sont prévues en ce qui concerne les obligations relatives à la tenue d'un dossier médical détaillé et à l'envoi du rapport au médecin légiste.

3. Beaucoup de demandes d'euthanasie sont des appels à l'aide de patients pour une meilleure prise en charge: la loi proposée ne protège pas les patients contre les euthanasies dues à un défaut d'accompagnement.

L'obligation d'assistance morale et médicale du médecin à l'égard du patient est absente de la loi proposée.

L'euthanasie n'apparaît pas comme le «remède ultime» pour soulager les souffrances du patient. L'équipe palliative ne doit pas être consultée. La question des soins palliatifs reste du domaine de l'information due par le médecin au patient.

En ce qui concerne les personnes «en fin de vie», le deuxième médecin consulté est supposé rendre un avis purement «médical». Il ne vérifie pas la demande du patient.

Pour le groupe de l'intervenante, le médecin doit, avant d'agir, obligatoirement s'assurer que le patient

van vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding en optimale zorgen krijgt. De verplichting tot morele en medische bijstand van de geneesheer moet in de wet worden herhaald. Het raadplegen van het palliatieve team moet verplicht zijn. Het raadplegen van het palliatieve team, met daarin geneesheer, verpleegsters en psychologen, is wegens zijn expertise onontbeerlijk om de adequaatheid zowel van de begeleiding als van de toewijding van de zorgen te verifiëren. Euthanasie van de patiënt kan door de geneesheer enkel worden overwogen als er geen andere voor de patiënt minder schadelijke alternatieven zijn.

Een globale benadering van de patiënt, rekening houdend met de psychologische aspecten maar ook met de socio-economische en familiale toestand van de patiënt, is absoluut noodzakelijk om vragen om euthanasie om socio-economische redenen of onder druk van naasten te vermijden. Ter herinnering, de meeste euthanasieverzoeken komen van de familie van de patiënt.

Het voorstel gaat er verkeerdelijk van uit dat in de plaatsen waar onze zieken worden opgevangen een humane sfeer heerst, dat er sprake is van een echte dialoog tussen de geneesheer, het verplegend team, de patiënt en zijn naasten. De realiteit toont ons echter het gebrek aan personeel in onze hospitalen en onze RVT's, het gebrek aan tijd van het verzorgend personeel, het nog steeds frequente gebrek aan dialoog tussen de geneesheer en zijn team, het gebrek aan opleiding van de geneesheren, zowel inzake pijnbehandeling als inzake menselijke relaties, het gebrek aan luisterbereidheid en informatie voor de patiënt en zijn naasten, en het bestaan van eisen inzake economische rationaliteit in onze ziekenhuizen.

4. De door het wetsvoorstel gebruikte bewoordingen om de voorwaarden voor het uitoefenen van euthanasie te omschrijven, zijn voor uiteenlopende interpretatie vatbaar.

— Er is geen medische consensus over de zogenaamde «ernstige» door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoeningen.

— Kan een geneesheer zich altijd met zekerheid uitspreken over het «ongeneeslijke» karakter van een aandoening, of over het «uitzichtloze» karakter van een situatie, *a fortiori* indien de patiënt duidelijk niet in een stervensfase verkeert? De spectaculaire ontdekkingen van de medische wetenschap kunnen de prognoses van een ziekte fundamenteel wijzigen. Wat voegt bovendien het begrip «medische situatie zonder uitweg» toe aan het begrip «ongeneeslijke» ziekte?

De voorwaarden om euthanasie te mogen uitvoeren blijken dus oncontroleerbaar te zijn.

reçoit un accompagnement et des soins optimaux. L'obligation d'assistance morale et médicale du médecin doit être rappelée dans la loi. La consultation de l'équipe palliative doit être obligatoire. Par son expertise, la consultation de l'équipe palliative, incluant médecin, infirmières et psychologues est indispensable pour vérifier l'adéquation tant de l'accompagnement que des soins prodigués. L'euthanasie du patient ne peut être envisagée par le médecin que s'il n'y a pas d'autres alternatives moins préjudiciables pour le patient.

Une approche globale du patient, prenant en compte les aspects psychologiques mais aussi la situation socio-économique et familiale du patient, est absolument nécessaire pour éviter les demandes d'euthanasie pour raisons socio-économiques ou sous la pression des proches. Pour rappel, la majorité des demandes d'euthanasie sont formulées par la famille du patient.

La proposition repose sur le présupposé erroné que les différents lieux de prise en charge de nos malades sont humanisés, qu'il y règne un véritable dialogue entre le médecin, l'équipe soignante, le patient et ses proches. Or, la réalité nous montre le manque d'effectif dans nos hôpitaux et nos MR(S), le manque de temps du personnel soignant, l'absence encore fréquente de dialogue entre le médecin et son équipe, le manque de formation des médecins tant en matière de traitements contre la douleur qu'en matière de relations humaines, le manque d'écoute et d'information du patient et de ses proches, et l'existence d'impératifs de rationalité économique dans nos hôpitaux.

4. Les termes utilisés par la proposition de loi pour définir les conditions pour pratiquer une euthanasie sont susceptibles d'interprétations divergentes.

— Il n'y a pas de consensus médical sur les affections pathologiques ou accidentelles dites «graves».

— Le médecin peut-il toujours se prononcer avec certitude sur le caractère «incurable» d'une affection, ou sur le caractère «sans issue» d'une situation, *a fortiori* si le patient n'est manifestement pas en fin de vie? Les découvertes spectaculaires de la science médicale peuvent modifier fondamentalement le pronostic d'une maladie. En outre, qu'ajoute la notion de «situation médicale sans issue» à la notion de maladie «incurable»?

Les conditions posées pour pouvoir pratiquer une euthanasie se révèlent ainsi incontrôlables.

5. De verplichting om de door de wet gestelde voorwaarden na te leven om euthanasie te mogen uitvoeren, gaat met geen enkele sanctie gepaard.

Dit betekent dat, in geval van niet-naleving van een van die voorwaarden, de geneesheer een « strafbaar feit » begaat. Dit strafbaar feit wordt in het wetsvoorstel niet uitvoerig gekwalificeerd. Het kan niettemin gaan om het strafbare feit doodslag. Het is echter ook niet helemaal onmogelijk dat in geval van niet-naleven van een of meer van deze voorwaarden, de commissie het opportuun acht het dossier niet in aanmerking te nemen, en dat er geen enkele sanctie wordt toegepast.

