

**Belgische Senaat**

**Gewone Zitting 2001-2002**



**2-152**

Plenaire vergaderingen  
Woensdag 24 oktober 2001

Namiddagvergadering

## **Handelingen**

**Sénat de Belgique**

**Session ordinaire 2001-2002**

## **Annales**

Séances plénières

Mercredi 24 octobre 2001

Séance de l'après-midi

**2-152**

De **Handelingen** bevatten de integrale tekst van de redevoeringen in de oorspronkelijke taal. Deze tekst werd goedgekeurd door de sprekers. De vertaling – *cursief gedrukt* – verschijnt onder de verantwoordelijkheid van de dienst Verslaggeving. Van lange uiteenzettingen is de vertaling een samenvatting.

De nummering bestaat uit het volgnummer van de legislatuur sinds de hervorming van de Senaat in 1995, het volgnummer van de vergadering en de paginering.

Voor bestellingen van Handelingen en Vragen en Antwoorden van Kamer en Senaat:  
Dienst Publicaties Kamer van volksvertegenwoordigers, Natieplein 2 te 1008 Brussel, tel. 02/549.81.95 of 549.81.58.

Deze publicaties zijn gratis beschikbaar op de websites van Senaat en Kamer:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.dekamer.be](http://www.dekamer.be)

#### Afkortingen - Abréviations

AGALEV	Anders Gaan Leven
CD&V	Christen-Democratisch & Vlaams
ECOLO	Écologistes
PRL-FDF-MCC	Parti Réformateur Libéral – Front Démocratique des Francophones – Mouvement des Citoyens pour le Changement
PS	Parti Socialiste
PSC	Parti Social Chrétien
SP.A	Socialistische Partij Anders
VL. BLOK	Vlaams Blok
VLD	Vlaamse Liberalen en Democraten
VU-ID	Volksunie-ID21

Les **Annales** contiennent le texte intégral des discours dans la langue originale. Ce texte a été approuvé par les orateurs.

Les traductions – *imprimées en italique* – sont publiées sous la responsabilité du service des Comptes rendus. Pour les interventions longues, la traduction est un résumé.

La pagination mentionne le numéro de la législature depuis la réforme du Sénat en 1995, le numéro de la séance et enfin la pagination proprement dite.

Pour toute commande des Annales et des Questions et Réponses du Sénat et de la Chambre des représentants: Service des Publications de la Chambre des représentants, Place de la Nation 2 à 1008 Bruxelles, tél. 02/549.81.95 ou 549.81.58.

Ces publications sont disponibles gratuitement sur les sites Internet du Sénat et de la Chambre:  
[www.senate.be](http://www.senate.be)    [www.lachambre.be](http://www.lachambre.be)

**Inhoudsopgave**

Wetsvoorstel betreffende de euthanasie (van de heer Philippe Mahoux, mevrouw Jeannine Leduc, de heer Philippe Monfils en de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy en Jacinta De Roeck, Stuk 2-244).....	4
Wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg (van de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Jacinta De Roeck en Jeannine Leduc en de heren Philippe Mahoux en Philippe Monfils, Stuk 2-246) .....	4
Wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (van de heer Philippe Mahoux en mevrouw Myriam Vanlerberghe, Stuk 2-10).....	4
Wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging (van de heer Philippe Monfils, Stuk 2-22) .....	4
Wetsvoorstel strekkende tot de vergroting van het medebeslissingsrecht van de patiënt via de invoering van een behandelingsbeschikking (van de heer Frans Lozie en mevrouw Jacinta De Roeck, Stuk 2-86).....	4
Wetsvoorstel op de euthanasie (van mevrouw Jeannine Leduc c.s., Stuk 2-105).....	4
Voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftegestuurd palliatief plan (van mevrouw Iris Van Riet c.s., Stuk 2-106) .....	4
Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (van de heer Hugo Vandenberghe c.s., Stuk 2-160) .....	4
Wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van ... betreffende de euthanasie (van mevrouw Jacinta De Roeck c.s., Stuk 2-245) .....	5
Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg voor eenieder te garanderen en om het kader voor het verlenen van de palliatieve zorg vast te stellen (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s., Stuk 2-249).....	5
Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (van mevrouw Ingrid van Kessel c.s., Stuk 2-402) .....	5
Wetsvoorstel betreffende de begeleiding bij het levenseinde en de mogelijkheid voor de arts om in uitzonderlijke omstandigheden het overlijden van een terminaal zieke patiënt te bespoedigen (van de heer Alain Destexhe, Stuk 2-666).....	5
Voortzetting van de algemene bespreking .....	5

**Sommaire**

Proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux, Mme Jeannine Leduc, M. Philippe Monfils et Mmes Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy et Jacinta De Roeck, Doc. 2-244) .....	4
Proposition de loi relative aux soins palliatifs (de Mmes Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Jacinta De Roeck et Jeannine Leduc et MM. Philippe Mahoux en Philippe Monfils, Doc. 2-246).....	4
Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (de M. Philippe Mahoux et Mme Myriam Vanlerberghe, Doc. 2-10).....	4
Proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie (de M. Philippe Monfils, Doc. 2-22) .....	4
Proposition de loi élargissant le droit de codécision du patient par l'institution d'une déclaration de volonté relative au traitement (de M. Frans Lozie et Mme Jacinta De Roeck, Doc. 2-86).....	4
Proposition de loi relative à l'euthanasie (de Mme Jeannine Leduc et consorts, Doc. 2-105).....	4
Proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (de Mme Iris Van Riet et consorts, Doc. 2-106).....	4
Proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (de M. Hugo Vandenberghe et consorts, Doc. 2-160) .....	4
Proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie (de Mme Jacinta De Roeck et consorts, Doc. 2-245) .....	5
Proposition de loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs (de Mme Clotilde Nyssens et consorts, Doc. 2-249) .....	5
Proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (de Mme Ingrid van Kessel et consorts, Doc. 2-402) .....	5
Proposition de loi relative à l'accompagnement en fin de vie et la possibilité pour le médecin de hâter le décès d'un patient en phase terminale dans des cas exceptionnels (de M. Alain Destexhe, Doc. 2-666) .....	5
Suite de la discussion générale .....	5

**Voorzitter: de heer Jean-Marie Happart, ondervoorzitter**  
(De vergadering wordt geopend om 14.20 uur.)

**Wetsvoorstel betreffende de euthanasie (van de heer Philippe Mahoux, mevrouw Jeannine Leduc, de heer Philippe Monfils en de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy en Jacinta De Roeck, Stuk 2-244)**

**Wetsvoorstel betreffende de palliatieve zorg (van de dames Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Jacinta De Roeck en Jeannine Leduc en de heren Philippe Mahoux en Philippe Monfils, Stuk 2-246)**

**Wetsvoorstel betreffende de problemen rond het levenseinde en de toestand van ongeneeslijk zieke patiënten (van de heer Philippe Mahoux en mevrouw Myriam Vanlerberghe, Stuk 2-10)**

**Wetsvoorstel betreffende het verzoek om levensbeëindiging (van de heer Philippe Monfils, Stuk 2-22)**

**Wetsvoorstel strekkende tot de vergroting van het medebeslissingsrecht van de patiënt via de invoering van een behandelingsbeschikking (van de heer Frans Lozie en mevrouw Jacinta De Roeck, Stuk 2-86)**

**Wetsvoorstel op de euthanasie (van mevrouw Jeannine Leduc c.s., Stuk 2-105)**

**Voorstel van resolutie betreffende de uitwerking van een behoeftengestuurd palliatief plan (van mevrouw Iris Van Riet c.s., Stuk 2-106)**

**Wetsvoorstel houdende de bescherming van de rechten en de waardigheid van de mens bij het naderend levenseinde (van de heer Hugo Vandenberghe c.s., Stuk 2-160)**

**Présidence de M. Jean-Marie Happart, vice-président**  
(La séance est ouverte à 14 h 20.)

**Proposition de loi relative à l'euthanasie (de M. Philippe Mahoux, Mme Jeannine Leduc, M. Philippe Monfils et Mmes Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy et Jacinta De Roeck, Doc. 2-244)**

**Proposition de loi relative aux soins palliatifs (de Mmes Myriam Vanlerberghe, Marie Nagy, Jacinta De Roeck et Jeannine Leduc et MM. Philippe Mahoux et Philippe Monfils, Doc. 2-246)**

**Proposition de loi relative aux problèmes de fin de la vie et à la situation du patient incurable (de M. Philippe Mahoux et Mme Myriam Vanlerberghe, Doc. 2-10)**

**Proposition de loi relative à la demande d'interruption de vie (de M. Philippe Monfils, Doc. 2-22)**

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

**Proposition de loi relative à l'euthanasie (de Mme Jeannine Leduc et consorts, Doc. 2-105)**

**Proposition de résolution relative au développement d'un plan de soins palliatifs axés sur les besoins du patient (de Mme Iris Van Riet et consorts, Doc. 2-106)**

**Proposition de loi visant à protéger les droits et la dignité de l'homme à l'approche de la mort (de M. Hugo Vandenberghe et consorts, Doc. 2-160)**

**Wetsvoorstel houdende instelling van een federale evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet van ... betreffende de euthanasie (van mevrouw Jacinta De Roeck c.s., Stuk 2-245)**

**Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg voor eenieder te garanderen en om het kader voor het verlenen van de palliatieve zorg vast te stellen (van mevrouw Clotilde Nyssens c.s., Stuk 2-249)**

**Wetsvoorstel strekkende om het recht op palliatieve zorg in te voeren en de palliatieve zorgverlening te verbeteren (van mevrouw Ingrid van Kessel c.s., Stuk 2-402)**

**Wetsvoorstel betreffende de begeleiding bij het levenseinde en de mogelijkheid voor de arts om in uitzonderlijke omstandigheden het overlijden van een terminaal zieke patiënt te bespoedigen (van de heer Alain Destexhe, Stuk 2-666)**

***Voortzetting van de algemene bespreking***

**De heer Frans Lozie (AGALEV).** – In dit ethisch debat wordt elk parlementslid voor zijn persoonlijke verantwoordelijkheid geplaatst. Het gaat hier niet om een polemiek tussen de regeringsmeerderheid en de oppositie, noch om dictaten van fractievoorzitters. Ik wil dan ook een aantal persoonlijk bedenkingen maken en antwoorden op opmerkingen die ik de voorbije twee jaar en ook vandaag nog in dit debat hoorde.

De kern van de discussie is voor mij de vraag of ik als individueel persoon het recht heb om mee te bepalen hoe de eindfase van mijn leven zal verlopen – indien ik daarover al iets te zeggen zal hebben, want een ongeluk zit in een klein hoekje –, dan wel of ik daarvoor ben overgeleverd aan het oordeel van derden. Volgens sommige filosofische of religieuze overtuigingen beslist God wanneer de mens aankomt en wanneer hij vertrekt. Ik deel deze mening niet, maar ik kan er wel respect voor opbrengen. Volgens even veel andere meningen beslist de arts vanuit zijn deontologie, met kennis van de toestand van de patiënt en van de mogelijkheden van de geneeskunst. Ook dat standpunt is eerbaar en verdedigbaar. Persoonlijk denk ik echter dat ik beter zelf die beslissing kan nemen dan ze te moeten overlaten aan een derde.

Ik heb als persoon het recht om op een bepaald ogenblik te kennen te geven dat ik op een waardige manier afscheid wens te nemen van wie mij dierbaar is. Ik wens dat te doen op een ogenblik dat mijn conditie nog voldoende goed is om dat op een bewuste en waardevolle manier te doen. Ik wens dat moment zelf te bepalen samen met mijn arts, maar ik wil een

**Proposition de loi visant à créer une commission fédérale d'évaluation de l'application de la loi du ... relative à l'euthanasie (de Mme Jacinta De Roeck et consorts, Doc. 2-245)**

**Proposition de loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et fixant le cadre de la pratique des soins palliatifs (de Mme Clotilde Nyssens et consorts, Doc. 2-249)**

**Proposition de loi visant à instaurer le droit à l'accès aux soins palliatifs et à améliorer la pratique des soins palliatifs (de Mme Ingrid van Kessel et consorts, Doc. 2-402)**

**Proposition de loi relative à l'accompagnement en fin de vie et la possibilité pour le médecin de hâter le décès d'un patient en phase terminale dans des cas exceptionnels (de M. Alain Destexhe, Doc. 2-666)**

***Suite de la discussion générale***

**M. Frans Lozie (AGALEV).** – *Ce débat éthique place chaque parlementaire face à ses responsabilités. Il n'est pas question ici d'une polémique entre la majorité gouvernementale et l'opposition, ni de diktats de chefs de groupes. Je voudrais donc livrer quelques réflexions personnelles.*

*L'essentiel de la discussion réside, pour moi, dans la question de savoir si j'ai, en tant que personne individuelle, le droit de décider de la manière dont se déroulera la fin de ma vie ou si je suis à cet égard tributaire du jugement de tiers. Selon certaines conceptions philosophiques ou religieuses, c'est Dieu qui décide de l'heure à laquelle un homme naît et meurt. Je ne partage pas cette opinion mais je puis la respecter. Selon autant d'autres conceptions, c'est au médecin de décider, en s'appuyant sur sa déontologie et sur sa connaissance de la situation du patient et des possibilités de la médecine. Ce point de vue est, lui aussi, louable et défendable. Personnellement, je préfère prendre moi-même cette décision.*

*En tant que personne, j'ai le droit de faire savoir, à un moment donné, que je souhaite prendre congé d'une manière digne de ceux qui me sont chers. Je souhaite le faire à un moment où ma condition sera encore suffisamment bonne pour que je le fasse de manière consciente. Je souhaite déterminer moi-même ce moment, en concertation avec mon médecin, mais je veux apporter une contribution à cette décision. Je veux que le médecin en tire des conclusions et accède à ma demande d'euthanasie.*

*Voulons-nous, en tant que législateur, créer cette possibilité*

inbreng hebben in die beslissing. Achteraf wens ik dat de arts hieruit conclusies trekt en op mijn verzoek euthanasie op mij toepast.

Willen wij als wetgever deze mogelijkheid openen en voorzien in een wettelijk kader ervoor? Dat is voor mij de kern van de discussie. Ben ik voor die beslissing overgeleverd aan derden of speel ik een volwaardige rol in het verloop van mijn levenseinde?

Als die mogelijkheid moet worden geopend, kan dit recht dan absoluut zijn? Volstaat het dat ik verklaar dat ik het wil, opdat het ook zou moeten? Volgens de tekst van het wetsvoorstel is het antwoord op deze vraag "neen". Met toepassing van de wet moet de arts die de euthanasie eventueel zal toepassen, eerst grondig nagaan of het verzoek echt en waarachtig is, geregeld terugkomt en verantwoord is in het licht van de medische kennis van dat ogenblik.

De arts speelt een rol. Het gaat niet om een absoluut recht dat een dwingend karakter heeft voor derden.

De heer Vandenberghe suggereerde gisteren in zijn uiteenzetting dat het voorstel een dwingend karakter heeft tegenover derden, omdat de arts zou moeten ingaan op de vraag van de patiënt. Dat is niet juist. In de wet staat expliciet dat de arts niet kan worden gedwongen een levensbeëindigende daad te stellen. We vragen hem wel om eerlijk te zijn tegenover zijn patiënten en hen uit te leggen dat hij op de vraag niet kan ingaan en in dat geval de patiënt naar een andere arts te verwijzen. Wanneer hij van oordeel is dat de vraag te vroeg gesteld wordt, moet hij de patiënt uitleggen waarom hij die mening is toegedaan en welke alternatieve mogelijkheden er nog voorhanden zijn.

In de wet staat dat euthanasie maar mogelijk is wanneer de patiënt er zelf om verzoekt. Dat is een bescherming voor de mensen die euthanasie absoluut afwijzen. Euthanasie is in de praktijk al een feit en wij wensen dat met ons wetsvoorstel te beperken tot de gevallen waarbij de patiënt er zelf uitdrukkelijk om verzoekt.

Een ander discussiepunt is de vraag of het recht van de patiënt op euthanasie de overheid van de verplichting ontslaat om te voorzien in alle mogelijke zorgverstrekingen die de vraag naar euthanasie kunnen verminderen. Het is evident dat dit niet het geval is. We stellen vast dat de regering haar verantwoordelijkheid inzake palliatieve zorg op zich neemt. Ze neemt maatregelen om de kwaliteit van die zorg te verbeteren en stelt de nodige middelen ter beschikking. Het aanvaarden van euthanasie is zeker geen reden om investeringen in dure pijnbestrijdingstechnieken of in de palliatieve zorg overbodig te maken. De regering verbindt zich ertoe, in consensus met ieder van ons, om op dat vlak nog meer inspanningen te doen. Beide zaken evolueren in de goede richting.

Er wordt wel eens gezegd dat het voorstel niet echt nodig is omdat euthanasie deel moet blijven uitmaken van de verantwoordelijkheid van de arts, die altijd een noodsituatie kan invoeren. Ik wens daarop te reageren. In die filosofie gaat het wel over een noodsituatie bij de arts.

Hij moet rekening houden met twee volledig tegengestelde richtlijnen. Aan de ene kant moet hij het leven verdedigen en alles doen wat medisch gezien mogelijk is om de patiënt zo

*et un cadre légal à cette fin ? C'est là le fond du problème.*

*Si cette possibilité est créée, ce droit doit-il être absolu ? Suffit-il que je déclare que c'est ma volonté pour que cela devienne obligatoire ? Selon la proposition de loi, la réponse à cette question est non. Selon la loi, le médecin qui pratiquera éventuellement l'euthanasie doit d'abord s'assurer à fond que la demande est véritable, répétée et justifiée à la lumière des connaissances médicales du moment.*

*Le médecin joue un rôle. Il ne s'agit pas d'un droit absolu à caractère contraignant pour les tiers.*

*M. Vandenberghe suggérait hier que la proposition aurait un caractère contraignant pour les tiers parce que le médecin devrait accéder à la demande du patient. Ce n'est pas exact. La loi prévoit explicitement que le médecin ne peut être contraint de mettre fin à la vie de quelqu'un. Nous lui demandons bien d'être honnête à l'égard de ses patients, de leur expliquer qu'il ne peut accéder à leur demande et de les renvoyer à un autre médecin. S'il juge la demande prématurée, il doit expliquer au patient pourquoi et quelles sont les autres solutions.*

*La loi dispose que l'euthanasie n'est possible que si le patient en fait lui-même la demande. C'est une protection pour les personnes qui refusent absolument l'euthanasie. L'euthanasie est déjà un fait et notre proposition vise à la limiter aux seuls cas où le patient en fait lui-même explicitement la demande.*

*Un autre point de discussion est de savoir si le droit du patient à l'euthanasie décharge l'autorité de l'obligation d'offrir tous les services de soins possibles susceptibles de réduire la demande d'euthanasie. Ce n'est évidemment pas le cas. Nous constatons que le gouvernement prend ses responsabilités en matière de soins palliatifs. Il prend des mesures pour améliorer la qualité de ces soins et offre les moyens nécessaires. L'acceptation de l'euthanasie ne rend nullement superflus les investissements dans de coûteuses techniques de traitement de la douleur ou dans les soins palliatifs. Le gouvernement s'engage à renforcer ses efforts dans ce domaine.*

*On prétend parfois que la proposition n'est pas vraiment nécessaire parce que l'euthanasie doit continuer à relever de la responsabilité du médecin, lequel peut toujours invoquer l'état de nécessité. Je voudrais réagir à cela. Dans cette philosophie, il s'agit bien d'un état de nécessité pour le médecin.*

*Il doit tenir compte de deux directives antagonistes. D'une part, il doit défendre la vie et faire tout ce qui est médicalement possible pour que le patient vive le plus longtemps possible. D'autre part, il doit se demander si prolonger les souffrances atroces d'un patient a un sens.*

*La proposition vise à répondre à une situation de détresse chez le patient. C'est le patient qui ressent cette détresse lorsqu'il se trouve dans une situation sans issue et veut mettre fin à ses souffrances. Il n'a toutefois aucune garantie légale que le médecin qui lui viendra en aide ne sera pas poursuivi ou n'éprouvera pas de problème de conscience.*

*Il ne s'agit nullement d'une banalisation de l'euthanasie. Si cette discussion n'aboutissait pas à un régime légal, nous donnerions l'impression de considérer l'euthanasie comme une pratique purement médicale. Cela signifierait que le*

lang mogelijk te laten leven. Aan de andere kant moet hij zich afvragen of het zinvol is het onnoemelijke lijden van een patiënt rekken.

Het voorstel heeft tot doel tegemoet te komen aan een noodsituatie bij de patiënt. Het is de patiënt die in nood komt wanneer hij in een uitzichtloze situatie terechtkomt en een einde wil maken aan zijn lijden. Hij heeft evenwel geen enkele wettelijke garantie dat de arts die hem zal helpen, niet zal worden vervolgd of dat deze niet in gewetensnood zal komen.

Dit is helemaal geen banalisering van de euthanasie. Als deze discussie niet tot een wettelijke regeling zou leiden, zouden we de indruk wekken dat we euthanasie als een louter medische praktijk beschouwen. Dat zou betekenen dat de patiënt het object is van de medische praktijk. Met het voorstel proberen we een dialoog tot stand te brengen tussen de patiënt en de arts om samen tot een goede oplossing te komen.

Met de goedkeuring van het voorstel komt er voorlopig een einde aan een jarenlang debat. Het debat dat tijdens de vorige regeerperiode werd gevoerd, vormde immers ook een waardevol uitgangspunt bij het begin van de discussie. Het debat kon op een open manier worden gevoerd, zonder dwang of verbod vanwege de regering. De regeringsverklaring bevatte geen enkele bepaling waardoor een regeling onmogelijk was als niet elke meerderheidspartij zich er volledig achter schaarde.

Ook de stemming van morgenavond zal vrij zijn. Elk parlementslid kan en mag bij de stemmingen over de amendementen en over het geheel zijn eigen geweten volgen.

Persoonlijk vind ik het voorstel een stap vooruit in de bescherming van de rechten van de patiënt. Het recht op inspraak bij het einde van het eigen leven is volgens mij toch een van de meest fundamentele rechten. Een wettelijke regeling is dus aangewezen.

Wellicht is dit de meest verregaande wetgeving. In geen enkel ander land wordt er inderdaad zó ver gegaan. Als ik de tekst echter vergelijk met de opvattingen en de voorstellen die vroeger werden geformuleerd, stel ik vast dat nog niet alles wordt geregeld. Dat zegt ook de Raad van State. We zouden nog verder kunnen gaan.

Ik ben blij dat we nu al zover gaan. Voor mij was bijvoorbeeld de wilsbeschikking belangrijk. Voor we andere aspecten regelen, moeten we eerst de maatschappelijke reactie en de evolutie op het terrein bekijken. Ik vind het een goede zaak dat we voor situaties die we met het voorstel nog niet wettelijk regelen, de deontologie van de arts laten spelen.

Het voorstel is een doordachte stap, die door heel veel burgers wordt gewenst. Tijdens het debat is gebleken dat dit geen discussie is van meerderheid tegen oppositie, zelfs niet van één religieuze of filosofische overtuiging tegen een andere. Mensen van uiteenlopende overtuiging steunen dit voorstel, net zoals mensen van uiteenlopende overtuiging er bedenkingen bij hebben. Ik ben ervan overtuigd dat de stap die wij zetten, gedragen wordt door een groot deel van de publieke opinie. Ik hoop dan ook dat zo veel mogelijk senatoren morgenavond het voorstel zal goedkeuren.

*De heer Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC). – De PSC, die*

*patient est l'objet de la pratique médicale. La proposition tente d'instaurer un dialogue entre le patient et le médecin en vue de dégager une bonne solution.*

*L'adoption de la proposition mettra fin à un débat de plusieurs années. Le débat engagé sous la précédente législature a également constitué un point de départ intéressant. Il a pu être mené de manière ouverte, sans contrainte ni interdit de la part du gouvernement.*

*Le vote qui interviendra demain soir sera libre, lui aussi. Chaque parlementaire pourra se laisser guider par sa conscience lors des votes sur les amendements et sur l'ensemble.*

*Personnellement, j'estime que la proposition est un pas en avant dans la protection des droits de l'homme. Le droit de participer aux décisions à prendre à la fin de sa vie constitue un des droits les plus fondamentaux. Un régime légal est donc indiqué.*

*Aucun pays n'a encore été aussi loin que cette législation mais, comme le Conseil d'État, je constate que tout n'est pas encore réglé et que nous pourrions donc aller plus loin encore.*

*Je me réjouis que nous soyons déjà arrivés à ce stade. La déclaration de volonté, par exemple, était pour moi essentielle. Avant de régler les autres aspects, nous devons observer la réaction de la société et l'évolution sur le terrain. C'est une bonne chose de permettre au médecin de se référer à sa déontologie pour les situations qui n'ont pas encore été réglées par la proposition.*

*La proposition est une étape bien réfléchie, souhaitée par de nombreux citoyens. Ce n'est pas une discussion mettant face à face majorité et opposition, ni même différentes conceptions philosophiques ou religieuses. Des personnes de convictions différentes défendent cette proposition. Je suis convaincu que l'étape que nous franchissons bénéficie du soutien d'une grande partie de l'opinion publique. J'espère donc qu'un grand nombre de sénateurs approuveront la proposition demain soir.*

**M. Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – Je voudrais

*om kwart voor één kritiek had op de afwezigheid van leden van mijn fractie, is nu zelf afwezig om kwart voor drie. Zelfs mevrouw Willame, die over enkele minuten het woord moet voeren, is er niet.*

*Ik feliciteer mevrouw Nyssens, die wel aanwezig is, zoals steeds overigens, wat mij doet vermoeden dat zij het beleid van de PSC bepaalt.*

**De heer Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Ik zal eerst wijzen op drie algemene dimensies van dit debat. Het is een maatschappelijk debat, waaruit lessen moeten worden getrokken, het is een debat over het pluralisme en een debat dat, paradoxaal, de stilte rond de dood doorbreekt maar ook onze aandacht vestigt op nieuwe risico's. Ik zal ook enkele beschouwingen maken over de hoorzittingen en over de tekstwijzigingen in de loop van onze commissiewerkzaamheden. Aanvankelijk had ik geen idee over de wijze waarop euthanasie op wettelijk moest worden geregeld. Geleidelijk aan ben ik tot de mening gekomen dat het beter is dat de wetgever optreedt, dat het objectiveren van de noodsituatie geen verstandige oplossing is, en dat een algemene tekst niet zo voorzichtig zou zijn als een gedetailleerde tekst over voorwaarden en procedure. De in de commissie besproken tekst is reeds aanzienlijk verbeterd, maar volgens mij zijn belangrijke punten nog voor verbetering vatbaar.*

*De eerste dimensie is dus het maatschappelijk debat. Geen enkele fractie van de meerderheid wou dat het debat betreffende de euthanasie een regeringszaak werd. De wetgever, en meer bepaald de Senaat, moet maatschappelijke problemen die bezinning en actie op middellange en lange termijn vergen autonoom kunnen aanpakken. Dit debat is daarvan een voorbeeld.*

*De bio-ethische problemen zijn voor ieder van ons gewetensproblemen. Dat zet aan tot verduidelijking van het eigen standpunt en tot het luisteren naar de andere standpunten. Dit soort debat vergt tijd, bezinning en inzet. Ik had kritiek op de avondvergaderingen over onderwerpen die zo belangrijk zijn. In de toekomst moet een democratische consensus worden gevonden die de rol en de rechten van de democratische oppositie garandeert zodat, als het laat wordt, de parlementaire werkzaamheden kunnen worden uitgesteld tot 's anderendaags, zonder te moeten vrezen voor vertragingsoeuvres.*

*De debatten over bio-ethiek vergen tijd voor bezinning, luisteren, confrontatie en betere democratische werkwijzen. Uit dit debat moeten lessen worden getrokken voor toekomstige debatten over bio-ethische problemen. Is het wel redelijk om alles toe te vertrouwen aan één Kamer? Zou het niet beter zijn onze werkmethode aan te passen? We moeten de burger beter en kritischer inlichten over materies die onze toekomst beïnvloeden. We moeten dringend ingrijpen om te voorkomen dat we afglijden naar een verlichte dictatuur van deskundigen.*

*De tweede dimensie van het debat is het pluralisme. Mogen we ons ertegen verzetten dat de wet uitdrukking geeft aan het pluralisme van filosofische keuzes op het ogenblik dat de*

signaler que le PSC, qui nous a fait la leçon ce matin en stigmatisant les absences, ne brille pas par sa présence cet après-midi. Certes, l'inévitable Mme Nyssens est toujours présente mais ses quatre collègues sont absents, y compris Mme Willame, qui doit prendre la parole dans quelques minutes. Je trouve scandaleux d'attirer l'attention sur certaines absences à 12 heures 45 alors que l'on est soi-même absent à 14 heures 45. Quoi qu'il en soit, je félicite Mme Nyssens. Je présume que c'est elle qui fait l'ensemble de la politique du PSC, ce dont je ne m'étonnerai pas étant donné sa grande intelligence.

**M. Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – Je voudrais d'abord mettre en lumière trois dimensions générales de ce débat. Il s'agit d'un débat de société dont il y a des enseignements à tirer, d'un débat sur le pluralisme, d'un débat qui, paradoxalement, libère de silences mortifères mais indique aussi de nouveaux risques à prévenir. Je développerai ensuite quelques considérations sur les auditions et les modifications du texte au cours du travail en commission. Je n'avais pas d'idée précise avant le début des travaux sur la façon de traiter, sur le plan législatif, la problématique de l'euthanasie. J'ai progressivement évalué qu'il valait mieux légiférer, que l'objectivation de l'état de nécessité n'était pas une voie judicieuse, qu'un texte général, qui a été, un moment, aussi mon choix, serait moins prudent qu'un texte détaillé sur les conditions et procédure. Le texte discuté en commission a été notablement amélioré mais il reste encore à mes yeux des problèmes importants qui méritent, au stade actuel, un effort d'ajustement.

Débat de société donc, dont on peut tirer quelques enseignements. Aucun partenaire de la majorité n'a voulu que ce débat relatif à l'euthanasie soit une affaire de gouvernement. Le législateur, en toute autonomie et, en particulier, le Sénat, dont c'est une raison d'être, doit pouvoir se saisir des questions de sociétés qui demandent une réflexion et une action à moyen et long terme. Ce débat en est un exemple.

En ce qui concerne les questions de bioéthique, c'est la conscience de chacun qui est irréductiblement et fortement sollicitée. Elle appelle avec une acuité particulière à l'éclairage et l'écoute des divers points de vue, au respect de soi et des autres. Ce genre de débat nécessite temps, réflexion, engagement. J'ai critiqué les réunions nocturnes sur des sujets qui sollicitent autant l'attention et la conscience, mais il convient aussi de trouver à l'avenir des consensus démocratiques qui, en garantissant le rôle et les droits de l'opposition démocratique, permettent quand il se fait tard de postposer au lendemain la suite du travail parlementaire sans devoir craindre des stratégies qui viseraient surtout à retarder les débats.

Les débats relatifs à la bioéthique demandent de donner du temps au temps, à la réflexion, à l'écoute, à la confrontation et de convenir de modes de travail démocratique améliorés. Est-il vraiment raisonnable, à la suite des enseignements de ce débat, de tout confier à une seule chambre plutôt que d'ajuster des modes de fonctionnement ? Ce n'est pas le moment de s'engager plus avant sur cette question, mais il y a des enseignements à retenir pour l'avenir quant à la manière d'aborder d'autres débats sur des questions de bioéthique, de façon à renforcer les possibilités d'éclairage philosophique et



*mens, soms onder pijn die niet meer kan worden verlicht, wordt geconfronteerd met zijn eigen dood?*

*Volgens mij moet de wetgever in deze extreme situaties rekening houden met de uitzonderlijke en persoonlijke aard ervan en met zijn eigen beperkingen. Hij mag zich niet mengen in situaties waarin alleen de patiënt, de verzorgers die hij vertrouwt, de naasten die hij gekozen heeft, mogen optreden. De wetgever moet er wel voor zorgen dat zorgvuldigheidsvereisten worden nageleefd en dat iedereen toegang heeft tot verzorging, om misbruiken, externe druk en ontsporingen te voorkomen. Hij moet ook het wederzijds respect tussen de mensen nastreven.*

*Vandaag kan ik nog niet zeggen hoe ik later zou reageren, als ik getroffen zou zijn door een ernstige, ongeneeslijke ziekte en ondraaglijk zou lijden. Het zou heel verwaand zijn te beweren dat ik nu reeds in de plaats van iemand anders of van mijzelf zou kunnen zeggen wat er moet gebeuren in een dergelijke extreme en uitzonderlijke situatie.*

*Als ik definitief het bewustzijn zou verliezen, kan mijn voorafgaande wilsverklaring de therapeut helpen bij zijn beslissing.*

*In zulke extreme situaties moeten de pluralistische filosofische keuzes omtrent het levenseinde worden gerespecteerd. Er moeten echter ook zorgvuldigheidsvoorwaarden worden opgelegd, de maatschappij moet zich solidair inzetten voor een toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen en de rechten van de mens moeten worden gerespecteerd.*

*De derde dimensie bestaat erin dat in de Senaat en in de maatschappij een debat is aangegaan met betrekking tot het levenseinde.*

*De algemene bespreking en de openbare hoorzittingen, die in de media een ruime weerklank vonden, hebben bijgedragen tot het doorbreken van de stilte en het taboe rond de dood, tot de dialoog binnen de verplegende teams en tot de dialoog met de patiënten en hun naasten.*

*Als bij het naderende levenseinde niet voldoende wordt geluisterd en gesproken, kunnen diepe droefheid, bijkomende psychische en fysieke pijn en beangstigend onbegrip ontstaan. Patiënten, naasten en verzorgers hullen zich dan in stilte. Daardoor wordt het nog moeilijker om de toestand van de patiënt correct te evalueren en zijn persoonlijke vragen te begrijpen.*

*Inmiddels is de dialoog in de gezinnen en de verplegende teams verbeterd. Verschillende verpleegkundigen hebben ons echter ook gemeld dat er nu meer druk wordt uitgeoefend door de familie, die het lijden van een naaste niet meer verdraagt, ook als die naaste zelf niets heeft gevraagd. Meestal is die druk ingegeven door verwarring of diep lijden, maar soms is ze onrechtmatig.*

*Om het hoofd te kunnen bieden aan die situaties moet de publieke beter worden geïnformeerd en moeten de verpleegkundigen beter worden opgeleid. Misschien moet de regering hierover aanbevelingen geven.*

*Ik zal nu enkele beschouwingen maken over de hoorzittingen die een belangrijke invloed hebben gehad op het verloop van onze werkzaamheden.*

*De situatie in de intensive care-afdelingen is anders dan in de*

*critique de l'ensemble des citoyens électeurs appelés à forger leur opinion sur des questions qui orientent de plus en plus le futur. En effet, il ne faudrait pas en revenir un jour à une sorte de dictature éclairée d'experts et il y a urgence.*

*Deuxième dimension du débat que je veux mettre en exergue : celle du pluralisme. Peut-on refuser que la loi permette l'expression de la pluralité des options philosophiques sur des questions qui concernent, *in fine*, la personne humaine face à elle-même, à sa mort, alors qu'elle atteint, pour elle-même, l'extrême possible de vivre sa vie, meurtrie, si pas annihilée par des souffrances irréductibles ?*

*Il me paraît, comme d'autres l'ont dit, que le législateur, face à ces situations aux extrêmes du possible et de la vie, doit prendre en considération leur caractère exceptionnel et personnel, doit tenir compte de ses limites, à lui, législateur, et ne pas s'engager au sein de zones où seul le patient, ses soignants de confiance, ses proches choisis peuvent encore s'avancer, tout en respectant des règles de précaution et d'action minutieuse, que le législateur doit fixer pour assurer l'accès de chacun aux soins, empêcher les abus, les pressions extérieures et les dérives, et veiller au respect mutuel des personnes.*

*Je ne peux pas dire aujourd'hui ce que je voudrai, ce que je demanderai, plus tard, si je devais vivre mes derniers instants, atteint d'une maladie incurable, grave, et envahi par une souffrance inapaisable. Ce serait, me semble-t-il, une prétention surhumaine que d'affirmer pouvoir dire, aujourd'hui, à la place d'autrui ou de moi-même, ce qui devrait s'imposer, à lui ou à moi-même, lorsque nous serions confrontés à pareille situation, extrême et exceptionnelle.*

*De plus, si j'ai irréversiblement glissé dans l'inconscience, avoir établi une déclaration anticipée, c'est laisser perdurer un acte de volonté, au-delà de mon inconscience, et d'aide à la délibération et à la décision de mes thérapeutes.*

*Dans ces perspectives et face à ces situations extrêmes, il faut donc, d'une part, préserver la pluralité des options philosophiques de fin de vie, leur respect, et, d'autre part, préciser les conditions suffisantes de minutie et de prudence à respecter, dans le cadre d'une forte solidarité de l'ensemble de la société pour des soins de santé accessibles à tous et du respect des droits humains.*

*Je voudrais souligner une troisième dimension.*

*Un grand débat a eu lieu – à lieu – au Sénat et dans la société concernant l'accompagnement de fin de vie.*

*La discussion générale et les auditions publiques, largement retransmises et commentées par les médias, ont déjà pu aider à briser des silences et des tabous autour de la mort, à ouvrir des voies de dialogue au sein d'équipes de soignants, et avec des patients et leurs proches.*

*Et l'on sait les tristesses profondes, les regrets persistants, les souffrances morales et physiques supplémentaires et les angoissantes incompréhensions qui, souvent, résultent d'un manque d'écoute, de non-dits, de souhaits et de craintes non exprimées lors d'une fin de vie, face à laquelle des patients, des proches et des soignants sont comme prisonniers du silence. Ces silences altèrent le dialogue, aggravent les troubles et les souffrances du patient, fragilisent les proches, perturbent les équipes soignantes, ce qui rend encore plus*

*diensten oncologie of geriatrie. De tekst van het voorstel sluit beter aan bij de realiteit in de diensten oncologie. Een ongeneeslijke kanker kent een trager verloop dan een ziekte in een intensive care-afdeling. We moeten dus bescheiden blijven en aan de artsen vragen om good practices uit te werken die aangepast zijn aan de diverse situaties.*

*De verenigde commissies hebben ook gehoord welke moeilijkheden de huisartsen ondervinden bij de thuisbegeleiding van patiënten op het levenseinde. Ook hieraan moeten de wetgever en de uitvoerende macht aandacht schenken om te voorkomen dat de externe druk, die de tekst verbiedt, toch ontstaat wegens organisatorische tekortkomingen. Die moeten worden gecorrigeerd door een verhoging van de middelen en aanpassingen in de ziekteverzekering en het gezondheidsbeleid. Dat is het logische gevolg van het engagement om externe druk, en dus ook socio-economische druk, te vermijden.*

*Tijdens de hoorzittingen verklaarde professor Englert: "De zeer belangrijke vraag inzake het risico van het economische belang werd reeds gesteld. We moeten terzake bijzonder waakzaam blijven. We kunnen vandaag deze vraag stellen omdat de context het mogelijk maakt. In een andere periode, op een andere plaats, in een andere context van sociale democratie, zou ik misschien geen voorstander zijn om euthanasie uit de strafwet te halen. In deze materie, zoals in andere, is er misschien geen absolute waarheid maar een relatieve waarheid. We zullen dus steeds waakzaam moeten blijven inzake de benadering van het levenseinde. Niettemin trekken we niet zozeer de problematiek van het levenseinde in twijfel maar wel de manier waarop we onze medeburgers respecteren wanneer ze niet meer aan het actieve leven deelnemen."*

*Om externe druk in verband met de verzorging te voorkomen, zullen de nodige middelen en politieke wil aan de dag moeten worden gelegd om de arbeidsomstandigheden van de zorgverstrekkers aan te passen.*

*Helaas is de mishandeling van bejaarden ook een realiteit. Deze problematiek toont op prangende wijze aan dat de veroordeling van elke externe druk niet bij loze woorden mag blijven.*

*Ook zonder euthanasiewet dragen de parlementen en de regeringen in dit verband een grote verantwoordelijkheid. Recente verklaringen van sommige liberale politici over de toekomst van de sociale zekerheid stellen mij allerminst gerust.*

*Ik wil hulde brengen aan de heer Zenner voor de uitstekende synthesesnota die hij na afloop van de hoorzittingen heeft opgesteld.*

*Ik betreur de weigering om professor Sicard, voorzitter van het Franse Raadgevend Comité voor Ethiek officieel te horen. Dat comité heeft een advies uitgebracht over het levenseinde, de levensbeëindiging en euthanasie. De conclusie van dat advies is opmerkelijk en toont aan dat een dilemma een bron kan zijn van ethiek. Het advies stelt dat de euthanasieproblematiek niet los kan worden gezien van de medische wetenschap, die positieve kanten maar ook grenzen heeft. De echte uitdaging voor de maatschappij is ernaar te streven dat eenieder zijn dood zo goed als mogelijk kan*

difficiles l'évaluation correcte de l'état du patient et la compréhension de ses demandes vraiment personnelles.

À la suite des échos de ce débat dans la société, nous avons reçu de nombreux témoignages d'amélioration du dialogue au sein de familles et d'équipes soignantes. Mais il faut aussi en relever les effets négatifs. Plusieurs soignants nous ont rapporté une augmentation des pressions de familles ne tolérant plus l'état de souffrance d'un parent, et cela, même en l'absence de toute demande de sa part. Bien sûr, il s'agit souvent de désarroi, de signes de grande souffrance, mais, parfois aussi, de pressions abusives.

Un travail d'information de l'opinion publique et de formation des soignants doit être amplifié, pour les aider à faire face à ces situations. On pourrait d'ailleurs envisager d'accompagner, à un moment ou l'autre, le vote d'une loi relative à l'euthanasie de recommandations au gouvernement, parmi lesquelles figureraient celles que je viens de citer.

Je voudrais maintenant poursuivre par quelques considérations complémentaires sur les auditions. À mon avis, leur nombre n'a pas été excessif. Le pluralisme a été respecté. Elles ont été de grande qualité, et ont eu une influence significative sur l'évolution des débats. Je tiens, une fois encore, à remercier chaque personne auditionnée.

Ces auditions ont également illustré la diversité et le caractère particulier de chaque accompagnement de fin de vie.

Les réalités des services de soins intensifs ne sont pas celles des services d'oncologie ou de gériatrie. En oncologie, quand la maladie est devenue incurable, elle évolue dans des délais généralement plus longs qu'en soins intensifs. Le texte de la proposition de loi est plus adapté à des situations plus fréquemment rencontrées en oncologie qu'en soins intensifs ou en gériatrie. Il faudra donc, semble-t-il, rester modeste et demander au corps médical de tenir à jour des codes de bonne pratique adaptés à la diversité des situations.

Les commissions réunies ont aussi entendu le récit des difficultés concrètes rencontrées par les médecins généralistes lors de la fin de vie à domicile, particulièrement les difficultés pour trouver des gardes-malades à domicile la nuit et le week-end et les manques de continuité dans l'organisation des soins aux patients en fin de vie entre son domicile et l'hôpital, ce qui entraîne un surplus de souffrances et de désarroi pourtant vraiment évitables.

Le législateur et les pouvoirs exécutifs doivent aussi répondre à ces problématiques pour que l'interdiction des pressions extérieures ne soit pas contredite par des déficiences de l'organisation du système de soins et de son accessibilité.

Le législateur ne peut ignorer que ces déficiences existent encore et qu'elles doivent être corrigées entre autres par l'adaptation des budgets et de l'efficacité de l'assurance maladie invalidité et des autres actions de santé publique et d'aide aux personnes.

On ne peut pas prétendre, d'une part, vouloir éviter les pressions extérieures, dont celles d'ordre socio-économique et, d'autre part, mettre en cause et en danger un système solidaire de soins qui vise à surmonter l'inégalité socio-économique des citoyens en cas de besoin de soins.

Permettez-moi de citer un passage de l'intervention du

beleven.