6. Het toepassingsgebied van de wet is te ruim, zelfs voor patiënten die in stervensfase verkeren.

Het initiële woord « wanhoop » werd vervangen door de woorden « fysiek of psychisch lijden ». Euthanasie blijft nochtans enkel toegelaten in gevallen van psychisch lijden als gevolg van een ernstige ongeneeslijke ziekte (chronische depressies met zelfmoordneigingen, bepaalde psychiatrische ziektes).

Bepaalde zieken die, hoewel ze door de wet niet als onbekwaam zijn verklaard, niet over de vereiste helderheid beschikken (of van wie de helderheid periodiek zou kunnen verminderen) en van wie de vraag om te « sterven » niet altijd met kennis van zaken zou kunnen geformuleerd en slecht geïnterpreteerd (bepaalde mentaal gehandicapten), komen in de toepassingsfeer van de voorgestelde wet.

Het in het wetsvoorstel ingeschreven vage begrip « uitzichtloze medische situatie », dat vatbaar is voor uiteenlopende interpretaties, laat vermoeden dat de aangehaalde situatie kan verwijzen naar « verschillende levensjaren », voor bepaalde psychiatrische patiënten bijvoorbeeld. Aangezien het criterium « overlijdensprognose op korte termijn » werd geschrapt, lijkt euthanasie voor personen in stervensfase, niet langer beperkt tot de terminale fase van een ziekte.

De wet betreft de ontvoogde minderjarige. Dat betekent dat het voorstel betrekking heeft op een persoon vanaf de leeftijd van vijftien jaar. Het is een onrechtstreekse manier om euthanasiewetten voor minderjarigen te maken.

Alle amendementen van de fractie van spreekster die beoogden de door de voorgestelde wet betrokken personen en situaties beter te omschrijven en erop toe te zien dat de zieke bij bewustzijn is, niet enkel wanneer hij het euthanasieverzoek formuleert maar ook wanneer de euthanasie wordt uitgevoerd, werden verworpen.

5. L'obligation de respecter les conditions posées par la loi pour pouvoir pratiquer une euthanasie n'est assortie d'aucune sanction.

Cela signifie qu'en cas de non-respect d'une de ces conditions, quelle qu'elle soit, le médecin commet une « infraction ». Cette infraction n'est pas plus amplement qualifiée dans la proposition. Il peut toutefois s'agir de l'infraction de meurtre. Toutefois, il n'est pas impossible non plus qu'en cas de non-respect d'une ou plusieurs de ces conditions, la commission décide en opportunité de ne pas retenir le dossier et qu'aucune sanction ne soit appliquée.

6. Le champ d'application de la loi est trop large même en ce qui concerne les patients en situation « de fin de vie ».

Le mot initial « détresse » a été remplacé par les mots « souffrance physique ou psychique ». L'euthanasie reste cependant admise dans le cas de seules souffrances psychiques résultant d'une maladie grave et incurable (dépressions chroniques à tendances suicidaires, certaines maladies psychiatriques).

Certains malades qui, bien que n'ayant pas été déclarés incapables par la loi, ne possèdent pas toute la lucidité requise (ou dont la lucidité pouvait par intermittence être amoindrie) et dont les demandes de « mourir » pourraient ne pas être formulées en toute connaissance de cause et être mal interprétées (certains handicapés mentaux), entrent dans le champ d'application de la loi proposée.

La notion floue et susceptible d'interprétations divergentes de « situation médicale sans issue » inscrite dans le projet de loi laisse à penser que la situation visée peut renvoyer à « plusieurs années de vie », pour certains patients psychiatriques par exemple. De même, le critère de « pronostic de décès à brève échéance » ayant été écarté, l'euthanasie ne paraît plus limitée à la phase terminale d'une maladie en ce qui concerne les personnes « en fin de vie ».

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

Tous les amendements du groupe de l'intervenante qui visaient à mieux définir les situations et les personnes concernées par l'application de la loi proposée, à vérifier que le malade est conscient non seulement lorsqu'il formule une demande d'euthanasie mais aussi lorsque l'euthanasie est pratiquée, ont été rejetés.

7. Het wetsvoorstel beperkt de toelating tot euthanasie niet tot personen die in een stervensfase verkeren: het legaliseert de medisch bijgestane zelfdoding op een onaanvaardbare manier.

Het voorstel betreft ook euthanasie van personen, van wie het overlijden zich duidelijk niet op korte termijn zal voordoen. Twee bijkomende formele waarborgen worden opgenomen, namelijk het raadplegen van een derde geneesheer en het naleven van een termijn van een maand tussen het euthanasieverzoek en de handeling zelf.

Dit toepassingsveld blijkt oneindig te zijn, door de afwezigheid van objectieve appreciatiecriteria.

Euthanasie op deze patiënten is toegelaten, zelfs in gevallen waar het enkel om psychisch lijden gaat. Psychiatrische studies tonen echter aan dat er geen enkel rationeel middel bestaat om een onderscheid te maken tussen psychisch lijden, dat te maken heeft met de objectieve medische toestand waarin de patiënt zich bevindt, en het lijden dat een niet medische oorzaak heeft (financiële problemen, leeftijd, eenzaamheid, gevoel van nutteloosheid en verwaarlozing, verlies van een dierbare, depressie, verslaving ...). De wens om te sterven duikt altijd op wanneer de patiënt alle hoop verliest, of er nu sprake is van ziekte of niet, geneeslijk of niet, na een correcte of niet correcte diagnose. Kan men toelaten dat die wanhoop door een geneesheer wordt bevestigd?

Nergens is er sprake van, dat alles in het werk wordt gesteld om de patiënt te doen afzien van zijn verzoek, hem te steunen, en hem te helpen leven. Hoe rechtvaardigt men dan alle maatregelen inzake zelfmoordpreventie, indien men euthanasie in die gevallen toelaat? Is het zo onzinnig om te denken dat, eens die hulp bij zelfdoding wettig is, meer en meer personen, meer bepaald oudere personen maar ook alle kwetsbare personen, hun gevoel van nutteloosheid ergens zullen bevestigd zien, en in dit wettelijk alternatief een aantrekkelijke manier zullen zien, om zichzelf en hun familie de last van hun ziekte of hun hoge leeftijd te besparen?

8. Het voorstel vertrekt van de hypothese dat elke meerderjarige persoon die wel overdacht euthanasie vraagt, of hij nu in stervensfase verkeert of niet, dit moet kunnen verkrijgen zodra hij zijn toestand ondraaglijk vindt.

Een dergelijke wetgeving stoort ons wegens haar buitensporigheid, zowel op ethisch vlak, als op sociologisch en antropologisch vlak. De twee risico's zijn reëel: het risico om het recht euthanasie te vragen te zien evolueren naar een recht op euthanasie, alsook het risico voor sommige patiënten, om het recht op sterven een plicht om te sterven te zien worden. Risico's zijn reëel. Euthanasie op psychiatrische patiënten die verschillende pogingen tot zelfdoding

7. La proposition de loi ne limite pas l'autorisation d'euthanasie aux personnes en fin de vie: elle légalise le suicide médicalement assisté d'une manière inacceptable.

La proposition concerne aussi l'euthanasie de personnes dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance. Deux garanties formelles supplémentaires sont prévues, à savoir la consultation d'un troisième médecin et le respect d'un délai d'un mois entre la demande d'euthanasie et l'acte d'euthanasie.

Ce champ d'application se révèle démesuré en raison de l'absence de critères d'appréciation objectifs.

L'euthanasie de ces patients est admise même dans le cas de seules souffrances psychiques. Or, des études psychiatriques montrent qu'il n'existe aucun moyen rationnel de faire la distinction entre les souffrances psychiques liées à la condition médicale objective dans laquelle se trouve le patient, et les souffrances qui ont une origine non médicale (problèmes financiers, âge, solitude, sentiment d'inutilité et d'abandon, perte d'un être cher, troubles dépressifs, situations de dépendance, ...). Le désir de mort survient toujours, qu'il y ait ou non une maladie quelconque, curable ou incurable, diagnostiquée correctement ou incorrectement, lorsque le patient perd tout espoir. Peut-on admettre que ce désespoir soit confirmé par le médecin?

Il n'est nulle part question que tout est mis en œuvre pour faire renoncer le patient à sa demande, le soutenir, et l'aider à vivre. Comment justifier toutes les mesures en matière de prévention du suicide si l'on en vient à admettre l'euthanasie dans ces conditions? Est-il insensé de penser, une fois ce type d'aide au suicide légitimé, que de plus en plus de personnes, particulièrement les personnes âgées mais aussi toutes les personnes vulnérables, verront leur sentiment d'inutilité en quelque sorte confirmé et verront dans cette alternative légale une façon tentante d'épargner à eux-mêmes et à leur famille le poids d'une maladie ou de l'âge avancé?

8. La proposition part du postulat que toute personne majeure qui demande de façon mûrement réfléchie l'euthanasie, qu'elle soit en fin de vie ou pas, du moment qu'elle juge sa situation insupportable, doit pouvoir l'obtenir.

Une telle législation nous heurte en raison de sa démesure tant d'un point de vue éthique que sociologique ou anthropologique. Les deux risques sont réels: risque de voir le droit à demander l'euthanasie évoluer vers un droit à l'euthanasie, de même que risque de voir le droit de mourir devenir pour certains patients le devoir de mourir. Les risques de dérive sont réels. L'euthanasie de patients psychiatriques ayant fait plusieurs tentatives de suicide est admise aux

achter de rug hebben, is in Nederland toegelaten. Laatst werd nog euthanasie uitgevoerd op een persoon die strikt genomen niet ziek was maar «levensmoe».

9. Een dergelijke wetgeving verhoogt de medische macht over de patiënt buitensporig en maakt van de geneesheer een instrument.

Het voorstel geeft overdreven veel macht aan de geneesheer, terwijl het paradoxaal gezien net om die macht uit te schakelen is, en hun autonomie te onderstrepen, dat de indieners van het voorstel euthanasie op een zo'n radicale manier willen toelaten.

Een dergelijke wetgeving maakt van de geneesheer een instrument: hij kan het gevoel hebben «vast te zitten», en uiteindelijk «gedwongen» worden de wetgeving toe te passen, die hij, als hij zijn geweten laat spreken, niet noodzakelijk goedkeurt.

10. Bepaalde voorwaarden van de procedure lijken meer oog te hebben voor de veiligheid van de geneesheer dan voor de bescherming van de patiënt.

De verplichting om het verzoek van de patiënt in een geschrift «vast te leggen» kan verschillende risico's inhouden:

— Vanwege zijn lichamelijke of geestelijke toestand kan het voor de patiënt moeilijk of zelfs onmogelijk zijn om terug te komen op hetgeen hij heeft geschreven, wat als een soort verbintenis zal worden gezien.

— De voorgestelde wet bepaalt ook dat, indien de persoon niet langer in staat is om te schrijven, het document kan worden opgesteld door een derde, die de onmogelijkheid om te schrijven vaststelt. Is dit niet extreem gevaarlijk voor de patiënt?

— Het risico bestaat dat dit geschreven document op termijn zal worden geïnterpreteerd als een ontlasting van de aansprakelijkheid, die door de patiënt aan de arts zou worden gegeven.

In de commissie zijn tussen de mede-indieners van het voorstel tegenstrijdigheden opgedoken over het moment van het opstellen van het schriftelijke verzoek. Heeft de geneesheer alvorens over te gaan tot euthanasie de plicht om, zelfs na het opstellen van het verzoek, na te gaan of de vraag van de patiënt om te sterven wel degelijk reëel is?

11. Het voorstel laat euthanasie toe op patiënten die niet bij bewustzijn zijn, op basis van een wilsverklaring.

De inhoud van de wilsverklaring betreft euthanasie in de strikte zin, terwijl de geneesheer in de meeste

Pays-Bas. Dernièrement, une euthanasie y a été pratiquée sur une personne qui n'était pas à proprement parler malade mais «fatiguée de vivre».

9. Une telle législation augmente de façon démesurée le pouvoir médical sur le patient et instrumentalise le médecin.

La proposition accorde au médecin un pouvoir exorbitant, alors que paradoxalement c'est pour évincer ce pouvoir et affirmer leur autonomie que les auteurs de la proposition veulent autoriser l'euthanasie d'une manière aussi radicale.