*Volgens het comité is het dilemma in verband met de euthanasievraag bron van ethiek omdat ethiek niet ontstaat uit tijdelijke zekerheden, maar wel uit het conflict tussen de persoonlijke vrijheid en de eerbied voor het leven van het individu in de maatschappij. Een standpunt ingegeven door engagement en solidariteit kan de sfeer van hypocrisie en clandestiniteit rond bepaalde praktijken wegnemen. In het uiterste geval kan de concrete beslissing om een leven te beëindigen aanvaardbaar lijken, maar die daad kan nooit terugvallen op een duidelijke ethische evidentie. Levensbeëindiging is een praktijk die steunt op de onaantastbare rechten van de persoon. Het levenseinde, en eventueel de levensbeëindiging, moeten beschouwd worden als deel uitmakend van het leven zelf, zodat ook de laatste ogenblikken van dat leven op een humane manier worden benaderd.*

*De mondialisering van de ethiek moet op de agenda worden geplaatst, want euthanasie is een zaak die de hele mensheid aanbelangt.*

*De tekst van het voorstel is in positieve zin geëvolueerd, grotendeels als gevolg van de hoorzittingen en van het werk in de commissie en dankzij de inzet van vele commissieleden, zodat de voorzorgsmaatregelen beter op de realiteit zijn afgestemd.*

*Ik stip een aantal belangrijke evoluties aan.*

*Het schrappen van de term "nood" geeft aan dat de wetgever een onderscheid wil maken tussen existentiële nood en psychisch lijden. De toelating die door de wet wordt gegeven, heeft betrekking op de medische behandeling van de ongeneeslijke ziekte en niet op de situatie waarbij men 'geen zin meer' in het leven heeft. Aldus zou de geneeskunde immers van haar doel worden afgewend. Daarom verwerp ik ook het concept van medische hulp bij zelfdoding.*

*De toevoeging dat de arts met de patiënt tot de overtuiging moet komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt vrijwillig is, plaatst deze situatie in een ethisch perspectief van medeverantwoordelijkheid en dialoog tussen arts en patiënt.*

*De verwijzing naar het verplegend team leek mij onontbeerlijk. Schoorvoetend werd daaraan toegegeven. Het uitsluiten van dat team zou niet alleen een gebrekkige besluitvorming betekenen maar ook het noodzakelijke vertrouwen binnen dat team aantasten.*

*De invoering van een verplichte schriftelijke procedure is een belangrijke bijkomende voorzorg.*

*Ondanks de belangrijke verbeteringen zijn er nog lacunes. Men heeft de definitie behouden die het Belgische Comité voor Bio-ethiek bij het begin van de werkzaamheden had voorgesteld.*

*Het Comité gaat met deze definitie voorbij aan een fundamenteel verschil tussen misdadaad en euthanasie: de intentie van de handeling.*

*Het hoofddoel van euthanasie is niet dat de ander verdwijnt, maar wel dat zijn ondraaglijk lijden, in een situatie zonder*

Professeur Yvon Englert aux pages 40 et 41 du rapport des auditions : « On a évoqué la question extrêmement importante de la dérive économique. Nous devons rester particulièrement vigilants car si nous pouvons aujourd'hui aborder cette question, c'est parce que le contexte le permet. En d'autres temps, d'autres lieux, dans un autre contexte de démocratie sociale, je ne serais peut-être pas favorable à une dépenalisation. Dans ce domaine comme dans d'autres, il n'y a peut-être pas de vérité absolue mais une vérité relative. Nous devons donc toujours rester vigilants par rapport à la gestion de fin de vie. Néanmoins, ce que nous remettons fondamentalement en question n'est pas tant la problématique de fin de vie mais plutôt la manière dont nous respectons nos concitoyens lorsqu'ils cessent d'appartenir à la tranche de vie active. »

Pour éviter les pressions extérieures liées au contexte de soins, on ne peut pas non plus ignorer les conditions de travail du personnel soignant. Il y a urgence à mobiliser des moyens et une volonté politique pour trouver des réponses appropriées.

Les cas de maltraitance de personnes âgées ne sont hélas pas non plus des fantasmes. L'isolement social et l'aggravation des inégalités sociales s'accompagnent aussi pour les personnes précarisées de difficultés persistantes dans leur accès aux soins. Je cite cela, non pour trouver des arguments contre une législation permettant des exceptions d'euthanasie, mais pour réaffirmer que la condamnation des pressions extérieures ne peut rester platonique.

D'ailleurs, même sans loi relative à l'euthanasie, les gouvernements et les parlements ont une responsabilité permanente à ce sujet. Et je dois dire que des déclarations récentes de certains responsables politiques libéraux sur l'avenir de la sécurité sociale ne m'ont pas rassuré à ce sujet.

Cependant je voudrais aussi, face à des critiques entendues au sujet des auditions et du travail des commissions, renvoyer à l'excellente communication de synthèse présentée à la fin des auditions par Alain Zenner qui depuis a dû quitter la commission pour accomplir d'autres fonctions.

Il me reste cependant un regret, celui du refus de l'audition officielle du Professeur Sicard, président du Comité consultatif national d'Éthique de France alors que ce comité venait de dégager un avis commun sur « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie ». Il n'y a donc pas de compte rendu au rapport de la rencontre entre le Professeur Sicard et plusieurs sénateurs qui en avaient malgré tout pris l'initiative. Pourtant ce fut un grand moment d'humanité, d'exemple de tolérance, d'ouverture d'esprit et de sagesse. La conclusion de cet avis est remarquable car loin du consensus mou, il montre qu'assumer un dilemme est source d'éthique. Je vous en donne lecture : « Face à la difficile et douloureuse question de la fin de vie et de l'arrêt de vie, le Comité consultatif national d'Éthique affirme que la question de l'euthanasie proprement dite ne peut être isolée du contexte plus large que représente le fait de mourir aujourd'hui dans un monde fortement marqué par la technique médicale, ses qualités évidentes, mais aussi ses limites. Le véritable défi devant lequel la société se trouve placée revient à permettre à chacun de vivre au mieux ou au moins mal sa mort et dans la mesure du possible de ne pas en être dépossédé. »...

*uitzicht op genezing, verdwijnt.*

*Ik tracht mij in de plaats te stellen van de persoon die lijdt en een verzoek om euthanasie doet. Ik tracht mij ook in de plaats te stellen van de behandelende arts die zeer voorzichtig aanvaardt op dit verzoek in te gaan. Is het wel verstandig dat patiënt en arts de positie blijven behouden van degene die een misdaad aanvraagt en degene die ze uitvoert, ook al wordt die verschoond?*

*Ik wens dat respect wordt opgebracht voor de ultieme verlichting van het lijden en dat met de definitie een gevaarlijke verwarring wordt vermeden.*

*Meer juridisch zou men kunnen zeggen dat de finaliteit van de euthanasie een centrale plaats inneemt in het debat over de legalisering: het gaat om de verlichting van een onomkeerbaar en ondraaglijk lijden. Deze finaliteit legitimeert het optreden van de wetgever en moet in de definitie worden opgenomen. Anders zou men kunnen denken dat de beëindiging van het leven zelf de intentie van de arts is of dat de finaliteit van de levensbeëindiging de euthanasie zelf is. In dit opzicht is de definitie van het Comité voor Bio-ethiek te ruim. Dit is niet alleen een kwestie van woorden, maar ook van duidelijke omschrijving van de maatschappelijke inzet.*

*In de tekst staat uitdrukkelijk dat de arts de patiënt informeert, met name over de mogelijkheden en de gevolgen van palliatieve zorg. Hiervoor moet de arts op de hoogte zijn van en ervaring hebben met palliatieve zorg of een beroep kunnen doen op iemand die hem deze informatie kan verstrekken.*

*Deze kennis is nog niet verspreid over heel het medisch korps. Daarom vind ik dat de tekst de voorzorgsmaatregelen nauwkeuriger moet omschrijven.*

*Ik denk niet dat de bijstand van een lokaal ethisch comité in de wet moet worden opgenomen. Wel moet bij besluit of rondzendbrief worden gepreciseerd dat de behandelende arts die met een verzoek om euthanasie wordt geconfronteerd, op elk ogenblik van de dag contact kan opnemen met een lid van dat comité als hij dit wenst. Een goede organisatie van de ethische comités en moderne communicatiemiddelen moeten dit mogelijk maken.*

*De arts die de Federale Controle- en Evaluatiecommissie een registratiedocument overzendt, moet worden ingelicht als de commissie de anonimiteit opheft en nagaat of het dossier naar het parket moet gaan. De arts moet zeker zijn dat hij door de commissie wordt gehoord als hij het wenst.*

*De commissie kan slecht geloofwaardig werken als de artsen het gevoel hebben dat ze haar kunnen vertrouwen. Dit vertrouwensklimaat wordt versterkt als de arts wordt ingelicht over de opheffing van de anonimiteit en als hij zijn daad voor de commissie kan toelichten, eerder dan dat hij door het parket wordt opgeroepen.*

*Het is niet mijn bedoeling terechte vervolgingen te beletten, maar wel een te groot wantrouwen jegens de commissie te voorkomen. Ook het recht op informatie van de arts moet worden gerespecteerd. Ik zal in het vervolg van de debatten zien wat in dit verband nog kan worden gedaan.*

*Ik hoop dat we op het einde van dit wetgevend werk een stevig drieluik zullen kunnen voorleggen: patiëntenrechten, toegang*

Un peu plus loin, il poursuit : « Faire face à la question euthanasique dans ces cas-là conduit à affirmer des valeurs et des principes touchant tant à la liberté des individus qu'aux exigences du respect de la vie individuelle et sociale. Ces valeurs et ces principes méritent tous la plus grande considération. Mais, de fait, ils entrent en conflit les uns avec les autres et s'avèrent contradictoires, générant ainsi un dilemme qui peut se révéler paralysant. Or, le dilemme est lui-même source d'éthique ; l'éthique naît et vit, moins de certitudes péremptoires que de tensions et du refus de clore, de façon définitive, des questions dont le caractère récurrent et lancinant exprime un aspect fondamental de la condition humaine. »

« C'est ainsi qu'il apparaît au CCNE qu'une position fondée sur l'engagement et sur la solidarité est en mesure de faire droit aux justes convictions des uns et de autres et de lever la voile d'hypocrisie et de clandestinité qui recouvre certaines pratiques actuelles. »...

« Si, en situation concrète, la décision d'arrêter une vie peut, à la limite, apparaître comme un acte acceptable, cet acte ne peut se prévaloir d'une évidence éthique claire. Une telle décision ne peut et ne pourra jamais devenir une pratique comme une autre. Cette pratique, fondée sur le respect des droits imprescriptibles de la personne, ne doit tendre qu'à inscrire fermement les fins de vie et, éventuellement, les arrêts de vie, au sein de la vie elle-même et à ne pas exclure d'un monde humanisé les derniers instants d'une existence donnée. »

Chers collègues, la mondialisation de l'éthique doit aussi être à l'ordre du jour et la question de l'euthanasie est également une question qui interpelle l'humanité, je pourrais même dire l'humanité dans son humanité.

J'en viens au texte de la proposition. Il a déjà beaucoup évolué et ce, de manière positive, en grande partie à la suite des auditions et du travail en commission et grâce à l'engagement de nombreux membres de la commission, ce qui a permis de rapprocher les conditions de précaution des réalités rencontrées et vécues.

Des intervenants précédents ont rappelé ce qui est prévu par le texte actuel et en quoi il a évolué. Je ne reprends donc que quelques évolutions auxquelles j'ai été particulièrement attentif.

Ainsi, la suppression du terme détresse indique maintenant que le législateur veut distinguer détresse existentielle et souffrance psychique, car on situe l'autorisation de la loi dans l'ordre de la maladie incurable et de l'action médicale et non, par exemple, au niveau d'un ras le bol existentiel, ce qui ouvrirait la voie aux abus et à l'instrumentalisation de la médecine à d'autres fins que les siennes. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles je conteste le concept du suicide médicalement assisté

Autre modification : l'introduction de la phrase qui précise que le médecin « doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ». Cette phrase indique que le texte s'inscrit dans une perspective éthique de coresponsabilité et de dialogue patient-médecin, et je m'en réjouis.

*tot kwaliteitsvolle palliatieve zorg en exceptie van euthanasie. Ik hoop ook dat de euthanasiewet deel zal uitmaken van een geheel waarin wordt erkend dat de wet geen uitsluitel kan geven, zonder dat het illegaal is euthanasie toe te passen als de voorwaarden inzake voorzichtigheid en nauwkeurigheid werden nageleefd, die misbruiken en ontsporingen moeten voorkomen.*

La référence à l'équipe soignante me paraissait indispensable. Elle s'y retrouve aussi, après beaucoup de réticences. Était-il possible de concevoir qu'un infirmier, qu'une infirmière qui écoute et soigne régulièrement un patient découvre inopinément son décès par euthanasie ? Il y aurait là une perte d'éléments éventuellement essentiels à l'éclairage du processus décisionnel et, certainement, une perte de confiance, laquelle est pourtant indispensable au travail en équipe de soins et tout aussi indispensable pour affronter ultérieurement d'autres situations difficiles.

L'introduction de l'obligation d'une procédure écrite est aussi une précaution supplémentaire importante. L'écrit impose de prendre un peu de temps en plus et favorise la réflexion.

Malgré les améliorations importantes acquises, il y a encore, et c'est compréhensible, des lacunes que nous avons déjà voulu combler en commission, et d'abord au sujet de la définition. Celle-ci reprend la définition que le Comité consultatif belge de Bioéthique avait choisie au début de ses travaux et qu'il persistait à retenir.

Mais cette définition du Comité me semble négliger une différence fondamentale entre crime et euthanasie, différence qui est la finalité de l'acte.

En cas d'euthanasie, le but poursuivi, l'intention première, n'est pas la disparition de l'autre, mais la disparition de sa souffrance irréductible, alors qu'il est déjà dans une situation sans issue curative.

Si j'essaie de me situer, un tant soit peu, dans le respect de ses options personnelles de choix de fin de vie, donc à la place de celui qui se trouve dans une situation de souffrance pouvant l'amener à demander l'euthanasie et, de même, à la place du médecin traitant qui, précautionneusement, accepte d'agir en ce sens, je me demande s'il est sain que ce patient et ce médecin restent dans la position de celui qui demande et de celui qui exécute un crime, même excusé.

Je voudrais, au contraire, que la perspective d'apaisement ultime de la souffrance et de compassion dans laquelle les intéressés doivent se situer soit respectée et que, dès la définition, une confusion dangereuse soit levée.

D'une manière plus juridique, on pourrait dire que la finalité de l'euthanasie occupe une place centrale dans le débat sur la légalisation : il s'agit de soulager des souffrances irréductibles et insupportables. C'est cette finalité qui donne une légitimité à l'intervention du législateur. Aussi, nous paraît-il essentiel de reprendre cet élément dans la définition. À défaut, on pourrait laisser entendre que l'arrêt de vie lui-même est l'intention du médecin ou, encore, que la finalité de l'arrêt de vie est l'euthanasie elle-même. À cet égard, on peut avancer que la définition du Comité de Bioéthique est trop large. Ce n'est pas simplement une question de mots, c'est une question de détermination claire d'enjeux de société.

Par ailleurs, si le texte indique bien que le médecin informe le patient, notamment des possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences, il faut qu'il ait une bonne connaissance et une certaine expérience de ceux-ci ou qu'il fasse appel à quelqu'un pouvant l'aider à donner cette information, en relation avec l'état du patient.

Sachant que ces connaissances sont loin d'être répandues dans l'ensemble du corps médical, je partage l'avis selon

lequel des règles de prudence plus précises devraient figurer dans le texte. C'est ce qu'a expliqué hier M. Vankrunkelsven.

Quant à l'aide à la réflexion que peut représenter le recours au comité d'éthique local, je ne dis pas qu'il faut l'inscrire dans la loi. Il convient toutefois de préciser par arrêté ou circulaire que le médecin traitant confronté à une demande d'euthanasie d'un patient a, s'il le souhaite, la possibilité d'entrer en contact avec un membre de ce comité 24h/24, parce que les situations dramatiques n'ont pas d'horaire. Une règle d'organisation des comités d'éthique et les moyens modernes de communication devraient rendre cela possible.

En ce qui concerne la commission fédérale de contrôle et d'évaluation, je plaide pour que le médecin qui remet à celle-ci le document d'enregistrement soit averti de la levée de son anonymat lorsque la commission se posera la question de l'envoi, ou non, du dossier au parquet. Il faut que ce médecin, s'il le souhaite lui-même, ait la certitude de pouvoir être entendu par la commission.

Les travaux d'évaluation de la commission ne seront crédibles que dans la mesure où les médecins eux-mêmes pourront se sentir en confiance. Le fait de savoir qu'ils seront avertis si leur anonymat est levé et pourront venir s'expliquer devant la commission s'ils le souhaitent, plutôt que de l'apprendre par une convocation du parquet, est un élément important dans l'établissement de ce climat de confiance.

Il ne s'agit donc pas d'empêcher des poursuites, si elles sont justifiées, mais d'éviter une méfiance excessive a priori vis-à-vis de la commission. Il s'agit finalement aussi du respect d'un droit à l'information du médecin. Je verrai donc dans la suite des débats ce qui peut encore être fait à cet égard.

J'espère de toute façon qu'en fin de parcours législatif, un solide triptyque « droit du patient – accessibilité à des soins palliatifs de qualité – exception d'euthanasie » aura pu être construit. J'espère aussi que la loi sur l'exception d'euthanasie s'inscrira dans une perspective d'acceptation d'une zone où l'on reconnaîtra que la loi ne peut trancher, sans qu'il ne soit pourtant illégal de s'y engager en respectant des conditions de prudence et de minutie suffisantes pour éviter les abus et les dérives.

**Mevrouw Marie-José Laloy (PS), corapporteur.** – *Ik dank corapporteur Iris Van Riet en de diensten van de Senaat.*

*Dit ethisch debat raakt de meest intieme overtuigingen van elk van ons. Het betreft die persoonlijke ervaring die onze persoonlijkheid, ons begrip van de mens, onze relatie tot de wereld en ons engagement heeft gevormd.*

*De rijkgestoffeerde debatten waartoe de wetsvoorstellen en de antwoorden van de experts en practici aanleiding gaven, weerspiegelen de noodzaak om dit probleem vanuit het perspectief van de wet te bekijken alsook uit dat van de artsen, het verplegend personeel, de patiënten en de families, én van de ethiek waarop een maatschappij rust. Een maatschappij die openstaat voor de toekomst is er een die zin geeft aan het leven en die de dood als een essentieel onderdeel van het leven heeft geïntegreerd. Het ethische debat over de euthanasie heeft die door allen gedeelde passie voor het leven opnieuw naar boven doen komen.*

*Ik wil de rol van de vrouwen onderstrepen die aan de zijde van de stervenden staan voor wie zij dikwijls de ultieme band*

**Mme Marie-José Laloy (PS), corapporteuse.** – Je voudrais tout d'abord remercier Mme Iris Van Riet avec qui j'ai rédigé le rapport que nous vous avons présenté hier matin. Je remercie également tous les services du Sénat qui nous ont permis d'aboutir cette semaine à une étape importante dans ce travail parlementaire.

Il y a des circonstances, dans la vie politique, où le débat partisan cède le pas au débat éthique. Celui-ci mobilise, plus ou moins consciemment, la part la plus intime de chacun de nous. Il s'agit de cette expérience personnelle, souvent indicible, qui a forgé nos personnalités, notre appréhension de l'être humain, notre relation au monde et, en fin de compte, notre engagement.

La richesse des débats auxquels ont donné lieu les propositions de loi relative à l'euthanasie et les réponses des experts et des praticiens à nos interrogations traduisent le besoin d'envisager cette question sous l'angle de la loi, mais aussi sous celui des protagonistes – médecins, personnel infirmier, patients, familles – et de l'éthique qui est le socle

*met het leven zijn in de doodstrijd. Ik denk aan de toewijding van het verplegend personeel. Zij stellen degenen die achterblijven in staat hun weg verder te zetten.*

*Zoals Roger Lallemand zei, wil het voorstel het naast elkaar bestaan van uiteenlopende morele opvattingen bevestigen. Het voorstel garandeert ook eenieders vrijheid. Het zal transparantie brengen in reeds bestaande praktijken. Het zal het onuitgesproken vervangen door verantwoordelijk gedrag. De vrijheid van de burger zal bestaan in de juridische mogelijkheid zijn handelingen te laten samenvallen met zijn persoonlijke morele overtuigingen.*

*De voorstanders van het voorstel zijn steeds gemotiveerd geweest door de noodzaak de vrijwillige keuze van een waardige dood mogelijk te maken.*

*Wij hebben de Nederlandse wet niet gekopieerd. Toch was de inspiratiebron dezelfde, was er dezelfde zorg voor de bescherming van de zieke en kan de arts euthanasie toepassen in welomschreven omstandigheden. Ook in Nederland gold het principe van het respect voor het leven, steunend op een rechtspraak en een euthanasiepraktijk die veel meer ontwikkeld en transparanter was dan in België.*

*In een in 1998 door de Nederlandse ministeries van Buitenlandse Zaken, Volksgezondheid en Justitie opgestelde brochure staat dat de eerste opdracht van de arts is het leven effectief te beschermen. Euthanasie is geen onderdeel van de zorgverplichting. Toch is de arts verplicht om de patiënt naar een waardig levenseinde te begeleiden en hem geen onnodige behandeling te laten ondergaan. Indien de behandeling geen perspectief biedt, heeft de arts de verantwoordelijkheid het lijden te verlichten.*

*De rechtspraak in Nederland heeft criteria ontwikkeld die de arts moet eerbiedigen om euthanasie te kunnen toepassen: de zieke moet vrij, weloverwogen en op voortdurende wijze om euthanasie hebben verzocht, het lijden moet ondraaglijk en uitzichtloos zijn volgens de heersende medische opvattingen, de arts moet op zijn minst één andere onafhankelijke arts hebben geraadpleegd, de beëindiging van het leven moet door de behandelende arts worden uitgevoerd conform de medische regels.*

*Volgens de Nederlandse wetgeving zijn de artsen niet verplicht in te gaan op een vraag naar euthanasie. De ervaring wijst uit dat veel patiënten geruststelling vinden in de idee dat hun arts zonodig bereid is euthanasie toe te passen en sterven zonder van die mogelijkheid gebruik te maken.*

*Een regionale controlecommissie moet de handelingen van de arts evalueren in het licht van de opgelegde criteria en deelt haar advies mee aan het openbaar ministerie. Indien dit vermoedt dat er strafbare feiten zijn gesteld, kan het zelf een onderzoek openen. De Nederlandse wetgeving is niet door de EG veroordeeld.*

*De garanties die wij kozen, verschillen enigszins van die in Nederland. Wij hebben rekening gehouden met onze eigen cultuur en medische praktijken. Wij hebben echter altijd zeer veel aandacht besteed aan het recht van eenieder om over zijn leven te beschikken.*

*Ik ben blij dat ik aan deze belangrijke werkzaamheden heb kunnen deelnemen. Onze assemblee vervult ten volle de rol*

sur lequel une société prend appui. Une société ouverte à l'avenir est une société qui donne sens à la vie et qui a su intégrer la mort comme une composante essentielle de la vie. Le débat éthique à propos de l'euthanasie a fait ressortir cette passion de la vie partagée par tous.

Je voudrais d'ailleurs souligner le rôle des femmes qui, donneuses de vie, l'accompagnent médicalement et sont aux côtés des mourants pour qui elles constituent souvent l'ultime lien qui les relie à la vie lorsque survient l'agonie. Je pense, bien entendu, au dévouement du personnel infirmier, actrices et acteurs directs de cette relation intense au mourant, de ce moment suspendu où la simple qualité professionnelle devient force d'âme. Ils apprivoisent la mort auprès des mourants pour permettre à ceux qui demeurent de poursuivre leur route.

La loi se propose de faire coexister des volontés différentes en garantissant la liberté de chacun. Pour reprendre les mots de Roger Lallemand, « La réforme proposée veut instaurer la coexistence de morales divergentes ». Elle apportera une transparence salutaire à des pratiques qui ont déjà cours, effaçant les non-dits au bénéfice de comportements responsables. La liberté du citoyen consistera en la possibilité juridique de faire coïncider ses actes avec ses principes moraux personnels.

Mes collègues Philippe Mahoux et Jean-François Istasse ont déjà largement développé les aspects politiques, éthiques, philosophiques et juridiques de notre groupe. Mais je voudrais ouvrir ici une parenthèse. Les partisans de la proposition, en soutenant ce texte, ont toujours été motivés par la nécessité de permettre le choix volontaire d'une mort digne.

Si nous avons analysé avec attention le système existant aux Pays-Bas avant que le parlement hollandais ne vote, le 13 mars 2001, une loi sur l'euthanasie, nous n'avons pas simplement copié cette loi. Mais la source d'inspiration fut identique et nous avons eu le même souci de la protection du malade, tout en permettant aux médecins de réaliser une euthanasie dans des circonstances bien définies et précises. Ainsi, la Hollande avait aussi comme principe, par une jurisprudence et une pratique de l'euthanasie beaucoup plus développées qu'en Belgique et surtout plus transparente, de respecter le droit à la vie.

Dans une brochure parue en 1998, consacrée aux questions et réponses de la politique néerlandaise en matière d'euthanasie et rédigée par le ministère des Affaires étrangères en collaboration avec les ministères de la Santé et de la Justice des Pays-Bas, il est précisé que « La tâche première du médecin est effectivement de préserver la vie ; l'euthanasie ne fait pas partie de l'obligation de soins. Celle-ci impose cependant au médecin d'accompagner le patient vers une fin de vie digne et de ne pas lui administrer de traitements inutiles. Si les traitements n'offrent plus aucune perspective, il est de la responsabilité du médecin d'alléger les souffrances du patient ».

La jurisprudence des Pays-Bas a développé les critères à la lumière desquels le médecin pourrait valablement poser un acte d'euthanasie, à savoir :

Le malade doit avoir demandé l'euthanasie librement, de façon mûrement réfléchie et constante ;

Les souffrances du malade doivent être insupportables et sans

*die haar door de staatshervorming werd toegewezen wanneer zij op een dergelijke diepgaande wijze reflectiewerk doet, waarbij zij heeft aangetoond dit debat ook te kunnen voeren met de civiele maatschappij.*

*Sommigen zouden er goed aan doen van dit werk kennis te nemen vooraleer ongenueanceerde oordelen uit te spreken over de toekomst van onze instelling.*

**Mevrouw Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – *Ik dank de rapporteurs en de diensten voor hun omvangrijk en belangrijk rapport. Ik hoop dat de meesten van ons dit resultaat van een diepgaand maatschappelijk debat hebben gelezen en dat de collega's van de Kamer dat ook zullen doen.*

*In het begin was niet iedereen overtuigd van het belang van hoorzittingen, maar achteraf is de rijkdom ervan duidelijk geworden.*

*Het was ook belangrijk dat dit een publiek debat was. Het gaat immers elke burger aan.*

*Ik herinner aan het deel van de regeringsverklaring over ethische kwesties: "In het zoeken naar antwoorden op de ethische vraagstukken en uitdagingen kiest de regering voor een aanpak die breekt met het verleden. In plaats van het debat te duwen in het carcan van de regeringssolidariteit en het zo afhankelijk te maken van een consensus onder meerderheidspartijen, zal het parlement haar volle verantwoordelijkheid kunnen opnemen en dit op basis van*

perspective d'amélioration, selon les conceptions médicales prédominantes du moment ;

Le médecin doit avoir consulté au moins un autre médecin indépendant ;

Enfin, l'interruption de la vie doit être pratiquée par le médecin traitant avec la rigueur requise pour tout acte médical.

Selon la législation néerlandaise, les médecins ne sont bien évidemment pas obligés de donner suite à une demande d'euthanasie et il est précisé que l'expérience montre du reste que beaucoup de patients trouvent un réconfort dans l'idée que leur médecin est disposé, le cas échéant, à pratiquer une euthanasie et qu'ils meurent sans même recourir à cette possibilité.

Une commission régionale de contrôle de l'euthanasie a été mise en place afin d'évaluer les actes du médecin à la lumière des critères de rigueur imposés et elle communique son avis au ministère public. Il va de soi que si ce dernier soupçonne des faits condamnables, il est habilité à ouvrir lui-même une enquête.

Quant à la loi hollandaise, je voudrais souligner ici que la Communauté européenne ne l'a pas réprouvée.

Nos choix de garanties diffèrent quelque peu de ceux appliqués aux Pays-Bas parce que nous avons tenu compte de notre propre culture et de nos propres pratiques médicales, mais notre souci a toujours été d'être extrêmement attentifs au respect du droit de chacun à disposer de sa vie. Je referme ici ma parenthèse.

Je voudrais, pour finir, exprimer ma satisfaction d'avoir pu participer à des travaux d'une remarquable richesse.

Je pense que notre assemblée remplit pleinement le rôle que lui a dévolu la réforme de l'État quand elle mène des travaux de réflexion avec une telle rigueur, un tel sérieux et avec cette capacité démontrée de partager le débat avec la société civile.

Certains seraient sans doute bien inspirés de prendre connaissance du travail accompli avant de porter des jugements sans nuance sur l'avenir de notre institution.

**Mme Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – Je me joins bien entendu aux remerciements de mes collègues adressés tant aux rapporteurs qu'aux services qui ont travaillé durant ces longues semaines pour rédiger un rapport volumineux et important. J'espère que la plupart d'entre nous ont pu lire ce rapport et que nos collègues de la Chambre auront le temps de le parcourir car il contient énormément d'éléments intéressants. Il est le résultat d'un débat de société approfondi.

Il est heureux d'ailleurs que nous ayons pu mener toutes ces auditions. Au début, tous n'étaient pas convaincus de leur nécessité mais au cours de leur déroulement, nous nous sommes rendu compte combien elles pouvaient receler de richesses, d'interpellations.

Il était aussi important que ce débat ait été public, qu'il n'ait pas été réservé aux experts et aux politiques, car il concerne chaque citoyen dans ce qu'il possède de plus intime.

Je voudrais rappeler le passage de la déclaration gouvernementale relatif aux débats éthiques parce qu'il doit



*ieders individueel geweten en overtuiging.”*

*Ieder van ons moet zich door die zin aangesproken voelen omdat het meer om een ethisch dan om een politiek debat gaat. Iedereen moet zich vrij over een dergelijke belangrijke materie kunnen uitspreken.*

*In mijn fractie is de gewetensvrijheid een vanzelfsprekendheid, een basisprincipe en tevens een bewijs van politieke rijpheid. Dat is een meerwaarde voor de democratie. Partijbevelen passen hier niet. Ik hoop dat elk parlementslid, of hij nu tot de meerderheid of de oppositie behoort, zich in eer en geweten zal kunnen uitspreken.*

*Dat heeft het mogelijk gemaakt dat collega's van verschillende partijen, op initiatief van oud-collega Alain Zenner, een tekst hebben kunnen opstellen om een rechtskader te creëren voor de begeleiding van het levenseinde dat, over de traditionele politieke en filosofische tegenstellingen heen, een brede consensus kon wegdragen. Ik betreur dat die kans niet is aangegrepen.*

*Ondanks alle positieve kanten zijn we in de commissie niet tot een echte dialoog gekomen. Ik betreur dat. Zelfs puur formele amendementen werden verworpen. Men had op een meer open manier kunnen werken.*

**De heer Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – *Mevrouw de T' Serclaes moet ernstig blijven. Het eerste voorstel van de heren Mahoux, Monfils en anderen is helemaal niet identiek met het voorstel dat uit de commissie is gekomen. Bijna op alle artikelen werden amendementen ingediend. We kunnen verklaren waarom die amendementen niet door mevrouw de T' Serclaes werden ondertekend. Toch werden ze ingediend door een grote meerderheid na een reeks hoorzittingen en debatten. Het is sterk nu te zeggen dat er geen debat en begrip voor elkaar was.*

*Het voorstel van de heer Zenner werd pas ingediend op het*

interpeller chacun d'entre nous à ce stade de la discussion :

« Dans la recherche de réponses aux questions et défis éthiques, le gouvernement opte pour une approche en rupture avec le passé. Au lieu d'enfermer le débat dans le carcan de la solidarité gouvernementale et de le faire dépendre ainsi d'un consensus parmi les partis de la majorité, le parlement assumera pleinement ses responsabilités, et ce sur la base de la conscience individuelle et de l'intime conviction de chacun. »

Je crois important que chacun d'entre nous se sente interpellé par cette phrase car il s'agit à mes yeux d'un débat plus éthique que politique, comme l'ont dit certains. Chacun doit pouvoir s'exprimer librement sur une matière aussi importante.

Je rappelle aussi qu'au sein du groupe auquel j'appartiens, cette liberté de conscience est une évidence, un principe de base ; c'est aussi une preuve de maturité politique de la part d'une formation politique telle que la nôtre. Il importe de le dire ; c'est un plus pour la démocratie. Les mots d'ordre des partis n'ont pas leur place dans ce genre de discussion. Chaque parlementaire doit pouvoir se déterminer en âme et conscience. J'espère que ce sera le cas pour chacun d'entre nous, que nous soyons membres de la majorité ou de l'opposition. C'est pour moi une des richesses de ce débat.

C'est d'ailleurs ce qui a permis à un certain nombre de collègues issus de formations politiques différentes d'élaborer, à l'initiative de notre ancien collègue Alain Zenner, un texte visant ce que nous avons appelé un encadrement légal de l'accompagnement de fin de vie susceptible, à nos yeux, de constituer, au-delà des clivages politiques et philosophiques traditionnels, la base pour un large consensus dans une matière aussi délicate.

J'ai constaté avec d'autres collègues que, malheureusement, cette initiative avait fait long feu. Je le regrette, je pense qu'il y avait là une piste intéressante, une opportunité que l'on n'a pas voulu saisir. Nous avons fait ce que nous pensions devoir faire et chacun s'est positionné par rapport à cette proposition.

Malgré les aspects positifs que j'expliciterai plus loin et la richesse du débat que nous avons eu, notamment grâce aux auditions, je ne pense pas que nous soyons arrivés en commission à un véritable dialogue entre des options différentes. Ce dernier n'a jamais pu véritablement s'installer et je le regrette. Je ne referai pas l'historique de cette commission, je renvoie à cet égard au rapport. Même des amendements de pure forme qui visaient uniquement à améliorer le contenu ont été rejetés de manière parfois regrettable. Je pense qu'il y avait moyen de travailler de manière plus ouverte.

**M. Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – Il faut rester sincère, madame de T' Serclaes. Si vous comparez la première proposition déposée par MM. Mahoux, Monfils et autres à celle qui est sortie des débats, vous ne pouvez quand même pas dire qu'elles sont identiques. Pratiquement tous les articles ont fait l'objet d'amendements. Il est vrai que ces derniers n'ont pas été signés de T' Serclaes ! On pourrait expliquer pourquoi. Ils ont cependant été déposés par une majorité significative de ce Sénat à la suite de toute une série d'auditions, de débats et de discussions. Dire à présent qu'il n'y a eu ni débat, ni compréhension, ni écoute de l'autre, c'est

*ogenblik dat de commissie haar werkzaamheden bijna had beëindigd.*

*Iedereen is vrij te zeggen wat hij of zij wil, maar mevrouw de T' Serclaes zegt zomaar wat. Meerderheden veranderen. Dat is het democratische spel.*

**De heer Jean-François Istasse (PS).** – *Ik bevestig wat de heer Monfils zegt. Elke senator heeft absolute gewetensvrijheid bij de stemming. Indien alle senatoren van een fractie op dezelfde wijze stemmen, betekent dat niet dat elke senator geen individueel gewetensonderzoek heeft gedaan.*

**De heer Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Volgens de heer Monfils zijn de amendementen van mevrouw de T' Serclaes niet aanvaard. Er is er wel één heel belangrijk dat ik medeondertekend heb en dat is goedgekeurd, namelijk dat waarin een Nederlandse tekst is overgenomen waarin wordt bepaald dat de arts en de patiënt tot de overtuiging moeten zijn gekomen dat er geen andere oplossing is voor de toestand waarin de patiënt verkeert. Die zin toont aan dat de meerderheid een ethiek van medeverantwoordelijkheid en dialoog volgde.*

**Mevrouw Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – *Laat mij eerst uitspreken vooraleer u op te winden.*

*Ik zeg niet dat al het werk van de commissie slecht is, maar met een echte dialoog had men nog beter kunnen doen.*

*De voorzitter van de commissie heeft erover gewaakt dat iedereen zich kon uitspreken en zijn amendementen kon verdedigen.*

*Aan de heer Istasse antwoord ik dat ik nooit heb gezegd dat, indien in een fractie iedereen dezelfde stem uitbrengt, dat is omdat er partijtucht is en niet iedereen zijn geweten heeft kunnen onderzoeken.*

*We moeten niet ontkennen dat het debat niet gemakkelijk was. Het was moeilijk de hoorzittingen te organiseren. Onze voorzitter heeft al zijn gewicht in de schaal moeten werpen om ze te houden en het advies van de Raad van State te vragen. Ik hoop dat enkele opmerkingen van de Raad van State zullen worden aanvaard. Hoe dan ook zal de Kamer dat advies aandachtig lezen en zo nodig verbeteringen aanbrenge.*

*Moet de wetgever euthanasie regelen en, zo ja, hoe?*

*Ik herinner eraan dat nog geen enkel Europees land in deze materie een wetgeving tot stand heeft gebracht, althans niet via een wijziging van de strafwet. Alleen Nederland heeft, na vele studies en uitvoerig overleg met de medische en gerechtelijke kringen, recent een wet aangenomen. Toch zou*

un peu fort !

Quant à cette fameuse proposition Zenner, elle n'a jamais été présentée et vous le savez très bien. Elle a été déposée quasiment au moment où la commission avait terminé ses travaux.

Vous êtes libre de dire tout ce que vous voulez et je respecte tout à fait votre attitude, comme je l'ai toujours fait. Mais ne racontez pas n'importe quoi, notamment qu'on n'a pas tenu compte d'un certain nombre d'éléments apparus au cours de l'audition des experts et des débats démocratiques que nous avons eus en commission. Il est vrai que les majorités changent, c'est le jeu démocratique normal.

**M. Jean-François Istasse (PS).** – J'en profite pour confirmer les propos de M. Monfils et pour ajouter que le vote qui va intervenir implique la liberté absolue de conscience de chaque sénateur. Cela vaut pour tous les groupes.

S'il se fait que tous les sénateurs d'un même groupe votent de la même manière, cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas un examen individuel en conscience de chaque sénateur.

**M. Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – M. Monfils dit que les amendements de Mme de T' Serclaes ne sont pas passés. Il y en a un, très significatif d'ailleurs, que j'ai cosigné et qui a été voté. Il s'agit de l'amendement reprenant une phrase du texte néerlandais énonçant que le médecin et le patient doivent avoir acquis la conviction qu'ils n'entrevoient pas d'autre solution à la situation dans laquelle le patient se trouve.

Cette phrase indique que la majorité des membres poursuivait bien une éthique de coresponsabilité et de dialogue.

Cet amendement, vous l'avez accepté.

**Mme Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – Si vous vouliez bien m'écouter jusqu'au bout, vous auriez tous vos apaisements et vous verriez, monsieur Monfils, que j'ai beaucoup de bien à dire d'un certain nombre de changements, mais laissez-moi poursuivre avant de vous agiter de cette manière.

Si je ne pense pas que du mal du travail qui a été réalisé en commission, je pense cependant que l'on aurait pu faire encore mieux s'il y avait eu un réel dialogue.

Je voulais aussi dire que le président de la commission a veillé à ce que chacun ait l'occasion de s'exprimer et de défendre ses amendements. Même si j'ai eu très souvent l'impression d'un dialogue de sourds, chacun a eu l'occasion de défendre ses options. Bien entendu, libre à chacun d'adhérer ou non à certaines d'entre elles !

Pour réponse à M. Istasse, je n'ai jamais dit que si dans un groupe, tout le monde émettait le même vote, c'est qu'un mot d'ordre avait été passé et que la question n'avait pas fait l'objet d'un examen individuel en conscience. Il était bon au contraire, dans un débat comme celui-ci, de dire que ce sujet interpelle la conscience de chaque parlementaire.

Le débat n'a pas toujours été facile, et nous ne devons pas le nier. Les auditions ont été difficiles à mettre en place et le président de l'assemblée a mis tout son poids dans la balance – ce dont je le remercie – pour que celles-ci puissent être organisées et pour que l'avis du Conseil d'État puisse être

*slechts 40% van de artsen de controlevoorschriften van de wet naleven, namelijk de aangifte van de uitgevoerde euthanasie. Dat moet ons tot voorzichtigheid en bescheidenheid aanzetten.*

*De vraag of wetgeving nodig was, werd al snel door de feiten achterhaald. Blijf dan de vraag welke wetgeving? Moest men het probleem benaderen via de strafwet of moest worden geopteerd voor een algemene wetgeving rond het levenseinde, waarvan euthanasie één aspect zou zijn? Ik ben voor deze laatste benadering omdat die het levenseinde in zijn totaliteit en in een continuüm van medische verzorging omvat. Deze "begeleiding van het levenseinde" wil de patiënt opnieuw in het centrum van de gehele medische beslissing plaatsen, en dat niet enkel op het ogenblik waarop de vraag naar euthanasie rijst. Dat doet het wetsvoorstel niet. Even belangrijk als het strafaspect is het vertrouwen tussen arts en patiënt, dat een echte dialoog mogelijk maakt. De patiënt moet in zijn totaliteit en op correcte wijze worden benaderd. Daarom zijn de informatie, de instemming met de medische handelingen, de therapeutische hardnekkigheid en de stopzetting van de behandeling voor mij essentieel en moeten ze in een wetgeving over het levenseinde worden geregeld. De indieners van het voorstel hebben het zo niet willen bekijken. Voor mij is dat een voorafgaande voorwaarde om de mentaliteit in het medisch corps te veranderen en de patiënt een centrale plaats te geven.*

*Alles op het strafaspect toespitsen is voorbijgaan aan wat zieken en stervenden ervaren. Toch heeft dit debat veel artsen vragen doen stellen over hun praktijk tegenover patiënten aan het levenseinde. Dat is een belangrijke vooruitgang in een milieu waar de dood als een mislukking wordt gezien. Dat euthanasie een politiek debat is geworden, is voor een groot deel het gevolg van de vertechnisering van de geneeskunde die meer en meer ethische problemen oproept. De centrale vraag is wat de plaats van de patiënt is in zijn verzorging, in het bijzonder bij het levenseinde. Hoe wordt zijn visie nog gehoord? De vertechnisering van de geneeskunde heeft het levenseinde steeds meer gemedicaliseerd en aan de mens zijn eigen dood ontnomen. Euthanasie wordt dan een manier om zich zijn eigen dood opnieuw toe te eigenen.*

*Velen die tijdens de hoorzittingen werden ondervraagd, hebben de nadruk gelegd op die toe-eigening en hebben daarom gepleit voor een benadering van euthanasie via een handvest van de rechten van de patiënt dat, om het met de woorden van mevrouw Baum te zeggen, "tot doel heeft de patiënt de garantie van een therapeutisch contract met zijn verplegend team te geven door van hem een partner in de beslissing te maken."*

*Daarom heb ik – tevergeefs – met anderen gepleit voor een andere benadering van euthanasie, één die zich niet uitsluitend zou toespitsen op de strafwet. Daarbij moet rekening worden gehouden met de complexe situaties bij patiënten op het levenseinde. Artsen wijzen daar dikwijls op, en ook op de moeilijke beslissingen die ze ingevolge de vooruitgang van de geneeskunde moeten nemen. Het voorstel pakt al die veel voorkomende reële problemen niet aan.*

*De aard van de medische beslissingen kan erg verschillen. Er is niet altijd even veel spoed vereist en de situatie van de patiënten, al dan niet bij bewustzijn, varieert. Velen hebben onderstreept dat het voorstel in dat opzicht niet voldoet. Vele*

*sollicité. J'espère que notre assemblée pourra retenir un certain nombre des remarques formulées par le Conseil d'État. De toute façon, si ce n'était pas le cas, soyez assurés que la Chambre lira cet avis avec attention et qu'elle apportera les correctifs qui s'imposent.*

*Devions-nous légiférer ou non sur la question de l'euthanasie et, dans l'affirmative, sous quelle forme ?*

*Telle était en effet la question posée dès le début de nos travaux. Je ne crois pas inutile de rappeler, une fois encore, que si la plupart des pays européens ont abordé le sujet qui nous a occupés pendant des mois au sein des commissions réunies, aucun n'a encore légiféré en la matière, du moins en modifiant sa loi pénale, excepté les Pays-Bas qui ont récemment adopté un texte de loi et ce, après un très long cheminement de celui-ci, ponctué d'études de terrain et de concertations avec les milieux médicaux et judiciaires. Malgré cela, on doit encore constater que seuls 40% des médecins suivraient les prescriptions de la loi relative au contrôle, à savoir la déclaration des euthanasies qu'ils auraient pratiquées. Ce constat doit au moins nous inciter à la prudence, à une grande modestie en la matière et à ne pas croire ou laisser croire que nous aurions la solution à cette difficile question de l'euthanasie.*

*Cette question de la nécessité ou non d'une législation s'est trouvée très vite dépassée dans les faits. Restait alors la question de savoir quel type de législation. Devait-on aborder ce problème par la voie unique d'une législation pénale ou n'aurait-il pas été plus opportun d'emprunter la voie d'une législation plus globale relative à l'accompagnement de fin de vie, dans laquelle un des aspects pouvait être la question de l'euthanasie au regard de la loi pénale ? Je reste convaincue par cette dernière approche parce qu'elle aborde la question du patient en fin de vie dans sa globalité et dans un continuum de soins médicaux à chaque étape de sa maladie, en ce compris dans sa phase finale. Cette approche que je qualifie « d'accompagnement de fin de vie » vise à replacer le patient au centre de la décision médicale dans son ensemble et pas seulement au moment où peut être posée la question de l'euthanasie, ce que ne fait pas la proposition à l'examen. Il me paraît au moins aussi important que ne l'est la question de l'euthanasie au regard de la loi pénale, de créer entre le médecin et son patient un climat de confiance permettant un véritable dialogue patient-médecin et de veiller à une prise en charge globale et correcte du patient. C'est la raison pour laquelle la question de l'information du patient, celle du consentement aux actes médicaux, celle de l'acharnement thérapeutique et celle de l'abandon thérapeutique sont tellement essentielles à mes yeux et qu'elles auraient dû faire partie intégrante d'une législation sur la fin de vie. Mais les auteurs de la proposition ne l'ont pas voulu ainsi, malgré les amendements que nous avons déposés en ce sens, alors que pour moi, cela reste un préalable si l'on veut changer les mentalités au sein du corps médical et rendre au patient, et tout particulièrement au patient en fin de vie, une place centrale, si l'on veut que s'instaure un dialogue confiant entre le médecin et son patient dans le cadre d'une relation thérapeutique claire.*

*À vouloir tout centrer sur la seule question pénale de l'euthanasie, on passe, en tant que législateurs et responsables politiques, à côté de l'essentiel du vécu quotidien des malades*

*artsen hebben dit gezegd in de commissie en professor Clumeck heeft dit gisteren in een interview herhaald. Ik denk met name aan de onbewuste patiënt. Euthanasie is mogelijk wanneer er een wilsverklaring is en de arts zich in de door de wettekst bedoelde hypothese bevindt. Wat moet de arts in andere gevallen doen? Zal hij niet geneigd zijn uitzichtloze situaties te laten aanslepen en in therapeutische hardnekkigheid te vervallen?*

*Andere sprekers hadden het over de realiteit in de ziekenhuizen en over de arbeidsomstandigheden van artsen en verpleegkundigen. Er is weinig tijd om naar de patiënt te luisteren. Efficiëntie en rentabiliteit primeren. Er is de voortdurende stress die leidt tot burn-out, waaraan veel personeel, vooral in de zware diensten, ten onder gaat. Kan in die omstandigheden naar de patiënten worden geluisterd? Vertegenwoordigers van de Alzheimerpatiënten, de geesteszieken en ook de geriateren hebben ons gewaarschuwd voor de negatieve effecten van een wet die de specifieke situatie van die personen, of in het algemeen van de zwaksten, niet in aanmerking neemt. Zij zouden onder druk kunnen worden gezet of zich te veel kunnen gaan voelen in een samenleving die slechts de jeugd en het succes waardeert.*

*Ik vrees dat het isolement, de ontmoediging, het gevoel van nutteloosheid en financiële problemen die patiënten uit vermoeidheid euthanasie zullen doen vragen, ook al mag geen enkele druk worden uitgeoefend. Gelukkig werden in de oorspronkelijke tekst verbeteringen aangebracht, zij het niet zonder moeite.*

*Positief was de versterking van de noodzaak van overleg rond de vraag van de patiënt. De arts kan niet eenvoudig vaststellen dat de voorwaarden vervuld zijn. Hij moet tot de overtuiging komen dat er geen andere mogelijkheid is dan de vraag in te willigen. Dat is een belangrijke perspectiefwisseling, maar alles hangt af van wat er op het terrein gebeurt.*

*Er is een punt dat mijns inziens niet voldoende werd onderzocht. Ik hoop dat de Kamer zich over dat probleem zal buigen. Het betreft de arts die aan huis komt.*

*Het voorstel houdt vooral rekening met de patiënt in het ziekenhuis. Velen verkiezen echter thuis te sterven. Een aantal artsen hebben ons gewezen op de moeilijkheden die ze ondervinden om de patiënt bij het levenseinde thuis te begeleiden. In een dergelijk geval staat de arts alleen tegenover zijn patiënt en zal hij meer moeilijkheden kennen om de procedure van het voorstel te volgen.*

*Ik zeg niet dat de oorspronkelijke voorstellen ongewijzigd werden aangenomen. Er werden verbeteringen aangebracht, maar dat gebeurde enkel in een afgegrensd kader.*

*Ondanks die verbeteringen blijft er een fundamenteel punt dat me in de commissie tegen het voorstel heeft doen stemmen. Het voorstel behandelt in eenzelfde tekst zo uiteenlopende situaties als die van de terminale patiënt, de patiënt van wie het overlijden op korte termijn niet te voorspellen is en de onbewuste patiënt. Ik had kunnen instemmen met een tekst die zich beperkte tot de terminale, bewuste patiënt, zelfs al verkies ik een meer omvattende en minder administratieve benadering waarbij een waarachtige begeleiding van het levenseinde voorrang krijgt.*

et des mourants. Même si je ne partage pas la manière dont certains ont voulu aborder la question de l'euthanasie, je pense – et c'est certainement un des aspects les plus positifs, à mes yeux – de ce débat que nous avons mené pendant de longs mois, que celui-ci a amené beaucoup de médecins à se poser des questions sur leurs pratiques à l'égard des patients en fin de vie. C'est un progrès considérable dans un milieu où, encore trop souvent, la mort est considérée comme un échec. En effet, si la question de l'euthanasie a fait irruption dans le débat politique ces dernières années, c'est en grande partie en réaction à une technicisation de plus en plus poussée de la médecine qui, si elle permet des miracles, pose aussi des questions éthiques de plus en plus difficiles. La question centrale qui est posée à travers ce débat est : « Quelle est encore la place du patient dans le processus de soins particulièrement lorsque celui-ci est en fin de vie ? » Comment son point de vue est-il écouté et entendu ? Comme l'ont souligné beaucoup d'intervenants, la technicisation de la médecine a eu pour effet de médicaliser de plus en plus la fin de vie et pour résultat de déposséder de plus en plus la personne de sa propre mort. La question de l'euthanasie se pose en quelque sorte alors comme une ultime manière de pouvoir se réapproprier sa propre mort.