Une telle législation instrumentalise le médecin: celui-ci peut se sentir «coincé» et finalement «poussé» à appliquer une législation, qu'il n'approuve pas nécessairement en conscience.

10. Certaines conditions de procédure prévues paraissent davantage soucieuses d'apporter la sécurité au médecin que de protéger le patient.

Ainsi, l'obligation de «figer» la demande du patient dans une requête écrite peut présenter de dangereux risques de dérives de plusieurs types:

— La difficulté, voire l'impossibilité, pour le patient, vu son état moral ou physique, de revenir en arrière sur ce qu'il a écrit, qui sera ressenti comme une sorte d'engagement.

— La loi proposée prévoit que si la personne n'est pas en état d'écrire, le document peut être rédigé par un tiers, lequel constate l'impossibilité d'écrire. N'est-ce pas excessivement dangereux pour le patient?

— Le risque existe que ce document écrit s'interprète à terme comme une décharge de responsabilité que le patient donnerait au médecin.

— Des contradictions sont apparues en commission entre les coauteurs de la proposition sur le moment de la rédaction de la requête écrite. Le médecin a-t-il l'obligation de vérifier jusqu'au bout, même après la rédaction de la requête, la persistance de cette demande?

11. La proposition admet l'euthanasie de patients inconscients sur base d'une déclaration anticipée.

Le contenu de la déclaration anticipée concerne l'euthanasie au sens strict, alors que dans la majorité

gevallen geconfronteerd zal worden met vragen om zich te onthouden of tot stopzetten van een behandeling.

Euthanasie kan enkel worden uitgevoerd indien de patiënt lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte, aandoening, indien hij niet meer bij bewustzijn is en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is. Tijdens de discussies zijn uiteenlopende interpretaties opgedoken. Het voorstel berust opnieuw op de foutieve wetenschappelijke veronderstelling dat de geneesheer altijd met zekerheid kan zeggen dat de staat van bewusteloosheid waarmee hij wordt geconfronteerd onomkeerbaar is, en dat die exact overeenkomt met de door de patiënt in zijn verklaring aangegeven toestand.

De indieners van het voorstel erkennen dan wel dat de wilsverklaring van de patiënt niet bindend is voor de geneesheer, ze voorzien de opstelling ervan toch van een overdreven formalisme. Die formaliteiten zijn niet voorgeschreven op straffe van nietigheid. Moet een geneesheer meer of minder rekening houden met een wilsverklaring, al naargelang die is opgesteld met meer of minder eerbied voor die formaliteiten? Of moet een geneesheer een wilsverklaring die niet aan alle formaliteiten beantwoordt, volledig verwerpen? Wat indien de inhoud van die wilsverklaring niet zou gaan over euthanasie in de zin van het wetsvoorstel, maar over behandelingen die door de patiënt worden beschouwd als het hardnekkig voortzetten van een behandeling?

De mogelijkheid om een wilsverklaring door een derde te laten opstellen, kan voor de patiënt uiterst gevaarlijk zijn. Ter vergelijking, eigenhandig geschreven testaments zijn steeds door de auteur ervan zelf opgesteld.

De fractie van spreekster is van mening dat elke door de patiënt geuite wens, in welke vorm dan ook, in de mate van het mogelijke in het dossier van de patiënt moet opgenomen worden. Dit element mag dan al geen dwingende rechtskracht voor de geneesheer hebben, het blijft toch altijd een element van appreciatie. Actieve levensbeëindiging van patiënten die niet bij bewustzijn zijn, kan niet worden toegelaten, *a fortiori* indien niet alle waarborgen over de helderheid van de patiënt tijdens het opstellen van zijn wilsverklaring verenigd zijn. Een studie van de *Lancet* van 6 januari 2001 toont aan dat, in geval van stopzetting van behandeling wegens uitzichtloze toestand, 5,3% van de patiënten niet sterft. Kan men een wetgeving goedkeuren met een foutmarge van 5%? In het geval van patiënten buiten bewustzijn is het veel meer een omkadering van de beslissingen omtrent de stopzetting en het niet-uitvoeren van een behandeling die momenteel ontbreken.

des cas, ce sont des questions d'abstention ou d'arrêt de traitement auxquelles le médecin sera confronté.

L'euthanasie ne peut être pratiquée que si le patient est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, qu'il est inconscient et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science. Des interprétations divergentes sont apparues au cours des discussions. À nouveau, la proposition repose sur le présupposé scientifique erroné que le médecin peut toujours dire avec certitude que l'état d'inconscience devant lequel il se trouve est irréversible et qu'il correspond exactement à la situation visée par le patient dans sa déclaration.

Tout en reconnaissant que la déclaration anticipée de volonté du patient ne lie pas le médecin, les auteurs de la proposition assortissent sa rédaction d'un formalisme exagéré. Mais ces formalités ne sont pas prévues à peine de nullité. Le médecin doit-il prendre plus ou moins en considération une déclaration anticipée selon qu'elle ait été rédigée dans le respect plus ou moins grand de ces formalités? Ou le médecin doit-il écarter totalement une déclaration anticipée qui ne répond pas à toutes ces formalités? *Quid* si le contenu de cette déclaration anticipée ne concernait pas l'euthanasie au sens de la proposition de loi mais les traitements considérés par le patient comme constituant de l'acharnement thérapeutique?

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

Le groupe de l'intervenante est d'avis que tout souhait exprimé par le patient, sous quelle que forme que ce soit, doit figurer, dans la mesure du possible, au dossier médical du patient. Si cet élément n'a pas de force juridique contraignante pour le médecin, il n'en constitue pas moins un élément d'appréciation. L'arrêt actif de la vie de patients inconscients ne peut être admis, *a fortiori* si toutes les garanties quant à la lucidité du patient lors de la rédaction de sa déclaration anticipée de volonté ne sont pas réunies. Une étude du *Lancet* du 6 janvier 2001 nous révèle qu'en cas d'arrêt de traitement pour situation désespérée 5,3% des patients ne décèdent pas. Peut-on admettre une législation qui entérine une marge d'erreur de l'ordre de 5%? Dans le cas des patients inconscients, c'est bien plus un encadrement des décisions d'arrêt et d'abstention de traitement qui fait défaut actuellement.

12. Enkel euthanasie als «handeling waarmee een derde vrijwillig een einde maakt aan het leven van een patiënt op zijn verzoek», is gereguleerd, terwijl de euthanasieverzoeken maar een klein deel van de talrijke situaties, waar patiënten in stervensfase verkeren, uitmaken die ethische problemen kunnen stellen.

De voorgestelde wet biedt geen oplossing voor het gebrek aan omkadering van alle door de geneesheer genomen beslissingen ten opzichte van de patiënt in stervensfase.

Zo negeert het voorstel de kwestie van de therapeutische hardnekkigheid, heeft het voorstel het niet over de beslissingen van niet-uitvoering of stopzetting van de behandeling, noch over de mogelijkheid om, met instemming van de patiënt, pijnstillers toe te dienen die het leven van de patiënt onrechtstreeks kunnen verkorten.

13. Euthanasie wordt behandeld buiten de kwestie van de rechten van de patiënt om.

Vele euthanasieverzoeken zouden echter kunnen worden vermeden, indien de wet het principe zou stellen, dat elke medische handeling maar kan worden gesteld, erover kan worden beslist, of kan worden voortgezet met de vrije en weloverwogen (geïnformeerde) goedkeuring van de patiënt.

14. Het voorstel bepaalt geen overgangperiode.

Indien men in de richting van een bepaalde wetgeving gaat, moet de toepassing van de wet op het terrein worden getoetst. Er moet rekening worden gehouden met de economische en sociale context van een dergelijke wet en de vooruitgang van de veralgemening van het aanbod aan palliatieve zorgen. De wet zou gedurende een periode van drie jaar van toepassing moeten zijn en de ministers van Justitie en Volksgezondheid zouden op het einde van die periode verslag aan het Parlement moeten uitbrengen.

Wat het wetsvoorstel op de palliatieve zorgen betreft, zal de fractie van spreekster voor de tekst stemmen, zelfs al waren haar voorstellen meer uitgewerkt, en gaven ze minder volmachten aan de Koning.

De discussie heeft inderdaad aangetoond dat het de bedoeling van de indieners van het wetsvoorstel nr. 2-246/1 is, om de Koning te vragen de wet te vervolledigen in de lijn van de ideeën die worden verdedigd door de fractie van spreekster.

Eén van de indieners van de wetsvoorstellen nrs. 2-244/1 en 2-246/1 meent dat sterven onlosmakelijk verbonden is met leven. Meestal heeft men geen keuze over de wijze waarop men sterft. Sommigen sterven plots, anderen doven uit als een kaars, nog anderen moeten een vreselijke doodstrijd leveren. Het

12. Seule l'euthanasie, au sens «acte par lequel un tiers met volontairement fin à la vie d'un patient à sa demande», est réglementée, alors que les demandes d'euthanasie ne sont qu'une toute petite partie des nombreuses situations de fin de vie pouvant poser des problèmes d'ordre éthique.

La loi proposée n'apporte pas de solution au défaut d'encadrement de toutes les décisions prises par le médecin à l'égard d'un patient en fin de vie.

Ainsi, la proposition ignore la question de l'acharnement thérapeutique, n'aborde pas la question des décisions d'abstention ou d'arrêt de traitement, ni celle de la possibilité d'administrer, avec le consentement du patient, des calmants pouvant avoir pour effet indirect d'abrèger la vie du patient.

13. L'euthanasie est abordée hors la question des droits du patient.

Or, beaucoup de demandes d'euthanasie pourraient être évitées, si la loi posait le principe selon lequel tout acte médical ne peut être posé, arrêté ou poursuivi qu'avec le consentement libre et éclairé (informé) du patient.

14. La proposition ne prévoit pas de période transitoire.

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

Quant à la proposition de loi sur les soins palliatifs, le groupe de l'intervenante votera en faveur de ce texte, même si ses propositions de loi étaient plus développées et prévoyaient moins de délégations au Roi.

La discussion a en effet montré que l'intention des auteurs de la proposition de loi n° 2-246/1 est de demander au Roi de compléter la loi dans le sens des idées défendues par le groupe de l'intervenante.

Un des auteurs des propositions de loi nos 2-244/1 et 2-246/1 estime que les notions de vie et de mort sont indissociablement liées. Dans la plupart des cas, nous ne pouvons pas choisir notre mort. Elle peut être subite ou lente et certaines personnes connaissent une fin de vie extrêmement pénible et douloureuse. Tout

is de ultieme wens van eenieder om zo lang mogelijk te kunnen leven, maar tegelijk ook om op een milde manier te kunnen sterven.

De debatten over de verschillende wetsvoorstellen inzake euthanasie en inzake palliatieve zorg hebben er alvast voor gezorgd dat de problematiek van het sterven bespreekbaar is geworden. De openbare hoorzittingen en de bespreking van de wetsvoorstellen — die volgens het Reglement van de Senaat achter gesloten deuren heeft plaatsgevonden — hebben hier in niet geringe mate toe bijgedragen.

De fractie van spreekster heeft steeds als uitgangspunt gehanteerd dat het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt centraal moet staan. Niets is persoonlijker dan het eigen overlijden. Vanzelfsprekend is er het recht op leven. Er bestaat echter ook het recht op een waardig leven en waardig sterven. Dat maakt precies het voorwerp uit van de wetsvoorstellen betreffende de euthanasie en de palliatieve zorg. Het is daarbij geenszins de bedoeling om een beslissing op te dringen aan wie dan ook. Evenmin mag men echter de personen die nodeloos lijden een onwaardig levens-einde opdringen.

De medische beslissingen omtrent het levenseinde zullen worden geregeld in het wetsontwerp betreffende de patiëntenrechten. Dat neemt niet weg dat ook voor de fractie waarvan het lid deel uitmaakt de patiënt centraal staat. Er moet dan ook worden voorkomen dat een bepaalde groep in de samenleving de patiënt een langere, inhumane doodstrijd oplegt. Hopelijk wordt door deze wetgeving een einde gemaakt aan het onwaardig sterven.

Er moet benadrukt worden dat niemand ertoe verplicht kan worden om euthanasie te vragen. Alvorens mensen dit doen, hebben zij meestal een heel medisch proces achter de rug. De vraag wordt dan ook pas op het bittere einde gesteld.