Nombre de personnes auditionnées ont insisté sur cette nécessaire réappropriation par le sujet patient de sa propre parole sur son corps et sa maladie. C'est la raison pour laquelle ils ont plaidé pour le développement d'une approche de la question de l'euthanasie par le biais d'une charte des droits du patient qui aurait, pour reprendre les mots de Mme Baum, « pour fonction d'assurer à ce dernier – le patient – l'établissement d'un contrat thérapeutique cohérent avec son équipe soignante en faisant de lui un partenaire de la décision. »

C'est la raison fondamentale pour laquelle j'ai plaidé avec d'autres, hélas en vain, pour une autre approche du problème de l'euthanasie, qui ne se focaliserait pas uniquement sur le problème que poserait à cet égard la loi pénale aux médecins. Il faut ajouter à cela la complexité des situations que l'on peut rencontrer chez les patients en fin de vie. Combien de médecins ne nous ont pas dit la complexité des questions auxquelles ils sont aujourd'hui confrontés et combien étaient difficiles les décisions qu'ils avaient à prendre dans un certain nombre de situations du fait des progrès de la médecine ? La proposition n'aborde pas ces questions, qui sont pourtant et de loin celles qui se posent le plus souvent dans la réalité des hôpitaux.

Que l'on soit dans un service de soins intensifs, en oncologie, en pédiatrie ou en médecine interne, la nature des décisions médicales à prendre est très différente. L'urgence n'est pas toujours la même, la situation des patients, conscients et inconscients, variable. Beaucoup ont souligné à cet égard l'inadéquation de la proposition à cette réalité de terrain et les difficultés qu'elle pourrait engendrer. C'est ce que de nombreux médecins nous ont dit en commission et c'est ce que le professeur Clumeck a rappelé hier dans une interview. Je pense plus particulièrement à la situation du patient inconscient, qui fait l'objet d'un article de la proposition. L'euthanasie pourrait être légitimée dans le cas où une déclaration anticipée aurait été faite par le patient, pour autant que le médecin se trouve dans l'hypothèse décrite par le texte de l'article. Que se passera-t-il dans les autres cas ? Que devra

*Ik ben ervan overtuigd dat een bredere consensus mogelijk was geweest, indien de indieners hun voorstellen niet hadden willen uitbreiden tot andere situaties dan die van de terminale patiënt. De oorspronkelijke teksten gingen niet zo ver. Het zou beter geweest zijn in etappes te werken in plaats van totaal verschillende situaties in één tekst te willen regelen.*

*Ik zal dus opnieuw amendementen indienen om de bepalingen te beperken tot de terminale patiënt. Van het lot van die amendementen hangt af hoe ik zal stemmen. Andere situaties dan de terminale fase moeten het voorwerp zijn van een andere aanpak, discussies en voorstellen. Het geval van een patiënt van wie het overlijden op korte termijn niet te voorspellen is, dat veeleer verband houdt met het probleem van de hulp bij zelfdoding, kan niet op dezelfde wijze worden benaderd als dat van een terminale patiënt. Ik verwijs naar de opmerkingen van de Raad van State en van onze collega Vankrunkelsven.*

*De toestand van onbewuste patiënten doet nog andere problemen rijzen, die volgens mij gauw opzij werden geschoven.*

*Ik verwijs naar de discussie die we in de commissie over het begrip "niet bij bewustzijn zijn" hadden. Ik ben niet overtuigd door de oplossing die werd gekozen. Ook het Comité voor bio-ethiek opteerde voor afzonderlijke debatten. Moet in een zaak die het leven en de dood van eenieder raakt niet het zorgsprincipe worden gehanteerd? Er moet toch niet tot elke prijs op alle situaties een wetgevend antwoord worden gegeven met het risico de zaken op het terrein nog ingewikkelder te maken.*

*Hoe zal deze tekst op het terrein worden begrepen en toegepast? Die vraag is een deel van ons debat. Het betreft ook de artikelen inzake de controle en de evaluatie. In Nederland doet slechts 40% van de artsen aangifte van de uitgevoerde euthanasie. Zal de houding van onze artsen verschillen van die van hun noorderburen? Controle en evaluatie blijven op die manier dode letter. Daarom is een controle a priori te verkiezen boven elk ander systeem, maar daarover bestond geen consensus. Het medisch dossier zal ten hoogste de bij een euthanasie door de arts gevolgde stappen vermelden. Ik blijf sceptisch over de aard van de controle zoals die in het voorstel wordt omschreven. Ik blijf ervan overtuigd dat ze in de meeste gevallen niet zal werken.*

*Het woord "euthanasie" zelf is dubbelzinnig en leidt tot verwarring. Collega Destexhe heeft daarop gewezen. Ik erken wel dat het debat de verdienste had het moeilijke probleem van het levenseinde aan te pakken.*

*In een maatschappij waarin de dood verborgen blijft, is het ongetwijfeld nodig eraan te herinneren dat wij allen sterfelijk zijn en met die realiteit zullen worden geconfronteerd. Het is positief dat de medische wereld zich aangesproken voelt door die vraag. Euthanasie als een handeling om op verzoek van de patiënt vrijwillig een einde aan zijn leven te maken, moet voor mij een uitzonderlijke handeling blijven voor het geval er geen redelijk alternatief is.*

*Ik sluit me dan ook aan bij het Franse Comité voor bio-ethiek, waarnaar collega Paul Galand verwees. Dat heeft het over een permanente spanning tussen de plicht tot solidariteit van de samenleving tegenover de zieken en de zwaksten enerzijds, en de euthanasie als uitzondering anderzijds. Ik betreur dat*

*faire le médecin ? Ne sera-t-il pas a contrario et dans le but d'éviter tout problème éventuel, amené à prolonger des situations sans issue et à verser dans l'acharnement thérapeutique ? Je crois que la question mérite d'être posée. La réalité, hélas, est autrement plus complexe qu'un texte de loi, aussi bon soit-il.*

Plusieurs intervenants ont également souligné la réalité du monde hospitalier et les conditions dans lesquelles médecins et infirmières doivent travailler. Une place très réduite est réservée à l'écoute du patient. Les notions d'efficacité et de rentabilité priment trop souvent, sans parler du stress permanent, provoquant le *burn out*, auquel sont soumis les soignants, en particulier dans les unités lourdes. Est-on alors dans les conditions optimales pour écouter les demandes du patient ? Les représentants des patients Alzheimer, des malades mentaux ou encore les gériatres, pour ne citer qu'eux, nous ont mis en garde contre les effets négatifs d'une loi qui ne prendrait pas en compte la situation spécifique de ces personnes ou des plus faibles en général qui, en raison de leur vulnérabilité ou de leur fragilité, pourraient faire l'objet de pressions ou simplement se sentir de trop dans une société qui ne valorise que la jeunesse et la réussite.

Je crains que le vécu de ces patients – isolement, découragement, sentiment d'inutilité, problèmes financiers – ne les amène à demander une euthanasie par lassitude nonobstant les amendements relatifs au caractère volontaire de la demande qui, a-t-on ajouté, ne peut faire l'objet d'aucune pression. Un certain nombre d'améliorations ont heureusement été apportées au texte original des six auteurs. C'est tant mieux. Cela n'a toutefois pas été sans mal. Si nous avions suivi les auteurs de la proposition, elle aurait été hélas bouclée très rapidement.

Ce qui est positif à mes yeux dans les modifications apportées, c'est le renforcement de la nécessité d'une concertation autour de la demande du patient, le médecin ne pouvant par ailleurs se contenter de constater formellement que les conditions sont remplies. Il devra parvenir à la conviction qu'il n'y a pas d'autre possibilité que d'accéder à la demande d'euthanasie formulée par le patient. Il s'agit d'un changement de perspective assez considérable mais qui repose, bien évidemment, sur la manière dont tout cela sera compris sur le terrain. J'aborderai plus tard la question du contrôle qui reste insuffisant pour pouvoir être réellement effectif.

Un point à mes yeux n'a cependant pas été suffisamment approfondi. Je souhaiterais qu'il soit analysé plus en profondeur par la Chambre quand elle se saisira du problème. Il s'agit du médecin à domicile.

La proposition telle qu'elle a été élaborée se fonde sur la situation du patient hospitalisé. Dans de nombreux cas, le patient préfère terminer sa vie chez lui plutôt qu'à l'hôpital. Or, un certain nombre de médecins nous ont fait part des difficultés qu'ils éprouvent à pouvoir accompagner à domicile le patient se trouvant en fin de vie, et ce même dans le cadre d'une demande d'euthanasie.

Cette situation particulière mérite, à mon sens, un examen plus approfondi du texte de la proposition. En effet, le médecin se trouve, dans un tel cas, seul face à son patient, et aura dès lors plus de difficultés à s'insérer dans le processus

*die spanning in het voorstel niet voldoende naar voren komt. Het is niet genoeg het probleem op strafrechtelijk vlak bij wet te regelen. Op het terrein zelf moeten de voorwaarden voor de aanvaarding van de wet optimaal zijn. Iedereen erkent dat dit niet het geval is.*

*Ik blijf erbij dat het beter was geweest het probleem op een meer omvattende wijze in een algemene wetgeving over de begeleiding van het levenseinde, met inbegrip van de patiëntenrechten, de palliatieve zorg en de strafrechtelijke aspecten van de euthanasie, te behandelen. Dat zou realistischer geweest zijn.*

*Dit debat zal niet eindigen met de stemming op donderdag. De Kamer moet deze tekst ook nog onderzoeken. Als ik de pers mag geloven, zal er ook daar een belangrijk debat worden gevoerd over de verschillende aspecten van het voorstel en over andere in commissie en plenaire vergadering aangehaalde aspecten.*

*Ik zou willen dat de Kamer de voorstellen samen behandelt om tot een totaalbenadering van de patiënt te komen.*

*Minister Aelvoet zal weldra een tekst over de patiëntenrechten indienen. Ik had die problematiek liever in onze tekst geïntegreerd. De Senaat had de problematiek van de rechten van de patiënt, de euthanasie en de palliatieve zorg als een geheel moeten benaderen. De Kamer kan dit nog doen.*

tel qu'élaboré dans la proposition de loi. Cependant, nous ne pourrions plus, à ce stade de nos travaux, apporter d'améliorations à cet égard.

Loin de moi l'idée de dire que les propositions de départ ont été adoptées telles quelles. Notre travail a, bien entendu, amené des améliorations, mais elles n'ont pu être apportées que dans un cadre particulièrement cadencé.

Nonobstant ces améliorations, il est à mes yeux un point fondamental qui m'a amenée, en commission, à voter contre la proposition : celle-ci aborde, dans un même texte, des situations aussi différentes que celles du patient en phase terminale, du patient dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance et du patient inconscient.

J'aurais pu me rallier à un texte se limitant à la situation du patient conscient en phase terminale, même si j'aurais préféré une approche plus globale et moins administrative, privilégiant un véritable accompagnement de fin de vie.

Je reste persuadé que l'on aurait pu obtenir un consensus très large dans notre assemblée si les auteurs des textes n'avaient pas voulu d'emblée élargir nos propositions à d'autres situations que celle du patient en phase terminale.

Les textes qui avaient d'ailleurs été déposés au départ n'allaient pas tous aussi loin, et il aurait été sage – comme l'on fait nos voisins hollandais – de travailler par étapes, plutôt que de vouloir légiférer en une fois, dans un même texte, sur des situations qui sont, à mes yeux, profondément différentes.

Je déposerai donc à nouveau des amendements visant à limiter les dispositions prévues pour le patient en phase terminale. Le sort qui leur sera réservé au moment du vote conditionnera mon vote final, comme ce fut le cas en commission. À mes yeux, les autres situations visées par la proposition devraient faire l'objet de textes et de discussions séparés. Elles appellent, à mon sens, un autre type d'approche et posent d'autres questions au législateur. Elles doivent être envisagées, mais dans le cadre d'autres propositions et dans un contexte différent. On ne peut pas mettre ces situations sur le même pied.

On ne peut pas aborder de la même manière le cas d'un patient dont le décès n'est pas prévisible à brève échéance et qui relève plus de la logique du suicide assisté, et celui d'un patient en phase terminale. Je vous renvoie, à cet égard, aux remarques formulées par le Conseil d'État et relevées par notre collègue, M. Vankrunkelsven.

La situation des patients inconscients pose encore d'autres problèmes, qui me paraissent avoir été rapidement éludés. J'avais en effet insisté précédemment sur un certain nombre de problèmes en rapport avec la manière dont on a voulu aborder cette question.

À cet égard, je me réfère à la discussion que nous avons eue en commission sur la notion d'inconscience. Telle qu'elle a été retenue dans le texte, je me demande s'il fallait véritablement légiférer. Cette question difficile mérite un autre type de discussion. Je ne suis pas sûre de la pertinence de ce qui a été retenu. D'ailleurs, le Comité de bioéthique lui-même a traité séparément ces questions, estimant qu'elles appelaient des débats séparés et des approches différentes.

Dans une matière qui touche d'aussi près à la vie et à la mort de tout un chacun, ne doit-on pas appliquer le principe de précaution et ne pas vouloir apporter à tout prix une réponse législative à toutes les situations, au risque de rendre les choses encore plus compliquées sur le terrain ?

Enfin, il me faut poser la question suivante : comment ce texte va-t-il être compris et appliqué sur le terrain ? Cette question doit faire partie de notre débat. C'est du reste ce qui justifie les articles relatifs au contrôle et à l'évaluation de la loi. Aux Pays-Bas, 40% seulement des médecins qui pratiquent l'euthanasie remplissent les déclarations prévues par la loi. On est en droit de se poser des questions sur ce que sera l'attitude des médecins chez nous. En quoi serait-elle différente de nos voisins du nord ? Le contrôle et l'évaluation resteront dans ce cas lettre morte, ce qui n'est pas notre souhait. C'est pourquoi j'estime qu'un contrôle a priori est préférable à tout autre système, mais ce point n'a pu faire l'objet d'un consensus. Tout au plus – et c'est positif – le dossier médical sera le témoin des étapes suivies par le médecin dans le cadre d'une demande d'euthanasie. Je reste cependant sceptique quant à la nature du contrôle mis en place par la proposition. Je reste persuadée qu'il sera largement inopérant, quoi qu'on en dise.

Je terminerai mon intervention en disant que même si je ne suis pas d'accord avec la manière dont est abordée la question de l'euthanasie dans le texte à l'examen, le mot même d'euthanasie est équivoque et prête à confusion ; mon collègue Alain Destexhe a eu l'occasion de le dire dans son intervention. Je reconnais que le débat que nous avons eu pendant des mois a au moins eu le mérite d'oser affronter de face le problème difficile de la fin de vie.

Dans une société où la mort est évacuée de la vie, où elle est cachée, il était sans doute nécessaire de rappeler que nous sommes tous mortels et que nous serons tous confrontés à cette réalité. Il est positif que le monde médical se sente interpellé par cette question autrement que comme un échec de sa pratique. Pour moi, cette question de l'euthanasie considérée comme l'acte de mettre fin délibérément à la vie d'un patient, à sa demande, doit s'envisager comme un acte exceptionnel, quand il n'y a plus d'autre alternative raisonnable, comme le dit le texte.

À cet égard, je me rallie à l'approche préconisée par le Comité de bioéthique français, longuement rappelée par notre collègue Paul Galand, et qui met en tension permanente le devoir de solidarité de la société à l'égard des malades et des plus faibles et l'exception d'euthanasie. Je regrette que, dans la proposition, cette tension ne soit pas suffisamment perceptible entre le devoir de solidarité et l'exception d'euthanasie. Le tout n'est pas de régler les choses sur le plan pénal par une loi, encore faut-il s'assurer que les conditions dans lesquelles celle-ci peut être reçue sur le terrain soient optimales. Or, je crois qu'on est loin du compte ; tout le monde le reconnaît.

Je continue à penser qu'il aurait été préférable de traiter cette question de manière plus globale, dans une législation générale relative à l'accompagnement de la fin de vie, qui traiterait aussi bien de la question des droits du patient que des soins palliatifs et de l'euthanasie, au regard de la loi pénale. Cette approche aurait été plus en phase avec la réalité.

**De heer Jan Remans (VLD).** – We moeten toch realistisch zijn. Als we twee jaar moeten werken om euthanasie en palliatieve zorgen in twee aparte delen te doorgronden, hoe wil mevrouw de T' Serclaes de medische begeleiding bij het levenseinde en de patiëntenrechten daar nog bijhalen? Het is bijzonder moeilijk een olifant van plaats te doen veranderen, hoe wil ze een hele kudde in beweging brengen?

**Mevrouw Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – *Dat weet ik, mijnheer Remans, maar euthanasie kan niet worden benaderd zonder te spreken over de manier waarop patiënten worden behandeld. Het probleem van euthanasie rijst vaak voor geïsoleerde patiënten die medisch slecht worden opgevangen. Er is al veel vooruitgang geboekt, maar in de artsenopleiding zijn begrippen als palliatieve zorg en voortdurende verzorging erg nieuw.*

*Euthanasie kan niet worden besproken zonder zich tegelijk af te vragen hoe de zaak in de medische realiteit zal worden aangepakt. Er moet geen mammoetwet komen, maar inzake patiëntenrechten kan meer worden gedaan.*

*Het voorstel over de palliatieve zorg is een kleine vooruitgang, aangezien daarin over informatie wordt gesproken. Dat volstaat echter niet. De patiënt moet opnieuw het centrum van de medische beslissing en van de dialoog tussen patiënt en arts worden. U bent arts, mijnheer Remans. U zult moeten toegeven dat in die dialoog de arts nog almachtig is en dat de patiënt luistert.*

**De heer Jan Remans (VLD).** – De bespreking van euthanasie heeft de palliatieve zorg en de psychosociale geneeskunde meer dan ooit in het licht gesteld. Zij heeft het informatierecht en het inspraakrecht van de patiënt meer dan ooit naar voren geschoven. Mevrouw de T' Serclaes vindt dat blijkbaar nog niet genoeg. Welnu, als we nog meer hooi op de vork hadden genomen, dan stonden we nu nog in de beginfase.

**Mevrouw Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – *Laten we in elk geval hopen dat dit debat elke arts ertoe zal aanzetten zich vragen te stellen over zijn praktijk en de*

Cependant, le débat ne se terminera pas par le vote qui interviendra ce jeudi. La Chambre aura également à examiner ce texte et, si j'en crois la presse, il y aura aussi à la Chambre un débat important sur les différents aspects de la proposition et sur d'autres aspects évoqués en commission et en séance publique.

Personnellement, je souhaiterais qu'à la Chambre, on joigne les propositions de manière à aboutir à un texte permettant une approche globale du patient.

La ministre Aelvoet est sur le point de déposer un texte concernant les droits du patient. J'aurais nettement préféré que cette problématique-là soit intégrée dans notre texte. Je pense que cela constitue un préalable à l'approche que nous devons avoir de la relation patient-médecin. Le Sénat aurait dû globaliser les problématiques des droits du patient, de l'euthanasie et des soins palliatifs. La Chambre pourrait le faire...

**M. Jan Remans (VLD).** – *Il faut quand même être réaliste. Si nous avons dû travailler pendant deux ans pour étudier l'euthanasie et les soins palliatifs en deux parties distinctes, comment pourrions-nous, comme le veut Mme de T' Serclaes, y ajouter l'accompagnement médical en fin de vie et les droits des patients ?*

**Mme Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – Je sais tout cela, monsieur Remans, mais je pense qu'on ne peut aborder la question de l'euthanasie sans parler de la manière dont les patients sont généralement pris en charge. Cette question de l'euthanasie se pose souvent pour des patients isolés, des patients qui, médicalement, sont mal pris en charge. Certes, on a fait d'énormes progrès, mais vous n'ignorez pas que dans les facultés de médecine, les notions de soins palliatifs, de médecine palliative ou de continuum de soins sont encore très nouvelles.

On ne peut aborder la problématique de l'euthanasie sans se poser en même temps la question de savoir comment elle sera traitée dans la réalité de la vie médicale. Je suis d'accord qu'il ne faut pas en arriver à une loi mammoth, mais on aurait pu aller plus loin en ce qui concerne les droits du patient.

La proposition de loi sur les soins palliatifs que nous examinerons demain comporte une petite avancée puisqu'il y est question de l'information, mais ce n'est pas suffisant. Il faut veiller à remettre le patient au centre de la décision médicale et du dialogue patient-médecin. Vous êtes médecin, monsieur Remans, et vous admettez que dans le cadre de ce dialogue, c'est encore le médecin qui détient la toute-puissance et le patient qui écoute.

**M. Jan Remans (VLD).** – *Le débat sur l'euthanasie a mis plus que jamais en lumière les soins palliatifs et la médecine psychosociale. Il a mis en exergue le droit du patient d'être informé et d'avoir voix au chapitre. Mme de T' Serclaes estime que ce n'est pas suffisant. Si nous avions voulu en faire plus, nous n'en serions encore qu'au début.*

**Mme Nathalie de T' Serclaes (PRL-FDF-MCC).** – Espérons en tout cas, monsieur Remans, que le débat qui se déroule ici contribuera à inciter chaque médecin à se poser



*manier waarop hij patiënten, met name de meest kwetsbare en de zwaksten, behandelt. Het zal nog veel tijd vergen om de zaken op het terrein te doen evolueren. Ik hoop dat dit debat in medische kringen een pedagogisch effect zal hebben.*  
(Applaus van CD&V en PSC)

**De heer Jacques D'Hooghe (CD&V).** – Uit het onderzoek van professor Deliens blijkt dat bijna de helft van de Belgen sterft nadat artsen beslissingen hebben genomen die hun leven hebben ingekort. Voor velen is dit een onthutsende vaststelling. Op grond van welke criteria nemen artsen deze beslissingen? Wordt de patiënt of de familie daarin gekend? Kan ik mij nog wel veilig voelen wanneer ikzelf of wanneer een familielid in een cruciale toestand in een ziekenhuis wordt opgenomen?

Het is duidelijk dat een arts bij het einde van een menselijk leven heel wat beslissingen neemt of dient te nemen die op zich niet altijd even transparant zijn: artsen overwegen of zij een bepaalde handeling al dan niet zullen inzetten of voortzetten; ze wegen af om bij stervende patiënten al dan niet pijnstillende middelen toe te dienen, van dewelke ze weten dat ze nu nog het beoogde effect kunnen hebben, maar dat ze tegelijkertijd het leven van de patiënt inkorten. Omgekeerd kunnen artsen door de voortschrijdende medische ontwikkelingen de stervensfase ook steeds langer uitstellen, hetgeen in extremis kan resulteren in een vorm van therapeutische verbeterheid.

Als wij als wetgever de taak opnemen om de bescherming van de waardigheid van mensen in hun laatste dagen te waarborgen, dan wijst de medische praktijk uit dat wij ons in eerste instantie over dit soort situaties dienen te buigen. Het gaat hier immers om medische handelingen in de ware zin, om bijzondere vormen van zorg bij het levenseinde.

Het euthanasie-debat dat vandaag wordt gevoerd mag dan ook niet losgekoppeld worden van de totale problematiek van de zorg bij het levenseinde, hoewel men euthanasie kan zien als een deelaspect dat buiten de medische noodzaak valt en op zich geen medische handeling is. Euthanasie is immers het inkorten van het stervensproces op verzoek, en dit is vanuit de definitie van geneeskunde geen curatieve handeling.

Ik wil in mijn korte uiteenzetting dan ook deze ontzettend belangrijke lacune in het voorliggend wetsvoorstel onderstrepen.

De voorzet voor een volwassen en open dialoog over euthanasie werd gegeven door het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Over voorstel drie van dit comité ontstond, volgens de leden van het comité, een opmerkelijke toenadering waardoor een consensus mogelijk werd.

Voorstel drie van het Comité gaat bij het debat over euthanasie niet uit van het strafrechtelijke discours, maar volgt de weg van het mensenrechtendiscours, meer bepaald “het recht op een menswaardig levenseinde”, een sociaal grondrecht dat kan worden afgeleid uit artikel 23 van de Grondwet.

Meteen werd aangegeven dat een werkbare oplossing dus niet beperkt is tot het element “in of uit de strafwet”, maar van een breed kader moet uitgaan.

Ook uit de hoorzittingen bleek dat euthanasie slechts ‘het

des questions sur sa pratique et sur la matière dont il prend en charge les patients, notamment les plus vulnérables et les plus faibles. Il faudra effectivement encore beaucoup de temps pour que les choses évoluent sur le terrain et je souhaite que ce débat ait un effet pédagogique dans le milieu médical.  
(Applaudissements sur les bancs CD&V et PSC)

**M. Jacques D'Hooghe (CD&V).** – *L'étude du professeur Deliens montre que près de la moitié des Belges décèdent à la suite de décisions de médecins d'abrèger leur vie. Sur la base de quels critères ces médecins prennent-ils ces décisions ?*

*Il est évident qu'en fin de vie, un médecin doit prendre bien des décisions qui ne sont pas toujours également transparentes : commencer ou poursuivre un traitement, administrer à des patients mourants des analgésiques risquant d'abrèger la vie, différer le plus possible le moment du décès, au risque de se livrer à une forme d'acharnement thérapeutique.*

*Si, en tant que législateur, nous nous engageons à protéger la dignité des personnes qui vivent leurs derniers jours, la pratique médicale indique que c'est avant tout de ce type de situations que nous devons traiter. Il s'agit ici de formes particulières de soins en fin de vie.*

*Le débat actuel ne peut donc être dissocié de l'ensemble de la question des soins en fin de vie, quoique l'euthanasie puisse être regardée comme un aspect particulier qui ne relève pas de la nécessité médicale et n'est pas un acte médical en soi. L'euthanasie consiste en effet à abrèger sur demande le processus de décès, ce qui n'est pas un acte curatif.*

*Je voudrais donc souligner cette lacune extrêmement importante de la présente proposition.*

*C'est l'avis du Comité consultatif de bioéthique qui a jeté les bases d'un dialogue adulte et ouvert. La proposition trois de ce Comité a ouvert la voie au consensus. Cette proposition n'a pas pour point de départ de pas le discours relatif au droit pénal mais elle suit la voie du discours sur les droits de l'homme et, plus particulièrement, le « droit à une fin de vie conforme à la dignité humaine », un droit social fondamental qui peut être déduit de l'article 23 de la Constitution. Il a été indiqué d'emblée qu'une solution pratique ne devait pas se borner à la question « dans la loi pénale ou non », mais devait partir d'un cadre plus large.*

*Les auditions ont montré que l'euthanasie n'est que le sommet de l'iceberg : les médecins ont souligné la complexité des nombreux actes médicaux liés à la fin de vie et à la mort conforme à la dignité humaine.*

*Les soins palliatifs ont en effet aussi leurs limites et au cours des auditions il a même été question d'un « acharnement palliatif ». Les soins palliatifs ne peuvent en effet exclure certains actes médicaux en fin de vie. Les patients souhaitent en outre être protégés contre l'acharnement thérapeutique qui nie leur propre vision.*

*Il y a un large consensus sur le fait que certaines formes d'actes médicaux ayant pour effet d'abrèger la vie font partie d'une médecine adaptée aux besoins des mourants et qui tient compte des possibilités des soins médicaux. La médecine ne peut offrir les soins idéaux à chaque malade. La société et l'autorité n'ont aucune raison de mettre en doute ce type d'actes du médecin. Ils se justifient dans la mesure où ils sont*

topje van de ijsberg' is: de getuigen benadrukten de complexiteit van de vele medische handelingen bij het levenseinde en het menswaardig sterven.

Ook palliatieve zorgen kennen immers hun grenzen, en in de hoorzittingen werd soms gewag gemaakt van 'palliatieve hardnekkigheid'. Inderdaad, palliatieve zorgen, op zich de medische zorgverstrekking bij uitstek bij stervende patiënten, kunnen bepaalde medische handelingen bij het levenseinde niet uitsluiten. Patiënten wensen bovendien beschermd te worden tegen therapeutische hardnekkigheid waarbij hun eigen visie wordt genegeerd.

Er is een brede consensus over het feit dat een aantal vormen van medisch handelen met levensverkortend effect thuishoren in de geneeskunde die aangepast is aan de noden en zorgen van de stervende mensen en die rekening houdt met de mogelijkheden van de medische zorg. De geneeskunde kan niet iedere zieke de ideale verzorging bieden die we zouden willen. De samenleving en de overheid hebben geen reden om dit soort handelen van de arts in zijn algemeenheid in twijfel te trekken. In de mate dat deze handelingen passen binnen een eerlijke bekommernis voor de patiënt, kunnen zij verantwoord zijn. De ethische beweegredenen hierbij is deze van de proportionaliteit: wanneer een medische interventie niet meer evenredig is met het resultaat dat men ervan kan verwachten, dan is ze disproportioneel en moet ze kunnen worden afgebouwd. Internationaal werden hiervoor codes ontwikkeld, die tevens als deontologische richtsnoer gelden voor de behandelende artsen.

Aan de andere kant zijn deze situaties zo belangrijk en ingrijpend dat de verantwoordelijkheid hiervoor niet alleen aan artsen kan worden overgelaten. Er werd in de hoorzittingen vastgesteld dat de gezondheidszorg bij het naderend levenseinde vaak ook minder 'humane' kanten vertoonde: weinig of geen contact van de arts met de patiënt, weinig of geen overleg, weinig of geen informatie, de behandeling als onpersoonlijk, technisch gebeuren.

Hoe deze interactie moet worden georganiseerd en door wie, is evenwel minder duidelijk. Onder meer door professor Schotsmans en dokter Van den Eynden werd daarom gepleit om niet alleen beschermingsvoorwaarden te creëren voor patiënten met betrekking tot deze medische beslissingen bij het levenseinde, maar ook om een regulering te voorzien door de vermelde richtlijnen en codes te uniformiseren. Terwijl professor Vanneste en dokter Vandeville hierbij opteren om deze codes bij wet op te leggen, meent de heer Adams dat "als men onder het reguleren van de medische beslissingen bij het levenseinde verstaat dat nieuwe wetgeving dit onderwerp eveneens extensief moet verdisconteren, inclusief een justitiële handhavingregeling, men op het verkeerde pad is terecht gekomen".

Het is inderdaad ook onze overtuiging dat een repressief controlesysteem niet wenselijk is, zolang er geen aanwijzingen zijn die een algemeen wantrouwen in de artsenstand rechtvaardigen. Het is essentieel dat het vertrouwen in de arts ook in deze omstandigheden wordt bevestigd: om die reden komt het de beroepsgroep van de artsen toe deze regulering vorm te geven in de medische deontologie. Deze opdracht dient echter wel wettelijk te worden voorgeschreven, zodat de voorwaarden voor medische beslissingen die een waardig levenseinde moeten

*inspirés par une réelle préoccupation pour le patient. La motivation éthique est celle de la proportionnalité : lorsqu'une intervention médicale est disproportionnée par rapport au résultat attendu, on doit pouvoir l'abandonner progressivement.*

*Des codes ont été élaborés à cet égard au plan international et peuvent servir de fil conducteur pour les médecins traitants. Ces situations sont toutefois si importantes et si radicales qu'on ne peut en laisser la responsabilité aux seuls médecins. Il a été dit lors des auditions que les soins de santé en fin de vie présentent souvent des côtés moins humains, par manque de concertation et d'information entre le médecin et le patient.*

*Il est toutefois plus difficile de déterminer comment cette interaction doit être organisée et par qui. Le professeur Schotsmans et le docteur Van den Eynden ont dès lors demandé, non seulement de créer des conditions de protection pour les patients quant aux décisions médicales en fin de vie, mais aussi que l'on assure une régulation en uniformisant les directives et les codes en question, éventuellement en les imposant par voie légale.*

*Nous estimons comme M. Adams qu'un système répressif de contrôle n'est pas souhaitable tant que rien ne justifie une méfiance généralisée à l'égard du corps médical. Il est essentiel de réaffirmer la confiance dans le médecin également dans ces circonstances. C'est pourquoi il appartient à la profession médicale de concrétiser cette régulation dans la déontologie médicale. Cette mission doit être prescrite par la loi, de sorte que les conditions des décisions médicales devant assurer une fin de vie digne soient davantage précisées.*

*Ce point n'a toutefois pas pu faire l'objet d'un véritable débat au sein des commissions réunies car, selon les auteurs de la proposition de loi, il « sortait du cadre d'une loi relative à l'euthanasie ». C'est une grosse erreur car un règlement relatif aux décisions médicales en fin de vie doit être rattaché au remède ultime que constitue le consentement à une demande d'euthanasie.*

*La technique consistant à laisser mourir ou à aider à mourir et celle consistant à mettre fin à la vie sur demande sont très proches. Quant à leur exécution, il est souvent à peine possible de les distinguer, de sorte que, comme l'a souligné le Conseil d'État, les problèmes éthique et pénal ne sont jamais très loin. Lors de l'application de ces techniques, des intentions cachées, non autorisées et donc punissables peuvent influencer les actes intentionnels relatifs à la fin de vie. Plaider pour la réglementation des décisions médicales relatives à la fin de vie, c'est donc plaider pour que l'on mette fin à cette zone d'ombre. Davantage de transparence dans la décision permet d'éviter que les décisions médicales en fin de vie n'offrent un moyen détourné de procéder à des euthanasies cachées qui contournent la procédure relative à l'euthanasie. Une procédure d'euthanasie doit tenir compte des possibilités de la contourner.*

*Il est une autre raison importante qui justifie la nécessité d'une réglementation de base. Les auteurs de la proposition de loi invoquent constamment le fait que le patient est l'élément central de leur proposition, laquelle concrétise le mieux le droit à l'autodétermination. Pour notre groupe, la*

verzekeren, nader worden gepreciseerd.

Niettemin kon hierover tijdens de besprekingen in de Verenigde Commissies geen werkelijk debat worden gevoerd, omdat deze aangelegenheid volgens de indieners van het wetsvoorstel zogezegd 'buiten het kader van de euthanasiewet valt'. Dit is een vreselijke vergissing, omdat een regeling omtrent de medische beslissingen bij het levenseinde bij uitstek moeten worden gelinkt aan het ultimatum remedium van de inwilliging van een euthanasieverzoek.

De technieken die de patiënt 'laten sterven of helpen sterven' en de techniek van het levensbeëindigend handelen op verzoek, zijn nauw verwant. Op het vlak van de uitvoering kunnen ze vaak nauwelijks van elkaar worden onderscheiden, met als gevolg dat het ethische en het strafrechtelijke probleem – zoals de Raad van State terecht benadrukte – nooit ver weg zijn. Bij de toepassing van die technieken kunnen immers verborgen ongeoorloofde en dus strafbare intenties opzettelijk levensbeëindigend handelen beïnvloeden. Een pleidooi voor een regulering van de medische beslissingen bij het levenseinde is dan ook een pleidooi voor het ongedaan maken van die schemerzone. Meer transparantie in de besluitvorming voorkomt dat medische beslissingen bij het levenseinde een sluipteg bewijs bieden voor verdoken euthanaserend handelen dat de euthanasieprocedure omzeilt. Een euthanasieprocedure moet rekening houden met de mogelijkheden om die te omzeilen.

Voor nog een andere belangrijke reden is een basisregeling noodzakelijk. De indieners van het wetsvoorstel betreffende de euthanasie schermen voortdurend met het argument dat hun voorstel de patiënt centraal stelt, en op de meest volledige manier zijn zelfbeschikkingsrecht verwezenlijkt. Zoals eerder toegelicht door onze fractie, ligt een echte autonomie van de patiënt echter niet in het gegeven dat hij een arts de opdracht kan geven rechtstreeks zijn leven opzettelijk te verkorten en de arts hierdoor straffeloos kan gaan, maar wél in de noodzakelijke medebeslissingsmacht van een patiënt als het gaat om werkelijk medische handelingen die een arts stelt vanuit zijn zorgplicht.

Een regeling, die een aantal basisrechten bevat voor patiënten die ongeneeslijk ziek of stervende zijn en ze als algemeen recht wettelijk erkent, is dus noodzakelijk.

*Informed consent*, de instemming van de geïnformeerde patiënt met het voorgestelde medische handelen, is volgens de medische deontologie, de medische ethiek en het medisch recht een cruciale voorwaarde om medisch handelen een legitiem karakter te geven.

De CD&V-fractie heeft een amendement ingediend dat die patiëntenrechten concretiseert bij het levenseinde. De naleving van die rechten wordt gewaarborgd door het feit dat uit het medisch dossier van de overledene moet blijken dat:

- de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissing en ermee instemde;
- in het geval de patiënt niet meer in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts is geraadpleegd;
- de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of naaste familie, zo mogelijk, op de hoogte werden gebracht van de voorgenomen beslissing en de gelegenheid hebben

*véritable autonomie du patient ne réside pas dans le fait de pouvoir donner l'ordre au médecin d'abrégier sa vie intentionnellement mais bien dans la nécessaire codécision d'un patient lorsqu'il s'agit d'actes réellement médicaux posés par un médecin. Une réglementation spécifiant un certain nombre de droits de base des patients incurables ou mourants s'impose donc.*

*Selon la déontologie médicale, l'éthique médicale et le droit médical, le consentement éclairé du patient est une condition cruciale pour conférer un caractère légitime à l'acte médical. Le groupe CD&V a déposé un amendement qui concrétise les droits des patients en fin de vie. Le respect de ces droits est garanti par le fait que le dossier médical du défunt doit montrer :*

- *que le patient a été informé de la décision prise et l'a approuvée ;*
- *qu'au moins un confrère a été consulté si le patient n'était plus en état de faire connaître sa volonté ;*
- *que la personne de confiance indiquée par le patient ou sa proche famille ont été informés et ont pu exprimer leur avis.*

*Il est indiqué que la déontologie médicale prévoit un principe imposant la consultation d'un second médecin dans la décision.*

*Les experts et les organisations représentant les patients ont souvent souligné l'importance d'une déclaration anticipée. Presque tous les témoins se sont accordés pour dire qu'une telle déclaration peut constituer un élément important lors de la prise de décisions médicales si le patient n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté. C'est pourquoi nous avons adapté notre façon de voir. La déclaration anticipée peut en effet s'avérer très utile pour déterminer la politique et les options de traitement dans le cadre des soins palliatifs quotidiens en phase terminale. Cette déclaration permet de répondre aux questions suivantes. Le patient souhaite-t-il être alimenté artificiellement ? Souhaite-t-il encore une réanimation ou une ventilation artificielle ? Souhaite-t-il que les médecins continuent à lui appliquer tous les traitements possibles ?*

*La déclaration anticipée peut ainsi être le moyen de communication entre le patient, la famille et les prestataires de soins. C'est dans cette optique que le docteur Cambron-Diez a proposé le « protocole de détresse », qui est notamment appliqué pour les soins de première ligne et les soins à domicile. Ce protocole offre transparence et sécurité au patient dans les situations de crise et constitue une directive pour le médecin et le personnel soignant.*

*C'est pour cette raison qu'il faut à notre avis préciser légalement que le patient peut rédiger des directives sur les actes médicaux autorisés en principe en fin de vie.*

*La déclaration anticipée est toutefois minimalisée dans la proposition de loi. Elle se limite à une déclaration d'euthanasie. Pour le CD&V, une telle déclaration est exclue. Si un patient n'est plus en état d'exprimer sa volonté, il faut donner la priorité au devoir qu'a l'État de protéger la vie.*

*La troisième proposition du Comité consultatif de Bioéthique considère que l'interdiction légale de tuer est une*

gekregen hun mening te kennen te geven.

Hierbij is het aangewezen dat de medische deontologie het beginsel uitwerkt dat een tweede arts bij de besluitvorming moet worden betrokken.

Door deskundigen, maar ook vanuit patiëntenorganisaties is vaak het belang van een zogenaamde wilsverklaring benadrukt. Bijna alle getuigen waren het er in de hoorzittingen over eens dat een wilsverklaring een belangrijk element kan zijn bij het nemen van medische beslissingen bij het levenseinde, als de patiënt niet meer in staat is zijn wil kenbaar te maken. Om die reden hebben wij onze visie aangepast. De wilsverklaring kan immers zeer nuttig zijn bij behandelings- en beleidsopties in het kader van de dagelijkse palliatieve en terminale zorg. Die verklaring geeft een antwoord op volgende vragen. Wil de patiënt nog kunstmatige voeding of vochttoediening? Wil de patiënt in de terminale fase nog reanimatie of kunstmatige ventilatie? Wil de patiënt dat de artsen elke mogelijke therapie alsnog blijven toepassen?

De wilsbeschikking kan aldus het communicatiemiddel zijn tussen patiënt, familie en hulpverleners. In die lijn ligt het door dokter Cambron-Diez voorgestelde *protocole de détresse*, dat onder meer toegepast wordt voor de eerstelijnszorg en de thuisverzorging. Het *protocole de détresse* biedt transparantie en zekerheid voor de patiënt in crisissituaties, en is een richtlijn voor geneesheer en verplegend personeel.

Om die reden vinden wij dat wettelijk bepaald moet worden dat de patiënt schriftelijke richtlijnen kan opstellen over de principieel toegelaten medische handelingen bij het levenseinde.

De wilsverklaring wordt echter in het voorliggende wetsvoorstel geminimaliseerd. Het is enkel een euthanasieverklaring. Voor de CD&V-fractie is dergelijke doodsverklaring uitgesloten.

Is een patiënt onbekwaam om zijn wil te uiten, dan moet immers aan de plicht van de Staat om het leven te beschermen onvoorwaardelijk voorrang worden verleend.

Het derde voorstel van het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek bepaalde: "Het wettelijk verbod van doodslag is een essentiële karakteristiek van de rechtsstaat. Ook al is er een voorafgaande wilsverklaring waarin om levensbeëindiging wordt gevraagd, op dit verzoek bij wilsonbekwamen mag nooit worden ingegaan, ook omdat een voorafgaande wilsverklaring nooit een concrete noodtoestand kan omschrijven. De eminente waarde van het leven is de natuurlijke grondslag van alle rechten van de menselijke persoon. De medische praktijk heeft een breed arsenaal van mogelijkheden om adequaat in te gaan op probleemsituaties met wilsonbekwame patiënten. Dit alles kan gebeuren in een open klimaat van communicatie met de (eventuele) vertrouwenspersoon en de naastbestaanden, alsook met het verzorgend team, waarbij uiteraard eventueel vroeger uitgedrukte wensen van de patiënt ernstig in overweging worden genomen. De uiteindelijke beslissing berust bij de arts, maar het moet steeds een uitdrukking zijn van verantwoordelijkheid, zorg en nabijheid bij de wilsonbekwame terminale patiënt. Vooraf neergelegde wilsverklaringen kunnen echter nooit de complexiteit van het

*caractéristique essentielle de l'État de droit. Même en cas de déclaration anticipée, on ne peut accéder à la demande de personnes incapables d'exprimer leur volonté car une déclaration anticipée ne peut jamais décrire un état de nécessité concret. La valeur de la vie est le fondement naturel de tous les droits de la personne humaine. La pratique médicale dispose d'un vaste arsenal de possibilités pour réagir de manière adéquate à des situations problématiques concernant des personnes incapables d'exprimer leur volonté. Cela peut s'envisager dans un climat de communication franche avec la personne de confiance et les proches ainsi qu'avec l'équipe soignante, où d'éventuels souhaits du patient exprimés antérieurement doivent être sérieusement pris en considération. La décision finale appartient au médecin mais elle doit toujours rester une expression de responsabilité, de soin et d'assistance du patient au stade terminal. Des déclarations de volonté déposées anticipativement ne peuvent cependant jamais saisir la complexité de l'« ici et maintenant » ni constituer un code de comportement contraignant concernant des situations imprévues. La créativité des soins dans la pratique médicale quotidienne s'affine constamment à l'épreuve des vicissitudes de l'existence.*

*Il est essentiel que toute demande d'arrêt actif de la vie s'appuie sur la volonté convaincue et libre du patient. Or la proposition de loi permet d'euthanasier, sur la base de la déclaration anticipée, des patients qui ne sont plus en mesure d'exprimer leur volonté, et cela sans qu'on puisse vérifier si leur volonté au moment de l'acte d'euthanasie correspond encore à celle exprimée lors de la rédaction de la déclaration.*

*Cette réglementation est inacceptable et ouvre à la porte à tous les abus possibles ainsi qu'aux pressions sociales et économiques.*

*L'association néerlandaise des patients rénaux a souligné récemment que l'euthanasie risque d'être souhaitée socialement si on réduit encore l'offre de soins. Elle souligne que la technologie offre de plus en plus de possibilités et que, la population vieillissant, il en résultera une demande de plus en plus grande de soins médicaux et donc de budget. Elle se demande comment s'opérera la sélection entre les patients. Sans prescriptions légales, il reviendra aux acteurs de terrain de décider. Elle estime que la sécurité juridique et l'égalité sont mises en péril. Tous les médecins sont livrés à eux-mêmes et au management de leur institution. La décision doit tomber car le budget est réduit. Si l'offre de soins est réduite, poursuit l'association néerlandaise, l'euthanasie constituera une soupape de sécurité et risque d'être souhaitée socialement.*

*À la lumière des économies budgétaires annoncées, un tel scénario n'est pas pensable.*

*Pour les auteurs de la proposition de loi, la constatation que 38% des décès sont la conséquence de décisions médicales et parfois d'euthanasies clandestines doit conduire à une dépénalisation de l'euthanasie. Cette conclusion est totalement erronée.*

*Toutes les décisions et tous les actes ayant trait à la fin de vie sont par définition délicats. Le maintien du tabou de la mort ne stimule pas la qualité des soins médicaux aux patients en fin de vie. Certains en tirent argument pour dire qu'une*

“hier en nu” vatten noch een dwingende gedragscode opleggen omtrent onvoorzienbare situaties. De creativiteit van de zorg wordt in het dagelijks medisch handelen steeds weer getoetst aan de wisselvalligheid van het bestaan. Een waarachtige democratie impliceert dat niemand mag oordelen over de waarde van het leven van anderen. Het algemeen verbod op levensbeëindiging bij wilsonbekwamen is een *conditio sine qua non* om de rechten van de zwaksten in onze samenleving te vrijwaren en dus eigenlijk ook de democratische grondwaarden van onze samenleving te beschermen.”

Essentieel is dat elk verzoek tot intentioneel levensbeëindigend handelen moet berusten op de overtuigde, vrije wil van de patiënt. Het wetsvoorstel maakt echter mogelijk dat patiënten die hun wil niet meer kunnen uiten op basis van de wilsverklaring kunnen worden geëthanaseerd, zonder dat nog afdoende kan worden nagegaan of hun wil op het moment van de euthanaserende handeling nog overeenstemt met deze in de wilsverklaring. Dit geldt des te meer nu zelfs rekening kan worden gehouden met wilsverklaringen die vijf jaar geleden werden opgesteld!

Deze regeling is onaanvaardbaar en maakt het voorstel zeer fraudegevoelig, en laat de weg open voor alle mogelijke misbruiken en sociale en economische druk.

De Nederlandse nierpatiëntenvereniging wees er onlangs op dat euthanasie maatschappelijk gewenst dreigt te worden als de zorg verder schaarser wordt. Ik citeer: “De technologie maakt steeds meer mogelijk en de bevolking vergrijst. Het logische gevolg is dat de vraag naar medische behandeling en zorg stijgt en dus ook het benodigde budget. Hoe zal de revolterende selectie onder de patiënten in haar werk gaan? Omdat er geen voorschriften zijn, moet het veld de beslissingen nemen. Het zal dan gaan om “morele waarde” en geld, eventueel verpakt in “medische zinloosheid”. Zowel rechtszekerheid als rechtsgelijkheid zijn in het geding. Iedere arts is aan zichzelf en aan het management van zijn instituut overgeleverd. De beslissing moet vallen, want het budget schiet tekort. Als de zorgschaarste goed inzet, komt de euthanasie van pas als enige uitlaatklep. Euthanasie dreigt dan maatschappelijk gewenst te worden. Met name wilsonbekwamen, zoals dementerende mensen, staan dan op de nominatie. Alles onder de zachte deken van de schone dood. Dat kan ons sluipenderwijs een morele euthanasieplicht opleveren. Willen wij dat werkelijk?”

In het licht van de aangekondigde budgettaire besparingen in de gezondheidssector is deze evolutie verre van denkbeeldig.

De conclusie van de indieners van het meerderheidsvoorstel dat de vaststelling dat 38% van de sterfgevallen het gevolg zijn van medische beslissingen bij het levenseinde en soms van een vorm van clandestiene euthanasie, moet leiden naar een depenalisering van euthanasie, is dus compleet fout. Wie als argument voorwendt dat vandaag – en dat is inderdaad onaanvaardbaar – patiëntenlevens worden verkort zelfs zonder dat zij erom gevraagd hebben, om hieruit te stellen dat die ongevraagde levensverkorting dan maar wettelijk moet vertaald worden in alleen maar de mogelijkheid van een straffeloze gevraagde euthanasie, geeft een fout signaal.

Alle beslissingen en handelingen die betrekking kunnen hebben op de dood, zijn per definitie delicaat. Het behoud van

*réglementation de l'euthanasie peut précisément contribuer à améliorer le déroulement des traitements en fin de vie et à éviter des actes interdits. Si on défend ce point de vue, il faut être conséquent et ne pas se limiter à une réglementation sur l'euthanasie mais aussi réglementer les actes médicaux normaux lors de la fin de vie.*

*Il est incompréhensible que tous les amendements du CD&V relatifs aux décisions médicales lors de la fin de vie aient été rejetés, alors que selon moi, on aurait pu sans problème parvenir à un consensus. La proposition de la majorité, qui se veut basée sur la compassion et la défense des intérêts du patient, confirme le fait que la mort médicalement assistée peut se faire pour l'essentiel sans contrôle de qualité.*

*Toutes les personnes mourantes doivent faire l'objet de soins. C'est pourquoi il faut légiférer sur toutes les formes d'accompagnement médical de la mort.*

*Mourir dignement ne se résume pas à la pratique de l'euthanasie qui, nous le répétons, est et doit rester un acte exceptionnel.*

het taboe rond de dood is niet bevorderlijk voor een zorgvuldig medisch handelen aan het levenseinde van patiënten. Sommigen halen hier het argument dat een regelgeving inzake euthanasie er precies toe kan leiden dat de handelingen rond het sterven zorgvuldiger zullen verlopen en dat ongeoorloofde handelingen of onzorgvuldig uitgevoerde handelingen zullen worden vermeden. Wie deze houding aanneemt, moet consequent zijn en niet alleen voorzien in een regeling voor euthanasie, maar evenzeer en met nog grotere prioriteit ook een regeling voorzien voor de normale medische handelingen bij het levenseinde.

Het huidige meerderheidsvoorstel handhaaft echter een aparte regeling met een aparte evaluatie waardoor de handeling buiten de medische zorg valt. Het is onbegrijpelijk dat al de CD&V-amendementen over de medische beslissingen bij het levenseinde, waarover naar mijn aanvoelen zonder veel problemen een consensus kon worden bereikt, werden weggestemd. Het meerderheidsvoorstel, dat door de indieners steeds wordt gepropageerd als het voorstel van de barmhartigheid en van de verdediger van de belangen van de patiënt zelf, handhaaft de stelling dat het grootste deel van het medisch begeleid sterven zonder overleg en zonder kwaliteitscontrole kan gebeuren.

Zorg moet gaan naar alle mensen die overlijden, naar alle mensen die zorg nodig hebben. Juist daarom moet er een wetgeving komen voor alle vormen van medische stervensbegeleiding. Het zogenaamde historische wetsvoorstel zal slechts voor een geringe fractie van de bevolking een wijziging betekenen van de overlijdensomstandigheden, waarmee eens te meer wordt aangetoond dat de discussie eerder symbolisch dan relevant is, eerder profilerend dan zorgend, wat het basisuitgangspunt had moeten zijn voor een regeling omtrent het waardig sterven. Waardig sterven kan niet worden beperkt tot het uitvoeren van euthanasie die, wij blijven het herhalen, een uitzonderlijke handeling is en moet blijven.

**De heer Jan Remans (VLD).** – Als de heer D'Hooghe eerder had deelgenomen aan de commissiebesprekingen over euthanasie, had hij geweten dat ik reeds tijdens de eerste vergadering van de verenigde commissies en daarna nog heb aangetoond hoe flinterdun het verschil is tussen pijnstilling, gecontroleerde sedatie en euthanasie. De heer Moreels was het met mij eens, maar andere leden van zijn partij hadden hevige kritiek op dat standpunt.

De meerderheidspartijen dringen reeds lang aan op een regulering van de medische begeleiding bij het levenseinde. Ik heb er mevrouw de T' Serclaes daarstraks reeds op gewezen dat we niet alles tegelijk kunnen regelen en dat dit slechts een eerste stap is. Velen meenden dat dit de gemakkelijkste stap was.

**De heer Jacques D'Hooghe (CD&V).** – Ik weet uiteraard niet wat hierover een jaar geleden precies is gezegd, gezien ik toen geen zitting had in deze Senaat. De heer Remans zegt dat deze wettelijke regeling slechts een stap is. Welnu, deze stap had eigenlijk de laatste moeten zijn. Er had eerst moeten worden nagegaan hoe er regulerend kan worden opgetreden in het merendeel van de situaties die zich bij het levenseinde voordoen. Dat is niet gebeurd, de problematiek van de euthanasie werd losgekoppeld van het geheel van de

**M. Jan Remans (VLD).** – *Si M. D'Hooghe avait participé plus tôt aux réunions de commission, il saurait que, dès la première réunion, j'ai souligné que la différence entre le soulagement de la douleur, la sédation contrôlée et l'euthanasie est extrêmement mince. M. Moreels partageait ce point de vue mais certains membres de son parti y étaient farouchement opposés.*

*Les partis de la majorité insistent depuis longtemps pour qu'on réglemente l'accompagnement médical en fin de vie. C'est un premier pas.*

**M. Jacques D'Hooghe (CD&V).** – *N'étant pas au Sénat à l'époque, je peux difficilement savoir ce qui s'est dit en commission.*

*M. Remans considère que cette réglementation ne constitue qu'une étape. Elle aurait dû être la dernière. On aurait dû se pencher d'abord sur la réglementation de la plupart des situations se présentant en fin de vie. Cela n'a pas été le cas, la problématique de l'euthanasie a été détachée de l'ensemble.*

problematiek.

**De heer Jan Remans (VLD).** – De heer D’Hooghe heeft een deel van de discussie, die hiermee verband houdt, gemist. Ik zal het er later met hem over hebben en ik zal op zijn argumenten ingaan bij de bespreking van de amendementen.

Voorts volstaat de *informed consent* niet om tot euthanasie over te gaan. Elke medische handeling vereist het akkoord van de patiënt na informatie. Voor euthanasie is een *informed request* noodzakelijk, een vraag van de patiënt na informatie door het medisch team. Uit de uiteenzetting van de heer D’Hooghe blijkt dit onderscheid niet.

**De heer Jacques D’Hooghe (CD&V).** – Dit onderscheid komt wel degelijk tot uiting waar wij aandringen op strengere eisen voor personen die niet meer wilsbekwaam zijn. Wij zijn het er niet mee eens dat er gevolg wordt gegeven aan een wilsverklaring die vijf jaar oud is en die werd opgesteld op het ogenblik dat de betrokkene niet wist in welke situatie hij zou terecht komen.

**De heer Jan Remans (VLD).** – De wilsverklaring is geen dwingende order noch een bevel. De arts oordeelt over de toestand waarin de patiënt zich bevindt.

De heer D’Hooghe zegt tweemaal uitdrukkelijk dat euthanasie geen medische handeling is. Voorts verklaart hij dat de verantwoordelijkheid niet ten laste van de arts valt. Welk soort handeling is euthanasie dan wel en wie is er dan wel verantwoordelijk voor de beslissing?

**De heer Jacques D’Hooghe (CD&V).** – De tekst bepaalt duidelijk dat euthanasie geen medische handeling *stricto sensu* is. Een duidelijk onderscheid is niet mogelijk. Bij medisch handelen is het de plicht van de arts verzorging te verstrekken en niet het leven te beëindigen.

**De heer Jan Remans (VLD).** – De heer Galand heeft het duidelijk gezegd: de zorg is het wegnemen van het lijden.

**De heer Jacques D’Hooghe (CD&V).** – Daarover zullen we het nooit eens zijn.

*(Voorzitter: de heer Armand De Decker.)*

**De heer Marcel Colla (SP.A).** – Ik heb al eens gezegd dat de graad van volwassenheid van een maatschappij te meten is aan de moed en de openheid die ze durft te betonen bij open discussies en bij de besluitvorming met betrekking tot delicate materies, in het bijzonder tot ethische kwesties. Wanneer de Senaat en nadien ook de Kamer een beslissing zullen nemen over het wetsvoorstel betreffende de euthanasie, is dat een stap in de volwassenwording van onze samenleving.

Er zijn vier essentiële argumenten waarom ik al sinds lang pleit voor een wettelijk kader met betrekking tot de levensbeëindiging, meer bepaald tot euthanasie.

De eerste fundamentele reden is dat het nooit goed is voor een samenleving als de kloof tussen de praktijk van elke dag en de wet te groot wordt en als die toestand te lang duurt. Dat wil niet zeggen dat we zomaar alles wat verkeerd loopt, moeten legaliseren. Levensbeëindigend handelen vindt echter frequent plaats in ons land, in elk ziekenhuis door artsen van alle universiteiten, maar wel in een schemerzone. Vaak valt mij dan ook het grote verschil op tussen het debat dat hier

**M. Jan Remans (VLD).** – *M. D’Hooghe n’a pas entendu une partie de la discussion sur cet aspect. Je lui en parlerai plus tard et je reviendrai sur ses arguments lors de la discussion des amendements.*

*Par ailleurs, le consentement éclairé ne suffit pas pour pratiquer l’euthanasie. Tout acte médical requiert l’accord du patient après information. Pour l’euthanasie, il faut une demande du patient après qu’il ait été informé par l’équipe médicale. Cette distinction n’apparaît pas dans l’exposé de M. D’Hooghe.*

**M. Jacques D’Hooghe (CD&V).** – *Elle apparaît bien quand nous insistons sur des conditions plus sévères pour les personnes qui ne sont plus capables. Nous n’admettons pas qu’on se base sur une déclaration anticipée vieille de cinq ans et rédigée à un moment où l’intéressé ne savait pas dans quelle situation il se trouverait.*

**M. Jan Remans (VLD).** – *Cette déclaration n’est ni un ordre contraignant ni une instruction. Le médecin juge de la situation de son patient.*

*M. D’Hooghe dit deux fois explicitement que l’euthanasie n’est pas un acte médical. Il dit ensuite que la responsabilité n’incombe pas au médecin. Quel type d’acte est donc l’euthanasie et qui en est responsable ?*

**M. Jacques D’Hooghe (CD&V).** – *Le texte précise bien que l’euthanasie n’est pas un acte médical stricto sensu. Il n’est pas possible d’établir une distinction claire. Le devoir du médecin est de prodiguer des soins et non de mettre fin à la vie.*

**M. Jan Remans (VLD).** – *M. Galand l’a dit clairement : soigner, c’est supprimer la douleur.*

**M. Jacques D’Hooghe (CD&V).** – *Nous ne serons jamais d’accord sur ce point.*

*(M. Armand De Decker, président, prend place au fauteuil présidentiel.)*

**M. Marcel Colla (SP.A).** – *J’ai déjà dit un jour que la maturité d’une société se mesure au courage et à l’ouverture dont elle ose faire preuve dans des discussions ouvertes et des décisions relatives à des matières délicates, particulièrement les questions éthiques. Quand les chambres auront pris une décision sur la proposition de loi relative à l’euthanasie, nous aurons franchi une étape de plus dans le processus de maturité de notre société.*

*Quatre arguments essentiels expliquent pourquoi je plaide depuis longtemps pour l’élaboration d’un cadre légal pour la fin de vie et plus particulièrement pour l’euthanasie.*

*Le premier argument est qu’un fossé entre la pratique courante et la loi n’est jamais bon dans une société. L’euthanasie est fréquente dans notre pays, elle se pratique dans tous les hôpitaux, par des médecins de toutes les universités, mais dans l’ombre. Je suis souvent frappé par la grande différence qu’il y a entre les discussions que nous avons ici entre représentants des différentes opinions philosophiques et politiques d’une part et l’approche*

gevoerd wordt tussen de vertegenwoordigers van de diverse politieke en filosofische opinies, enerzijds, en de rationele aanpak van artsen en verplegend personeel, ongeacht hun filosofische achtergrond, anderzijds. Ofwel is levensbeëindiging verkeerd en dan moeten we de moed opbrengen om die praktijk te vervolgen en er een einde aan temaken, ofwel wordt het ingebed in een wettelijk kader zodat mensen niet langer in een schemerzone hoeven te werken.

Een tweede fundamenteel argument is dat euthanasie een maatschappelijk probleem is. Ik heb enorm veel respect voor de kunde, de kennis en de wijze van handelen van specialisten, in casu van artsen, maar over een maatschappelijk probleem moet de maatschappij, en het Parlement als emanatie daarvan, een standpunt innemen. Zulke belangrijke, ethische en delicate problemen mogen we niet overlaten aan de specialist, die dan naar goeddunken handelt.

Het derde fundamentele argument is het respect voor de levenshouding van elkeen. Ik heb respect voor degenen die zeggen dat levensbeëindiging, onder welke vorm ook, voor hen niet kan. Die mensen moeten zo kunnen leven. Het enige wat ik vraag, is dat ook respect wordt opgebracht voor de levenshouding van mensen die in bepaalde omstandigheden om redenen van zelfrespect wensen dat levensbeëindiging mogelijk is. Alleen dan heb je een open en verdraagzame samenleving.

De vierde fundamentele reden is de idee van zelfbeschikking.

De heer D'Hooghe kant zich in zijn pleidooi in feite niet tegen een mogelijke levensbeëindiging. Alleen moet die levensbeëindiging volgens hem worden ingebed in de totaliteit van de problemen. Zo komen we echter nergens.

Pleiten voor zelfbeschikking betekent dat ook een wettelijk kader moet worden geschapen voor de rechten van de patiënt, met inbegrip van recht op informatie. Als we dit evenwel ook willen regelen in dit wetsvoorstel, komen we er nooit. Op het einde van de vorige legislatuur was er een wetsontwerp over de rechten van de patiënt klaar, waarover de Raad van State overigens al advies had uitgebracht. Blijkbaar houdt de Kamer zich er nu mee bezig. Ik hoop dan ook dat dit ontwerp nog deze legislatuur zal worden behandeld in Kamer en Senaat.

Uit het voorgaande heeft iedereen allicht kunnen opmaken dat ik het voorstel zal goedkeuren. Uiteraard zou het er anders hebben uitgezien als ik de pen alleen had mogen vasthouden. Ik heb dan ook een aantal bedenkingen en opmerkingen, die me evenwel niet beletten het wetsvoorstel goed te keuren, omdat het een eerste belangrijke stap vooruit vormt. Dit dossier is aldoor in evolutie. De federale evaluatiecommissie zal dan ook de toepassing van de wet moeten evalueren en aanbevelingen moeten formuleren.

In het wetsvoorstel werd aan het begrip euthanasie een welbepaalde definitie gegeven: de levensbeëindiging door een derde uitgevoerd op uitdrukkelijke vraag van de patiënt. Ik vrees dat deze definitie de goedkeuring wel vergemakkelijkt, maar dat de praktijk van elke dag zich daarin niet zo gemakkelijk laat opsluiten. Zelfs na de goedkeuring van het wetsvoorstel zal op tal van terreinen, die even delicaat of zelfs nog delicaat kunnen zijn, geen wettelijk kader voorhanden

*rationnelle des médecins et du personnel soignant, quelles que soient leurs convictions philosophiques, d'autre part. Ou bien l'euthanasie est mauvaise et nous devons avoir le courage de poursuivre les auteurs de ces pratiques, ou bien nous l'intégrons dans un cadre légal pour qu'elle ne se pratique plus dans l'ombre.*

*Un deuxième argument fondamental est que l'euthanasie est un problème social. J'éprouve du respect pour l'art, la connaissance et la pratique de spécialistes, en l'occurrence les médecins, mais quand il s'agit d'un problème social, il revient à la société et au Parlement qui en est l'émanation de prendre position. Nous ne pouvons laisser de tels problèmes éthiques et délicats à l'appréciation du spécialiste.*

*Le troisième argument fondamental est le respect de l'attitude de chacun devant la vie. Je respecte ceux qui considèrent que mettre fin à la vie, de quelque manière que ce soit, est impossible pour eux. Ces personnes doivent pouvoir vivre ainsi. Je demande seulement qu'on respecte aussi le souhait de ceux pour qui c'est possible. Ce n'est qu'à cette condition, que l'on peut parler de société ouverte et tolérante.*

*La quatrième raison fondamentale est la notion d'autodétermination.*

*Dans son plaidoyer, M. D'Hooghe ne s'oppose en fait pas à la possibilité de mettre fin à la vie. Il veut seulement qu'elle s'intègre dans l'ensemble de la problématique. Nous n'arriverons nulle part de la sorte.*

*Plaider pour l'autodétermination signifie qu'il faut élaborer un cadre juridique pour les droits du patient, y compris le droit à l'information. Si nous voulons inclure cet aspect dans cette proposition de loi-ci, nous n'aboutirons jamais. À la fin de la précédente législature, un projet de loi relatif aux droits des patients était prêt et le Conseil d'État avait d'ailleurs remis un avis. Apparemment la Chambre s'en occupe. J'espère que ce projet sera traité tant par la Chambre que par le Sénat au cours de cette législature.*

*Vous aurez compris que je voterai la proposition. Elle aurait certainement été différente si j'avais été seul à la rédiger. J'ai par conséquent une série de remarques et de réserves qui ne m'empêcheront cependant pas de la voter car j'estime qu'elle constitue un premier pas important. Ce dossier est en évolution constante. La commission fédérale d'évaluation devra donc évaluer l'application de la loi et formuler des recommandations.*

*La définition de l'euthanasie contenue dans la proposition de loi peut faciliter le vote mais je crains que dans la pratique les choses ne soient pas toujours aussi claires. Par la suite, on constatera qu'un cadre légal fait défaut dans de nombreux domaines, aussi, voire plus délicats.*

*Quatre années passées au département de la Santé publique m'ont permis de constater à quelles situations dramatiques les parents et la famille, mais aussi le personnel soignant et les médecins, étaient confrontés. Il est possible que la proposition ne soit pas encore mûre sur certains points. Mais j'invite ceux qui disent que la vie est sacrée en toute circonstance à suivre de près l'une ou l'autre de ces situations dramatiques.*

*Certaines personnes qui n'ont pas rédigé de déclaration anticipée ne peuvent plus prendre de décision elles-mêmes.*



zijn.

Ik heb gedurende vier jaar op het departement van Volksgezondheid, onder meer tijdens een onderzoek in Nederland, meegemaakt met welke schrijnende situaties ouders en familie, maar ook verpleegkundigen en artsen werden geconfronteerd. Het zou kunnen dat het voorstel op sommige punten nog niet rijp is. Maar diegenen die zeggen dat het leven in alle omstandigheden heilig is, nodig ik toch eens uit zo'n schrijnende toestand van nabij te volgen.

Sommige mensen kunnen niet meer zelf beslissen en hebben geen wilsbeschikking gemaakt. Het zijn vaak de meest schrijnende gevallen, maar met deze tekst kunnen we daar niets aan doen. Ik herhaal dat dit mij niet belet om het voorstel te verdedigen en goed te keuren. Ik wil enkel duidelijk maken dat er nog punten zijn waarvoor het voorstel geen oplossing biedt.

Ook als we de voorgestelde definitie van euthanasie aanvaarden, dan nog is in de praktijk van elke dag het onderscheid tussen het laten varen van therapeutische hardnekkigheid en levensbeëindiging in bepaalde gevallen en omstandigheden flinterdun. We moeten dan ook de moed hebben om daarover in de toekomst na te denken, te discussiëren en er een wettelijk kader voor te creëren. Ik weiger echter mee te gaan in een strategie die er eigenlijk op gericht is te beletten dat de huidige tekst wordt goedgekeurd. We moeten dit probleem stap voor stap aanpakken, rekening houdend met de evolutie van de geesten en de politieke haalbaarheid.

Een tweede opmerking heb ik bij de rol van de vertrouwenspersoon. In mijn ogen wordt die nu te zeer beperkt tot die van "postbus". Hij brengt de wil van de betrokkene over naar de arts, die er al dan niet op ingaat. Hij wordt geraadpleegd. Wanneer ik echter iemand in zo'n delicate materie mijn vertrouwen heb geschonken – het gaat in wezen om mijn leven – en ik in een fysieke of psychische toestand kom die het me onmogelijk maakt zelf te beslissen, dan wil ik die vertrouwenspersoon ook de mogelijkheid geven om, na overleg met een arts, te beslissen de daad eventueel uit te stellen, op basis van de omstandigheden of een wetenschappelijke evolutie. Zover gaat het voorstel nog niet en ik vind dat we daarover in de toekomst moeten nadenken.

Derde bedenking. In de teksten lees ik terecht dat alles wat betrekking heeft op levensbeëindiging in het kader van deze wet, in het medisch dossier moet worden opgenomen. Het is jammer dat de minister van Volksgezondheid er vandaag niet is, want mijn vraag aan haar is terzake onmiddellijk een uitvoeringsbesluit klaar te maken. Anders dreigen we door de algemeenheid van de wet in de problemen te komen. Wat is immers een medisch dossier? Dat is niet zo evident. Een patiëntendossier in een ziekenhuis bestaat uit twee delen: medisch en verpleegkundig dossier. Daarnaast bestaat er ook een globaal medisch dossier, dat wil zeggen een dossier dat de huisarts samenstelt. Over welk dossier het gaat, moet worden gepreciseerd. Precisering is ook nodig voor de gevallen waarbij de levensbeëindiging thuis gebeurt en de patiënt geen globaal medisch dossier bij een huisarts heeft.

Vierde opmerking: persoonlijk vind ik de paragraaf die bepaalt dat de wilsbeschikking om de vijf jaar moet worden bevestigd, een overbodige drempel en ik vraag me af waarom

*Bien qu'il s'agisse souvent des cas les plus poignants, le présent texte ne s'applique pas à eux. Je répète que cela ne m'empêchera pas de défendre ni d'approuver la proposition. Je veux seulement expliquer clairement qu'il reste des problèmes que la proposition ne résout pas.*

*Même en acceptant la définition proposée de l'euthanasie, dans la pratique de tous les jours, la différence entre l'arrêt de l'acharnement thérapeutique et le fait de mettre fin à la vie est, dans certains cas et dans certaines circonstances, extrêmement ténue. Nous devons dès lors avoir le courage, à l'avenir, d'y réfléchir, d'en discuter et de créer un cadre légal. Je me refuse toutefois à me laisser entraîner dans une stratégie qui vise en réalité à empêcher l'adoption du présent texte. Nous devons aborder ce problème pas à pas, en tenant compte de l'évolution des esprits et de ce qui est politiquement possible.*

*À mes yeux, le rôle de la personne de confiance se limite trop à celui de boîte aux lettres. Elle transmet la volonté du patient au médecin, qui y répond ou non. Elle est consultée. Après avoir offert ma confiance à cette personne dans une matière aussi délicate – il s'agit de ma vie, en fin de compte – et m'être retrouvé dans un état physique ou psychique qui m'empêche de prendre moi-même une décision, je veux au contraire donner à cette personne de confiance la possibilité de décider, après concertation avec le médecin, de différer éventuellement l'acte, en tenant compte des circonstances ou de l'évolution scientifique. La proposition ne va pas encore aussi loin et j'estime que nous devons y réfléchir à l'avenir.*

*Je lis dans les textes que tout ce qui a trait à la fin de vie doit être consigné dans le dossier médical. Je demanderai donc à la ministre de la Santé publique, malheureusement absente aujourd'hui, de préparer immédiatement un arrêté d'exécution. Dans le cas contraire, le caractère général de la loi risque d'entraîner des problèmes. En effet, qu'est-ce qu'un dossier médical ? Ce n'est pas si évident. Le dossier d'un patient se compose de deux parties : le dossier médical et le dossier infirmier. Il existe en outre un dossier médical global, celui qu'établit le généraliste. Il convient de préciser de quel dossier il s'agit. Des précisions sont également nécessaires pour les cas de fin de vie à domicile lorsque le généraliste ne dispose d'aucun dossier médical global sur le patient.*

*Enfin, je trouve superflu d'imposer la confirmation de la demande anticipée tous les cinq ans.*

hij erin staat.

**De heer André Geens (VLD).** – In de commissie hebben we veelvuldig gesproken over ziekten zoals Alzheimer. Jammer genoeg ben ik in mijn eigen familie tweemaal met deze ziekte geconfronteerd. Mijn moeder had Alzheimer en is vorig jaar met Kerstmis overleden en mijn schoonmoeder gaat dezelfde weg op. Ik kan me perfect voorstellen dat iemand vandaag een wilsbeschikking maakt waarvan hij over vijf jaar, door Alzheimer, zich geen jota meer herinnert en ook niet meer weet waarover het gaat.

Persoonlijk vind ik de herbevestiging dus een verschrikkelijke bepaling in deze wet. Het is een zeer gevaarlijke definitie die erin is gebracht om misbruiken te bestrijden, maar in vele gevallen zal spelen tegen degenen die een wilsbeschikking hebben gemaakt en na vijf jaar niet meer in staat zijn ze te bevestigen omdat ze niet meer weten waarover het gaat en waarover men met hen praat.

**De heer Jacques D'Hooghe (CD&V).** – Ik wens nog even op het vorig punt terug te komen. Het medisch dossier is inderdaad een ernstig probleem. Het wordt gebruikt voor medische doeleinden, minimale klinische gegevens en financiële doeleinden.

**De heer Marcel Colla (SP.A).** – U verwacht een aantal zaken, mijnheer D'Hooghe.

**De heer Jacques D'Hooghe (CD&V).** – Het probleem van het medisch dossier had al lang aangepakt moeten zijn. Ik ben bereid samen met de heer Colla daarover een wetsvoorstel in te dienen.

**De heer Marcel Colla (SP.A).** – Ik betreur ook dat de federale evaluatiecommissie door de ministerraad zal worden samengesteld. Men had deze opdracht beter aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek toevertrouwd.

In de tekst staat dat de arts overleg moet plegen met het verplegend team. Dat lijkt me nogal omslachtig, men had beter gepreciseerd dat de arts moet overleggen met de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundige die de patiënt verzorgt.

Ik begrijp de koppeling met palliatieve zorg tot op een zekere hoogte. De verbetering van de palliatieve zorg is overigens een noodzaak. Ook de pijnbestrijding moet ruimer worden gezien dan in het raam van palliatieve zorgen. De pijnbestrijding staat in België nog in haar kinderschoenen. De verpleegkundige heeft het meest met pijnbestrijding te maken. Technisch en medisch gezien is de mogelijkheid tot pijnbestrijding veel ruimer dan ze in de praktijk worden toegepast. Als we in het raam van de palliatieve zorg daaraan iets willen doen, dan moet het beleid inzake pijnbestrijding worden gepreciseerd en moeten er enkele gespecialiseerde centra worden opgericht.

Een ander aspect, dat eveneens onder de bevoegdheid van het departement Volksgezondheid valt, is dat de centra voor palliatieve zorg niet per se op het terrein van een ziekenhuis moeten liggen. Ik heb enkele zelfstandige centra buiten ziekenhuizen bezocht, waar de mensen als het ware in de natuur vertoeven. Vandaag is onze wetgeving voor dit soort initiatieven veel te restrictief en verloopt de financiering van dergelijke centra veel te moeilijk.

**M. André Geens (VLD).** – *La commission a longuement évoqué des maladies comme la maladie d'Alzheimer. Je suis malheureusement doublement confronté à cette maladie dans ma famille. Ma mère en était atteinte et est décédée l'année dernière à Noël. Ma belle-mère suit le même chemin. Je peux parfaitement imaginer qu'une personne rédige aujourd'hui une déclaration anticipée dont elle ne se souviendra absolument plus dans cinq ans à cause de la maladie d'Alzheimer.*

*Je trouve donc personnellement que la confirmation constitue une disposition redoutable. C'est une définition très dangereuse, censée lutter contre les abus, mais qui se retournera dans de nombreux cas contre ceux qui ont rédigé une déclaration anticipée mais ne sont plus en état de la confirmer cinq ans après parce qu'ils ne savent plus de quoi il s'agit ni de quoi on leur parle.*

**M. Jacques D'Hooghe (CD&V).** – *J'aimerais revenir sur le point précédent. Le dossier médical est en effet un sérieux problème. Il est utilisé à des fins médicales, pour le résumé clinique minimal et à des fins financières.*

**M. Marcel Colla (SP.A).** – *Vous mélangez plusieurs choses, Monsieur D'Hooghe.*

**M. Jacques D'Hooghe (CD&V).** – *Le problème du dossier médical aurait dû être abordé depuis longtemps. Je suis prêt à déposer une proposition de loi en ce sens avec vous, Monsieur Colla.*

**M. Marcel Colla (SP.A).** – *Je regrette également que ce soit le conseil des ministres qui détermine la composition de la commission fédérale d'évaluation. Il aurait mieux valu confier cette mission au Comité consultatif de bioéthique.*

*Le texte prévoit que le médecin doit se concerter avec l'équipe soignante. Cela me semble quelque peu fastidieux. Il aurait mieux valu préciser que le médecin doit se concerter avec l'infirmière en chef et l'infirmière qui s'occupe du patient.*

*Je comprends jusqu'à un certain point la liaison avec les soins palliatifs. Leur amélioration est une nécessité. Il faut en outre voir le traitement de la douleur dans un cadre plus large que celui des soins palliatifs. En Belgique, le traitement de la douleur n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements. C'est l'infirmière qui s'en occupe le plus. Son application pratique est loin d'utiliser toutes les ressources techniques et médicales disponibles. Si nous voulons remédier à cela dans le cadre des soins palliatifs, la politique de traitement de la douleur devra être précisée et il faudra créer des centres spécialisés.*

*Un autre aspect, qui relève également de la compétence du département de la Santé publique, est que les centres de soins palliatifs ne doivent pas nécessairement se situer sur le site d'un hôpital. J'ai visité quelques centres indépendants où les patients vivent pour ainsi dire dans la nature. Notre législation actuelle est beaucoup trop restrictive vis-à-vis de ce genre d'initiatives. Leur financement est en outre beaucoup trop difficile.*

*Enfin, je voudrais m'attarder sur deux points importants. Il*

Tot slot wil ik twee korte maar niet onbelangrijke punten aansnijden. Het is bijzonder jammer dat we rond dit voorstel niet een nog grotere consensus hebben kunnen bereiken. Ik hoorde de heer Vandenberghe gisteren zeggen: "Dit is een historische beslissing, maar wij nemen ze niet". Dat is bijzonder jammer, want de keuze die we nu maken ligt in de evolutie van de dingen. In de Bijzondere Commissie voor bio-ethische problemen stel ik vast dat de christen-democraten een gelijkaardige stap wel doen inzake wetenschappelijk onderzoek op embryo's. Ik hoop dat dit in de toekomst zo blijft en betreur dat de christen-democraten zich niet achter dit voorstel op de euthanasie hebben kunnen scharen. Vooral hier ware het veel beter geweest als we een grotere consensus hadden kunnen bereiken.

Ik eindig met een oproep aan onze collega's van de Kamer. Niemand betwist hen het recht om dit voorstel opnieuw van A tot Z te onderzoeken. Of het verstandig is, is een andere zaak. Het gevolg zou immers kunnen zijn dat dit voorstel niet meer tijdens deze legislatuur goedgekeurd geraakt. Mijn oproep aan hen is dat ze dat goed onder ogen zouden zien. Als zij het wetsvoorstel helemaal van voren af aan grondig willen onderzoeken met het gevolg dat we deze historische stap niet meer kunnen doen, dan maken ze volgens mij een zware politieke fout.

**Mevrouw Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Ik zal geen historisch overzicht geven van het euthanasiedebat in de Senaat. Velen hebben dat al gedaan. Ik wil wel in herinnering brengen dat reeds op 9 en 10 december 1997 een groot aantal experts van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek in deze zaal vergaderden en dat op 10 december elke fractie haar standpunt uitvoerig heeft toegelicht.*

*De socialistische fractievoorzitter, Roger Lallemand, wilde openheid en luisterbereidheid en het zag ernaar uit dat zich een consensus aftekende. Ik voerde het woord namens de PSC. Enkele maanden later dienden de heren Lallemand en Erdman een voorstel in, terwijl ze goed wisten dat deze tekst pas tijdens de volgende zittingperiode zou worden besproken. Sindsdien hebben de standpunten een hele evolutie ondergaan. Vroeger werd gezocht naar raakpunten en gestreefd naar verdraagzaamheid op grond van de conclusies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek. Nu blijft alleen nog stugheid en ergernis over, vermoedelijk de vrucht van intens lobbywerk om een meerderheid te vinden om bepaalde ideeën door te drukken. Daarmee is echter alles niet geregeld.*

*Ik zal u een voorbeeld geven van die verstrakking van de standpunten: het zou veel logischer zijn geweest eerst het voorstel over de palliatieve zorg te bespreken en nadien, desnoods tegelijk, over beide teksten te stemmen, aangezien er pas een beroep moet worden gedaan op euthanasie als de palliatieve zorg wordt geweigerd of ontoereikend blijkt. Dat was trouwens de geest van de eerste besprekingen over het onderwerp.*

*Na dit korte overzicht zal ik mijn uiteenzetting volledig wijden aan de passages over de niet-terminale patiënten, op wie euthanasie kan worden toegepast op hun vrijwillig, overdacht en herhaald verzoek, na een bijkomende raadpleging en binnen een termijn van één maand.*

*Tegen deze tekst maak ik het grootste bezwaar en dat volstaat voor mij om heel de wettekst af te keuren.*

*est particulièrement regrettable que nous n'ayons pu réunir un consensus plus large autour de cette proposition. J'ai entendu M. Vandenberghe dire hier : « C'est une décision historique, mais nous ne la prenons pas ». C'est d'autant plus regrettable que le choix que nous faisons aujourd'hui s'inscrit dans l'évolution des choses. À la Commission spéciale chargée des problèmes bioéthiques, je constate pourtant que les démocrates-chrétiens font le pas en matière de recherche scientifique sur les embryons. J'espère que ce sera encore le cas à l'avenir. Je regrette que les démocrates-chrétiens n'aient pas pu se retrouver dans cette proposition sur l'euthanasie. Un large consensus aurait été de loin préférable.*

*J'en termine par un appel à nos collègues de la Chambre. Personne ne leur conteste le droit de réexaminer cette proposition de A à Z. Autre chose est de savoir si ce serait bien sage. Cela aurait en effet pour conséquence d'empêcher l'adoption de cette proposition sous cette législature. La Chambre commettrait ainsi une grave erreur politique.*

**Mme Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – Je ne ferai pas l'historique du débat sur l'euthanasie au Sénat. Beaucoup l'ont fait avant moi. Mais je voudrais cependant rappeler que déjà les 9 et 10 décembre 1997, un grand nombre d'experts issus du Comité consultatif de bioéthique avaient été rassemblés dans cet hémicycle et que chaque groupe politique avait longuement exprimé sa position au cours de la journée du 10 décembre.

Le chef de groupe socialiste, Roger Lallemand, avait particulièrement souligné son souci d'ouverture et d'écoute et il semblait qu'on allait vers un consensus. Je m'étais exprimée au nom du PSC. Quelques mois plus tard, vers la mi-1998, MM. Lallemand et Erdman ont déposé une proposition tout en sachant que ce texte ne serait discuté que lors de la législature suivante. Les positions des uns et des autres ont fort évolué depuis. Là où il était alors question de la recherche de points communs, de tolérance à l'autre dans le dialogue à partir des conclusions du Comité consultatif de Bioéthique, on ne trouve plus aujourd'hui, hélas, qu'un certain raidissement, voire agacement, fruit probablement d'un intense lobbying pour atteindre une majorité, afin de faire « passer » certaines idées maîtresses qui sont loin de tout régler.

Je donne une seule preuve de ce « raidissement » : il aurait été beaucoup plus logique, dans la chronologie des événements, de discuter d'abord de la proposition sur les soins palliatifs avant celle sur l'euthanasie, quitte à voter les deux textes en même temps, puisque le recours à l'euthanasie ne devrait intervenir qu'au cas où les soins palliatifs sont refusés ou inefficaces. C'était d'ailleurs l'esprit des premières discussions sur le sujet.