De wetsvoorstellen betreffende de euthanasie en de palliatieve zorg regelen niet alles. Wel worden op een scherpe wijze de omstandigheden afgebakend waarin de arts geen misdrijf pleegt. Dat is onmiskenbaar een grote vooruitgang ten opzichte van het verleden en is een uitdrukking van het grote vertrouwen dat de wetgever heeft in het medisch korps.

Tot slot wijst het lid erop dat, waar sommigen beweren dat geen rekening wordt gehouden met minderheden, er gedurende tientallen jaren geen rekening is gehouden met een groep van mensen die voor zichzelf een waardig levenseinde willen. Zij verwijst naar de resultaten van een enquête die recent in een populair weekblad werden gepubliceerd, waaruit blijkt dat méér dan 80% van de mensen vindt dat men mag overgaan tot actieve levensbeëindiging na advies van de arts. Het wetsvoorstel betreffende de euthanasie is derhalve niet zomaar een opwelling van een

un chacun souhaite vivre aussi longtemps que possible et personne ne veut souffrir inutilement.

Les débats sur les différentes propositions de loi relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs ont contribué à ouvrir la discussion sur la problématique de la fin de vie. Les auditions publiques et les débats sur les propositions de loi qui, conformément au Règlement du Sénat, ont eu lieu à huis clos, y ont également beaucoup contribué.

L'intervenante déclare que le droit à l'autodétermination a toujours été au cœur de la réflexion de son groupe. Rien n'est plus personnel que le passage de la vie à la mort. Il y a bien sûr le droit à la vie. Mais il existe aussi un droit de vivre dignement et de mourir dignement. C'est précisément ce qui constitue l'objet des propositions de loi relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs. Il ne s'agit pas d'imposer une décision à qui que ce soit. Mais on ne peut pas davantage imposer une fin de vie indigne aux personnes qui souffrent inutilement.

Les décisions médicales portant sur la fin de vie seront réglementées dans le cadre de la proposition de loi relative aux droits du patient. Il n'en demeure pas moins que le patient est au cœur de la réflexion de son groupe politique également. Il faut donc empêcher qu'un groupe déterminé de notre société puisse imposer au patient une agonie prolongée et inhumaine. Il est à espérer que la législation à l'examen mette définitivement un terme à la fin de vie dans des conditions indignes.

Il convient de souligner que personne ne peut être contraint à demander l'euthanasie. Avant d'en arriver là, les patients ont le plus souvent déjà effectué tout un périple médical. Dès lors, la demande n'est formulée qu'en dernier recours.

Les propositions de loi relatives à l'euthanasie et aux soins palliatifs ne règlent pas tout. Elles définissent précisément les circonstances dans lesquelles le médecin peut pratiquer l'euthanasie sans commettre d'infraction. Il s'agit là indéniablement d'une avancée importante par rapport au passé et qui témoigne de la confiance que le législateur place dans le corps médical.

Enfin, la membre souligne que si d'aucuns prétendent qu'on n'a pas tenu compte des minorités, durant des dizaines d'années, on n'a jamais entendu une catégorie de personnes qui voulaient pour elles-mêmes une fin de vie décente. Elle renvoie aux résultats d'une enquête qui ont été publiés récemment dans un magazine populaire et d'où il ressort que 80% de la population estime que l'euthanasie peut être pratiquée après avis du médecin. La proposition de loi relative à l'euthanasie n'est donc pas l'expression d'une majorité fortuite. La fracture ne se situe pas entre chrétiens

toevallige meerderheid. De breuk in de samenleving bestaat niet tussen de gelovigen en de vrijzinnigen, maar wel tussen enerzijds diegenen die in hun omgeving een traumatisch overlijden hebben meegemaakt en dit voor zichzelf niet wensen, en anderzijds de anderen.

Spreekster is er dan ook van overtuigd dat voor deze voorstellen een ruime maatschappelijke meerderheid kan gevonden worden. Haar fractie zal beide voorstellen ondersteunen.

Een andere spreekster zou willen weten op welk ogenblik het wetsvoorstel zal worden overgezonden aan de Raad van State.

De voorzitter antwoordt dat, zodra over het voorstel is gestemd, hij het zal overmaken aan de voorzitter van de Senaat. Die laatste zal het voorstel dan onmiddellijk meedelen aan de Raad van State.

Een lid verklaart dat zijn tussenkomst kort zal zijn, aangezien de werkzaamheden heel expliciet waren, en de standpunten tijdens de algemene bespreking, de hoorzittingen en tijdens de bespreking van de talrijk ingediende amendementen konden worden uiteengezet.

Het is in naam van de mensenrechten en het humanisme, ook in de filosofische zin van het woord, dat spreker en zijn fractie het wetsvoorstel steunen. Het beoogt elk menselijk wezen het recht te geven om op een waardige manier te sterven.

Het voorstel wil tevens, in een pluralistische maatschappij, een vrije ruimte scheppen die voordien niet bestond. Deze ruimte geeft elke persoon de mogelijkheid te sterven zoals hij wil, en aan diegene die het verzoek aanhoort, er al dan niet gevolg aan te geven naar gelang van zijn eigen overtuigingen.

In de verklaringen van vorige sprekers werden verschillende standpunten uiteengezet. In vergelijking met hun initieel voorstel zijn de indieners ervan geëvolueerd. Belangrijke wijzigingen werden aangebracht. Het is nochtans niet mogelijk gebleken fundamenteel verschillende basisstandpunten te verzoenen. Spreker besluit uit hetgeen is gezegd dat deze standpunten op dezelfde manier worden geuit.

Hij meent dat de reeds vermelde humanistische principes het de geneesheer mogelijk moeten maken, een tegenover de patiënt ultieme handeling van menselijkheid te stellen.

Deze handeling is ultiem in de tijd niet alleen omdat zij de laatste is die hij kan stellen, maar ook omdat ze van de arts de meeste moed vraagt.

De tekst omkadert en bakent het antwoord af dat de geneesheer aan de zieke geeft. Beiden wordt zowel vrijheid als juridische veiligheid gewaarborgd. Dit gaat volledig in tegen wat een vorige spreker heeft

et libéraux, mais entre ceux qui, dans leur entourage, ont fait l'expérience d'une fin douloureuse qu'ils ne veulent pas vivre eux-mêmes, et ceux qui n'ont pas connu une telle expérience.