Mis à part ce bref rappel historique, que je me devais de faire puisque je siégeais au Sénat entre 1985 et 1999, mon intervention sera entièrement consacrée aux passages du texte de la proposition de loi traitant des patients qui ne sont pas en phase terminale et que l'on pourrait, à leur demande

*Ik ben vaak en langdurig op bezoek geweest bij iemand die me dierbaar was en die in het CTR van het Brugmannziekenhuis verbleef. Ik heb daar vele jonge verkeersslachtoffers ontmoet. Ik heb ook een schoonbroer die op 18-jarige leeftijd aan één zijde verlamd raakte door polio; vandaag is hij vader van drie kinderen en geeft hij blijk van een buitengewoon moreel en professioneel dynamisme.*

*Voor al die mensen was de factor "tijd", waarover de heer Mahoux het had, essentieel om te ontkomen aan de vertwijfeling waarmee ziekte of ongeval hen had geslagen. Zij hadden tijd nodig, veel tijd om afscheid te nemen van hun gezond en volzaam lichaam; ondanks de tedere aanwezigheid van familie en verzorgend personeel kostte het hen lange weken om opnieuw hun plaats te vinden, een nieuwe kijk op een noodgedwongen veranderd leven, en om de vertwijfeling te boven te komen, waaruit alleen zelfdoding, al dan niet met de hulp van een derde, hen een uitweg scheen te bieden.*

*Ik zou het ook willen hebben over Stephen Hawking. Op zijn twintigste werd hij ernstig en ongeneeslijk ziek. De diagnose luidde ALS, amyotrofe laterale sclerose. Langzamerhand zouden zijn spieren het begeven en men had hem gezegd dat hij snel zou sterven. Eerst werden zijn bewegingen hoekig, dan kon hij zich nog enkel in een wagentje verplaatsen. Op zijn tweeëndertigste kon hij niet meer alleen eten of gaan slapen. Geleidelijk verloor hij zijn spraakvermogen en na een tracheotomie uiteindelijk ook zijn stem. Hij was toen 43 jaar.*

*Men kan zich voorstellen wat een vertwijfeling en psychisch en fysiek lijden die man heeft doorstaan. Welke vragen hebben hem niet gekweld telkens als hij depressief werd? Men kan zich voorstellen dat hij op sommige momenten aan zijn arts gevraagd heeft een eind te maken aan dat leven van lijden en voortdurende afhankelijkheid. Welke zin heeft het vol te houden als men toch moet sterven?*

*Als ik over die man spreek, ben ik dan "onbevlekt blind", zoals de heer Monfils dat noemt?*

*Stephen Hawking leeft nog steeds. De befaamde fysicus van Cambridge, specialist van de zwarte gaten en van de big bang, is een levende legende. Deze week kwam hij naar Brussel. Hij rolde alleen de zaal binnen in een wagentje dat is uitgerust met een computer en een elektronische stem, want zijn ziekte is in een vergevorderd stadium. Hij bevindt zich in een nagenoeg vegetatieve toestand, alhoewel zijn ogen, oren en hersenen nog intact zijn.*

*Ondanks zijn verschrikkelijke handicap heeft hij aan de pers verklaard dat hij een bijna normaal leven heeft geleid. Hij heeft ook toegegeven dat hij in het begin door een fase van tragische vertwijfeling is gegaan, maar dat hij nadien heeft ontdekt dat hij veel meer van het leven genoot dan voordien. Heeft die vertwijfeling hem destijds zo ver gedreven dat hij gevraagd heeft een einde te maken aan zijn leven? Heeft men hem dat geweigerd? Hij bevond zich in een medisch uitzichtloze situatie en had voortdurend ondraaglijk fysiek en psychisch te lijden. Dat lijden kon niet worden gestild. Het was het resultaat van een ernstige en ongeneeslijke aandoening. Heeft het rouwproces over de geleidelijke aftakeling van zijn lichaam langer geduurd dan een maand? Wij zullen het nooit te weten komen. Dat is een deel van het mysterie van zijn vrijheid en van zijn eigen wereld. Op een*

*volontaire, réfléchie et répétée, après une consultation supplémentaire et dans un délai d'un mois ... euthanasier. C'est pour moi la plus grave des objections, celle qui fait que, sans hésiter une minute, je voterai contre la proposition qui est sur la table.*

*Il se fait qu'à certains moment de ma vie, j'ai rendu de fréquentes et longues visites à un être cher au CTR. de l'hôpital Brugmann. J'ai rencontré là beaucoup de jeunes fauchés par les accidents de la route. J'ai aussi un beau-frère qui est devenu hémiplégique à cause de la poliomyélite à 18 ans, aujourd'hui, il est le père de trois enfants fait preuve d'un dynamisme professionnel et moral prodigieux.*

*Pour tous ceux-là, il m'a semblé que le facteur « temps », dont a parlé M. Mahoux, était un élément essentiel dans la recherche d'une issue au désespoir bien naturel qui les avait touchés à la suite de leur maladie ou de leur accident. Il leur avait fallu du temps, beaucoup de temps, pour faire le deuil d'un corps sain ou obéissant, il leur a fallu, outre la tendresse d'un entourage familial et hospitalier, de longues semaines pour reprendre leurs marques, pour se faire une nouvelle vision d'une vie nécessairement différente avant d'émerger du désespoir quelquefois total où la seule issue possible leur avait semblé le suicide assisté ou non.*

*Je voudrais aussi parler de Stephen Hawking. Il avait 20 ans quand on lui a diagnostiqué une maladie incurable et gravissime : la SLA, la sclérose latérale amyotrophique. Petit à petit, ses muscles devaient le lâcher jusqu'à, lui avait-on prédit, une mort rapide. Il a commencé par devenir maladroit dans ses mouvements, puis il a perdu la mobilité et a dû se déplacer en voiturette. À l'âge de 32 ans, il ne pouvait plus manger ni se coucher seul. Il a progressivement perdu la parole et une trachéotomie lui a enlevé la voix. Il avait alors 43 ans.*

*On peut imaginer par quelles phases de désespoir a dû passer cet homme, les souffrances physiques et psychiques qu'il a dû endurer, les questions qu'il a dû se poser, les périodes de dépressions dans lesquelles il a sans doute dû sombrer. On peut imaginer qu'à un moment ou un autre, il a dû demander à son médecin d'en finir. D'en finir avec cette vie-là, avec cette souffrance, trop fatigué d'être toujours à charge. À quoi bon continuer, puisque la mort est au bout du chemin ?*

*Parler de cet homme-là est-ce faire preuve de la « cécité immaculée » dont a parlé M. Monfils ?*

*Mais Stephen Hawking est toujours là. Ce grand physicien de Cambridge, spécialiste des trous noirs et du Big Bang est une légende vivante. Il est venu cette semaine à Bruxelles. Il est entré dans la salle de conférence avançant seul dans sa voiturette équipée d'un ordinateur et d'un synthétiseur vocal car la maladie est très avancée. Il est, en effet, dans un état quasi végétatif, même si ses yeux, ses oreilles et bien sûr son cerveau sont intacts.*

*Malgré son terrible handicap, il a confié à la presse avoir mené une vie presque normale. Il a aussi avoué être passé au début par une phase de désespoir tragique, puis il a découvert « qu'il goûtait beaucoup plus à la vie que précédemment ». Ce désespoir l'a-t-il poussé à l'époque à demander que l'on mette fin à ses jours ? Le lui a-t-on refusé ? Il se trouvait en effet dans une situation médicale sans issue et faisait état d'une souffrance physique ou psychique constante et*

*bepaald ogenblik, na een maand, twee maanden of zes maanden, heeft het leven de bovenhand gehaald en heeft hij ontdekt dat hij veel meer van het leven genoot dan voorheen. Hij heeft niet alleen veel langer geleefd dan de artsen verwachtten – hij wordt weldra 60 jaar – maar bovendien is hij gehuwd en heeft hij drie kinderen. De samenleving heeft hem geholpen om in het leven te geloven en heeft blijk gegeven van solidariteit.*

*Mocht de arts gedacht hebben dat de dood duidelijk niet op korte termijn zou intreden, dan had hij misschien een tweede arts geraadpleegd en had hij vervolgens meer dan een volle maand laten verlopen tussen het schriftelijk verzoek van de patiënt en de euthanasie.*

*Ik zou met dit beroemde, misschien wat gemakkelijke, maar reële voorbeeld erkenning willen vragen voor de enorme moed waarmee de overgrote meerderheid van onze ongeneeslijke zieken hebben beslist om voort te leven tot het einde, en dit ondanks en met hun anders zijn.*

*We mogen hen geen verkeerd signaal sturen als zou het fundamentele recht op leven het recht op levenskwaliteit zijn geworden, kwaliteit waarover anderen, die als experts en specialisten worden beschouwd, zich het recht aanmatigen te oordelen.*

*Het voorgestelde artikel 3, §3 brengt deze patiënten in gevaar. Ik zal dat trachten te bewijzen.*

*Ten eerste hebben de indieners van het wetsvoorstel het toepassingsgebied van de wet willen uitbreiden tot situaties buiten het levenseinde.*

*Zo hebben ze de onmogelijke taak op zich genomen te bepalen in welke door ziekte of ongeval veroorzaakte omstandigheden euthanasie al dan niet is toegestaan. Dit is een onmogelijke opdracht, want dit veronderstelt dat men bepaalt welke ongeneeslijke ziekten als ernstig dienen te worden beschouwd.*

*Volgens de Belgische Vereniging van Geneesheren Specialisten bestaat er echter geen medische eensgezindheid over de zogenaamde “ernstige” ziekten.*

*De woorden “een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening” kunnen betrekking hebben op een oneindig aantal situaties. Als een verzoek om euthanasie wordt geformuleerd, is er geen enkele reden om hierop a priori in te gaan als het om een patiënt met een ongeneeslijke neuromusculaire aandoening gaat of om het verzoek af te wijzen als het om een kankerpatiënt, ongeneeslijk zieke nierpatiënt of zwaar chronisch depressieve zieke gaat.*

*In de voorgestelde tekst is het criterium de aan- of afwezigheid van een objectieve medische toestand die niet kan verbeteren.*

*Als een persoon ondubbelzinnig blijft vragen om te mogen sterven, omdat hij bankroet is of omdat hij in een ongeval heel zijn familie of een dierbare heeft verloren, dan kan er niet op zijn verzoek worden ingegaan.*

*Nochtans kan men veronderstellen dat dezelfde persoon die ten gevolge van dezelfde gebeurtenissen zelfmoordneigingen vertoont die een niet te lenigen psychisch lijden veroorzaken, en die een verzoek zou formuleren dat beantwoordt aan de*

*insupportable qui ne pouvait être apaisée et qui résultait d’une affection pathologique grave et incurable. Le deuil de la vision progressive de la destruction de son propre corps a-t-il duré plus d’un mois ? Nous ne le savons pas. Cela fait partie du mystère de sa liberté et de son univers propre. À un moment, après un mois, deux mois, six mois, un an, peut-être, la vie l’a emporté chez lui et il a découvert qu’il goûtait beaucoup plus à la vie que précédemment. Non seulement, il a survécu bien plus longtemps que les médecins le prévoyaient – il va bientôt avoir 60 ans – mais, de plus, il s’est marié et a eu trois enfants. La société l’a aidé à croire en la vie et elle a fait preuve de solidarité.*

*S’il avait été d’avis que le décès n’interviendrait manifestement pas à brève échéance, son médecin aurait peut-être consulté un deuxième médecin et laissé ensuite s’écouler au moins un mois entier entre la demande écrite du patient et l’euthanasie.*

*Je voudrais donc que l’on reconnaisse par cet exemple célèbre et peut-être facile, je le reconnais, mais d’actualité, l’immense courage de la grande majorité de nos malades incurables qui ont décidé de vivre jusqu’au bout, malgré et avec leur différence. Ne leur envoyons pas le message erroné que le droit fondamental de vivre est devenu le droit à la qualité de la vie, qualité que d’autres, considérés comme experts ou spécialistes par la loi, s’arrogeraient le droit de juger.*

*L’article 3, §3, qui nous est proposé met ces patients en danger. C’est ce que je vais essayer de démontrer.*

*Premièrement, les auteurs de la proposition de loi ont voulu étendre le champ d’application de leur proposition en-dehors des situations de fin de vie.*

*Ce faisant, ils se sont heurtés à l’impossible tâche de définir les situations accidentelles ou pathologiques dans lesquelles l’euthanasie serait permise et celles dans lesquelles elle ne le serait pas. Impossible car cela aurait supposé de définir quelles maladies incurables pouvaient être qualifiées de graves.*

*Or, il n’y a pas de consensus médical sur les maladies dites « graves » a rappelé le Groupement belge des médecins spécialistes.*

*Les mots « affection accidentelle ou pathologique grave et incurable » peuvent ainsi renvoyer à une infinité de situations. Lorsqu’une demande d’euthanasie est formulée, il n’y a en effet, a priori, aucune raison de permettre l’euthanasie de patients atteints, par exemple, de maladies neuromusculaires incurables mais de la refuser lorsqu’il s’agit de patients atteints de cancer, de maladies rénales incurables ou victimes de dépressions chroniques profondes ?*

*Le critère avancé dans le texte proposé est la présence ou l’absence d’une condition médicale objective qui ne peut s’améliorer.*

*Ainsi, si une personne exprime le désir ferme et persistant de mourir parce qu’elle est ruinée financièrement ou parce qu’elle a perdu toute sa famille ou un être cher dans un accident, sa demande ne pourra pas être prise en compte. Toutefois, on peut supposer que la même personne qui, suite à ces mêmes événements, souffrirait de tendances suicidaires entraînant des souffrances psychiques inapaisables et formulerait une demande répondant aux conditions de la loi,*

*voorwaarden van de wet, wel in aanmerking zou komen omdat zijn uitzichtloze situatie dan een aandoening zou zijn. Is de existentiële vertwijfeling die iemand tot zelfmoord drijft, dan geen aandoening? Valt iemand die al verschillende zelfmoordpogingen achter de rug heeft en die volhardt in zijn verzoek om er een einde aan te maken, niet onder het toepassingsgebied van de wet? De Nederlandse jurisprudentie heeft de stap gewaagd.*

*De grens tussen lijden dat wordt veroorzaakt door een objectieve, medische situatie, en andere vormen van lijden die niet als medisch worden bestempeld, is dus denkbeeldig. Dat werd trouwens aangetoond in befaamde studies van Amerikaanse geriatrische psychiaters en psychologen die gespecialiseerd zijn in de analyse van zelfmoordgedrag.*

*Er bestaat dus geen objectief criterium om de toepassing van de wet te controleren. In werkelijkheid is het beslissende element in de geest van de indieners van het voorstel subjectief: het verzoek van de patiënt. Het beoogde doel is niet het beëindigen van het ondraaglijk en niet te lenigen lijden van de patiënt, maar wel zelf zijn dood kunnen kiezen. De idee is dat elke volwassene die op weloverwogen wijze, al dan niet op het einde van zijn leven, om euthanasie verzoekt, deze moet kunnen bekomen zodra hij zijn toestand als ondraaglijk beschouwt.*

*Als voorafgaande voorwaarde voor de euthanasie geldt niet dat de arts niet mag beschikken over een ander middel om de pijn of de nood te verlichten. Dit betekent dat uiteindelijk de patiënt zelf bepaalt of zijn lijden ondraaglijk is, maar ook of zijn pijn mettertijd kan worden "beheerst". Hoe zou hij dat kunnen weten?*

*De begeleiding van de patiënt zorgt voor het objectieve element dat onontbeerlijk is voor het appreciëren van zijn toestand. Het is onontbeerlijk dat de arts bijzonder bedreven is in palliatieve zorgverlening en patiëntenbegeleiding, want de medische en psychologische begeleiding zijn van primordiaal belang om pijn te kunnen verdragen.*

*Uiteindelijk schijnt alleen het subjectieve gevoel dat de patiënt nog nuttig of niet nuttig meer is, te volstaan om euthanasie toe te staan.*

*Het debat had dus veel meer moeten toegespitst worden op de hulp bij zelfdoding. Het onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding ligt hoofdzakelijk bij de persoon die de ultieme daad zal stellen. Als de patiënt de daad stelt, dan gaat het om hulp bij zelfdoding. Als de arts de daad stelt, dan spreekt men van euthanasie.*

*Mijn voorkeur ging uit naar een debat over hulp bij zelfdoding, want dan wordt de autonomie van de patiënt het best gevrijwaard. Hij schijnt zelf beter beschermd, want uiteindelijk vraagt hij niet alleen om er een einde aan te maken, hij stelt ook zelf de daad. Een studie in Oregon wijst uit dat de mens vaak door een levensdrang bezielde blijft die maakt dat hij de ultieme daad weigert, zelfs als men hem de middelen ter beschikking stelt.*

*Een wet die euthanasie uit de strafwet licht en euthanasie door haar brede toepassingsgebied toestaat op grond van de autonomie van de patiënt – waarbij palliatieve zorg en ziekenbegeleiding een keuzemogelijkheid en geen verplichting is – kwetst ons diep, zelfs als euthanasie in bijzondere*

entrait en ligne de compte dès lors que sa situation sans issue deviendrait une pathologie et serait, en quelque sorte « médicalisée ».

Mais le désespoir existentiel qui conduit quelqu'un au suicide n'est-il pas pathologique ? Une personne qui a fait plusieurs tentatives de suicide et qui persiste dans sa demande d'en finir n'entre-t-elle pas, elle aussi, dans le champ d'application de la loi ? La jurisprudence hollandaise a franchi le pas.

Il semble donc bien que la frontière entre la souffrance résultant d'une condition médicale objective et les autres types de souffrances qui ne seraient pas qualifiées de médicales est illusoire. Ce que démontrent d'ailleurs des études réputées de psychiatres gériatriques américains et de psychologues spécialisés dans l'analyse des comportements suicidaires.

Il n'y a donc pas de critère objectif qui permette de contrôler l'application de la loi. En réalité, l'élément décisif, dans l'esprit des auteurs de la proposition, est subjectif : c'est la demande du patient. L'objectif visé n'est pas, en réalité, de mettre fin à des souffrances insupportables et inapaisables du patient, mais de pouvoir choisir sa mort. L'idée est que toute personne majeure qui demande de façon mûrement réfléchie l'euthanasie, qu'elle soit en fin de vie ou pas, du moment qu'elle juge sa situation insupportable, doit pouvoir l'obtenir.

Il n'est pas posé comme condition préalable à la pratique de l'euthanasie, que le médecin ne doit pas disposer d'autre moyen pour apaiser la douleur ou la détresse avant de pratiquer une euthanasie. Cela veut dire que c'est essentiellement le patient qui détermine non seulement que sa peine est insupportable, mais aussi qu'elle est « apaisable » notamment avec le temps. Comment pourrait-il le savoir ?

Or, l'accompagnement du patient apporte cet élément objectif indispensable pour apprécier sa situation. Il est indispensable que le médecin possède une compétence particulière en soins palliatifs et en accompagnement du patient car l'accompagnement du patient, tant médical que psychologique, est primordial pour supporter la souffrance.

En définitive, seul le sentiment subjectif que la personne a de son utilité ou de son inutilité semble suffire pour autoriser une euthanasie.

Le débat aurait donc dû davantage porter sur le suicide assisté. La distinction entre euthanasie et suicide assisté réside essentiellement dans la personne qui va poser l'acte ultime. Si c'est le patient qui pose l'acte, il s'agit de suicide assisté. Si c'est le médecin qui pose l'acte, on parle d'euthanasie.

J'aurais de loin préféré que l'on aborde le suicide assisté, où l'autonomie du patient est la mieux préservée. Ce dernier semble même être mieux protégé puisqu'en définitive, c'est lui non seulement qui demande que l'on mette fin à ses jours, mais qui en plus pose l'acte. Une étude en Oregon observe que souvent, il reste à l'homme un élan vital qui le pousse à refuser de poser l'acte ultime même si l'on met, d'une certaine manière, les moyens à sa disposition.

Nous voyons d'emblée qu'une législation qui dépénalise et autorise une pratique d'une manière aussi générale, avec un champ d'application aussi extensif, sur la base de l'autonomie du patient, en présentant les soins palliatifs et l'accompagnement du malade comme une option et non

gevallen verantwoord kan zijn.

*Hoe kunnen we alle maatregelen ter voorkoming van zelfmoord blijven uitleggen als euthanasie onder die voorwaarden wordt aanvaard? Als dit type van hulp bij zelfdoding wordt gerechtvaardigd, overdrijf ik dan als ik zeg dat vooral oude, maar ook kwetsbare mensen hun gevoelens van nutteloosheid steeds vaker bevestigd zullen weten en in dit wettelijke alternatief een verleidelijke uitweg zullen zien om zichzelf en hun familie de last van hun ziekte of hun gevorderde leeftijd te besparen? Voor de bevolkingsgroep van 15 tot 24 jaar was zelfmoord in 1987 de tweede, voor de groep van 25 tot 44 jaar de eerste doodsoorzaak. De pers heeft er ons onlangs nog aan herinnerd dat zelfmoord bij oude mensen vaak voorkomt. De tekst waarover we ons morgen zullen uitspreken, gaat niet in de goede richting.*

*Begrippen als “terminale fase”, “patiënt aan het levenseinde”, “het vooruitzicht van een overlijden binnen afzienbare termijn” zijn moeilijk te vatten, maar kunnen wel worden afgelijnd. De Amerikaanse literatuur definieert de bedoelde situatie als een situatie die snel uitmondt in de dood, afgezien van het al dan niet toedienen van een geneeskundige behandeling, of die snel uitmondt in de dood bij ontstentenis van enige medische tussenkomst.*

*Het kan niet worden aangevochten dat de situatie van een patiënt onder welbepaalde omstandigheden een euthanasie op verzoek kan rechtvaardigen, ongeacht of de patiënt zich nu in een terminale fase bevindt of niet. Dat hangt af van de gewetensvolle evaluatie van de noodtoestand. Op het gevaar af in buitensporigheden te vervallen, is een zekere objectivering van de criteria op grond waarvan een arts het gerechtvaardigd kan achten om in te grijpen, mijns inziens slechts mogelijk als het overlijden van de patiënt nakend is.*

*Omdat ik geloof in het leven, in al zijn verwickelingen en verwachtingen, wil ik niet het risico nemen om het recht om euthanasie te verzoeken te zien evolueren tot een recht op euthanasie. Evenmin wil ik het risico nemen om het recht op sterven voor sommige patiënten tot de plicht om te sterven te zien verworpen.*

**De heer Jan Remans (VLD).** – Ik waardeer de toespraak van mevrouw Willame-Boonen. Ik heb toch twee opmerkingen. Eén uitzonderlijk voorbeeld weegt niet op tegen het ondraaglijke lijden van duizenden anderen, ieder jaar. Ik ben eveneens van mening dat de diensten voor psychosociale bijstand moeten worden uitgebouwd. Dat betekent niet dat het wetsvoorstel betreffende de euthanasie niet goed is. We moeten ook denken aan de mensen die betrokken zijn bij de wanhoopsdaad van degene die zelfdoding uitvoert. Misschien kan een ordentelijke wetgeving veel leed besparen.

**Mevrouw Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Wat de eerste opmerking van mijn collega betreft, wil ik er uw aandacht op vestigen dat in mijn gemeente Olympische spelen voor gehandicapten worden georganiseerd. Vaak leveren die mensen buitengewone sportieve prestaties na lang trainen, maar ook na het overwinnen van de vertwijfeling over hun handicap. Dat bedoelde ik in mijn uiteenzetting.*

comme un préalable, heurte profondément notre sentiment de l'humanité et cela, même si l'acte d'euthanasie en lui-même peut se trouver justifié dans des cas particuliers.

Comment expliquer toutes les mesures en matière de prévention du suicide si l'on en vient à admettre l'euthanasie dans ces conditions ? Est-il insensé de penser, une fois ce type d'aide au suicide légitimé, que de plus en plus de personnes, particulièrement les personnes âgées mais aussi toutes les personnes vulnérables, verront leur sentiment d'inutilité en quelque sorte confirmé et verront dans cette alternative légale une façon tentante d'épargner à eux-mêmes et à leur famille le poids d'une maladie ou d'un âge avancé ? En 1987, le suicide était la deuxième cause de mortalité, après les accidents de voiture, pour la tranche de la population de 15 à 24 ans et la première cause de mortalité pour la tranche de 25 à 44 ans. Le suicide des personnes âgées est une réalité bien souvent cachée, qui a été récemment rappelée dans les journaux. Le texte sur lequel nous nous prononcerons demain ne va pas dans le bon sens à ce niveau, me semble-t-il.

Si les notions de « phase terminale », de « patient en fin de vie », de « pronostic de décès à brève échéance » sont difficiles à appréhender, elles peuvent être cernées. La littérature américaine définit parfois la situation visée comme étant celle qui débouche rapidement sur la mort, que l'on administre ou non des traitements médicaux disponibles, ou qui débouche rapidement sur la mort en l'absence d'intervention médicale.

Il ne peut être contesté que la situation d'un patient dans des circonstances bien particulières peut justifier une euthanasie à sa demande, que le patient soit ou non en phase terminale. Cela relève de l'évaluation en conscience d'un état de nécessité. Toutefois, une certaine objectivation des critères qui peuvent mener un médecin à s'estimer justifié à agir n'est à mon sens possible, sans risque de démesure, que lorsque le décès de ce patient est supposé survenir à brève échéance.

Parce que je crois en la vie, en tous ses devenirs, en tous ses espoirs, je ne veux pas prendre le risque de voir le droit à demander l'euthanasie évoluer vers un droit à l'euthanasie, de même que je ne veux pas prendre le risque de voir le droit de mourir devenir, pour certains patients, le devoir de mourir.

**M. Jan Remans (VLD).** – *J'apprécie l'exposé de Mme Willame-Boonen. Je voudrais cependant faire deux remarques. Un cas exceptionnel ne pèse pas lourd devant la souffrance insupportable de milliers d'autres cas chaque année. Je pense également qu'il conviendrait de développer les services d'aide psychosociale. Cela ne signifie pas que la proposition de loi relative à l'euthanasie ne soit pas bonne. Nous devons également penser aux personnes impliquées dans le geste de désespoir de celui qui se suicide. Une législation convenable pourra peut-être épargner de nombreuses souffrances.*

**Mme Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – Je voulais simplement, à la suite de la première remarque de mon collègue, attirer l'attention sur le fait que dans ma commune, par exemple, se déroulent les jeux olympiques pour handicapés. Souvent, ces derniers parviennent à des réussites sportives extraordinaires après un long entraînement mais aussi, à la suite de leur handicap, d'un désespoir dépassé. C'était tout le sens de mon intervention.

**De heer Jan Remans (VLD).** – Die mensen hebben geen euthanasie gevraagd.

**Mevrouw Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Zij hebben die misschien op een bepaald ogenblik gevraagd.*

**Mevrouw Jeannine Leduc (VLD).** – Mevrouw Willame-Boonen haalt een uitzonderlijk voorbeeld aan. Ik ken ook heel wat doodgewone mensen die met een onwaarschijnlijke kracht en bezieling en hulp van hun familie ook tot het bittere einde hebben gepoogd een normaal leven te leiden. Wij moeten echter ook begrip hebben voor de mensen van wie de draagkracht op een zeker ogenblik opgebruikt is hoewel ze misschien met de beste zorgen omringd zijn en gekoesterd worden.

Eén zaak mogen we niet vergeten: de vraag om euthanasie moet altijd uitgaan van de patiënt, die het bij herhaling moet vragen. Dat betekent niet dat het voldoende is de vraag drie opeenvolgende dagen te stellen. Er moet een tussenperiode tussen de verschillende vragen zijn. Het is altijd de geneesheer die vaststelt in hoever de ziekte ongeneeslijk is en de pijn te verzachten is.

Elke patiënt die ontdekt dat hij slachtoffer is van een ongeneeslijke ziekte zal wellicht een periode van opstandigheid doormaken. Die periode zal de omgeving en de geneesheer wel helpen overbruggen. We moeten echter erkennen dat er patiënten zijn van wie de draagkracht opgebruikt is en van wie de levenskwaliteit volledig is verdwenen. Ik heb heel veel respect voor de mensen die tot het uiterste gaan om vol te houden en telkens opnieuw grenzen verleggen, maar we moeten ook respect hebben voor de mensen die niet meer kunnen en de vraag naar euthanasie stellen.

**De heer Paul Galand (ECOLO).** – *Dit is een zeer delicate kwestie, maar de tekst sluit existentiële vertwijfeling uit. De wet neemt dat aspect niet in aanmerking. Het woord "nood" werd precies daarom geschrapt. Wij handelen in het kader van een ziekte. Bijgevolg moeten wij een in de internationale classificaties erkende pathologie diagnosticeren. Bovendien moet die aandoening ernstig zijn, ongeneeslijk en een oncontroleerbaar en uitzichtloos lijden met zich brengen. Het geval van iemand die na een ongeval gehandicapt is en een periode van vertwijfeling doormaakt, valt buiten het toepassingsgebied van de wet.*

**Mevrouw Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Fysiek of psychologisch, mijnheer Galand...*

**De heer Paul Galand (ECOLO).** – *Zelfs psychologisch, mevrouw Willame. Het moet gaan om een psychologische aandoening en niet om psychologische nood. Ik behoor niet tot de indieners van het voorstel en maak voorbehoud bij een aantal elementen ervan. Toch moet men de tekst geen dingen laten zeggen die hij niet zegt. Ik kan aannemen dat sommigen dit niet begrijpen, maar men moet de woorden correct lezen. Er moet sprake zijn van een ziekte. Psychologische nood of ontreddeering is op zich nog geen ziekte. Men mag zich niet laten misleiden door de uitdrukking "psychisch lijden".*

*Euthanasie is een medische handeling ten aanzien van een ongeneeslijke ziekte.*

*De arts die buiten het kader van de medisch*

**M. Jan Remans (VLD).** – *Ces personnes n'ont pas demandé l'euthanasie.*

**Mme Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Ils l'ont peut-être demandé à un certain moment.*

**Mme Jeannine Leduc (VLD).** – *Mme Willame-Boonen cite un cas exceptionnel. Je connais aussi des personnes tout à fait ordinaires qui ont tenté de mener une vie normale jusqu'au bout grâce à une force et une ferveur invraisemblables et avec l'aide de leur famille. Mais nous devons aussi faire preuve de compréhension à l'égard des personnes qui arrivent au bout de leur capacité de résistance bien qu'elles soient entourées des meilleurs soins médicaux et psychologiques.*

*N'oublions pas que la demande d'euthanasie doit toujours venir du patient, qui doit la formuler de façon répétée. Il ne suffit cependant pas que le patient formule cette demande trois jours de suite. Un certain temps doit s'écouler entre les différentes demandes. C'est toujours le médecin qui constate si la maladie est incurable et s'il est possible de soulager la douleur.*

*Tout patient qui apprend qu'il est atteint d'une maladie incurable traversera peut-être une période de révolte. L'entourage et le médecin l'aideront à surmonter cette période. Nous devons néanmoins admettre que certains patients arrivent au bout de leur capacité de résistance et voient leur qualité de vie réduite à néant. J'ai énormément de respect pour les personnes qui tiennent bon jusqu'au bout et repoussent continuellement leurs limites, mais nous devons également respecter les personnes qui en sont incapables et demandent l'euthanasie.*

**M. Paul Galand (ECOLO).** – *Cette question est extrêmement délicate, mais le texte écarte, me semble-t-il, le désespoir existentiel. La loi ne prend pas cet aspect en considération. D'ailleurs, le mot « détresse » a été précisément supprimé pour ce motif. Nous sommes dans le cadre d'une maladie. Par conséquent, il faut diagnostiquer une pathologie répertoriée dans les classifications internationales. Il faut par ailleurs que cette pathologie soit grave, incurable et provoque une souffrance inapaisable, irréductible. Donc, le cas d'une personne handicapée et passagèrement désespérée à la suite d'un accident se situe en dehors du champ d'application de la loi.*

**Mme Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Physique ou psychologique, monsieur Galand...*

**M. Paul Galand (ECOLO).** – *Même psychologique, madame Willame. Cela doit être une pathologie psychique et non une détresse psychologique. Je ne suis pas au nombre des auteurs de la proposition de loi et j'émets des réserves à l'égard de certains de ses éléments. Toutefois, je pense qu'il ne faut pas faire dire au texte ce qu'il ne dit pas. J'entends bien que certains ne comprennent pas mais il faut lire correctement les mots. Il faut une maladie. Or, les détresses psychologiques ne sont pas, comme telles, des maladies. Il convient de ne pas se laisser abuser par l'expression « souffrance psychique ». L'euthanasie est un acte médical par rapport à une pathologie incurable.*

*Le médecin qui sort de ce cadre lié à la pathologie, et donc au*



*gediagnosticeerde aandoening gaat, kan vervolgd worden wegens misdrijf. Hij zal gestraft worden door de wet. Bij de huidige stand van de wetenschap moet de diagnose zijn dat er geen enkele curatieve behandeling voorhanden is en dat er dus geen uitzicht is op genezing. De vertwijfeling van de na een ongeval gehandicapte persoon is meestal van voorbijgaande aard. Een arts die zich op deze nood zou steunen om gevolg te geven aan een verzoek tot euthanasie begeeft zich buiten het wettelijke kader.*

**Mevrouw Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Ik ben het met u eens, mijnheer Galand, dat deze wet een groot aantal uitvoeringsbesluiten zal vergen!*

**De heer Philippe Mahoux (PS).** – *Maar neen, helemaal niet!*

**De heer Michel Barbeaux (PSC).** – *Mijn uiteenzetting bestaat uit twee delen. In het eerste vat ik de debatten samen die in een nationale vereniging van senioren werden gevoerd. In het tweede vormt geef ik een advies over de wetsvoorstellen in het licht van de bedenkingen van die vereniging.*

*Eerst iets over de ongerustheid van de senioren.*

*Tijdens de vergaderingen van de Senaatscommissie werd het woord gegeven aan artsen en verzorgend personeel, aan juristen en theologen. Uit verschillende opiniepeilingen is ook de mening van de bevolking gebleken; zij is een wetgeving inzake euthanasie over het algemeen gunstig gezind.*

*Vele debatten werden ook gevoerd in de civiele maatschappij, vooral door de onmiddellijk betrokken bevolkingsgroep van de bejaarden. Zij hebben een standpunt ingenomen na moeilijke, vaak zelfs pijnlijke discussies voor wie bij de ziekte van hun man of vrouw met het dilemma waren geconfronteerd.*

*Een verslag van de bedenkingen van een nationale seniorenvereniging, namelijk de Union chrétienne des pensionnés, is hier mijns inziens op zijn plaats.*

*Eerst moet u weten dat het niet gemakkelijk is om senioren aan dergelijke discussies te laten deelnemen. Een onbewuste angst zet hen er blijkbaar toe aan de dood te verdoezelen en te weigeren over de dood na te denken. Zodra de eerste vrees is overwonnen, komen de tongen echter los.*

*De eerste vrees draait om het gebrek aan voorlichting van zowel de patiënt als zijn omgeving. Men wenst informatie over de reële problemen die rijzen wanneer de dood nakend is. Als één van hun naaste familieleden ermee wordt geconfronteerd, vragen ze om vrijuit en menselijk te spreken. Achter deze vraag gaat misschien een andere, minder duidelijk vraag schuil: welke morele, religieuze of filosofische aanknopingspunten heb ik om mijn denken en handelen te funderen?*

*De tweede vrees betreft de kwaliteit van de palliatieve zorg en haar financiële toegankelijkheid. Daarover zullen wij morgen praten tijdens het debat over het tweede wetsvoorstel.*

*De senioren willen ook beschermd worden tegen therapeutische hardnekkigheid. Elkaar opvolgende medische interventies die tot mislukken zijn gedoemd en telkens nutteloos lijden veroorzaken, worden unaniem veroordeeld. Toch moeten we in dezen zeer precies zijn. De ervaring leert dat er soms een verschil bestaat tussen de deontologische beginselen en de toepassing ervan. Op dit vlak zijn*

*diagnostic médical, pourrait être poursuivi pour crime. Il serait puni par la loi. Dans l'état actuel de la science, le diagnostic médical doit être tel qu'il n'y ait ni possibilités de traitement curatif ni perspectives d'apaisement. Comme vous l'avez dit vous-même, le désespoir qui frappe une personne handicapée à la suite d'un accident n'est, souvent, que passager. Le médecin qui se baserait sur cette détresse pour donner suite à une demande d'euthanasie sortirait clairement du cadre du texte tel qu'il est déposé.*

**Mme Magdeleine Willame-Boonen (PSC).** – *Là où je vous rejoins, monsieur Galand, c'est quant au grand nombre d'arrêtés d'application dont cette loi aura besoin !*

**M. Philippe Mahoux (PS).** – *Mais non, pas du tout !*

**M. Michel Barbeaux (PSC).** – *Mon exposé comportera deux parties. La première résumera le cheminement des débats au sein d'un mouvement national d'ânés. La seconde consistera en un avis sur les propositions de loi, à la lumière des réflexions de ce mouvement.*

*Je commencerai donc par les craintes qu'expriment les ânés.*

*Dans les discussions sur l'euthanasie qui se sont déroulées en commission du Sénat, la parole a été donnée aux médecins et au personnel soignant, aux juristes et aux théologiens. Cette démarche était normale et intéressante. Divers sondages d'opinion ont aussi fait connaître le sentiment de la population, globalement favorable à une législation concernant l'euthanasie. Ces approches ont leur légitimité et leurs limites.*

*De nombreux débats ont également eu lieu dans la société civile, en particulier parmi la population plus directement concernée, celle des personnes âgées, qui ont pris position après des discussions difficiles, douloureuses même, pour ceux qui ont été confrontés à ce type de dilemme par rapport à leur époux ou leur épouse, par exemple.*

*Il m'apparaît donc utile de rapporter ici la réflexion qui émane d'un mouvement national d'ânés, à savoir l'Union chrétienne des pensionnés.*

*Il faut tout d'abord savoir qu'il n'est pas aisé de faire participer des ânés à des discussions de ce type. C'est comme si une peur inconsciente les incitait à occulter, à refuser la réflexion sur la mort. Une fois cette première peur dépassée, les points de vue s'expriment.*

*La première appréhension formulée est celle de manquer d'information, tant celle de l'entourage que celle du patient. On souhaite être éclairé sur la façon dont les problèmes se posent réellement à l'approche de la mort. Lorsqu'un des leurs est en cause, souvent l'époux ou l'épouse, ils demandent qu'on leur parle franchement et humainement. Cette demande en cache peut-être une autre, moins clairement exprimée : quels sont mes repères moraux, religieux ou philosophiques pour fonder un avis et une conduite ?*

*La deuxième crainte exprimée est relative à la qualité des soins palliatifs et à leur accessibilité financière. Nous en parlerons demain, lors du débat relatif à la deuxième proposition de loi.*

*Les ânés veulent aussi être protégés contre l'acharnement thérapeutique. Bien sûr, l'accumulation d'interventions vouées à l'échec et causant des souffrances inutiles est*

*betwistingen delicaat en kunnen er moeilijk bewijzen worden gevonden.*

*De senioren eisen overigens dat alles in het werk wordt gesteld om het lijden van de laatste dagen te lenigen, ook als het leven daardoor wordt verkort.*

*Senioren die getuigenissen hebben gehoord van artsen, verzorgend personeel of naaste familieleden van iemand die palliatief werd verzorgd, weten dat de gevallen waarin de pijn niet kan worden gecontroleerd gelukkig uiterst zeldzaam zijn.*

*Als de euthanasie uiteindelijk dan toch aan de orde is, hebben ze begrepen dat uiteenlopende filosofische benaderingen met elkaar botsen. Zij stellen vast dat er een tegenstelling is tussen de voorstanders van de voorrang voor de individuele autonomie en de voorstanders van het absolute verbod op doden, en trachten die te eerbiedigen. Tijdens een televisiedebat hebben kardinaal Danneels en de heer Hasquin, minister-president van de Franse Gemeenschap, sereen van gedachten gewisseld over het thema euthanasie. De heer Hasquin heeft zijn ervaring verteld met zijn eigen moeder, die na overleg met haar familie en artsen, euthanasie heeft gevraagd en gekregen. Dit voorbeeld was een leidraad voor een deel van het debat. Beide gesprekspartners hebben nochtans een zeer eenvoudig, maar wel belangrijk feit over het hoofd gezien: niet alle stervende mensen zijn de moeder van de heer Hasquin, universiteitsprofessor en gewezen rector van de ULB. Niet iedereen kan op dezelfde zorg, dezelfde aandacht en dezelfde waarborgen rekenen.*

*Mevrouw Hilde Kirboom, voorzitter van de Sant'Egidio-gemeenschap, heeft dit essentiële voorbehoud goed verwoord in Le Soir van 19 januari 2000. Ik citeer: "Armoede treft één bejaarde op zeven. De bescherming van deze groep is al slecht verzekerd. Door hun economische kwetsbaarheid ontvangen ze niet alle medische verzorging die ze nodig hebben. Wat zal er gebeuren als men enkele tienduizenden franken kan uitsparen door een leven vroegtijdig te beëindigen? In een samenleving die meer en meer overheerst wordt door financieel belang, is dat gevaar niet denkbeeldig. Het valt te vrezen dat de wettelijk toegestane euthanasie deze groep nog kwetsbaarder zal maken."*

*Men kan ook opmerken dat deze groep al blootstaat aan praktijken die zich buiten elk wettelijk kader ontwikkelen. Zo zouden wij voor het dilemma staan: wetgeving maken met alle mogelijke ontsparingen van dien of geen wetgeving maken en de ogen sluiten voor ontoelaatbare situaties. Als wij ons niet willen neerleggen bij de onmacht tegenover de confrontatie tussen onverzoenbare filosofische benaderingen en tegenover de voor- en nadelen van een wettelijke regeling, dan moeten wij onze benadering stoelen op de vraag naar het hoe. Hoe kunnen wij de meest kwetsbaren onder ons eerbiedigen en beschermen?*

*Dat houdt de senioren veel meer bezig dan het filosofisch debat: hoe kunnen we ons goed beschermen? Deze bescherming impliceert alle voorzorgsmaatregelen opdat de arts die de ultieme verantwoordelijkheid draagt, alle nuttige adviezen kan inwinnen: zo mogelijk het advies van de naaste familie, van het verzorgend team, van andere artsen – daarin voorziet het wetsvoorstel – maar ook het advies van het ethisch comité van de instelling.*

*De Union chrétienne des pensionnés bevestigt dat haar*

condamnée de façon unanime. Encore faudrait-il être précis à cet égard. L'expérience nous apprend qu'il existe parfois une différence entre les principes déontologiques et leur application. Dans ce domaine, le contentieux est délicat et les preuves, bien difficiles à établir.

Par ailleurs, les aînés revendiquent que tous les moyens soient mis en œuvre pour soulager les souffrances des derniers jours, même au risque de réduire le temps de vie.

Ceux, parmi les aînés, qui ont écouté les témoignages des médecins, des autres membres du personnel soignant et de personnes dont un proche a bénéficié de soins palliatifs savent que les cas où les douleurs ne peuvent être efficacement apaisées sont, fort heureusement, devenus très rares.

Lorsque la question de l'euthanasie se pose quand même, finalement, ils ont compris que se confrontent des approches philosophiques divergentes. Ils constatent et s'efforcent de respecter l'opposition entre les tenants de la primauté reconnue à l'autonomie individuelle et les tenants de l'interdit absolu de mettre fin à la vie. Lors d'un débat télévisé, le Cardinal Danneels et M. Hasquin, président du gouvernement de la Communauté française, ont dialogué sereinement sur le thème de l'euthanasie. M. Hasquin a évoqué l'expérience vécue avec sa propre mère qui, après concertation avec sa famille et ses médecins, a demandé et obtenu une euthanasie. Cet exemple donnait un fil conducteur à une partie du débat. Les deux interlocuteurs ont cependant oublié un fait très simple mais très important : toutes les personnes en fin de vie ne sont pas la mère de M. Hasquin, professeur d'université et ancien recteur de l'ULB ; en d'autres mots, elles ne sont pas assurées de bénéficier des mêmes soins, ni de la même attention, ni des mêmes garanties.

Mme Hilde Kirboom, présidente de la Communauté Sant'Egidio, a fort bien exprimé cette réserve essentielle dans *Le Soir* du 19 janvier 2000. Je cite : « La pauvreté touche une personne âgée sur sept. La protection de ce groupe est déjà mal assurée. À cause de leur faiblesse économique, elles ne reçoivent pas toujours les soins médicaux dont elles auraient besoin. Que se passera-t-il quand on pourra vite épargner quelques dizaines de milliers de francs par mois en terminant une vie de manière précoce ? Dans une société qui est de plus en plus dominée par l'intérêt financier, ce danger n'est aucunement illusoire. Il est à craindre que la possibilité légale de l'euthanasie ne fasse qu'agrandir la vulnérabilité de cette catégorie. »

On peut aussi faire observer que ce groupe est déjà vulnérable à des pratiques qui se développent en dehors de tout cadre légal. Nous serions ainsi confrontés au dilemme : légiférer avec des dérives possibles ou ne pas légiférer, en faisant l'impasse sur des situations inadmissibles. En tout cas, si nous ne voulons pas nous résigner à l'impuissance devant l'affrontement d'approches philosophiques inconciliables et devant les avantages et les dangers d'une solution par la loi, il nous reste à fonder notre approche en tentant de répondre à la question du comment. Comment respecter et protéger au mieux ceux qui, parmi nous, sont devenus les plus fragiles, les plus vulnérables ?

Bien plus que le débat philosophique, c'est ce qui préoccupe d'abord les aînés : comment être bien protégés ? Cette protection implique que toutes les précautions soient prises

*senioren het als vanzelfsprekend beschouwen dat dieper op de uitzonderingsgevallen wordt ingegaan.*

*Ik kom nu tot het tweede gedeelte van mijn uiteenzetting: hoe moeten we de wetgeving die nu wordt voorbereid, analyseren in het licht van de bedenkingen van de senioren? Wat moeten wij denken van dit wetsvoorstel in het licht van hun vrees en hun verlangen naar voorlichting, van de toegankelijkheid van de palliatieve zorg, van het verbod op therapeutische hardnekkigheid en van de voorzorgsmaatregelen om ontsporingen te voorkomen?*

*Ik noteer allereerst dat het lange debat in de Senaatscommissie drie verdiensten heeft: ten eerste, het was een diepgaand debat over het vraagstuk euthanasie, ten tweede, het heeft bijgedragen tot de bewustwording van het belang van de palliatieve zorg; ten derde, in tegenstelling tot de eerste versie die de bepalingen van het verbod op doden in de strafwet wijzigde, ligt de nieuwe tekst op een ander terrein. Het verschil is vooral symbolisch, maar toch niet van betekenis ontbloomt.*

*Ik kom nu tot het voorbehoud dat ik wens te formuleren bij de teksten. Zoals collega Clotilde Nyssens heeft uiteengezet, betreuren wij dat het voorstel inzake euthanasie ook van toepassing is op patiënten die niet stervend zijn. Ook al wordt in bijkomende voorzorgsmaatregelen voorzien, deze situatie verdiende een afzonderlijke bespreking. Moeten we er niet voor vrezen dat mensen die zich nutteloos en een last voor hun familie voelen, in dit wettelijk alternatief een mogelijkheid zullen zien om een eind te maken aan hun ongerustheid? Dit is een zware verantwoordelijkheid in een tijd waarin vrij vaak onverwacht vooruitgang wordt geboekt op therapeutisch vlak.*

*Wij moeten er ons rekenschap van geven dat het hier niet om één maar om drie wetten gaat: één voorstel over euthanasie, waartegen wij ons verzetten, één over de palliatieve zorg, dat unaniem wordt gesteund, en een voorontwerp over de patiëntenrechten van de minister van Volksgezondheid, mevrouw Aelvoet, dat we nog niet hebben besproken. Versnipperde bepalingen bevorderen de rechtszekerheid van de patiënten niet.*

*Voor mijn kritiek op de wetgeving die wordt voorbereid, zal ik de oorzaken van de angst bij de senioren behandelen in de volgorde waarin zij tot uitdrukking kwamen bij de UCP en zoals ik ze in het begin van mijn betoog heb samengevat.*

*Eerst de informatie. De verplichting om de patiënt te informeren over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting is uitdrukkelijk opgenomen in het wetsvoorstel betreffende de euthanasie, maar de tekst is vrij kort. Over de voorlichting is het ontwerp van mevrouw Aelvoet veel uitvoeriger. Nergens is sprake van de voorlichting van de naaste familie, terwijl die wel kan worden geraadpleegd als euthanasie wordt overwogen.*

*Van therapeutische hardnekkigheid is er geen sprake in het voorstel.*

*Inzake palliatieve zorg formuleert het voorstel goede voornemens, die we alleen maar kunnen onderschrijven. Gezien de bevoegdheidsverdeling tussen de federale Staat, bevoegd voor de normen en de bijdragen van de ziekteverzekering, en de gemeenschappen, bevoegd voor de*

pour que le médecin qui porte la responsabilité ultime soit assisté par tous les avis utiles : quand c'est possible, l'avis de la famille proche, l'avis de l'équipe soignante, l'avis d'autres médecins – c'est ce que prévoit la proposition –, mais également l'avis du comité d'éthique de l'institution.

L'Union chrétienne des pensionnés affirme que ses aînés ont considéré comme allant de soi la nécessité de « croiser les regards » sur les cas d'exception.

J'en viens à la deuxième partie de mes réflexions : comment analyser la législation en préparation par rapport aux réflexions de ce mouvement d'aînés ? Face aux craintes et aux demandes quant à l'information, à l'accès aux soins palliatifs, à la prohibition de l'acharnement thérapeutique et aux précautions à l'égard des dérivés, que penser de la législation qui nous est soumise ?

Je noterai tout d'abord que le long débat en commission du Sénat a eu au moins trois mérites : premièrement, il était approfondi sur la question de l'euthanasie ; deuxièmement, il a aidé à prendre conscience de l'importance des soins palliatifs. Il débouchera même sur une loi relative à ces soins auxquels, nous l'espérons, un budget plus important sera consacré. Troisièmement, par rapport au texte initial qui modifiait le Code pénal lui-même en ses prescriptions sur l'interdiction de tuer, le nouveau dispositif se situe sur un terrain distinct. Même si elle est surtout symbolique, la différence est significative.

J'en viens à formuler des réserves quant aux textes en discussion. Au préalable, comme l'a exposé notre collègue Clotilde Nyssens, nous regrettons vivement que la proposition qui est retenue et qui est relative à l'euthanasie s'applique aussi aux patients qui ne sont pas en fin de vie. Cette situation, même si elle est abordée avec des précautions complémentaires, est d'une nature telle qu'elle aurait mérité un examen distinct. Ne peut-on redouter que des personnes qui ressentent vivement un sentiment d'inutilité et de charge pour leur famille soient tentées de trouver dans cette alternative légale une façon de mettre un terme à leur inquiétude ? C'est aussi prendre une bien grave responsabilité à une époque où, fréquemment, des progrès inattendus en thérapeutique modifient l'approche d'une maladie.

Il faut bien considérer que nous sommes en présence non pas d'une seule loi mais de trois : une proposition sur l'euthanasie, que nous contestons, une sur les soins palliatifs, unanimement soutenue, et un avant-projet sur les droits du patient présenté par la ministre de la Santé, Mme Aelvoet, et qui n'a pas encore été discuté à notre niveau. Cette dispersion des dispositions ne contribue pas à renforcer la sécurité des patients.

Pour ma critique de la législation en préparation, je suivrai l'ordre des appréhensions des aînés de l'UCP, comme je les ai résumées en commençant.

Tout d'abord, l'information. L'obligation d'informer le patient sur son état de santé et son espérance de vie est expressément prévue dans la proposition sur l'euthanasie, mais la formulation est fort laconique. Sur ce thème de l'information, le projet de Mme Aelvoet est plus élaboré. Nulle part, l'information de l'entourage familial n'est envisagée alors que sa consultation peut avoir lieu lorsque

*organisatie van de zorg en voor de erkenningen, kan het federale parlement niet in detail treden over de structuur die moet worden opgericht. Morgen zal ik de regering ondervragen over de financiële bijdragen voor 2002.*

*Als voorzorgsmaatregelen bepaalt het wetsvoorstel betreffende de euthanasie dat de behandelend arts zich er moet van verzekeren dat het om aanhoudend lijden gaat, dat hij een andere arts en het verplegend team moet raadplegen, evenals de naastbestaanden, als de patiënt dat wil.*

*Wij betreuren het dat geen melding wordt gemaakt van de rol die het Ethisch Comité van het ziekenhuis zou moeten spelen. Uiteraard kan dit comité niet voor ieder individueel geval in voltallige zitting vergaderen. Waarom werd echter niet bepaald dat deze comités multidisciplinaire verslagen moeten opstellen over de zorg voor de patiënt bij het levenseinde, rekening houdend met de psychologische begeleiding van de familie en het verzorgend personeel? Waarom is niet voorzien in contact tussen een beperkte afvaardiging van het comité en de behandelend arts?*

*Het is voor iedereen van belang dat in elk ziekenhuis een overlegethiek wordt aangemoedigd. Er kunnen soepele procedures worden uitgewerkt om te helpen bij het nemen van beslissingen. Alleen de arts kan zijn verantwoordelijkheid voor zijn handelen op zich nemen. Er staat echter te veel op het spel om nuttige adviezen zo maar naast zich neer te leggen. Kon voor de gevallen die zich thuis voordoen, niet worden bepaald dat de behandelend arts het advies inwint van een beperkt college van confraters in plaats van het advies van één geneesheer specialist in de desbetreffende pathologie?*

*Het voorstel bepaalt dat de ingewonnen adviezen in het medisch dossier moeten worden opgenomen.*

*Het toezicht op de praktijk werd toevertrouwd aan een Federale Controle en Evaluatiecommissie, die uitspraak zal doen op basis van een document. Er moet een beslissing worden genomen met een tweederde meerderheid om vast te stellen dat de door de wet bepaalde voorwaarden niet werden geëerbiedigd. Deze bepalingen zijn weinig geruststellend voor de patiënten en schijnen zeer formalistisch in de ogen van de artsen. De voorzorgsmaatregelen die in het wetsvoorstel betreffende de euthanasie werden opgenomen, volstaan ons inziens niet.*

*Om de verschillende redenen die ik heb aangehaald, had men de situatie van de zieken bij het levenseinde beter aangepakt via een verbetering van de wetgeving betreffende de geneeskunst conform de amendementen die wij indienen.*

*Zo zou men kunnen zorgen voor een aangepaste begeleiding van de patiënten, van de families en van het verzorgend personeel, met eerbiediging van de verschillende fasen. Een precieze beschrijving van de voorwaarden waaronder sprake kan zijn van een "noodtoestand" zou het mogelijk maken de uitzonderlijke gevallen van oncontroleerbaar lijden te behandelen.*

*Samen met de heer Hallet, voorzitter van de UCP, besluit ik als volgt. Iedereen weet dat de benadering van het levenseinde niet alleen een kwestie is van wetten en reglementen, hoe belangrijk die ook zijn voor de eerbiediging en de bescherming van de patiënten.*

l'euthanasie est envisagée.

Quant à l'acharnement thérapeutique, il n'en est pas question dans la proposition.

En ce qui concerne les soins palliatifs, la proposition formule de bonnes intentions auxquelles on ne peut que souscrire. Cependant, la répartition des compétences entre l'État fédéral – les normes, les interventions de l'assurance maladie – et les communautés – organisation des soins, agréments – ne permet pas au parlement fédéral de préciser le dispositif à mettre en place. Le texte est donc peu élaboré. J'interviendrai, demain, pour interroger le gouvernement sur les interventions financières prévues en 2002.

Quant aux précautions, la proposition sur l'euthanasie prévoit que le médecin traitant doit s'assurer de la persistance de la souffrance, doit consulter un autre médecin et l'équipe soignante ainsi que les proches si le patient le souhaite.

Nous regrettons qu'il ne soit pas fait mention du rôle que devrait assumer le Comité d'éthique de l'hôpital. Bien sûr, la réalité de la vie hospitalière ne permet pas de consulter cette instance siégeant au complet, pour chaque cas individuel. Mais pourquoi ne pas prévoir que ces comités rédigent des protocoles multidisciplinaires de prise en charge des patients en fin de vie en tenant compte de l'accompagnement psychologique des familles et des soignants ? Pourquoi ne pas prévoir un contact entre une délégation restreinte du Comité d'éthique et le médecin traitant ?

Il est tellement important pour chacun de favoriser, au sein de chaque hôpital, une éthique de la concertation. Il est possible d'avoir des procédures souples d'aide à la décision. Évidemment, il n'appartient qu'au seul médecin traitant d'assumer la responsabilité de ses actes. Mais la gravité de l'enjeu n'autorise pas à se passer d'avis utiles. Quant aux situations qui se présentent à domicile, ne pouvait-on prévoir que le médecin traitant sollicite l'avis d'un collègue restreint de confrères de la région au lieu de ne s'en tenir qu'à l'avis d'un seul spécialiste de la pathologie concernée ?

La proposition prévoit que les avis recueillis doivent figurer dans le dossier médical.

La surveillance des pratiques est confiée à une « Commission fédérale de contrôle et d'évaluation » qui statuera sur la base d'un document d'enregistrement. Il faut une décision à la majorité des deux tiers pour estimer que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées. Ce dispositif n'est pas rassurant pour les patients et paraît très formaliste aux médecins. Donc, il nous apparaît que les précautions énoncées dans la proposition sur l'euthanasie ne sont pas suffisantes.

Pour les divers motifs que je viens d'évoquer, il eut mieux valu approcher la situation des malades en fin de vie par une amélioration de la législation sur l'art de guérir conformément aux amendements que nous introduisons.

Il serait ainsi possible de veiller à l'accompagnement adéquat des patients, des familles et du personnel soignant en respectant les étapes. En précisant les conditions pour qu'on se trouve en présence d'un « état de nécessité », les cas rares de souffrance inapaisable pourraient être traités.

Avec M. Hallet, président de l'UCP, je conclurai comme suit. Nous savons tous que la façon d'approcher la fin de vie ne

*In de toekomst zullen verschillende elementen een belangrijke rol blijven spelen: de middelen die ter beschikking worden gesteld van al wie zich bezighoudt met palliatieve verzorging, hun permanente vorming, de organisatie van de psychologische begeleiding, de geest van collegialiteit in de teams en de ontwikkeling van een breed aanvaarde ethiek.*

**De heer Jan Steverlynck (CD&V).** – Los van de vraag onder welke voorwaarden en in welke omstandigheden de uitzonderlijke handeling van euthanasie kan worden gesteld, rijst uiteraard de vraag op welke wijze kan worden verzekerd dat de wettelijke voorwaarden hiertoe kunnen worden afgedwongen. Regelgeving zonder sanctie, is intentie-regelgeving. Als het gaat over leven en dood, kan de wetgever zich niet beperken tot een louter intentioneel kader. Naïef geloven dat “de regels toch wel gevolgd zullen worden”, is onaanvaardbaar in een situatie van opzettelijk beëindigen van het leven op verzoek van de betrokkene.

Zoals ook onze fractievoorzitter reeds aanhaalde moet in dergelijk geval worden vertrokken van een *worst case-scenario*. Elk mogelijk misbruik moeten worden uitgesloten. Om die reden ook is de bescherming door de strafwet geen symbolische optie, maar precies de sterkste waarborg met het meest ontradende effect ten opzichte van ongeoorloofde handelingen.

Euthanaserend handelen is geen gewoon medisch handelen. Het is onjuist dat het verzoek om euthanasie een pure privé-aangelegenheid is, die alleen de betrokkene aanbelangt en de andere absoluut geen schade toebrengt. Kant wijst de idee van “een recht op zichzelf” af op grond van het gegeven dat de mens ‘in zijn eigen persoon verantwoordelijk is voor de mensheid’. Het recht over het eigen leven te beschikken via de hulp van een ander is nog minder vanzelfsprekend. De voorgestelde feitelijke depenalisering van euthanasie op verzoek raakt immers de samenleving in haar grondvesten en gaat dus elke burger aan. Zodra de euthanaserende handeling de samenwerking van iemand anders vraagt, in dit geval van de arts, is de maatschappelijke verbondenheid in het geding.

Precies om die reden kan euthanasie niet beperkt worden tot het zogenaamde *colloque singulier*, en dient een arts, net zoals met betrekking tot een aantal andere, maar dan als medische behandelingen aanvaarde beslissingen bij het levenseinde, bij uitstek verantwoording af te leggen aan de samenleving. Zoals ook dokter Vincent, diensthoofd intensieve zorg van het Erasmusziekenhuis, het uitdrukte, zijn de vier grote principes van de medische ethiek autonomie, goed doen, geen kwaad doen en rechtvaardigheid. Die principes, met het *primum non nocere* als kern, zijn maatschappelijk ingebed, en zijn niet afhankelijk van een exclusieve beoordeling door arts of patiënt alleen.

Om de patiënt tegen elke mogelijke vorm van misbruik te beschermen, is het dan ook belangrijk in voldoende a priori-toetsen te voorzien in een regeling omtrent euthanasie. Onze fractievoorzitter wees er al op dat het gebrek aan sanctie voor de procedurele voorwaarden de toetsen tot schijnwaarborgen maakt. Ook de Raad van State wijst op de noodzaak van een afzonderlijke, evenredige bestraffing bij niet-naleving van de

sera pas qu’une question de lois et de règlements, si importants soient-ils pour le respect et la protection des patients.

À l’avenir, divers éléments continueront à jouer un rôle important : les moyens mis à la disposition de celles et de ceux qui s’engagent dans les soins palliatifs, leur formation continue, l’organisation de leur soutien psychologique, l’esprit de collégialité des équipes et, enfin, le développement d’une éthique largement partagée.

**M. Jan Steverlynck (CD&V).** – *Indépendamment de la question de savoir à quelles conditions et dans quelles circonstances l’acte exceptionnel d’euthanasie peut être effectué se pose évidemment la question de savoir comment répondeur avec certitude aux conditions légales. Une réglementation doit s’accompagner de sanctions. Lorsqu’il s’agit de la vie et de la mort, le législateur ne peut se contenter d’un simple cadre intentionnel. Croire naïvement que « les règles seront de toute façon suivies » est inacceptable dans une situation où on met fin intentionnellement à la vie d’une personne à sa demande.*

*Comme l’a déjà expliqué notre chef de groupe, il faut dans ce cas partir du scénario du pire. Tout abus potentiel doit être exclu. C’est aussi la raison pour laquelle la protection offerte par la loi pénale n’est pas que symbolique : elle constitue au contraire la meilleure garantie que des actes interdits ne seront pas commis.*

*L’euthanasie n’est pas un acte médical comme les autres. La demande d’euthanasie n’est pas une question d’ordre purement privé qui ne concerne que le patient et ne nuit en rien aux autres. Kant rejette l’idée d’un « droit sur soi-même » parce que l’homme « est responsable en sa personne propre de l’humanité ». Le droit de disposer de sa propre vie par le biais de l’aide d’une autre personne est encore moins évident. La dépénalisation de fait de l’euthanasie sur demande, en touchant aux fondements de la société, concerne chaque citoyen. À partir du moment où l’acte d’euthanasie exige la collaboration d’autrui, en l’occurrence le médecin, c’est la solidarité sociale qui est en cause.*

*C’est précisément pour cette raison que l’euthanasie ne peut se limiter au colloque singulier et qu’un médecin, tout comme pour d’autres décisions en fin de vie qui sont, elles, considérées comme des traitements médicaux, doit reporter sa responsabilité sur la société. Comme l’exprimait le Dr Vincent, chef du service des soins intensifs à l’hôpital Érasme, les quatre grands principes de l’éthique médicale sont l’autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice distributive. Ces principes, qui s’articulent autour du *primum non nocere*, sont ancrés dans la société et ne dépendent pas du jugement exclusif du médecin ou du patient.*

*Pour prémunir le patient contre toute forme d’abus, il importe dès lors de prévoir suffisamment de contrôles a priori. Comme l’a expliqué notre chef de groupe, l’absence de sanctions relatives aux conditions procédurales enlève toute efficacité aux contrôles. Le Conseil d’État souligne également la nécessité de peines propres et équitables en cas de non-respect des conditions procédurales. Par ailleurs, le contrôle a posteriori efficace et réel doit constituer la partie essentielle de ce genre de législation. C’est seulement à ces conditions qu’une réglementation légale de l’euthanasie pourra*

procedurele voorwaarden. Anderzijds is een noodzakelijk sluitstuk van een dergelijke regeling een efficiënte, maar ook effectieve controle a posteriori. Enkel als die noodzakelijke voorwaarden zijn voldaan, blijft een wettelijke regeling voor euthanasie binnen de perken van artikel 2 EVRM. Ook de Raad van State stelt immers dat om te voldoen aan deze bepaling er in voldoende procedurele waarborgen, in een effectieve a posteriori-controle en in een doeltreffend gerechtelijk controlesysteem moet worden voorzien. Op dat vlak schiet het voorliggend wetsvoorstel duidelijk tekort. Zonder een dergelijke controle wordt de feitelijke depenalisering bevestigd.

Tijdens de hoorzittingen stelde professor Adams (UFSIA): "Als er één les te leren valt uit de Nederlandse situatie, dan is het wel dat een regeling met betrekking tot euthanasie enerzijds artsen moet stimuleren aan de samenleving verantwoording af te leggen over hun levensbeëindigend handelen en anderzijds de kwaliteit van dit handelen moet bewaken en bevorderen. In ieder geval zal een regeling enkel behoorlijk functioneren wanneer ze wordt gedragen door de personen die ermee moeten werken, en dat zijn natuurlijk in de eerste plaats de artsen zelf. (...) De artsen wensen niet in de strafrechtelijke sfeer betrokken te worden..."

Een afdoende controleregeling is dus niet eenvoudig omdat ze in belangrijke mate afhangt van de personen die de euthanasie uitvoeren en daardoor blootstaan aan strafrechtelijke sancties. Uit de hoorzittingen en een onderzoek dat door de *Artsenkrant* werd uitgevoerd, blijkt dat de overgrote meerderheid van de artsen geen vragende partij is voor een wijziging van de strafwet. Vanwege onder meer het grote principiële belang om euthanasie strafbaar te houden en het beschermende karakter van de strafwet, is een controle die neerkomt op het depenaliseren van euthanasie inderdaad niet aanvaardbaar.

In Nederland werd in 1990-1991 voor het eerst onderzoek gedaan naar het voorkomen van euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Dit onderzoek is ook wel bekend als de Remmelinkstudie. In 1995-1996 werd opnieuw hetzelfde onderzoek gedaan. De hoofdvraagstelling van deze evaluatie was: beantwoordt de meldingsprocedure euthanasie, zoals die in 1994 in de Nederlandse wet op de lijkbezorging werd ingeschreven, aan haar doel? De conclusie was dat in ongeveer 60% van de gevallen euthanasie niet werd gemeld en het levensbeëindigend handelen van de patiënt vrijwel nooit werd gemeld. Sinds 1998 werd dan ook een gewijzigde meldingsprocedure van kracht voor levensbeëindigend handelen op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt. Waar de meldingsprocedure vroeger bestond uit een aangifte aan de gemeentelijke lijkschouwer die op zijn beurt de officier van justitie moest informeren, werd ze in 1998 uitgebreid met een regionale, multidisciplinaire toetsingscommissie, bestaande uit een jurist-voorzitter, een arts en een deskundige inzake ethische of zingevingsvraagstukken.

Sinds de instelling van de commissies is de meldingsbereidheid evenwel niet gestegen. De meldingen blijven schommelen rond de 50 procent, zoals nog werd bevestigd door het jaarverslag van de toetsingscommissies van mei dit jaar. De ministers Borst en Korthals reageerden naar aanleiding van de recente nieuwe Nederlandse wet dat

*respecter l'article 2 de la CEDH. Le Conseil d'État affirme aussi que pour respecter cette disposition, il convient de prévoir suffisamment de garanties procédurales, un contrôle a posteriori réel ainsi qu'un système de contrôle judiciaire efficace. Les lacunes de la proposition actuelle en cette matière sont évidentes. L'absence d'un tel contrôle confirmera la dépenalisation de fait.*

*Voici ce qu'affirmait le Pr. Adams (UFSIA) lors des auditions : « S'il y a une leçon à tirer de la situation aux Pays-Bas, c'est qu'un régime relatif à l'euthanasie doit, d'une part, encourager les médecins à répondre devant la société des actes qu'ils posent pour mettre fin à la vie et, d'autre part, surveiller et améliorer la qualité de ces actes. Quoiqu'il en soit, un régime ne pourra fonctionner convenablement qu'à la condition de jouir du soutien des personnes qui doivent l'appliquer, c'est-à-dire en premier lieu les médecins eux-mêmes. (...) Les médecins ne souhaitent pas être entraînés dans le domaine pénal... »*

*Une réglementation de contrôle efficace n'est donc pas simple puisqu'elle dépend en grande partie des personnes qui pratiquent l'euthanasie et s'exposent ainsi à des sanctions pénales. L'immense majorité des médecins s'opposent à une modification de la loi pénale. Étant donné l'intérêt de principe qu'il y a à ne pas dépenaliser l'euthanasie et le caractère protecteur de la loi pénale, un contrôle qui revient à dépenaliser l'euthanasie n'est pas acceptable.*

*Les Pays-Bas ont étudié pour la première fois en 1990-1991 la fréquence des cas d'euthanasie et des autres décisions médicales concernant la fin de vie. Cette étude a de nouveau eu lieu en 1995-1996. La principale question posée était : la procédure de notification relative à l'euthanasie telle qu'elle est inscrite dans la loi néerlandaise de 1994 atteint-elle son objectif ? Dans 60% des cas, l'euthanasie n'était pas notifiée. Les actes mettant fin à la vie du patient n'étaient presque jamais communiqués. Une nouvelle procédure de notification est dès lors entrée en vigueur en 1998, impliquant cette fois une commission multidisciplinaire de contrôle. Le taux de notification n'a pas augmenté pour autant, il est resté aux alentours de 50%.*

*Une procédure de notification réaliste et applicable doit respecter les principes suivants. Premièrement, l'introduction d'un maillon intermédiaire doit limiter l'immédiateté de la menace pénale pour les médecins. Deuxièmement, il convient d'introduire un système de notification transparent et obligatoire accompagné d'un contrôle efficace, par échantillonnage, de la véracité des résultats. Troisièmement, le parquet doit disposer du droit intangible d'enquêter et de poursuivre en vue de la protection du patient et dans le respect des dispositions contraignantes de la CEDH.*

*Ces principes n'apparaissent pas dans la proposition de la majorité. En outre, on ne peut réglementer l'euthanasie que s'il existe déjà une réglementation relative au décès. Le nombre d'exhumations en Belgique est un des plus élevés au monde. Selon les spécialistes de la médecine légale, ce taux est dû à l'absence de règles claires quant au constat du décès, à sa notification à une autorité spécialisée et au contrôle de la véracité de la cause de décès communiquée.*

*L'actuelle réglementation date du début du siècle dernier, lorsque la plupart des personnes mouraient chez elles. Il*

“de gewenning naar de procedure – en naar verwachting ook de meldingsbereidheid – wel zal toenemen indien de voorgestelde toetsingscommissies langere tijd hebben gefunctioneerd”.

Een realistische en werkbare meldings- en handhavingssystematiek moet met volgende principes rekening houden. Ten eerste, moet het invoeren van een buffer de onmiddellijke strafrechtelijke dreiging voor de artsen beperken, waardoor de meldingsbereidheid zal toenemen. Ten tweede moet een transparant en verplicht meldingssysteem worden ingevoerd, met een doelgerichte steekproefsgewijze controle op de waarachtigheid van de bevindingen. Ten derde moet er tot bescherming van de patiënt en in overeenstemming met de bindende bepalingen van het EVRM, worden voorzien in een onaantastbare onderzoeks- en vervolgingsmogelijkheid van het parket.

Deze principes zijn in het meerderheidsvoorstel niet ingeschreven. Daarenboven kan euthanasie pas worden geregeld als er al een regelgeving omtrent het overlijden bestaat. In België is het aantal lijkopgravingen immers bij de hoogste ter wereld. Volgens specialisten in de forensische geneeskunde heeft dit te maken met een gebrek aan duidelijke regels over het vaststellen van de overlijdensoorzaak, de melding ervan aan een deskundige overheid en de controle op de waarachtigheid van de opgegeven doodsoorzaak.

De huidige regelgeving dateert nog van het begin van de vorige eeuw, toen de meeste mensen thuis stierven. Alleen al om met deze maatschappelijke verschuiving rekening te houden, is een aanpassing van de wetgeving, vandaag in het Burgerlijk Wetboek opgenomen, nodig. Dit geldt a fortiori in het geval van euthanasie, omdat de huidige bepalingen van het Burgerlijk Wetboek slechts betrekking hebben op een overlijden ingevolge een natuurlijke doodsoorzaak en een gewelddadig overlijden. Euthanasie hoort daar niet bij.

In de verenigde commissies werden de CD&V-amendementen hieromtrent weggestemd “omdat ons voorstel niet op zijn plaats is in de euthanasiewet”. Door die beslissing sluit men echter van meet af aan elke reële controlemogelijkheid uit, want het Belgisch recht voorziet tot op heden bij overlijden nog niet in de meldingsplicht voor de arts. Bovendien is er voor de meldingsplicht voor euthanasie waar het wetsvoorstel in voorziet, geen sanctie.

Een tweede moeilijkheid bestaat erin dat het wetsvoorstel elke realistische mogelijkheid tot autopsie uitsluit. In het oorspronkelijk voorstel van de meerderheid werd nog in een regeling voorzien waarbij, in geval van euthanasie, de teraardebestelling enkel kan gebeuren na toestemming van de procureur des Konings. Deze bepaling werd zonder enige verantwoordelijkheid geschrapt. Aanbeveling 1159 van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa uit 1991 bepaalt nochtans uitdrukkelijk dat geen enkele inperking van de autopsieregeling kan worden geduld in geval van verdacht overlijden. Ook in de nieuwe Nederlandse wet wordt bovendien voorzien in een dergelijke voorafgaande toelating.

Het CD&V-voorstel voorziet tevens in een mogelijkheid om de authenticiteit van de overlijdensverklaringen na te gaan door de inschakeling van een specialist in de gerechtelijke geneeskunde. Hij beschikt immers over de nodige expertise om vast te stellen of het al dan niet over euthanasie of over

*serait nécessaire de modifier la législation pour tenir compte de l'évolution sociale, a fortiori dans le cas de l'euthanasie, puisque les dispositions actuelles du Code civil ne s'appliquent qu'aux décès dus à des causes naturelles et aux morts violentes. Or, l'euthanasie n'appartient à aucune de ces catégories.*

*Les commissions réunies ont rejeté nos amendements parce qu'ils n'avaient pas leur place dans la loi relative à l'euthanasie. Par cette décision, la majorité a exclu dès le départ toute possibilité de contrôle réel puisque le droit belge ne prévoit pas le devoir de notification du décès pour le médecin. Aucune sanction n'est du reste liée au devoir de notification prévu par la proposition de loi en cas d'euthanasie.*

*Seconde difficulté, la proposition de loi exclut toute possibilité d'autopsie alors que le texte initial de la majorité prévoyait qu'en cas d'euthanasie, l'inhumation ne pouvait avoir lieu qu'après autorisation du procureur du Roi. Cette disposition a été supprimée sans justification. La recommandation 1159 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe de 1991 stipule pourtant qu'aucune limitation à la règle de l'autopsie ne peut être tolérée en cas de décès suspect. Du reste, la loi néerlandaise prévoit une telle autorisation préalable.*

*La proposition du CD&V prévoyait l'intervention d'un médecin légiste pour vérifier l'authenticité de la déclaration de décès mais cette option a été rejetée par les auteurs de la proposition de la majorité. Pourquoi ne pas procéder par coups de sonde dans cette matière si délicate alors qu'on le fait pour les déclarations fiscales ?*

*La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, prévue par la proposition, est une instance autonome qui, en lieu et place du parquet, se prononce sur la nécessité d'une poursuite. Il y est prévu tant de possibilités de blocage que la transmission au parquet restera l'exception. Il faut, en effet, que la commission décide à la majorité des deux tiers de transmettre le dossier au parquet. Sans doute s'agit-il de limiter autant que possible le nombre de dossiers envoyés au parquet.*

*Comment cette commission pourra-t-elle contrôler efficacement toutes les déclarations dans les délais prévus ? En Belgique, on a dénombré, en 1998, 640 cas d'euthanasie, 65 cas de suicide assisté et 1796 cas d'arrêt actif de la vie en dehors de toute demande explicite du patient. Il ne pourra s'agir que d'un contrôle marginal excluant toute possibilité d'enquête approfondie. C'est pourquoi nous avons suggéré d'organiser la commission d'évaluation sur une base régionale.*

*La composition de la commission est inacceptable. Sur ses seize membres, quatre juristes seulement doivent juger du respect des conditions d'application légales. Quel est d'ailleurs le statut de cette commission ? Doit-on la considérer comme une juridiction administrative ? Un médecin peut-il s'opposer à ses décisions ? Les auteurs de la proposition n'ont pas fourni de réponse satisfaisante à ces questions.*

*Un autre problème concerne l'établissement, par ladite commission, du document d'enregistrement. Sans doute les auteurs de la proposition ont-ils voulu copier les dispositions*

een ongewoon, verdacht of gewelddadig overlijden gaat. Deze optie werd niet goedgekeurd door de indieners van het meerderheidsvoorstel. Als men echter steekproeven uitvoert op valse fiscale aangiften, waarom zou deze mogelijkheid bij een dergelijke delicate aangelegenheid dan moeten worden uitgesloten?

In het voorliggende wetsvoorstel vervult de Federale Controle- en Evaluatiecommissie de rol van buffer. Ze is evenwel niet zozeer een buffer of een eerste toetsingsmiddel, maar veeleer een autonome instantie die in de plaats van het parket op administratieve wijze de noodzaak tot vervolging adviseert.

De werkwijze van de commissie bevat bovendien zoveel blokkeringsmogelijkheden dat een werkelijke melding aan het parket veeleer uitzonderlijk zal zijn. Het dossier kan immers in geval van twijfel door de evaluatiecommissie aan de procureur worden overgemaakt, en dit dan nog na een beslissing die met een tweederde meerderheid wordt genomen. Nergens werd afdoende verantwoord waarom die tweederde meerderheid noodzakelijk is. Ook de Nederlandse wet voorziet niet in een dergelijke beperking. De enige verantwoording is blijkbaar dat men zo weinig mogelijk dossiers aan het parket wil doorgeven.

Hoe zal die centrale evaluatiecommissie alle aangiften overigens op efficiënte wijze binnen de vooropgestelde termijn kunnen controleren, nu alleen al volgens het onderzoek van professor Deliëns blijkt dat er in 1998 in België 640 gevallen van euthanasie, 65 van geassisteerde zelfmoord en 1796 van opzettelijke levensbeëindiging zonder expliciet verzoek van de patiënt waren? Dit kan niet meer dan een marginale toetsing zijn: een administratieve mallempolen die elk grondig onderzoek onmogelijk maakt. Om die reden had onze fractie ook voorgesteld om de evaluatiecommissie op regionale basis te organiseren.

De samenstelling van de commissie is onaanvaardbaar. Van de zestien leden van deze commissie moeten slechts vier juristen oordelen of de wettelijke toepassingsvoorwaarden vervuld zijn. Wat is overigens het statuut van deze commissie? Is zij als een administratief rechtscollege te beschouwen? Kan de arts in beroep gaan tegen beslissingen van deze commissie? Hierop werd geen bevredigend juridisch antwoord geformuleerd door de indieners van het meerderheidsvoorstel.

Een ander probleem betreft de opmaak van het registratiedocument. Het wetsvoorstel bepaalt dat de Federale Controle- en Evaluatiecommissie dit document zelf dient op te stellen. Blijkbaar heeft de wet van 13 augustus 1990 tot oprichting van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking hier model gestaan: ook daar bepaalt de wet dat de commissie het registratiedocument zelf opstelt.

Dat laatste was geen eenvoudige opdracht en uiteindelijk is de registratie van zwangerschapsafbrekingen pas op 1 oktober 1992 aangevat, dit is ruim twee jaar na de inwerkingtreding van de wet van 3 april 1990. Het betrof hier voornamelijk een registratiedocument voor statistische verwerking. Deze aanpak heeft echter heel wat verstrekkender gevolgen voor de euthanasieproblematiek, omdat de evaluatiecommissie tegelijkertijd ook een controlecommissie is, met alle gevolgen van dien. Volgens de tekst van het

*de la loi sur l'interruption de grossesse. Or l'enregistrement des interruptions de grossesse n'a débuté qu'en octobre 1992 alors que la loi est entrée en vigueur en 1990. Ce document était essentiellement établi en vue d'un traitement statistique. Dans le cas présent, la Commission d'évaluation a un rôle beaucoup plus large étant donné qu'elle est en même temps une commission de contrôle.*

*D'après le texte, ce document ne pourra être établi qu'après l'entrée en vigueur de la loi et après constitution de la Commission, ce qui prendra un temps considérable. Dans l'intervalle, des euthanasies pourront être pratiquées impunément et sans contrôle a posteriori. Si cette situation devait perdurer un ou deux ans, ne risquons-nous pas de voir apparaître des pratiques dont on ne pourra plus se défaire ?*

*Il faut, en outre, stipuler que le document d'enregistrement sera transmis au parquet s'il est incomplet ou transmis tardivement. À quoi bon des règles et des obligations s'il n'y a pas de sanctions ?*

*Le CD&V a maintes fois souligné que si le ministère public veut exercer efficacement son monopole légal en matière de poursuites, il devra être saisi de chaque cas d'arrêt actif de la vie. Aux Pays-Bas aussi, le Conseil d'État a estimé que le rôle du parquet ne devait pas se limiter à engager des poursuites uniquement lorsque la Commission de contrôle estime qu'il y a eu des irrégularités au moment de l'acte euthanasique.*

*Que se passera-t-il au cas où il y aurait une déclaration d'euthanasie irrégulière alors que la Commission de contrôle estime que toutes les conditions ont été respectées ? Quel sera l'élément prépondérant permettant de décider de procéder à une information ou d'ouvrir une enquête ?*

*À cela, le Conseil d'État répond que la proposition ne porte pas atteinte à la compétence des autorités judiciaires d'ouvrir une enquête d'office ou, par exemple, sur plainte des proches. Le ministère public doit, en sa qualité de gardien des normes sociales, pouvoir assurer le respect de la loi pénale, accomplir sa mission de contrôle et le cas échéant, engager des poursuites.*

*Le maillon intermédiaire que devrait être la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation n'aurait alors plus aucune utilité, ce qui favorisera les euthanasies clandestines. Comme vient de le dire mon collègue M. D'Hooghe, étant donné l'absence d'une réglementation transparente légale relative aux décisions médicales concernant la fin de vie, aucun contrôle ne pourra être exercé.*

*Par conséquent, la proposition formalise une procédure purement administrative, qui exclut tout contrôle efficace sans offrir la certitude que les médecins feront une déclaration. La législation néerlandaise, qui fait toujours figure d'exemple, offre bien plus de garanties : le médecin légiste de la commune peut faire immédiatement rapport à un officier de justice s'il pense ne pas pouvoir délivrer d'acte de décès. Nous avons proposé une variante : le médecin légiste vérifierait immédiatement si tous les critères de prudence ont été respectés. Dans le cas contraire, le procureur serait averti aussitôt ; sinon, le rapport du médecin serait transmis à la commission régionale d'évaluation qui en référerait, dans tous les cas, au procureur du Roi, même si la Commission constate qu'il n'y a pas de problème. Le médecin légiste et la Commission jouent seraient donc un véritable maillon*



voorstel kan de commissie dat document pas opstellen na de inwerkingtreding van de wet en nadat de commissie werd samengesteld, wat ook een tijdrovende aangelegenheid zal zijn. We kunnen daarbij als voorbeeld verwijzen naar de oproep voor kandidaten voor de evaluatiecommissie voor de zwangerschapsafbreking. Momenteel is men reeds aan een vierde poging toe. Vermits bij hypothese de andere bepalingen van de wet reeds van toepassing zijn en het naleven van de meldingsplicht niet wordt gesanctioneerd, kan in die tussenperiode euthanasie straffeloos en zonder enige controle achteraf worden verricht. Als die situatie één of twee jaar aansleept, dreigen er dan geen praktijken te ontstaan die achteraf niet meer kunnen worden teruggeschroefd?

Tevens dient te worden bepaald dat bij het niet volledig invullen of laattijdig overmaken van dit registratiedocument, het onmiddellijk wordt overgemaakt aan het parket. Wat baten regels en verplichtingen indien zij niet worden gesanctioneerd?

In de verenigde commissies werd door de CD&V-fractie meermaals benadrukt dat indien het openbaar ministerie zijn wettelijk vervolgingsmonopolie efficiënt wil uitoefenen, het elk geval van actieve levensbeëindiging onder ogen moet krijgen. Ook in Nederland sprak de Raad van State zich uit tegen de voorgestelde regeling in de Nederlandse wet, waarbij het parket enkel de bevoegdheid zou behouden een beslissing tot vervolging te nemen ingeval de toetsingscommissie zou oordelen dat er onregelmatigheden werden begaan bij de euthanasie. Dergelijke regeling leidt evenwel tot lekenrechtspraak en zet het openbaar ministerie buiten spel. De samenleving, vertegenwoordigd door het openbaar ministerie, kan de arts bij zijn maatschappelijk handelen niet langer op efficiënte wijze ter verantwoording roepen. Wat gebeurt er in geval er een aangifte is van onregelmatige euthanasie, terwijl de toetsingscommissie van oordeel is dat alle voorwaarden werden nageleefd? Welk gegeven zal dan doorwegen om effectief over te gaan tot een opsporings- of gerechtelijk onderzoek?

De Belgische Raad van State antwoordt op deze laatste vraag dat het voorstel geen afbreuk doet aan de bevoegdheid van de gerechtelijke overheden om ambtshalve, of op klacht van bijvoorbeeld de nabestaanden van de overledene, een onderzoek te openen. Het openbaar ministerie moet, als hoeder van de maatschappelijke normen, inderdaad de naleving van de strafwet kunnen verzekeren en haar geëigende taak van controle en in voorkomend geval van vervolging, uitoefenen.

Onmiddellijk wordt de achillespees van de regeling duidelijk: de zogenaamde buffer die de Federale controle- en evaluatiecommissie zou moeten zijn, heeft dan geen enkel nut meer. Het spreekt voor zich dat dit uiteindelijk geenszins het beoogde doel bereikt en enkel clandestiene euthanasie in de hand zal werken. Zoals collega D'Hooghe daarnet zei, zorgt het tekort van een transparante wettelijke regeling voor de medische beslissingen bij het levenseinde ervoor dat ook hier geen enkele controle zal kunnen worden uitgeoefend.

Er kan dus enkel worden vastgesteld dat het wetsvoorstel een loutere administratieve procedure formaliseert, die tot de onmogelijkheid leidt efficiënt te controleren en geenszins de zekerheid biedt van de meldingsbereidheid van de artsen. De Nederlandse wetgeving, toch steeds het voorbeeld voor de

*intermédiaire tandis que le ministère public conserverait sa mission de contrôle. Pour le médecin, un tel système offre une sécurité juridique suffisante.*

*Pour mon groupe, cette disposition, combinée aux adaptations de l'acte de décès selon le Code civil, correspondrait bien mieux à une véritable procédure a posteriori.*

*La proposition opte toutefois pour une « administratisation » du contrôle, comme le disait le président du tribunal de première instance de Namur, qui ajoute, « Il ne faut pas déplacer le choix du palais de justice au laboratoire ».*

indieners van het voorstel, voorziet in veel meer waarborgen, door onder meer aan de gemeentelijke lijkschouwer de mogelijkheid te geven onmiddellijk verslag uit te brengen aan de officier van justitie indien hij meent niet tot afgifte van attest van overlijden te kunnen overgaan. Een variante van dit systeem werd door de CD&V-fractie voorgesteld door onder meer de wetsarts onmiddellijk te doen nagaan of alle zorgvuldigheidsvereisten werden nageleefd. Bij kennelijke niet-naleving wordt de procureur onmiddellijk op de hoogte gebracht, in het andere geval wordt het verslag van de behandelende arts overgemaakt aan de regionale toetsingscommissie, die steeds en zonder uitzondering verslag uitbrengt aan de procureur des Konings, ook indien de commissie vaststelt dat er geen probleem is. De wetsarts en de commissie spelen dus een echte bufferrol, en tegelijkertijd blijft het toezicht door het openbaar ministerie gevrijwaard. Voor de arts creëert zo'n systeem voldoende rechtszekerheid; hij loopt niet het risico onmiddellijk in de strafrechterlijke sfeer te belanden.

Deze regeling, gecombineerd met de aanpassingen van de overlijdensaangifte volgens het Burgerlijk Wetboek, zou volgens onze fractie veel beter beantwoorden aan een waarachtige procedure a posteriori, waarvan ik het belang in het begin van mijn betoog heb aangetoond.

Het wetsvoorstel kiest echter, om het met de woorden van magistraat Panier, voorzitter van de rechtbank van Eerste Aanleg in Namen, te zeggen, voor een 'veradministratisering' van de controle. Ik ondersteun dan ook ten volle zijn benadering: *'Il ne faut pas déplacer le choix du Palais de Justice au laboratoire'*.

**De heer Jan Remans (VLD)**, corapporteur. – Mijnheer Steverlynck, waarom blijft u hameren op het ontbreken van een meldingsplicht? Die is er wel en ze valt onder de zorgvuldigheidscriteria. De Raad van State verklaart eveneens dat er wetsvoorzieningen genoeg zijn om de burgerlijke aansprakelijkheid onder artikel 1382 te behouden. Waarom zegt u dan dat er geen aansprakelijkheid is? Dat is niet correct.

De buffer – de Federale controle- en evaluatiecommissie – is supplementair bovenop wat het parket dagdagelijks doet. Dit is dus een extra, omdat euthanasie een buitengewoon medisch handelen is. Het klopt dat er andere mogelijkheden zijn; er zijn ook honderd wegen naar Rome. De indieners van het voorstel hebben deze weg gekozen. Er zijn er andere, maar dat betekent niet dat deze weg niet goed is. U mag zeker niet beweren dat de evaluatiecommissie een malle molen is. Ze moet nog worden opgericht en beginnen werken.