L'intervenante est donc convaincue qu'une large majorité sociale peut être trouvée pour ces deux propositions. Son groupe les soutiendra.

Une autre intervenante aimerait savoir à quel moment la proposition de loi sera transmise au Conseil d'État.

Le président répond que, dès qu'elle aura été votée, il la transmettra au président du Sénat, qui a déclaré qu'il la communiquerait immédiatement au Conseil d'État.

Un membre déclare que son intervention sera brève, compte tenu du fait que les travaux ont été très explicites, et que les points de vue ont pu s'exprimer dans la discussion générale, à l'occasion des auditions, et lors de la discussion des très nombreux amendements déposés.

C'est au nom des droits de l'homme et de l'humanisme, y compris dans l'acception philosophique de ce mot, que l'intervenant et son groupe soutiennent la proposition de loi. Celle-ci vise à accorder à chaque être humain le droit de mourir de manière digne.

Elle vise aussi, dans une société pluraliste, à dégager un espace de liberté qui n'existait pas auparavant. Cet espace permet à chaque personne de mourir comme elle le souhaite, et à celui qui écoute sa demande d'y répondre ou non, en fonction de ses propres convictions.

Dans les déclarations des précédents orateurs, différents points de vue se sont exprimés. Par rapport à leur proposition initiale, les auteurs de celle-ci ont évolué. Des modifications importantes ont été apportées. Cependant, il n'a pas été possible de concilier des positions de base fondamentalement différentes. L'intervenant conclut de ce qui vient d'être dit que ces positions continuent à être affirmées de la même manière.

Il estime pour sa part que les principes humanistes déjà évoqués doivent permettre au médecin de poser par rapport au malade un geste ultime d'humanité.

Ce geste est ultime dans le temps, parce que c'est le dernier qu'il puisse poser, mais il l'est aussi parce que c'est celui qui demande au médecin le plus de courage.

Le texte prévoit un encadrement et des balises à la réponse que donne le médecin au malade, qui garantissent à tous deux à la fois liberté et sécurité juridique, et qui vont à l'encontre de ce qu'un précédent

omschreven als de discretionaire macht van de vrije beroepen.

Sinds het begin van de werkzaamheden werden verschillende getuigenissen gehoord. Op die manier kon worden gesproken over dood, lijden en over de niet-beantwoorde vragen daarover.

Het debat heeft nu al tot gevolg gehad, dat er aan het bed van ongeneeslijke patiënten vrijer over gesproken wordt, en dat men er spreekt over de gewenste dood.

De aan de geneesheer geboden juridische veiligheid maakt het voor hem mogelijk het verzoek te aanhoren en, indien hij dit wenst, erop in te gaan onder bijkomende voorwaarden die hij zelf kan stellen.

Spreeker onderstreept dat hij bijzonder aandachtig is geweest voor de risico's die verbonden zijn aan een uitsluitend economische visie van de maatschappij.

Hij is ervan overtuigd dat de huidige situatie in dit opzicht meer risico's in zich draagt dan de risico's die onder de nieuwe wet zullen bestaan, omdat deze laatste de problematiek van euthanasie zal omkadren. Vandaag zijn de mogelijke risico's groter wegens het gebrek aan publiciteit die aan de problematiek wordt gegeven, en het verborgen karakter van de antwoorden erop.

Spreeker wenst het niet te hebben over obscurantisme, zelfs al heeft men gedurende het debat verwenningen, onaanvaardbaar lasterlijke en beledigende vergelijkingen gehoord.

Hij onthoudt het heel volledige karakter van de werkzaamheden van de verenigde commissies. Hoewel bepaalde hoorzittingen lang waren, heeft het geheel van de bevolking het probleem kunnen uiten en een discussie kunnen voeren.

Spreeker van zijn kant heeft vooral steun voor het wetsvoorstel mogen ondervinden. De bevolking lijkt vooral het humanistische karakter en het gevoel van medeleven te hebben begrepen.

In een meervoudige samenleving als de onze heeft niemand het recht iemand anders zijn eigen mening op te leggen over de wijze waarop hij met zijn dood omgaat.

In dit verband wordt de huidige situatie volgens spreker gekenmerkt door haar intolerantie.

Zonder aan wie ook de minste verplichting op te leggen, betekent het wetsvoorstel dus een vooruitgang, door de omzichtigheid waarmee met die voor het leven en ook de dood noodzakelijke ruimte van vrijheid wordt omgegaan.

Spreeker herhaalt dat, volgens hem, de laatste levensminuut van een ongeneeslijke, lijdende zieke, wat ook zijn leeftijd is, even belangrijk is als een minuut uit het leven van een jonge en gezonde persoon.

orateur a qualifié de pouvoir discrétionnaire des professions libérales.

Depuis le début des travaux, beaucoup de témoignages se sont exprimés. Ils ont permis de parler de la mort, de la souffrance et de la non-réponse à celle-ci.

Le débat a d'ores et déjà eu pour conséquence qu'au lit des patients incurables, la parole circule plus librement, et que l'on y parle de la mort désirée.

La sécurité juridique offerte au médecin permet à celui-ci d'entendre la demande et, s'il le souhaite, d'y répondre, moyennant les conditions supplémentaires qu'il peut fixer.

L'intervenant souligne qu'il a été particulièrement attentif aux risques de dérives liées à une vision exclusivement économique de la société.

Il a la conviction que la situation actuelle présente, à cet égard, plus de risques que celle qui existera sous l'empire de la loi nouvelle, parce que cette dernière encadrera la problématique de l'euthanasie alors qu'aujourd'hui, en raison de la non-publicité de cette problématique, et du caractère caché des réponses données, la possibilité d'aboutir à des dérives est plus grande.

L'intervenant ne souhaite pas parler d'obscurantisme, même si, durant le débat, on a pu entendre des anathèmes, des comparaisons injurieuses et diffamatoires inacceptables.

Il retient le caractère très complet des travaux des commissions réunies. Malgré certaines longueurs, les auditions ont permis à l'ensemble de la population d'extérioriser le problème et de mener une discussion.

L'intervenant a, pour sa part, recueilli des échos de soutien à la proposition de loi, dont le caractère humaniste et de compassion semble avoir été compris par la population.

Dans une société plurielle comme la nôtre, personne n'a le droit d'imposer à quiconque son propre choix quant à la façon de vivre sa mort.