**De heer Jan Steverlynck (CD&V)**. – Ik heb daarnet verwezen naar Nederland waar 50 tot 60% van de euthanasiegevallen niet worden gemeld. Ons Burgerlijk Wetboek biedt geen mogelijkheid om daar iets aan te doen. Er is geen verplichting om bij aangifte van een overlijden te melden dat euthanasie werd gepleegd. Er kan dus ook niet worden gecontroleerd of alle gevallen wel worden gemeld.

**De heer Jan Remans (VLD)**, corapporteur. – Dat is niet correct. Er is wel een meldingsplicht. Dat de registratie in Nederland moeizaam is gestart, komt omdat daar een andere procedure wordt gevolgd. Bij ons is er wel meldingsplicht en

**M. Jan Remans (VLD)**, corapporteur. – *M. Steverlynck, pourquoi continuez-vous à insister sur l'absence de déclaration obligatoire ? Cette déclaration est prévue et fait partie des critères de prudence. Le Conseil d'État déclare qu'il y a suffisamment de dispositions de lois qui justifient le maintien de la responsabilité civile à l'article 1382. Pourquoi dites-vous qu'il n'y a pas de responsabilité ? Ce n'est pas correct.*

*La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation vient en sus de ce que le parquet fait quotidiennement. C'est un organe supplémentaire parce que l'euthanasie est un acte médical exceptionnel. Bien sûr, il y a d'autres possibilités comme il y a des centaines de chemins qui mènent à Rome. Les auteurs de cette proposition ont choisi cette voie ; il y en a d'autres mais cela ne veut pas dire que celle-ci n'est pas bonne. Vous ne pouvez certainement pas dire que la Commission d'évaluation ne sert à rien. Elle doit encore être constituée et se mettre au travail.*

**M. Jan Steverlynck (CD&V)**. – *J'ai dit qu'aux Pays-Bas, 50 à 60% des euthanasies n'étaient pas déclarées. Notre Code civil n'a rien prévu pour y remédier. Rien n'oblige d'indiquer, dans un acte de décès, qu'il y a eu euthanasie. Il n'est donc pas possible de contrôler si tous les cas ont bien été déclarés.*

**M. Jan Remans (VLD)**, corapporteur. – *C'est faux. La déclaration est obligatoire. Aux Pays-Bas, l'enregistrement a des ratés parce qu'il est suivi d'une autre procédure. Chez nous, la déclaration sera obligatoire, il y aura des sanctions*

strafbaarheid en kan het parket nog altijd optreden.

**De heer Jan Steverlynck (CD&V).** – Er is een meldingsplicht, maar in de praktijk wordt ze niet nagekomen en is controle daarop niet mogelijk.

**De heer Jan Remans (VLD),** corapporteur. – Nu gebeurt alles in het grootste geheim, in de dikste mist en niemand zegt iets. Er komt een meldingsplicht en u beweert meteen dat ze niet zal worden nagekomen. Dat is voorbarig.

**De heer Jan Steverlynck (CD&V).** – Ik zeg dat het wetsvoorstel niet volstaat en dat men ook het Burgerlijk Wetboek had moeten aanpassen.

Bovendien blijf ik erbij dat de buffer voor een stuk is uitgehold. Meer dan een marginale toetsing is niet mogelijk. Een systeem van een regionale toetsingscommissies zou veel beter zijn geweest. Dat zou een reële buffer zijn geweest omdat het openbaar ministerie dan niet enkel de zaken waar twijfel is gerezen moet behandelen, maar alle gevallen.

**De heer Jan Remans (VLD),** corapporteur. – Dat is inderdaad één van de wegen naar Rome.

**Mevrouw Jacinta De Roeck (AGALEV).** – In Nederland waren de ervaringen met de regionale commissies niet zo positief. Er komt heel veel kritiek op omdat de ene commissie wel eens anders durft te oordelen dan de andere. Er is dus geen eenvormigheid en we horen hierop vanuit Nederland geregeld kritiek. Toen wij, Groenen, raad vroegen, hebben ze ons gezegd dat we niet dezelfde fout mochten maken.

**De heer André Geens (VLD).** – Het valt me enorm op dat deze en andere uiteenzettingen eigenlijk pleidooien zijn om niets te doen, pleidooien om de huidige situatie van verdoken euthanasie te bevestigen. Ik weet wel dat er argumenten zijn voor het standpunt dat euthanasie een zaak is tussen dokter en patiënt. We weten echter ook dat degenen die weten welke dokter moet worden geconsulteerd, geprivilegieerd zijn. Het huidige voorstel is eerlijker, trekt de zaak open, controleert ze ook beter en houdt ze meer in de hand. Eigenlijk begrijp ik sommige pleidooien niet; men zegt het tegenovergestelde van wat men wil bereiken.

De perfectie kan nooit worden bereikt, men kan ze alleen nastreven. Deze wet is niet perfect. Er zullen in de loop der jaren, alleen al door de ontwikkeling in de geneeskunde, wellicht veel verbeteringen worden aangebracht. Het is een eerste stap. Het is beter dan de verdoken euthanasie, of anders gezegd de verdoken moord. We bevinden ons hier op een heel smalle lijn. Daarom pleit ik toch voor enig realisme bij diegenen die tegen dit voorstel zijn. Wie niet wil erkennen dat euthanasie nu wordt toegepast, benadert het probleem intellectueel oneerlijk.

Aangezien er geen wetgeving is, wordt euthanasie onder moord gecatalogeerd. Nochtans worden de patiënten geholpen in het raam van het geneeskundig denken van vandaag. Ik heb moeite met de verschillende benaderingen. Ik wil niemand overtuigen, maar ik vraag wel een correcte analyse te maken van de feitelijke toestand en op basis daarvan het wetsvoorstel te beoordelen. Intentieprocessen maken van instellingen die nog niet bestaan is nogal ver gezocht. Er moet een minimum aan vertrouwen zijn. De organen moeten eerst functioneren en

*et une intervention éventuelle du parquet.*

**M. Jan Steverlynck (CD&V).** – *Cette obligation existe mais dans la pratique, elle ne sera pas respectée et aucun contrôle ne sera possible.*

**M. Jan Remans (VLD),** corapporteur. – *Pour l'instant, tout se passe dans le plus grand secret, le brouillard le plus épais et tout le monde se tait. Il est prévu une déclaration obligatoire mais vous affirmez qu'elle ne sera pas respectée. C'est prématuré.*

**M. Jan Steverlynck (CD&V).** – *Je dis que la proposition de loi n'est pas suffisante et que l'on aurait dû adapter le Code civil.*

*Je maintiens que le maillon intermédiaire est un peu superflu. Il ne pourra exercer qu'un contrôle marginal. Des Commissions régionales d'évaluation auraient été préférables. Le ministère public n'aurait dès lors pas dû traiter uniquement les cas douteux, mais tous les cas.*

**M. Jan Remans (VLD),** corapporteur. – *C'est, en effet, un des chemins qui mène à Rome.*

**Mme Jacinta De Roeck (AGALEV).** – *Aux Pays-Bas, les expériences avec les commissions régionales n'ont pas été tellement positives. Les critiques fusent parce qu'il n'y a pas d'uniformité dans les jugements des différentes commissions. Lorsque nous leur avons demandé conseil, elles nous ont répondu que nous nous devons pas tomber dans la même erreur.*

**M. André Geens (VLD).** – *Je suis extrêmement surpris par le fait que les exposés sont finalement des plaidoyers en faveur de l'immobilisme et de la poursuite des euthanasies clandestines. Je sais qu'il y a des arguments selon lesquels l'euthanasie est une affaire entre le médecin et son patient et que ceux qui savent quel médecin ils doivent consulter sont des privilégiés. La présente proposition est plus honnête. Elle met la question sur la table, la contrôle mieux et a une meilleure prise sur elle. Je ne comprends pas certains plaidoyers : ils sont en contradiction avec l'objectif qu'ils poursuivent.*

*La perfection n'existe pas, on ne peut que s'en approcher. Au fil du temps, cette loi subira certainement de nombreuses corrections, ne fût-ce qu'en raison des progrès de la médecine. Elle constitue une première étape et est préférable à l'euthanasie camouflée, autrement dit, le meurtre camouflé. Nous sommes sur le fil du rasoir. C'est pourquoi je plaide pour un certain réalisme de la part des opposants à cette proposition. Ne pas reconnaître qu'il y a aujourd'hui des euthanasies, c'est faire preuve de malhonnêteté intellectuelle.*

*En l'absence de législation, l'euthanasie est considérée comme un meurtre. Les patients sont cependant aidés à la lumière de la pensée médicale actuelle. Les différentes approches me posent problème. Je ne veux convaincre personne mais je demande que l'on fasse une analyse correcte de la situation de fait et que l'on apprécie la proposition sur cette base. Faire un procès d'intention à des organismes qui n'existent pas encore me paraît un peu fort. Il faut un minimum de confiance. Les organes doivent fonctionner avant de pouvoir être évalués.*

daarna kunnen ze worden geëvalueerd.

**De heer Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Ik zou het willen hebben over de Federale Controle- en Evaluatiecommissie. Ik heb deze voorstellen niet ingediend. Het komt er dus op aan te weten te komen welke lading de woorden “controle” en “evaluatie” dekken. Hoe wordt deze evaluatie uitgevoerd? Eerst gebeurt de aangifte. Als men een wetenschappelijke evaluatie wil maken, moeten er vervolgens gelijktijdig anonieme enquêtes georganiseerd worden. Deze gedifferentieerde benadering is noodzakelijk.*

*De commissie moet aanpassingen voorstellen aan de wetgever of aan de minister. Tezelfdertijd moet er een sfeer van vertrouwen heersen. Men moet er dus voor zorgen dat zoveel mogelijk artsen hun aangiftes doen.*

*U zegt dat er gewestelijke of provinciale commissies moeten worden opgericht. Ik denk van niet. In de eerste plaats is het Nederlandse voorbeeld niet echt overtuigend. Vervolgens is een identieke aanpak in het hele land vereist. De evaluatie moet overal dezelfde criteria hanteren. De weg die door de indieners van de tekst werd uitgetekend, is beter dan de Nederlandse weg, ook op wetenschappelijk vlak.*

**De heer Jan Steverlynck (CD&V).** – *Ik wilde aantonen dat controle a posteriori onvoldoende is. Ook de Raad van State meent dat er voldoende procedurele waarborgen moeten zijn om ervoor te zorgen dat euthanasie met de grootste zorgvuldigheid gebeurt.*

*De heer Geens gaat ervan uit dat de controle a posteriori van de Federale controle- en evaluatiecommissie sluitend is. Ik heb daar de grootste twijfels over. Er zullen nog altijd misbruiken zijn omdat niet alle gevallen zullen worden gemeld. Uiteindelijk zal slechts uitzonderlijk een zaak worden doorgegeven aan het parket.*

**De heer Jan Remans (VLD), corapporteur.** – *Ik heb er vanochtend al op gewezen dat geen enkele wet sluitend is.*

**De heer François Roelants du Vivier (PRL-FDF-MCC).** – *Zoals voor elk van u is ook voor mij het uur van de keuze aangebroken. Ik denk er goed op voorbereid te zijn, nu ik alle verslagen van de hoorzittingen en van de discussies in de commissie heb gelezen.*

*Ik respecteer alle opvattingen die gedurende deze lange discussies werden verdedigd. Sommige opvattingen waren gebaseerd op een strikt logische redenering, andere op een rijke ervaring. Dank aan alle collega's, aan alle experts, mannen en vrouwen op het terrein, die meestal op een bijzonder serene manier over dit moeilijke onderwerp hebben gedebatteerd.*

*Het onderwerp is immers moeilijk. Is het mijn taak als wetgever iemand toe te staan een einde te maken aan andermans leven, zelfs als uitzonderlijke omstandigheden hem daartoe zouden brengen? Ik geef toe dat ik zeer lang gewonnen was voor een onthouding. Door noch de voor-, noch de tegenstanders van de depanelisering van euthanasie gelijk te geven, zouden de impasse en de hypocrisie van de huidige situatie alleen maar aanhouden. Nadien heb ik begrepen dat ik partij moest kiezen in de edele betekenis van het woord, en dus een knoop moest doorhakken.*

*Een dergelijk onderwerp kan men niet vanuit één invalshoek*

**M. Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Je voudrais parler de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation. Je ne suis pas auteur de ces projets. Il convient donc de voir ce qui se trouve derrière les mots « contrôle » et « évaluation ». Comment réalise-t-on cette évaluation ? Tout d'abord, les déclarations sont faites. Ensuite, si l'on veut réaliser une évaluation scientifique, des enquêtes anonymes doivent être menées en parallèle. C'est ce différentiel qui doit être suivi. Suivant son importance, cette commission doit proposer des adaptations au législateur voire au ministre. En même temps, un climat de confiance doit régner. Il faut donc faire en sorte qu'un maximum de médecins rentrent leurs déclarations.*

*Vous dites que des commissions régionales ou provinciales doivent être créées. Je ne le crois pas. Tout d'abord, l'exemple hollandais n'est pas probant. Ensuite, une approche identique est nécessaire dans tout le pays. L'évaluation doit respecter les mêmes critères partout. La voie qui est choisie par les auteurs de ce texte est donc nettement préférable à la voie hollandaise, également sur le plan scientifique.*

**M. Jan Steverlynck (CD&V).** – *J'ai voulu démontrer que le contrôle a posteriori ne suffisait pas. Le Conseil d'État estime aussi qu'il doit y avoir suffisamment de garanties que l'euthanasie ne sera pratiquée qu'avec toute la prudence nécessaire.*

*M. Geens part du principe que le contrôle a posteriori de la Commission sera infaillible. J'en doute fortement. Il y aura toujours des abus étant donné que tous les cas ne seront pas déclarés. En fin de compte, le parquet ne sera saisi que dans des cas exceptionnels.*

**M. Jan Remans (VLD), corapporteur.** – *J'ai déjà dit ce matin qu'aucune loi n'était parfaite.*

**M. François Roelants du Vivier (PRL-FDF-MCC).** – *Me voici, comme chacune et chacun d'entre nous, à l'heure du choix. Je pense y avoir été préparé au mieux, grâce à la lecture des comptes rendus des auditions et des discussions en commission qui se sont tenues pendant de longs mois.*

*D'emblée, je voudrais exprimer mon grand respect pour toutes les opinions exprimées lors de ces longues discussions. Certaines de ces opinions s'appuyaient sur la rigueur du raisonnement et d'autres sur la richesse de l'expérience vécue. Merci à tous ces collègues, à tous ces experts et hommes et femmes de terrain qui ont débattu d'un sujet difficile en faisant preuve d'une sérénité remarquable, pour la plupart d'entre eux.*

*Le sujet est, en effet, difficile. La vie et la mort : quoi de plus terrible, dans le sens de ce qui atteint une violence, une force considérable ? Est-ce mon métier de législateur de permettre qu'un être humain mette un terme à la vie d'un autre quand bien même des circonstances particulières l'y amèneraient ? Longtemps, je vous l'avoue, j'ai penché pour l'abstention. Pourtant, cette manière de renvoyer dos-à-dos partisans et opposants à la dépénalisation de l'euthanasie ne faisait que reconduire à l'impasse de la situation actuelle et, faut-il ajouter, à son hypocrisie. Non, je l'ai compris par la suite : il*

*benaderen. Wij moeten ons gehele logische vermogen aanspreken, zonder evenwel onze gevoelens te verwaarlozen.*

*Ervaring is eigenlijk onlosmakelijk verbonden met logisch denken.*

*Bij de nakende dood van een dierbaar familielid of vriend heeft wellicht elk van ons die pijnlijke momenten meegemaakt van verontwaardiging en een gevoel van onrechtvaardigheid over de aanhoudende, oncontroleerbare en onmenselijke pijn. Soms is dat lijden kort, maar soms zijn we getuige van een tergend trage aftakeling van een mens die dat zeker nooit gewild heeft en wiens waardigheid wordt gebroken.*

*Ik heb daaraan moeten denken bij het maken van mijn keuze. Ik ben hier om samen met mijn collega's te beslissen over wat goed is voor de hele samenleving. Ik kan mijn gevoelens en emoties niet wegcijferen, maar moet mij voor alles toeleggen op mijn taak als wetgever.*

*Is er in de wetgevende arbeid plaats voor onze religieuze of filosofische overtuiging en kan die ons een pasklaar antwoord geven? Ik denk het niet.*

*Wie ben ik dat ik mijn persoonlijke moraal zou kunnen opleggen aan de burgers van dit land? Waarom zou ik de mensen bevoordelen die mijn persoonlijke intieme overtuiging delen? Het debat mag niet op dat niveau worden gevoerd. Ik heb wel het recht mij af te vragen of de mensenrechten en de menselijke waardigheid worden geëerbiedigd. Ik stel vast dat dit wetsvoorstel volgens de Raad van State met geen enkel verdrag of overeenkomst in strijd is. Eigenlijk is het wetsvoorstel zeer duidelijk: het dwingt de arts noch de patiënt tot euthanasie. Het maakt het mogelijk dat onder welbepaalde voorwaarden en omstandigheden euthanasie wordt toegepast. Nooit zal een patiënt of een arts die een dergelijke handeling afkeuren, tot euthanasie kunnen worden gedwongen, maar een ongeneeslijke patiënt zal evenmin veroordeeld zijn om tegen zijn wil aanhoudende en oncontroleerbare pijn te lijden.*

*De voorgestelde tekst tracht een evenwichtige oplossing aan te reiken. Dat is mijn diepste overtuiging. De tekst oefent geen enkele dwang uit op de tegenstanders van euthanasie, maar belet hen hun morele opvattingen aan heel de maatschappij op te leggen.*

*Voor hen die weigeren hun waardigheid te verliezen in een onnoemelijk lijden – en dat is en blijft een persoonlijke appreciatie –, regelt de wet een daad van menselijkheid en mededogen op grond van een herhaaldelijk geformuleerd, erkend en zeer strikt gecontroleerd verzoek.*

*Sommigen hebben gezegd dat zij euthanasie kunnen aanvaarden bij het levenseinde – zelfs al kan dat begrip niet worden gedefinieerd – maar niet in geval van psychisch of fysiek lijden dat niet op korte termijn tot de dood leidt. Ik geef toe dat ik dat genuanceerde onderscheid niet zie. De levensdrang van de mens is zo groot dat het slechts gaat om een zeer beperkt aantal gevallen. Wij hebben allemaal het geval in het achterhoofd van een verlamde man wiens gewilde dood het debat heeft losgeweekt. Het zou vreselijk zijn niet in te gaan op een zo specifieke roep om waardigheid, waarop ieder menselijk wezen recht heeft. Als de wet zou voorbehouden blijven voor de gevallen bij het levenseinde, dan zouden wij categorieën van mensen moeten onderscheiden wier leven belangrijker is dan dat van*

*fallait prendre parti, au sens noble du terme, et donc trancher.*

On ne peut aborder un tel sujet d'une manière unidimensionnelle. Toutes les ressources du raisonnement doivent être mises à contribution, sans pour autant négliger les sentiments. L'expérience vécue est, en effet, indissociable de la réflexion logique.

Chacune et chacun d'entre nous a vraisemblablement connu ces moments douloureux où, à l'approche de la mort d'un être cher par la famille ou l'amitié, l'indignation le dispute au sentiment d'injustice face à une douleur constante, inapaisée, inhumaine. Parfois cette souffrance est courte, mais parfois aussi nous sommes témoins de la déchéance atroce et lente d'une personne qui n'aurait jamais voulu cela et dont la dignité, ce respect dû à soi-même, est annihilée.

Je n'ai pas pu m'empêcher de penser à cela bien sûr, dans l'élaboration de mon choix. Mais si, être de chair, je suis ici dans cette enceinte, c'est surtout parce que, par le truchement de la démocratie représentative, je dois, ensemble avec mes collègues, décider de ce qui est bon pour la société dans son ensemble. Je ne puis sans doute bannir mes sentiments et mes émotions, mais je dois me consacrer avant tout à ma tâche de législateur.

Y a-t-il, dans ce rôle législatif, une place pour la morale confessionnelle, ou philosophique, à laquelle nous adhérons le cas échéant et qui nous donnerait en l'espèce une réponse toute faite, comme le fruit mûr tombe de l'arbre ? Je ne le pense pas.

Car qui suis-je pour imposer ma morale personnelle aux citoyens de ce pays ? Pourquoi favoriserais-je une catégorie de citoyens qui partagent mes convictions personnelles intimes ? Le débat ne peut se situer à ce niveau. J'ai en revanche le droit de poser la question du respect des droits de l'Homme et de la dignité humaine. Et je constate que, selon le Conseil d'État, aucun pacte, aucune convention en la matière ne sont violés par la proposition de loi. En réalité, la loi qui nous est proposée est claire : elle n'impose aucun acte d'euthanasie au médecin et ne contraint pas plus le patient. Elle ne suppose ni prosélytisme, ni interdiction. Elle permet, dans des circonstances et des conditions très encadrées, qu'ait lieu un acte d'euthanasie. Jamais un patient, jamais un médecin qui réprouvent un tel acte n'y seront amenés ou contraints – mais jamais non plus un patient incurable ne sera condamné contre son gré à souffrir d'une manière continue et inapaisable.

En effet, le texte qui nous est proposé tente de définir une solution équilibrée, c'est ma conviction intime. Il ne contraint en rien ceux qui s'opposent à toute forme d'euthanasie mais il s'oppose à leur propension à imposer leurs conceptions morales à l'ensemble de la société.

Pour ceux qui refusent de perdre leur dignité – dont l'appréciation de la notion est et doit rester personnelle – pour ceux donc qui refusent de perdre leur dignité du fait d'une souffrance indicible, il organise un acte d'humanité et de compassion sur la base d'une demande répétée, reconnue et très étroitement contrôlée.

Certains d'entre nous ont dit pouvoir accepter un acte d'euthanasie en fin de vie – même si ce concept est, par définition, indéfinissable dans le temps – mais pas face à une

*anderen. Dat zou getuigen van een administratieve kilte en van een willekeur die lijnrecht staan tegenover de menselijke gevoelens waarop het wetsvoorstel stoelt.*

*Ik denk niet dat men de arts als Demiurg moet erkennen. Wij moeten een wetgeving uitwerken om aan de noodtoestand, een uit de rechtspraak voortvloeiend en fluctuerend begrip, alle speelruimte en subjectiviteit te ontfangen.*

*Het is voor niemand een geheim dat ons land langer dan andere landen in West-Europa in een keurslijf van tot taboe verheven morele conventies heeft vastgezet. Zoals gezegd werd in dit debat het woord bevrijd. Wij hebben gewonnen aan logica, diepte en menselijkheid. Per slot van rekening is de persoonlijke autonomie er versterkt uitgekomen. Ik geloof dat onze beschaving een stap voorwaarts heeft gedaan.*

*Ik heb in eer en geweten een beslissing genomen. Ik zal voor de tekst stemmen en hoop dat het voorstel wet wordt.*

**Mevrouw Meryem Kaçar (AGALEV).** – Alvorens mijn uiteenzetting te beginnen, doe ik er waarschijnlijk goed aan uit te leggen waarom ik hier met mijn kale kop sta. Vele collega's weten het al: ik doe mee aan de 11.11.11-actie 'RadiKAAL voor de Tobin-taks'. De woordspeling is niet te vertalen, zodat voor de Franstalige collega's de link van Tobin-taks naar kaal misschien wel altijd onduidelijk zal blijven.

Een tweede reden is dat ik een symbolische vertaling wil geven van het werk dat we vorig jaar in de Senaat hebben verricht. We hebben toen een resolutie over de Tobin-taks besproken en goedgekeurd. Het inhoudelijke werk dat toen is verzet, heb ik met mijn actie meer draagkracht willen geven.

Ten slotte uit ik met mijn kale hoofd ook respect en bezorgdheid voor de mensen die om medische redenen geen haar meer hebben.

Ik kom nu tot het onderwerp van het debat: het voorstel betreffende de euthanasie. Ik dank in de eerste plaats de leden van de verenigde commissies voor de Justitie en voor de Sociale Aangelegenheden voor hun zeer goed en omstandig werk. Ik apprecieer bijzonder het geduld en het doorzettingsvermogen dat ze bij de talloze hoorzittingen en commissievergaderingen aan de dag hebben gelegd. Mijn dank gaat ook naar de diensten van de Senaat. Samen met ons hebben ze vaak lange vergaderingen gevolgd, daarvan ellenlange verslagen opgemaakt en die ook nog eens vertaald.

souffrance tant psychique que physique qui n'entraînerait pas la mort à brève échéance. J'avoue ne pas pouvoir les suivre dans ce distinguo. Tout d'abord le désir de vivre est tellement grand dans l'espèce humaine qu'il s'agit par nature d'un très petit nombre de cas, et nous avons tous en mémoire celui d'une personne paralysée dont la mort voulue a contribué à ouvrir le débat qui nous occupe. Il serait terrible de ne pas rencontrer une exigence de dignité aussi spécifique, dignité à laquelle a droit tout être humain. Mais surtout, une application de la loi réservée uniquement aux cas dits de fin de vie nous contraindrait à dresser des catégories entre êtres humains, et à distinguer ceux dont la vie aurait plus de poids que d'autres. Cela relèverait d'une froideur administrative et d'un arbitraire à l'opposé du sentiment d'humanité qui sous-tend la proposition de loi.

Enfin, je ne crois pas qu'il faille reconnaître au médecin le rôle de demiurge. Il faut précisément légiférer pour qu'il n'y ait plus cette latitude et cette subjectivité liées à l'état de nécessité, notion jurisprudentielle et fluctuante.

Monsieur le président, chers collègues, il n'est un secret pour personne que notre pays, plus que d'autres en Europe occidentale, a été longtemps corseté par un ensemble de conventions morales érigées en tabous. C'est vrai comme l'a dit un de mes collègues, qu'à l'occasion du débat qui nous occupe, la parole a été libérée. Je pense que nous y avons gagné en réflexion, en profondeur, en humanité. Au bout du compte, l'autonomie de la personne s'en trouve renforcée. J'ai la faiblesse de croire qu'il s'agit là d'un progrès de civilisation.

Monsieur le président, chers collègues, en mon âme et conscience, ma conviction est faite. Je voterai en faveur du texte qui nous est proposé, et j'espère qu'il deviendra loi.

**Mme Meryem Kaçar (AGALEV).** – *Je voudrais tout d'abord expliquer pourquoi je me suis rasé le crâne : je participe en effet à l'action « RadiKAAL » 11.11.11 pour la taxe Tobin. Certains de mes collègues francophones n'auront peut-être pas compris ce jeu de mots.*

*La seconde raison est que je voulais donner une dimension symbolique au travail que nous avons accompli l'an dernier au Sénat. À l'époque, nous avons voté la résolution relative à la taxe Tobin.*

*Enfin, je me suis rasé le crâne par respect pour ceux qui ont perdu leurs cheveux à la suite de traitements médicaux.*

*J'en reviens à l'objet du débat. Avant tout, je remercie les membres des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales pour la qualité de leur travail. J'ai particulièrement apprécié la patience dont ils ont fait preuve au cours des innombrables auditions et réunions de commissions. Mes remerciements vont aussi aux services du Sénat qui ont dû rédiger puis traduire d'interminables rapports.*

*Je voudrais souligner trois points. Le premier concerne la sécurité juridique. Depuis près de deux ans, nous discutons de ce problème qui avait déjà été débattu au cours de la législature précédente. Il est donc grand temps de mettre fin à l'insécurité juridique qui entoure cette question. C'est également en ma qualité de juriste que je voterai demain cette proposition avec conviction et satisfaction.*

*Je ne voudrais pas que la procédure se trouve encore*

We mogen allen samen fier zijn op het geleverde werk.

Er zijn al zeer veel belangrijke zaken gezegd, ook door mijn fractiegenoten mevrouw De Roeck en de heer Lozie. Zelf wil ik kort drie punten onderstrepen.

Het eerste betreft de rechtszekerheid. We zijn ondertussen bijna twee jaar bezig. En ook tijdens de vorige legislatuur is er over euthanasie gediscussieerd. Het wordt dus hoog tijd dat we een voorstel goedkeuren, zodat de onzekerheid die er heerst, verdwijnt. Ik herinner me nog dat deze problematiek vijf jaar geleden, toen ik in mijn laatste jaar rechten een cursus medisch recht volgde, nog helemaal in een schemerzone zat. Artsen noch patiënten, zorgverstrekkers, palliatieve dienstverleners en familieleden wisten wat kon en niet kon. Daarom ben ik bijzonder blij dat we al deze mensen met de goedkeuring van dit wetsvoorstel morgen eindelijk rechtszekerheid kunnen bieden. Ook als jurist zal ik morgen met overtuiging en tevredenheid voor het voorstel stemmen.

Ik zou niet graag zien gebeuren dat we de procedure nog verzwaren met een verplichte raadpleging van een palliatieve eenheid.

Een eenvoudige, maar zeer zorgvuldige procedure zal meer vruchten afwerpen dan een zware, onwerkbare procedure. Ik ben dan ook geen voorstander van de amendementen die hierover zijn ingediend. Ik steun het wetsvoorstel in zijn huidige vorm.

Ten tweede: het recht op leven is voor mij heel belangrijk. Tijdens de bespreking in de commissie werden veel vragen gesteld over de verenigbaarheid van het wetsvoorstel met het recht op leven. Ik was tevreden met het arrest van de Raad van State hierover. Ik citeer: "Het geheel van de aangehaalde bepalingen is erop gericht te verzekeren dat slechts ingegaan wordt op het verzoek van een patiënt dat met kennis van zaken is gedaan. Op dit punt lijkt het voorstel te beantwoorden aan wat uit de artikelen 2 EVRM en artikel 6 IVBPR als vereisten voor de overheid voortvloeit." Dit arrest is voor mij een belangrijke garantie om volledig achter het wetsvoorstel te staan. Er is geen schending van recht op leven.

Ten derde: tijdens het debat werden veel met waarden geladen toespraken gehouden. Ik heb respect voor traditie en waarden en normen. Ik wil één waarde aanhalen, namelijk de openheid. Het is een Europese waarde die van belang is geweest voor de moderne Europese wereld. De Verlichting kwam er dankzij de openheid.

Ik pleit ervoor om de openheid verder aan te houden als een belangrijke waarde. Ik citeer in dat verband Salman Rushdie: "Als atomen die slijten en een kolossale energie vrijgeven, zo veroorzaakten, toen die werden doorbroken, de oude, starre rechtzinnigheden van het koloniale Europa de weergaloze uitbarsting van nieuwheid en opwinding die de modernistische beweging vormt. Zo een gebeurtenis heeft natuurlijk twee kanten." Onze waarden zullen uiteraard ook met religieuze elementen geladen zijn. Religie, gewoontes en tradities zijn immers met elkaar verweven. Een andere filosoof, John Rawls, pleit er echter voor om in politieke debatten geen religieuze argumenten te gebruiken.

Ik pleit er dus voor de openheid verder te handhaven. De openheid zal een richting geven aan de noden van onze

*alourdie par la consultation obligatoire d'une unité de soins palliatifs.*

*Une procédure simple mais minutieuse sera plus profitable qu'une procédure lourde et inapplicable. Je m'oppose donc aux amendements qui vont dans ce sens. Je soutiens la proposition dans sa forme actuelle.*

*Par ailleurs, je considère comme très important le droit à la vie. La question de savoir si les dispositions de la proposition pouvaient se concilier avec le droit à la vie s'est posée à diverses reprises au sein de la commission. L'arrêt du Conseil d'État en la matière m'a contentée. Je cite : « L'ensemble des dispositions citées vise à garantir qu'il soit seulement donné suite à la demande d'un patient formulée en connaissance de cause. Sur ce point, cette proposition semble être conforme aux conditions imposées à l'autorité par les articles 2 de la CEDH et 6 du PIDCP. ». Cet arrêt constitue une garantie suffisante pour que je soutienne entièrement la proposition car elle ne porte pas atteinte au droit à la vie.*

*Au cours des débats, on a invoqué à de nombreuses reprises les valeurs. Je respecte les traditions, les valeurs et les normes. Je ne citerai qu'une valeur, l'ouverture qui a permis l'avènement des Lumières.*

*Nos valeurs sont, bien entendu, chargées d'éléments religieux. Les religions, les mœurs et les traditions sont en effet imbriquées.*

*Je plaide donc pour le maintien de l'ouverture. Elle donnera un sens aux besoins de notre sociétés, dans le respect de la CEDH, de la sécurité juridique et des valeurs et normes que nous avons créées. Nous parviendrons ainsi à une conclusion digne d'un État de droit.*

maatschappij, met respect voor het EVRM, de rechtszekerheid en de waarden en normen die we in de samenleving hebben opgebouwd. Zo zullen we tot een conclusie komen die een rechtsstaat waardig is.

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *De bespreking van vandaag is het resultaat van vele maanden arbeid en bezinning, van debatten en voorstellen over euthanasie, over palliatieve zorg, en meer in het algemeen van bezinning over de houding van het medisch korps en van de maatschappij tegenover de stervenden en ongeneeslijk zieken en de verzorging waar zij recht op hebben. Deze problematiek hield niet alleen de verenigde commissies voor de Sociale Aangelegenheden en voor de Justitie bezig, maar ook de burger, eminente artsen, specialisten in het strafrecht en patiëntenverenigingen.*

*Talloos zijn de colloquia, de seminaries en de debatten die in de media werden gevoerd over deze delicate en fundamentele onderwerpen. Het gaat hier immers over menselijke waardigheid en lijden, de autonomie van de mens, de verdediging van de mensenrechten, bijstand en hulp aan mensen bij het naderend levenseinde...*

*Zij die de mening waren toegedaan dat een dergelijk debat overbodig of oppervlakkig was, hebben zich vergist. Zij die vonden dat alles al gezegd was en hoorzittingen dus niet meer nodig waren, beseften niet hoe belangrijk het probleem van de opzettelijke levensbeëindiging en de zorg voor afhankelijke mensen, in een democratische maatschappij wel is.*

*De teksten die thans voorliggen zijn het resultaat van grondig snoeien en amenderen en steunen op compromissen.*

*We bestudeerden in de voorbije twee jaar niet minder dan twaalf wetsvoorstellen. Na tientallen hoorzittingen en honderden uren vergadering kwamen er twee eindteksten uit de bus. De eerste betreft de depenalisering, onder voorwaarden, van de euthanasie van terminaal zieken en personen die ongeneeslijk ziek zijn en wier lijden niet meer kan worden gelenigd. De tweede tekst betreft de palliatieve zorg.*

*Het is jammer dat sommige leden van de meerderheid geweigerd hebben de democratische oppositie bij de verzoeningswerkzaamheden te betrekken, wat een ruime instemming met de voorstellen over euthanasie mogelijk zou hebben gemaakt. Al onze amendementen werden echter verworpen.*

*Ik sta eerst nog even stil bij de demografische en sociale context waarin deze voorstellen voor euthanasie en palliatieve zorg tot stand komen.*

*De huidige sociaal-economische toestand en de geneeskunde hebben de levensverwachting aanzienlijk verlengd. We worden steeds meer geconfronteerd met hoogbejaarden die zich afvragen welke zin hun leven nog heeft.*

*Onze maatschappij stelt zich vrij hard op tegenover deze ouderen. Men aarzelt vaak niet om ze uit de maatschappij te stoten, ze in tehuizen te plaatsen waar ze kunnen "rusten" in afwachting dat ze naar rust- en verzorgingsinstellingen kunnen gaan om uiteindelijk in de geriatrie afdeling van ziekenhuizen te belanden.*

*De jongste enquête van de Franstalige Gemeenschap vertoont*

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – La discussion d'aujourd'hui est l'aboutissement de longs mois de travail et de réflexion, de débats et de propositions qui ont animé, non seulement les commissions réunies des Affaires sociales et de la Justice du Sénat, mais également toute la société belge – simples citoyens, éminents médecins, meilleurs pénalistes, associations de patients – sur la mort assistée, les soins palliatifs et, d'une manière générale, l'attitude et les soins du corps médical et de la société dans son ensemble à l'égard des mourants et des malades incurables.

On ne compte plus les débats dans les médias, les colloques, les séminaires, les débats télévisés sur ces sujets à la fois délicats et fondamentaux puisqu'ils ont trait à la dignité, à la souffrance et à la condition humaine, au moment où la vie s'éteint ou lorsqu'elle ne vaudrait plus la peine d'être vécue.

C'était une réflexion et un débat difficiles et ambitieux où l'on a vu souligner tour à tour des concepts et des principes aussi fondamentaux et respectables que la dignité humaine, l'allègement de la souffrance, l'autonomie de la personne, le respect de la personne humaine, la protection des droits humains, la compassion et l'aide aux mourants.

Ceux qui ont cru qu'un tel débat était inutile ou superfétatoire se sont trompés. Ceux qui ont estimé que tout avait été dit dès avant le début des auditions ont sans doute manqué de discernement face aux enjeux que constituent pour toute société démocratique l'arrêt intentionnel de la vie, les soins et l'attention à prodiguer aux personnes qui, plus que toutes autres, dépendent, pour la qualité de leur vie et de leur mort, de la protection juridique et matérielle de la société.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Les textes qu'il nous est demandé d'approuver ou d'amender sont les fruits d'un très gros travail d'élagage, de biffage, d'amendements, de compromis.

Pas moins de douze propositions de loi différentes ont été examinées pendant ces deux années de travaux. Des dizaines d'auditions, des centaines d'heures de réunion ont permis la rédaction de deux textes : l'un consacre la dépénalisation sous condition de l'euthanasie des malades terminaux et des malades incurables dont la souffrance ne peut être apaisée ; l'autre consacre l'importance des soins palliatifs.

Certains membres de la majorité parlementaire ont voulu écarter l'opposition démocratique du travail de conciliation et de proposition qui aurait permis une adhésion large aux propositions de loi sur l'euthanasie. C'est décevant et regrettable. Tous les amendements de mon groupe ont été rejetés. C'est inexplicable sur un sujet qui nécessitait pourtant la recherche d'un large assentiment.

Mais avant de commenter les textes de loi qui sont soumis à notre examen, je voudrais rapidement revenir sur le contexte démographique et social dans lequel ces propositions sur l'euthanasie et les soins palliatifs surviennent.

Il n'est pas inintéressant de voir que notre débat a lieu à une époque où la situation socioéconomique et la médecine ont permis d'allonger considérablement l'espérance de vie. On se trouve dans des situations de plus en plus fréquentes où on



*alarmerende cijfers over het aantal zelfmoorden bij bejaarden. Nochtans verkeren zij meestal nog in een goede gezondheid.*

*Het is niet zozeer het lijden of een slechte gezondheid die de oorzaak zijn van de wanhoop bij onze ouders of grootouders, maar de manier waarop ze worden behandeld door deze maatschappij die gericht is op prestatie en eeuwige jeugd, productiviteit en gezondheid en door de eenzaamheid en het gevoel dat ze een last zijn geworden. Wij hebben niet veel gedaan om dat gevoel weg te nemen.*

*Een maatschappij waar het leven vereerd wordt en de dood een taboe is, veroorzaakt eveneens wanhoop. De angst voor de dood neemt dan immers abnormale proporties aan. Uit een studie over personen met amyotrofe laterale sclerose blijkt dat het verlangen om te sterven het grootst is bij hen die geïsoleerd zijn, niet beschikken over moderne apparaten om het ademen te vergemakkelijken of depressief zijn.*

*Deze wet komt tot stand in een periode waarin de kostprijs van de gezondheidszorg explodeert en de overheid niet bereid is de evolutie te financieren, met als onvermijdelijk gevolg dat de persoonlijke bijdrage van de patiënt stijgt. Volgend jaar moet er in de gezondheidszorg 18,5 miljard bespaard worden, waarvan een miljard in de rust- en verzorgingshuizen.*

*De patiënten die een zware en continue verzorging nodig hebben, zijn terecht bezorgd voor de druk op de ziekenhuizen om het budget in evenwicht te houden en voor het huidige financieringssysteem voor de ziekenhuizen. Iedereen weet dat sommige ziekenhuizen nu al ernstige financiële problemen hebben en daarom bepaalde dure therapieën laten vallen. Wie geld heeft, kan zich in bepaalde ziekenhuizen nog wel goed laten verzorgen.*

*In de toelichting bij het wetsvoorstel over euthanasie staat nochtans: "Euthanasie is alleen denkbaar in een maatschappij die de autonomie van het individu eerbiedigt en tegelijk het leven van elk individu evenzeer beschermt, ongeacht zijn economische en maatschappelijke positie, zijn leeftijd of zijn gezondheidstoestand. Zo moet bijvoorbeeld het weigeren van verzorging om economische redenen nog heftiger worden bestreden wanneer euthanasie of levensbeëindigend handelen op vrijwillig en volgehouden verzoek van de betrokkene mogelijk wordt".*

*Dat is wel een mooie intentieverklaring, maar de invulling is nog ver van zeker want daarvoor moeten er dringend middelen en mogelijkheden komen.*

*We hebben lang nagedacht over de vraag of euthanasie wettelijk moet worden geregeld en het antwoord is niet evident, zelfs al ben ik het er mee eens dat de duisternis, het taboe en de hypocrisie moeten verdwijnen. Het is echter bijzonder moeilijk om procedures uit te werken en wetteksten op te stellen om, in alle omstandigheden, het levenseinde op een menselijke en waardige wijze te regelen, tegemoet te komen aan de wil van de patiënt, de zwaksten te beschermen en een einde te maken aan de clandestiene praktijken.*

*Een arts kan verschillende handelingen uitvoeren met betrekking tot het levenseinde. Het is niet gemakkelijk te definiëren welke handelingen aanvaardbaar, twijfelachtig of verwerpelijk zijn. Het ligt evenmin voor de hand waar de grens moet worden getrokken tussen euthanasie en sedatie,*

*doit davantage faire face à la question du sens que les personnes très âgées donnent encore à leur vie.*

*Notre société, notre époque, sont, par certains aspects, et malgré les efforts consentis, plutôt après à l'égard des personnes âgées. Parfois, on n'hésite pas à les exclure, à les placer dans des maisons dites « de repos », sortes d'antichambres des maisons de repos et de soins, elles-mêmes passerelles vers les services de gériatrie des hôpitaux.*

*On le sait, le taux de suicide est très élevé chez les personnes âgées. La plupart de ceux qui se suicident sont pourtant en bonne santé. La dernière enquête menée sur le sujet en Communauté française a montré des chiffres particulièrement alarmants.*

*Ce ne sont pas tant les souffrances qui peuvent être source de désespoir chez nos parents ou nos grands-parents, c'est le regard que porte sur eux une société de la performance et de l'éternelle jeunesse, une société de la productivité et de la santé. Ce n'est pas tant la souffrance d'une condition physique altérée ou d'une santé défaillante, que la solitude, l'isolement, le sevrage affectif, le sentiment d'être une charge pour ses proches, de n'être bientôt plus qu'une personne en partance et qui attend. Nous n'avons pas réussi à faire en sorte que la grande vieillesse soit encore pleinement la vie, nous avons organisé les institutions de soin ou le droit des personnes, par exemple le droit au travail, de manière telle que certains prenant leur pension par exemple perdent une partie de leur entourage social et se demandent s'ils sont encore vraiment pleinement dans la vie.*

*Le désespoir survient aussi dans une société qui a tellement célébré la vie qu'elle en a oublié de célébrer et d'intégrer la mort. L'angoisse face à la mort devient alors démesurée. Une étude sur les patients atteints de sclérose latérale amyotrophique a montré que ceux qui voulaient mourir étaient ceux qui étaient isolés, ceux qui n'avaient pas les moyens modernes d'aide à la respiration, ceux qui étaient dépressifs.*

*Cette loi intervient également à une époque où les coûts des soins de santé explosent, où l'État rechigne à en financer l'évolution et où la part supportée par le patient, qu'on le veuille ou non, tendra à s'accroître. Déjà l'année prochaine, il faudra trouver 18,5 milliards d'économies en soins de santé, dont un milliard sur le dos des maisons de repos et de soins. Le fossé se creuse entre ce qui est demandé et ce qui est financé.*

*La pression exercée sur les hôpitaux pour qu'ils équilibrent leur budget, le système de financement des hôpitaux sont aussi des sources légitimes d'inquiétude pour les malades qui réclament des soins lourds et continus. On le sait, dans bien des hôpitaux, les services de soins intensifs sont débordés et de nombreux « intensivistes » tirent la sonnette d'alarme parce qu'ils craignent des attitudes d'abandon thérapeutique dans un contexte économique difficile. À l'heure actuelle, les dérives existent déjà, on le sait et on en parle : vous serez soigné plus ou moins bien si vous avez l'argent pour rentrer dans certaines cliniques.*

*Pourtant, l'exposé des motifs de la proposition de loi sur l'euthanasie rappelle que, je cite : « L'euthanasie n'est concevable que dans une société qui, à la fois, respecte l'autonomie des individus et s'organise pour protéger de la*

*therapeutische hardnekkigheid of het opgeven van elke therapie.*

*Volgens de toelichtingen bij het wetsvoorstel beantwoordt het voorstel aan drie bekommernissen.*

- *aan de ongeneeslijk zieke patiënt, met respect voor zijn individuele autonomie, de zekerheid geven dat zijn euthanasieverzoek zal worden ingewilligd;*
- *de patiënt die lijdt aan een zware en ongeneeslijke aandoening beschermen door precieze criteria op te leggen voor het ingrijpen van de arts;*
- *rechtszekerheid bieden aan de arts;*
- *een inzicht krijgen in de werkelijke situatie door een evaluatie van de praktische toepassing van deze wet.*

*Ik heb geen kritiek op deze doelstellingen op zich, maar ik ben er niet zeker van dat het wetsvoorstel of de context en de voorwaarden voor de uitvoering hieraan tegemoet komen.*

*Het huidige voorstel is al een enorme verbetering ten opzichte van de oorspronkelijke versie van 20 december 1999. In de voorwaarden a priori werden bijkomende voorzorgsmaatregelen opgenomen. Zo moet er een gesprek zijn met het verplegend team, moet er een tweede of zelfs derde arts geraadpleegd worden wanneer de dood niet onmiddellijk zal optreden, moet er nagegaan worden of er op de patiënt geen enkele druk is uitgeoefend en moet de tweede of derde arts totaal onafhankelijk zijn van de huisarts en van de familiale omgeving van de patiënt.*

*Er is terecht voorgesteld dat de waarnemingen van de artsen en de vragen van de patiënt in het medisch dossier zouden worden verzameld. De amendementen van de oppositie dienaangaande werden weliswaar verworpen, maar ze waren een inspiratie voor de leden van de meerderheid om de oorspronkelijke tekst te verbeteren.*

*Het voorstel vertoont nochtans nog heel wat gebreken en lacunes. Het heeft slechts betrekking op de vraag van de meerderjarige, handelingsbekwame patiënt die bij bewustzijn is of op de patiënt die een wilsverklaring heeft opgesteld. Op het ogenblik dat er moet worden beslist om de palliatieve zorg al dan niet voort te zetten, zijn die voorwaarden nochtans slechts zelden vervuld.*

*De verplichting om het verplegend team te “raadplegen” is erg voorzichtig omschreven. Er is slechts sprake van “overleg plagen”.*

*Er wordt ook niet gevraagd het advies van het palliatief team in te winnen. Elke ziekenhuisstructuur heeft nochtans een dergelijk team dat in de praktijk vaak geraadpleegd wordt.*

*Het is onrustwekkend dat er op geen enkel moment wordt gewaarborgd dat patiënten met een ongeneeslijke ziekte en waarbij de dood op korte termijn zal optreden, een aangepaste verzorging krijgen.*

*In de wettekst staat nergens dat er moet worden nagegaan of de nieuwste therapieën werden toegepast om de pijn, die wordt aangehaald als een reden om euthanasie te rechtvaardigen, te bestrijden. Vele artsen zijn, ook vandaag nog, onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden die er op dat vlak bestaan.*

même manière la vie de chaque individu quels que soient sa condition économique, sociale et son état de santé. Le refus de soigner pour des raisons économiques, entre autres, doit être d'autant plus combattu que l'euthanasie ou l'acte intentionnel posé à la demande volontaire et persévérante de l'intéressé devient possible ».