À cet égard, c'est la situation actuelle qui, aux yeux de l'intervenant, était caractérisée par son intolérance.

La proposition de loi réalise donc un progrès, sans imposer à quiconque la moindre obligation, et en ménageant l'espace de liberté nécessaire à la vie et aussi à la mort.

L'orateur répète qu'à ses yeux, la dernière minute de vie d'un malade incurable qui souffre, quel que soit son âge, a autant d'importance qu'une minute de vie d'une personne jeune et en bonne santé.

Dat is nu net waarom hij voor die zieke het recht eist om waardig te sterven, indien hij dat wenst en onder de door het wetsvoorstel bepaalde voorwaarden.

Een spreekster herinnert eraan dat, volgens de regeringsverklaring, het euthanasiedebat in het Parlement moest worden gevoerd, en dat elk parlamentslid werd opgeroepen in eer en geweten te beslissen. Zo heeft de fractie van spreekster het bepaald en zo zal het ook gebeuren.

Het debat, de hoorzittingen die hebben kunnen plaatsvinden en de lengte van de werkzaamheden hebben eenieder ertoe gebracht zijn standpunt te herbekijken, wat een uitstekende zaak is.

Spreekster getuigt dat er in bepaalde ziekenhuizen van verschillende gezindten sterk is over nagedacht.

Ze had persoonlijk gewenst dat er een brede consensus kon worden gevonden. Ze heeft trouwens samen met enkele collega's een poging in die zin ondernomen door een tekst voor te stellen. Die is er waarschijnlijk gekomen op een moment dat het debat te gespannen was, zoals is gebleken uit het verwerpen van bepaalde amendementen die hadden kunnen worden aanvaard.

Er is geen enkele consensus gevonden. Het is dus in het kader van de discussie en van de tekst die ter stemming wordt voorgelegd dat spreekster een besluit zal nemen. Ze betreurt vooral dat, wat de rechten van de patiënt en de algemene begeleiding van patiënten in stervensfase betreft, niets werd aangenomen.

Een ander lid verheugt er zich over dat de tekst over de palliatieve zorgen en de mogelijkheid om er gebruik van te maken een grote stap voorwaarts betekent inzake gezondheidszorg, ondanks de «legistische» moeilijkheden die eigen zijn aan dergelijk voorstel.

Spreeker denkt dat in deze tekst de bijdragen van de hoorzittingen en die van de senatoren zijn opgenomen, afgezien van de ideologische verschillen die tussen democratische partijen bestaan.

Hij onderstreept dat er momenteel over de problematiek van de palliatieve zorgen een convergentie bestaat tussen de verenigde commissies — wetgevende macht —, de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid — uitvoerende macht —, en de publieke opinie.

Spreeker verheugt er zich over, dat de tekst deze zorgen in het perspectief van solidariteit in de ziekte- en invaliditeitsverzekering plaatst.

Over het wetsvoorstel betreffende de euthanasie verwijst spreker naar het standpunt dat hij tijdens de debatten heeft geuit. Hij wijst erop, dat hij hoopt dat er tijdens het vervolg van de werkzaamheden in de

C'est pourquoi il réclame pour ce malade, s'il le désire, et aux conditions prévues dans la proposition de loi, le droit de mourir dignement.

Une intervenante rappelle que, selon la déclaration gouvernementale, le débat sur l'euthanasie devait avoir lieu au Parlement, et que chacun des parlementaires était appelé à se déterminer en son âme et conscience. C'est ce que prévoit le groupe de l'intervenante, et ce que celle-ci fera.

Le débat, les auditions qui ont pu avoir lieu et la longueur des travaux ont amené chacun à réexaminer son point de vue, ce qui est une excellente chose.

L'intervenante peut témoigner de ce que, dans certaines institutions hospitalières de diverses obédiences, des réflexions approfondies ont été menées.

Elle aurait souhaité, à titre personnel, qu'un large consensus puisse être trouvé, et avait d'ailleurs fait une tentative en ce sens avec quelques collègues en proposant un texte qui, sans doute, est intervenu à un moment où le débat était trop crispé, comme l'a montré le rejet de certains amendements qui auraient pu être acceptés.

Aucun consensus n'a pu être trouvé. C'est donc dans le cadre de la discussion et du texte soumis au vote que l'intervenante se déterminera, en regrettant particulièrement qu'en ce qui concerne les droits du patient et l'accompagnement général de fin de vie, rien n'ait été retenu.

Un autre membre se réjouit que le texte relatif aux soins palliatifs et à leur accessibilité représente un grand pas en avant en matière de soins de santé, malgré les difficultés légistiques propres à ce genre de propositions.

L'intervenant pense que ce texte intègre les apports des auditions et celui des sénateurs, au-delà des différences idéologiques existant entre les partis démocratiques.

Il souligne qu'il existe actuellement, sur la problématique des soins palliatifs, une convergence entre les commissions réunies — pouvoir législatif —, les ministres des Affaires sociales et de la Santé — pouvoir exécutif — et l'opinion publique.

Le texte inscrit ces soins dans la perspective de solidarité de l'assurance maladie-invalidité, ce dont l'orateur se réjouit.

En ce qui concerne la proposition de loi relative à l'euthanasie, l'intervenant se réfère au point de vue qu'il a exprimé au cours du débat, en indiquant qu'il espère encore des améliorations significatives et des

Senaat gevoelige verbeteringen en aanpassingen aan de tekst zullen worden aangebracht.

*
* *

Eindstemming

Het geheel van het geamendeerde wetsvoorstel wordt aangenomen met 17 tegen 12 stemmen bij 1 onthouding.

Dit verslag werd goedgekeurd met 16 stemmen bij 8 onthoudingen.

De rapporteurs,

Marie-José LALOY.

Iris VAN RIET.

De voorzitters,

Josy DUBIÉ.

Theo KELCHTERMANS.

ajustements du texte au cours de la suite des travaux du Sénat.

*
* *

Vote final

L'ensemble de la proposition de loi amendée a été adopté par 17 voix contre 12 et 1 abstention.

Le présent rapport a été approuvé par 16 voix et 8 abstentions.

Les rapporteuses,

Marie-José LALOY.

Iris VAN RIET.

Les présidents,

Josy DUBIÉ.

Theo KELCHTERMANS.