Il faut bien avouer qu'il s'agit d'une belle déclaration d'intention mais que nous sommes aujourd'hui loin de pouvoir tenir cette promesse. Il faut d'urgence donner des conditions et des moyens pour rencontrer ces déclarations d'intention.

Fallait-il légiférer en matière d'euthanasie ?

Cette question est revenue sans cesse tout au long de nos réflexions et sa réponse est loin d'être évidente, même si je partage l'avis de ceux qui estiment qu'il faut sortir de l'opacité actuelle, du non dit et de l'hypocrisie, et donc, légiférer. Mais légiférer est difficile tant il est ardu d'imaginer les procédures et de mettre en place les textes de droit qui permettent de répondre de manière humaine et digne à toutes les situations de fin de vie, de donner suite à la volonté des patients, d'assurer la protection des plus faibles et de garantir l'arrêt des pratiques clandestines et le respect de la personne humaine.

La diversité des actes posés par un médecin à l'égard d'un patient en fin de vie est extrêmement grande. Il n'est pas aisé d'en faire une typologie nette et de faire le tri entre bonne pratique et pratique douteuse, voire condamnable. On sait combien il est difficile de définir précisément l'euthanasie et la sédation ou de s'entendre sur ce qui est constitutif de l'acharnement thérapeutique, de l'obstination thérapeutique ou de l'abandon thérapeutique.

La proposition de loi qu'il nous est demandé d'approuver ou d'amender répond en principe à quatre préoccupations si on lit les développements de la proposition du 20 décembre 99 :

- assurer au patient incurable, dans le respect de son autonomie individuelle, la garantie de voir sa demande d'euthanasie respectée ;
- donner une protection au patient atteint d'une maladie grave et incurable en imposant des critères précis pour l'intervention du médecin ;
- assurer une protection juridique au médecin ;
- permettre une meilleure appréhension de la situation réelle par une évaluation des pratiques.

Ces intentions ne sont pas critiquables en soi, mais il n'est pas certain qu'elles soient rencontrées par la loi ou que le contexte et les conditions pour leur mise en œuvre soient remplis.

D'abord il faut dire que la proposition de loi sur l'euthanasie telle qu'elle nous est présentée aujourd'hui a été grandement améliorée par rapport à sa version initiale du 20 décembre 1999. Des précautions supplémentaires ont été prises dans les conditions imposées a priori, puisqu'il est prévu de s'entretenir avec l'équipe soignante, de consulter un deuxième, voire un troisième médecin lorsque le décès n'est pas prévu à brève échéance, puisque l'on affirme également qu'on doit vérifier qu'aucune pression extérieure n'est exercée sur le malade et, enfin, puisqu'on précise que le

*Er wordt nergens gezegd dat de patiënt eerst een aangepaste palliatieve verzorging moet worden verleend.*

*De menselijke waardigheid en de zin van het leven moeten gevrijwaard worden om wanhoop, lijden, depressie en vernedering te voorkomen.*

*Ik zal bijgevolg amendementen indienen om al die zaken beter te integreren in de voorwaarden waarbinnen euthanasie mag worden toegepast en om er zeker van te zijn dat de vraag naar euthanasie niet wordt ingegeven door eenzaamheid en een gebrek aan genegenheid en zorgverstrekking.*

*Een derde struikelblok die door het voorstel niet wordt weggenomen, is de bureaucratie en de zware procedure voor de raadpleging a priori en de voorafgaande wilsverklaring. Er moet natuurlijk een formele procedure zijn om de zieke te beschermen en de arts een juridische zekerheid te geven. De voorafgaande raadpleging van het verplegende en palliatieve team, die collegiaal optreden, had het bureaucratisch aspect kunnen verlichten. Het was ook niet nodig geweest de patiënt te vragen zijn verzoek op papier te zetten of, wanneer hij dat niet meer kan, hiervoor iemand aan te wijzen. Het gebeurt immers vaak dat een patiënt een euthanasie vraagt en enkele uren later op zijn beslissing terugkomt of dat hij van oordeel is dat deze beslissing hem alleen aangaat en dat hij daar niemand anders wenst bij te betrekken.*

*In het voorstel staat dat de mensen, die zowel de voorafgaande wilsverklaring als de vraag van de patiënt naar euthanasie op papier zetten, geen enkele materieel belang mogen hebben bij zijn overlijden. Dat is moeilijk te controleren.*

*Deze zware administratieve rompslomp ontmoedigt ongetwijfeld de artsen en de patiënten en zou er hen kunnen toe aanzetten buiten het legale kader op te treden. Dat de wet omzeild zou worden, zou uiteraard een zware mislukking zijn.*

*De wet zal ook van toepassing zijn op de ongeneeslijk zieken waarbij de dood niet op korte termijn zal optreden. Dat is een gevaarlijke bepaling voor die patiënten waarvoor de maatschappij te weinig inspanningen doet om hun levensomstandigheden te verbeteren. Onder meer de zwaar gehandicapten voeren een dagelijkse strijd voor een betere integratie in de maatschappij en een betere levenskwaliteit. Zij worden nog zwaar gediscrimineerd, vooral op de arbeidsmarkt. Tal van gehandicapten- en patiëntenverenigingen maken zich zorgen over de uitbreiding van het toepassingsgebied van de euthanasiewet.*

*Ik vind dat euthanasie op ongeneeslijk zieken en hulp bij zelfdoding strafbaar moeten blijven. In sommige uitzonderlijk situaties zou men een euthanaserende handeling kunnen overwegen, maar die zou dan gedekt zijn door de noodtoestand.*

*De controle a posteriori van de naleving van de wettelijke bepalingen bij euthanasie is volgens de huidige tekst maar mogelijk wanneer de euthanasie geregistreerd wordt.*

*We kunnen er dus terecht van uitgaan dat euthanasie in de meeste gevallen nog op een clandestiene wijze zal worden uitgevoerd. Het is van essentieel belang dat de controlecommissie op de hoogte is van alle medische praktijken en van alle medische handelingen met het oog op het beëindigen van het leven, ongeacht of ze bij de commissie*

*deuxième et le troisième médecins consultés doivent être indépendants du médecin de famille et de l'entourage familial.*

Par ailleurs, à juste titre, il est proposé que le dossier médical soit l'endroit où sont rassemblées les observations des médecins et les demandes du patient. Même si les amendements de l'opposition sur tous ces sujets n'ont pas été repris tels quels, les amendements déposés par les membres de la majorité s'en sont partiellement inspirés et le texte initial a pu être amélioré.

Par contre, la proposition de loi continue à être problématique et lacunaire sur bien des aspects. Elle n'aborde, faut-il le rappeler, que la demande du patient majeur capable et conscient ou qui aurait rempli une déclaration anticipée. On sait pourtant qu'au moment où se pose la question de la poursuite des soins palliatifs et thérapeutiques, dans les dernières heures de la vie, on se trouve rarement dans ce cas de figure. Les situations sont changeantes, variables, tant sur le plan de la conscience du patient que sur le plan de l'expression de sa volonté.

Par ailleurs, l'obligation de consulter reste bien timide : il n'est pas question à proprement parler de « consulter » l'équipe soignante mais bien de « s'entretenir » avec elle. Pourquoi cet euphémisme ? Comme si la recherche d'un avis ou d'une consultation de l'équipe soignante auraient été un pas de trop, égratignant par trop le pouvoir du médecin.

Il n'est pas non plus question dans la proposition de loi de rechercher l'avis de l'équipe palliative qui pourtant, existe dans toutes les structures hospitalière et qui, dans les faits, est déjà très régulièrement consultée sur les soins à prodiguer dans les derniers temps de la vie.

On peut aussi s'inquiéter de voir qu'à aucun moment, on ne s'assure explicitement de l'adéquation des soins prodigués aux malades atteints de maladies incurables ou dont le décès est inéluctable à brève échéance.

À aucun moment, le dispositif de la loi ne requiert qu'on se soit assuré que la lutte contre la douleur, douleur pourtant si souvent évoquée pour justifier l'euthanasie, a bien été réalisée selon les règles de l'art, en tenant compte des avancées thérapeutiques les plus récentes. On sait pourtant qu'aujourd'hui encore, peu de médecins connaissent de manière effective les traitements contre la douleur.

À aucun moment non plus, il n'est stipulé que des soins palliatifs adéquats doivent, au préalable, avoir été prodigués. Et pourtant on sait combien il est important, dans les derniers moments de la vie, que soient combattus la douleur, la solitude, l'isolement ; que soient apportées l'affection, la compassion et la protection du corps médical, des proches, de la société dans son ensemble.

La dignité humaine et le sens de la vie doivent être préservés pour éviter le désespoir et la souffrance, la dépression et l'humiliation.

Je déposerai donc des amendements pour que, dans les conditions de la loi sur l'euthanasie, ces questions soient beaucoup mieux prises en compte et qu'on s'assure que seuls réclameront l'euthanasie ceux qui n'auront pas déjà été exclus de la vie par une société trop souvent indifférente à la solitude, à la fragilité et aux besoins d'affection et de soins

*al dan niet geregistreerd zijn.*

*Het verwondert mij dat België in de huidige internationale context – opbouw van een Europese Justitie, aanbevelingen van de Raad van Europa inzake mensenrechten – inzake euthanasie cavalier seul wil spelen. We hebben zelfs geweigerd de voorzitter van het Franse nationale comité voor bio-ethiek te ontvangen omdat dit nutteloos zou zijn en er geen tijd kon worden voor vrijgemaakt. De conclusies van het diepgaand debat dat in Frankrijk over euthanasie gevoerd is, hadden nochtans een bron van inspiratie kunnen zijn.*

*Er moest in deze delicate materie een doorbraak komen en het voorstel heeft de verdienste dat het voorziet in een kader, criteria, voorwaarden en een procedure voor bepaalde gevallen van euthanasie, maar het laat nog veel vragen onbeantwoord.*

*Over de dringende noodzaak aan palliatieve zorg, de uitsluiting en het sociaal isolement van bejaarden, werden slechts vage verklaringen afgelegd, hoewel het hier toch gaat om fundamentele zaken.*

*We moeten blijven ijveren voor een meer humane samenleving teneinde de levenskwaliteit van de zwaksten te verbeteren.*

attentifs de ses membres les plus âgés.

Un troisième écueil que n'évite pas la proposition de loi est la bureaucratie et la lourdeur de la procédure proposée tant lors de la consultation a priori qu'en ce qui concerne la déclaration anticipée. Certes, j'admets d'emblée qu'il est nécessaire d'organiser une procédure formelle, qui prenne en compte à la fois la nécessaire protection des malades et la sécurité juridique des médecins. Je pense qu'en élargissant, comme nous l'avons demandé, la consultation préalable à l'équipe soignante et à l'équipe palliative, en travaillant de manière collégiale, comme cela se fait de plus en plus souvent dans la pratique médicale, on aurait pu éviter une partie de la bureaucratie ; on aurait pu s'abstenir, par exemple, de réclamer que le patient acte sa demande par écrit ou, s'il n'est pas en état de le faire, de lui demander qu'une personne de son choix le fasse à sa place. Les derniers moments de la vie, l'émotion, la douleur, ne se prêtent pas à ce genre de paperasserie. La demande peut varier et un malade peut très bien, en l'espace de quelques heures, réclamer qu'une euthanasie soit pratiquée pour la refuser ensuite. De même, il se peut très bien qu'il ne souhaite associer personne d'autre que lui et l'équipe soignante dans les décisions qui concernent la fin de sa vie et les soins qu'il réclame. Ainsi, la recherche d'un tiers, lorsque le patient ne peut rédiger lui-même sa demande, peut s'avérer un exercice éprouvant.

Cette proposition de loi prévoit également que les personnes qui actent les demandes du patient, que ce soit au moment de la demande d'euthanasie ou lors de la déclaration anticipée, n'aient aucun intérêt matériel au décès du patient. Même si l'on comprend cette disposition et que l'on peut la soutenir, elle sera difficilement vérifiable. Pour ce qui est de la déclaration anticipée, cette qualité peut avoir évolué entre le moment où la déclaration est rédigée et le moment où l'acte d'euthanasie est proposé.

Une telle bureaucratie découragera sans doute les médecins et les patients qui pourraient dès lors être tentés de procéder en dehors du cadre légal proposé. La loi serait contournée ; ce serait évidemment un grave échec.

Le champ d'application de la loi inclut donc les malades incurables dont le décès ne se produira pas à brève échéance. Je reste persuadé que cette disposition est dangereuse par le message implicite adressé à certains pour lesquels la société n'agit pas suffisamment pour que leurs conditions de vie soient moins pénibles. Les personnes lourdement handicapées n'ont pas encore suffisamment le droit de cité. Leur intégration dans notre société et leur qualité de vie sont un combat quotidien qu'ils mènent à l'égard des bien portants peut-être insuffisamment solidaires, sans doute insuffisamment mobilisés. Les discriminations à l'égard des personnes handicapées sont nombreuses, notamment sur le marché de l'emploi. Il est vrai que nombre d'associations de malades et de personnes handicapées s'inquiètent de voir la proposition de loi sur l'euthanasie déborder du cadre strict de la fin de vie.

Je pense pour ma part que l'euthanasie des malades incurables ou le suicide assisté doivent rester des infractions pénales. Cela ne veut pas dire qu'on doit refuser systématiquement tout geste euthanasique à l'égard de patients incurables dont le décès n'arrivera pas à brève échéance. Des situations très exceptionnelles qui pourraient justifier un tel acte seraient

couvertes par l'état de nécessité. En ce qui concerne le contrôle a posteriori de l'application de la loi, le dispositif prévu ne permettra de contrôler vraiment que les euthanasies enregistrées. Étant donné le nombre de situations qui ne sont pas couvertes par la loi et la lourdeur des procédures pour les situations couvertes par la loi, on peut craindre, sans grand risque de se tromper, que de nombreuses euthanasies continueront à être opérées dans la clandestinité. Il est donc essentiel que la commission de contrôle s'attache à connaître précisément toutes les pratiques médicales et tous les actes posés dans l'intention d'interrompre la vie, qu'ils fassent l'objet d'un enregistrement ou non auprès de la commission. Les termes de référence de la commission doivent être plus explicites à cet égard.

Enfin, alors que l'on tente de construire un espace de justice et de liberté sur le plan européen, la Belgique prétendant jouer un rôle moteur à cet égard, à l'heure où le Conseil de l'Europe joue un rôle fondamental dans l'analyse et les recommandations en matière de droits humains, il est étonnant que la Belgique décide de faire cavalier seul en matière d'euthanasie en jouant les pionniers sur un terrain qui engage pourtant la place de l'homme dans la société. Nous n'avons même pas voulu recevoir le président du Comité national de bioéthique français, arguant du fait que c'était inutile, que nous n'avions pas le temps, alors que la France vient de mener une discussion approfondie en matière d'euthanasie et que ses conclusions auraient pu nous inspirer. La singularité en matière d'euthanasie n'est pas nécessairement une preuve de progressisme.

En conclusion, je pense franchement qu'il fallait avancer sur cette question délicate. La proposition de loi qui est sur la table a le mérite de proposer un cadre, des critères, des conditions et une procédure vis-à-vis de certaines demandes d'euthanasie. Toutefois, beaucoup de questions n'ont pas reçu de réponse, une bureaucratie considérable sera mise en place et l'urgence que représentent les soins palliatifs, la lutte contre l'exclusion, l'isolement social et affectif des personnes âgées n'a fait l'objet que de vagues propositions déclaratives alors qu'il s'agit d'enjeux fondamentaux. Battons-nous aussi sur ces terrains. Humanisons la société, rendons-la fraternelle pour que les plus fragiles d'entre nous, les plus malades gardent le plus longtemps possible le goût de vivre.

**M. Philippe Mahoux (PS).** – Je ne comprends pas pourquoi le fait d'être les premiers à proposer une réforme d'ordre juridique ou un changement dans la société serait soit suspect, soit dangereux, et devrait automatiquement susciter la méfiance. Je réfute cet argument régulièrement avancé par le PSC et par le CD&V.

Je voudrais émettre une deuxième remarque, par rapport à l'intervention de M. Dallemagne et d'autres orateurs, sur les conditions. Le discours semble avoir évolué, à cet égard, au fil du temps. Ceux qui réclamaient des conditions supplémentaires, des garanties, par rapport à une législation dépenalisant partiellement l'euthanasie, sont les mêmes qui, aujourd'hui, donnent à ces balises le nom de « bureaucratie ». Je n'y vois quant à moi, je le répète, aucune bureaucratie.

La position des uns et des autres a peut-être changé, mais je comprends difficilement, par rapport à l'itinéraire que nous avons tous suivi en commission, que ces personnes qualifient de bureaucratie ce qui est, en réalité, une demande de

**De heer Philippe Mahoux (PS).** – *Is het dan zo verdacht en gevaarlijk om als eerste een juridische hervorming of maatschappelijke verandering voor te stellen? Ik ben het niet eens met dit argument dat door de PSC en CD&V geregeld wordt aangehaald.*

*Ik wil ook reageren op de heer Dallemagne en anderen. Zij die bijkomende voorwaarden en waarborgen eisten met betrekking tot een gedeeltelijke depenalisering van euthanasie, spreken nu over bureaucratie. Volgens mij is er geen sprake van bureaucratie.*

*Ik neem aan dat standpunten evolueren, maar ik begrijp niet dat de bijkomende waarborgen als bureaucratie worden bestempeld.*

**De heer Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Ik geef eerlijk toe, mijnheer Dallemagne, dat het verwerpen, op één enkel technisch amendement na, van alle amendementen van de oppositie zeker geen goede zaak was. De amendementen die wel aangenomen zijn, waren geïnspireerd door de amendementen van de oppositie, wat niet de elegantste manier van werken is. Niet iedereen was daar gelukkig mee.*

*Wij delen ongetwijfeld allen uw bezorgdheid over de bejaarden. Paradoxaal genoeg zal het aantal euthanasieverzoeken van wanhopige bejaarden door deze wetgeving waarschijnlijk stijgen, maar dan kan de dialoog met de arts het aantal zelfmoorden doen dalen. De opvolgingscommissie moet deze evolutie op de voet volgen.*

*Waarom werd onze oproep om een bredere weg te bewandelen niet opgevolgd? Dat had de “bureaucratie” kunnen verlichten.*

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *Dit thema is een onderwerp van bezinning in vele Europese landen. Sommigen zijn tot definitieve conclusies gekomen, onder meer de Franse Nationale commissie voor bio-ethiek. Het zou interessant zijn geweest deze conclusies te bestuderen. Ik begrijp niet waarom er niet meer rekening gehouden is met het werk van de Europese partners.*

*Men verwijt ons dat wij bakens wensen uit te zetten en tegelijkertijd de bureaucratie hekelen. Ik betreur dat de raadpleging van een collega-arts niet is opgelegd. Het inschakelen van de hele ploeg, de arts, verpleegkundigen, en eventueel de kinesist en arts van het palliatieve team, om na te gaan op welke manier kan worden geantwoord op het verzoek – door de patiënt gerust te stellen, door de behandeling te verbeteren, of in uitzonderlijke gevallen door het verzoek om euthanasie in te willigen – maakt dat een schriftelijk verzoek niet meer noodzakelijk is. De artsen zeggen ons dat dit hun dagelijkse praktijk is.*

**De heer Philippe Mahoux (PS).** – *Zeg niet “de artsen”, maar “artsen”.*

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *In ieder geval eminente artsen, zoals dokter Vincent. Deze artsen vertellen ons dat het probleem schuilt in de moeilijkheid om de praktijk*

garanties.

**M. Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – Je le reconnais volontiers, monsieur Dallemagne, le fait qu’aucun des amendements – sauf un seul, plus technique – de l’opposition n’ait été approuvé, alors que des amendements très proches l’ont été, n’est certainement pas une bonne chose... En d’autres termes, vous avez inspiré une partie des amendements qui ont été adoptés, et il y avait certainement une façon plus élégante de procéder. Je l’ai personnellement regretté, en son temps, comme d’ailleurs certains autres collègues.

Quant à votre observation concernant les personnes âgées, c’est une préoccupation partagée par beaucoup, si pas par tous. Il est même possible – cela peut paraître paradoxal – qu’à la suite de cette législation, un certain nombre de personnes âgées en détresse formulent une demande d’euthanasie auprès de leur médecin et que ce dialogue amène une diminution du nombre de suicides dans cette tranche de population. Il appartiendra à la commission de suivi de contribuer au travail des instances belges de santé publique, de façon à vérifier ces éventuelles conséquences. Le suicide des personnes âgées constitue un véritable problème, auquel nous devons être attentifs.

J’en viens au caractère « bureaucratique » des conditions. Pourquoi nos tentatives d’ouvrir une voie plus large n’ont-elles pas eu de suite ? Ces efforts n’ont pas trouvé d’écho chez nous.

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – Une réflexion sur ces thèmes est actuellement en cours dans de nombreux pays européens. Nous n’avons jamais véritablement cherché à savoir où en étaient ces réflexions, ni de quelle manière d’autres parlements traitaient ces questions, ni encore à quelles conclusions ils aboutissaient. Certains ont, en effet, rendu des conclusions définitives sur ces matières, notamment la Commission nationale de bioéthique française. Il aurait été intéressant d’avoir les résultats de leurs travaux. À une époque où l’on réclame un espace de liberté, de justice, à l’échelon européen, on se montre extrêmement frileux, on semble avoir peur de se consulter. Cela me surprend.

Visiblement, on n’a pas tenté de s’écouter et de s’entendre sur ces questions-là.

On nous reproche de demander des balises tout en regrettant la bureaucratie. Ma position a toujours été claire. Je déplore que la consultation collégiale ne soit pas reprise comme telle dans la proposition de loi. Le fait de pouvoir rencontrer un malade, avec le médecin, l’infirmière, éventuellement avec le kiné et le médecin en soins palliatifs, d’entendre sa demande et de voir comment on peut éventuellement y répondre – en le rassurant, en améliorant son traitement ou, éventuellement et dans certains cas exceptionnels, en accédant à sa demande d’euthanasie –, bref la participation de toute une équipe fait qu’un écrit n’est plus indispensable. Les médecins nous le disent : « C’est notre pratique tous les jours. »

**M. Philippe Mahoux (PS).** – Monsieur Dallemagne, ne dites pas « les » médecins, mais « des » médecins.

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – Des médecins, en tout cas les plus éminents, par exemple ceux que l’on a vu hier au journal télévisé, comme le docteur Vincent. Ces médecins

*in overeenstemming te brengen met de wettelijke beschikkingen. Ik vind deze bezorgdheid terecht.*

*Mijn amendementen bewijzen dat het wel mogelijk is bakens uit te zetten zonder in bureaucratie te vervallen.*

*Het verheugt me dat we ons voortaan beter met de bejaarde personen zullen kunnen bezighouden. Dat is belangrijk want de levensverwachting stijgt elk jaar met drie maanden. Er moet nog veel worden gedaan.*

*Wij hebben meegewerkt aan het voorstel Zenner. Door de timing kon er jammer genoeg geen akkoord worden bereikt. Ik denk niet dat het veel zou veranderd hebben, want ik heb de indruk dat het standpunt van de indieners van het wetsvoorstel duidelijk is.*

**De heer Philippe Mahoux (PS).** – *Op dat punt hebt u gelijk. Ik herhaal dat de consensus die sommigen nastreven, impliceert dat de anderen van hun overtuiging moeten afstappen. Dat is echter onmogelijk in fundamentele aangelegenheden. Ik vind dit gebrek aan consensus geen probleem. Er zijn fundamentele verschillen, maar die kunnen in de praktijk worden opgevangen. Ons wetsvoorstel gaat over vrijheid en legt niemand verplichtingen op. De huidige situatie doet de overtuiging van sommigen geweld aan.*

*Ik meen bovendien dat velen onder ons het erover eens zijn dat het onderzoek en de inspanningen ter bevordering van het leven moeten worden voortgezet, waar ter wereld ook. We moeten er zeker voor zorgen dat de ouder wordende bevolking zo optimaal mogelijk kan leven.*

*U zei ook: “de geneesheren zijn van oordeel...” Dat trof mij. Er is gesproken over petitie maar in de commissie hebben we ook standpunten gehoord van personen die namens de geneesheren spraken zonder daartoe te zijn gemandateerd. In de realiteit hebben niet alle geneesheren, kinesisten of verpleegkundigen dezelfde overtuiging. De ethici hebben tijdens de hoorzittingen hun persoonlijke mening vertoet. Ik ben ervan overtuigd dat men over dit soort problemen geen andere dan een persoonlijke mening kan vertolken.*

nous disent que le problème réside dans la difficulté de faire coïncider leur pratique avec le dispositif prévu par la loi. Je trouve cette préoccupation légitime.

Pour moi, la possibilité existe de placer des balises solides, tout en évitant la bureaucratie. Mes amendements sont d'ailleurs très clairs en ce domaine. Il n'y a pas de contradictions.

Comme M. Galand, je me réjouis à l'idée que l'on puisse s'occuper davantage des personnes âgées. Ce problème est extrêmement préoccupant. Nous gagnons trois mois d'espérance de vie tous les ans ; nos enfants seront centenaires. On ne se préoccupe pas suffisamment aujourd'hui de cette catégorie de personnes, au sens qu'ils peuvent donner à la vie, à leur implication dans la société, aux soins, à l'entourage et à l'affection qu'ils requièrent. Nous avons de grandes choses à faire en ce domaine et je me réjouis que l'on puisse s'y consacrer.

En ce qui concerne la proposition Zenner, je rappellerai que nous y avons aussi contribué. Malheureusement, une question de timing a fait qu'un accord n'a pu être dégagé sur ce point. Aurait-elle fondamentalement changé la donnée ? J'ai l'impression que les auteurs de la proposition de loi ont une position assez nette sur les termes et les propositions qu'ils souhaitaient retenir.

**M. Philippe Mahoux (PS).** – À cet égard, je pense que vous avez raison ; les convictions sont là, mais je répète que le consensus que certains avancent signifierait pour les autres qu'ils doivent abandonner leurs convictions, ce qui est impossible sur les choses qui apparaissent fondamentales. Selon moi, il ne faut pas voir de problème dans l'absence de consensus. Des différences fondamentales existent, mais elles peuvent être traduites dans la réalité. Notre proposition de loi n'impose rien à personne ; c'est une loi de liberté qui n'impose rien à personne, ni aux citoyens, ni aux médecins. Par rapport aux convictions de certains, c'est la situation actuelle qui fait violence.

En outre, je pense que nous sommes nombreux à nous accorder sur la nécessité de poursuivre la recherche et tous les efforts en faveur de la vie, quel que soit l'endroit du monde, d'ailleurs. Il faut également développer tout ce qui peut l'être par rapport au vieillissement de la population afin que celui-ci se vive d'une manière optimale.

Enfin, vous avez dit : « les médecins pensent... ». Cela m'a frappé. On a évoqué des pétitions importantes, qui sont une réalité, mais aussi des prises de position, en commission, de gens qui s'exprimaient au nom des médecins. Nous leur avons d'ailleurs demandé pourquoi ils s'exprimaient au nom des médecins, dans la mesure où ils n'avaient pas été mandatés pour le faire. En réalité, certains médecins ont une opinion, d'autres en ont une autre. De même, tous les kinésithérapeutes et tous les infirmiers ou infirmières ne partagent pas tous le même point de vue. Quant aux éthiciens – mais qu'est-ce qu'un éthicien ? – qui sont venus s'exprimer, qu'ont-ils dit sur un problème tel que celui-là ? À la lumière de leur expérience, qui est fondamentale pour un problème de cette nature, ils ont exprimé leur opinion personnelle sur la question. J'ai la conviction que par rapport à ce type de problème, il est impossible d'exprimer autre chose qu'une opinion personnelle.

**De heer Josy Dubié (ECOLO).** – *De heer Dallemagne verwees naar het argument dat professor Vincent in zijn interview voor de televisie heeft aangehaald. Objectief gezien kan de patiënt in dringende gevallen inderdaad zijn wens niet meer te kennen geven. U mag echter niet vergeten, mijnheer Dallemagne, dat de noodtoestand, een van de stokpaardjes bij de verdediging van uw voorstellen en een fundamenteel begrip uit de rechtspraak, bestaat en altijd zal bestaan, ook nadat de wet zal zijn goedgekeurd.*

*Ik zie geen verschil. De wet zal niet van toepassing zijn op deze patiënten, maar de noodtoestand zal altijd kunnen worden ingeroepen en bijgevolg zal er ook niets veranderen voor deze patiënten.*

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *Ik vind het verrassend en grappig de noodtoestand plots te horen invoeren door degenen die eerst van oordeel waren dat het geen begrip was... (Protest van de heer Dubié)*

*Volgens professor Vincent is de wet maar in een beperkt aantal gevallen van toepassing. Hij zal zich dus nog geregeld in een andere context bevinden. (Onderbrekingen)*

**De voorzitter.** – *Mijnheer Dallemagne, om veelvuldige onderbrekingen te voorkomen, wil ik erop wijzen dat de noodtoestand in de terminale fase de band tussen de geneesheer en de patiënt zal blijven beheersen en dat deze wet alleen betrekking heeft op personen die de euthanasie in volle bewustzijn hebben gevraagd. Professor Vincent vertolkt bijgevolg wat zich in de realiteit afspeelt en wat door iedereen hier wordt bijgetreden.*

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *Ik heb gezegd dat wij er niet in geslaagd zijn – en ik geef toe dat het moeilijk is – een wettelijke regeling te vinden voor de meest voorkomende situaties inzake het levenseinde. We hebben slechts enkele situaties kunnen regelen.*

**De heer Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – *Ik aanvaard niet dat iemand die niet alle commissievergaderingen heeft bijgewoond en in ieder geval het verslag niet gelezen heeft, hier gelijk wat komt verkondigen.*

*De heer Dallemagne ontdekt ineens dat de voorstanders van het voorstel spreken over de noodtoestand. We hebben daar uren over gediscussieerd. Ik verwijs naar het technisch en juridisch debat dat we gevoerd hebben met Christian Panier, die er de aandacht van de auteurs van het voorstel op vestigde dat ze twee zaken door elkaar haalden in hun poging om bepaalde problemen bij wet te regelen.*

*De rechter zal in ieder geval rekening kunnen houden met de noodtoestand, zonder dat daarom een systeem wordt ingevoerd zoals de PSC wenst.*

*De indieners van het voorstel hebben bij amendement in een*

**M. Josy Dubié (ECOLO).** – M. Dallemagne a fait allusion à l'interview qui a été donnée hier, au journal télévisé, par le professeur Vincent. C'est effectivement un argument qui a souvent été avancé. C'est vrai qu'objectivement, dans le cas de ces urgences, la volonté du patient ne peut plus être exprimée. Mais il faut rappeler, monsieur Dallemagne, que l'état de nécessité, dont vous avez fait un de vos chevaux de bataille dans le cadre de vos propositions, et qui est effectivement une notion jurisprudentielle fondamentale, existe et continuera à exister. Cela signifie que ce qui existe aujourd'hui, dans ces cas-là, continuera à exister demain, si la loi est votée. Où est la différence ? Cela ne fera aucune différence, et c'est vrai que la loi ne s'appliquera pas à ces patients-là, mais l'état de nécessité continuera à exister comme par le passé. Je ne comprends pas l'inquiétude de ceux qui sont confrontés à cette situation puisque pour eux, rien ne changera et rien ne pourrait changer, puisque les gens qui sont amenés aux urgences sont effectivement, dans la plupart des cas, incapables de faire état de leur volonté. Franchement, je ne comprends pas. Je peux accepter certains arguments mais quant à demander en quoi cela changera ce qui existe aujourd'hui... Je ne vois pas où est le problème.

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – Je trouve assez surprenant et amusant d'entendre tout à coup l'état de nécessité évoqué par ceux-là mêmes qui estimaient que ce n'était pas une notion... (*Protestations de M. Dubié*)

Le professeur Vincent a dit qu'il y aurait peu de situations dans lesquelles il pourrait invoquer la loi. Donc, il se retrouvera très régulièrement dans un autre contexte. (*Interruptions*)

**M. le président.** – Monsieur Dallemagne, de manière à éviter de multiples interruptions, je souligne que l'état de nécessité continuera à gérer le lien entre le médecin et le malade en phase terminale, et que cette loi-ci ne vise que les personnes qui demandent en toute conscience l'euthanasie. Dès lors, le point de vue exprimé par le docteur Vincent exprime la réalité et tout le monde ici peut le partager.

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – J'ai dit que nous n'avons pas réussi – tout en reconnaissant la difficulté de la tâche – à faire en sorte qu'une majorité de situations de fin de vie puisse correspondre aux termes de la loi. Nous n'avons réglé qu'une petite minorité de situations.

**M. Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – Je ne veux pas laisser dire n'importe quoi par des personnes qui n'ont manifestement pas assisté à toutes les réunions de commission et, en tout cas, n'ont pas lu le rapport.

M. Dallemagne découvre tout à coup que les partisans de la proposition parlent de l'état de nécessité. On en a discuté pendant des heures, monsieur Dallemagne. Je vous renvoie d'ailleurs au débat technique et juridique que nous avons eu avec Christian Panier, lequel avait fait remarquer aux auteurs de la proposition qu'ils mêlaient les deux éléments, alors qu'ils voulaient régler un certain nombre de problèmes dans la loi.

Au-delà de celle-ci, il restera toujours non pas un système légalisé comme le PSC voulait le faire, mais l'invocation de l'état de nécessité, que le juge peut toujours prendre en



*deel van de tekst dat dubbelzinnig zou kunnen overkomen, ingetrokken. Daarover is lang gedebatteerd. Mijnheer Dallemagne komt nu in plenaire vergadering de indruk wekken dat de noodtoestand opnieuw is ontdekt. Uit het verslag blijkt dat dit grondig bestudeerd is.*

*Ik hoor de PSC sinds gisteren zeggen dat er een akkoord zou geweest zijn als wij de niet-terminale fase niet in het voorstel hadden opgenomen. Ik heb alle commissievergaderingen bijgewoond en ik heb de PSC nooit, zelfs niet voor de terminale fase, horen zeggen dat ze akkoord ging met een gelegaliseerde noodtoestand, maar niet met een depenalisering.*

*Wat de heer Dallemagne hier komt verkondigen, is bijgevolg een grove leugen.*

**De heer Georges Dallemagne (PSC).** – *Als u geprobeerd had de amendementen van de oppositie in de tekst op te nemen, zou u het wel gemerkt hebben.*

**De heer Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – *U bevestigt nu, zoals andere leden van uw fractie, dat u wel akkoord gaat met de terminale fase, maar niet met de niet-terminale fase en dat u bijgevolg zult tegenstemmen. Mevrouw Willame, oud-fractievoorzitster van de PSC, heeft dit enkele uren geleden nog onderstreept.*

*Zeg gewoon dat u er tegen bent, we weten dat toch en we respecteren uw standpunt. Maak van ons echter niet de grote boosdoeners die weigerden een stap in uw richting te doen.*

**De heer René Thissen (PSC).** – *Ik heb de uiteenzetting van mevrouw Willame niet gehoord, maar ik heb niemand horen zeggen dat wij ja zouden gestemd hebben als er een afzonderlijk debat geweest was over de hulp bij zelfdoding. Wij hebben gezegd dat het een ander debat was en dat wij bereid waren eraan deel te nemen, maar wij hebben de goedkeuring van het voorstel over euthanasie niet gekoppeld aan het al dan niet opnemen van de hulp bij zelfdoding.*

**De heer Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Wie in één adem spreekt over de niet-terminale fase en de hulp bij zelfdoding zaait verwarring.*

**De voorzitter.** – *Tijdens de artikelsgewijze bespreking kunnen we hierover nog verder spreken.*

**De heer Patrik Vankrunkelsven (VU-ID).** – *Ik protesteer tegen de manier waarop twee zaken door elkaar worden gehaald, namelijk de hulp bij zelfdoding en euthanasie bij de niet-terminale patiënt. Sommige personen proberen het debat zo telkens opnieuw bewust te verzieken. Ik betreur dat. Het is natuurlijk ook mogelijk dat deze personen het dossier niet kennen.*

**De heer Jean-Pierre Malmendier (PRL-FDF-MCC).** – *Het gaat niet om ons lijden, maar om het lijden van wie het*

*compte.*

Les auteurs de la proposition ont retiré par amendement une partie du texte qui semblait être ambiguë. Cela a donné lieu à de longues discussions. Tout à coup, M. Dallemagne veut faire croire en séance publique que l'on a redécouvert l'état de nécessité. Tout cela a été parfaitement examiné et je vous renvoie au rapport à cet égard.

Par ailleurs, je formulerai une deuxième correction. J'entends le PSC dire depuis hier que si nous n'avions pas retenu la phase non terminale, il y aurait eu accord. J'ai assisté à toutes les réunions de commission et je n'ai jamais entendu que le PSC était d'accord, même sur la phase terminale, si ce n'est à sa manière, avec un état de nécessité légalisé, mais pas avec une dépenalisation.

Venir dire maintenant que vous auriez été d'accord si l'on avait retiré la phase non terminale, est un mensonge tellement important que vous devriez avoir un nez semblable à celui de Pinocchio.

**M. Georges Dallemagne (PSC).** – *Si vous aviez tenté d'intégrer les amendements de l'opposition, monsieur Monfils, vous vous en seriez sans doute rendu compte.*

**M. Philippe Monfils (PRL-FDF-MCC).** – *Vous affirmez maintenant, comme l'ont dit d'autres membres de votre groupe, que vous êtes d'accord sur la phase terminale, mais non sur la phase non terminale et que vous voterez donc contre. Mme Willame, votre ancienne présidente de groupe, l'a encore répété voici deux ou trois heures.*

C'est faux et vous inventez n'importe quoi maintenant pour justifier le fait que vous êtes contre. Dites carrément que vous êtes contre ; nous savons très bien que vous l'êtes et nous respectons votre position. Ne racontez pas n'importe quoi, ne dites pas que ce sont les grands méchants qui n'ont pas voulu faire un pas vers vous.

**M. René Thissen (PSC).** – *Je n'ai pas écouté l'exposé de Mme Willame, mais je n'ai entendu personne dire que nous aurions voté si nous avions eu une discussion séparée à propos du suicide assisté. Nous avons dit qu'il s'agissait d'un autre débat et que nous étions ouverts à la discussion, mais nous n'avons jamais lié l'approbation de la proposition relative à l'euthanasie au fait que l'on y intègre ou non le suicide assisté.*

**M. Paul Galand (ECOLO), corapporteur.** – *Le fait d'assimiler automatiquement la phase non terminale au suicide assisté est à nouveau un glissement sémantique qui crée la confusion.*

**M. le président.** – *La discussion des articles nous donnera encore tout à l'heure l'occasion de revenir sur de nombreux aspects évoqués ici.*

**M. Patrik Vankrunkelsven (VU-ID).** – *Je m'insurge contre la manière dont on mélange deux choses, à savoir le suicide assisté et l'euthanasie chez des patients non terminaux. Certains choisissent délibérément de remettre à chaque fois ce débat sur le tapis. Je le regrette. Il est aussi possible que ces personnes ne connaissent pas le dossier.*

**M. Jean-Pierre Malmendier (PRL-FDF-MCC).** – *La souffrance dont nous nous occupons n'est pas la nôtre. Elle*

*ondergaat. Zelfs als we het leven als een gemeenschappelijk goed beschouwen, moeten we toegeven dat elke mens er een deel van is. Iedereen is meester over dat deel dat hem buiten zijn wil is toegekend.*

*Als politiek verantwoordelijken hebben we de plicht het recht op vrijheid van elk individu te waarborgen en de middelen ter beschikking te stellen om dit recht te kunnen uitoefenen. Dat is de bedoeling van de teksten die we vandaag en morgen bespreken.*

*Het zijn geen voorstellen betreffende de dood, maar betreffende de kwaliteit van het leven. We moeten aanvaarden dat iedereen machteloos is ten overstaan van de dood. Sommigen van ons geloven in een leven na de dood, maar hoe dat leven er zal uitzien, weet niemand. Ons werk is het bewijs van ons respect voor onze medeburgers die met de dood worden geconfronteerd. We moeten de laatste wens van onze dierbaren respecteren. Als bewijs van echte liefde moeten we hen de mogelijkheid bieden hun overtuiging in alle vrijheid te volgen, bijvoorbeeld door het opstellen van een wilsverklaring. Ik zal de twee voorstellen goedkeuren omdat ik ervan overtuigd ben dat ze het individu het zelfbeschikkingsrecht over zijn eigen leven garanderen.*

**Mevrouw Marie Nagy (ECOLO).** – *Ik respecteer alle standpunten die in dit debat naar voren zijn gekomen. Iedereen is vrij om te doen wat hij wil, maar hij moet ook de gelegenheid krijgen de redenen toe te lichten die hem ertoe hebben gebracht een bepaald standpunt in te nemen. Over sommige elementen van het voorstel werd een debat gevoerd en uiteindelijk is er een beslissing genomen.*

*De heer Dallemagne heeft gesproken over het toepassingsgebied. Het toepassingsgebied is tegelijkertijd zeer ruim – zowel de terminale als de niet-terminale fase – en zeer beperkt omdat de wet niet van toepassing is op een groot aantal noodsituaties. We hebben dit onderwerp uitgebreid besproken. Aangezien het te moeilijk was het geval van de niet-bewuste patiënten wettelijk te regelen, hebben we een reeks voorwaarden uitgewerkt.*

*De indieners van het voorstel hebben wel degelijk rekening gehouden met de kritiek. Mijn collega Josy Dubié heeft terecht opgemerkt dat de noodtoestand een belangrijk begrip is in de rechtspraak. Professor Messine, die het overigens niet eens was met ons voorstel, heeft ook duidelijk gewezen op het gevaar van het wetsvoorstel van de PSC, waarin het begrip noodtoestand de enige maatstaf was voor het beoordelen van de wettigheid van euthanasie.*

*We moeten het verzorgend team bij de beslissing betrekken. Het debat dat hierover werd gevoerd, verliep moeizaam, maar we zijn van oordeel dat het driehoeksoverleg tussen de*

appartient exclusivement à celui qui la subit. Même si nous pouvons imaginer que la vie est un bien collectif, celui-ci est constitué par l'addition des parts contributives de chaque être humain. Nous ne pouvons pas nous approprier l'autonomie individuelle de chacun, dans sa volonté de fixer la valeur qu'il attribue à sa part. Chacun doit être libre de gérer ce bien qui lui a été transmis en dehors de notre volonté et également en dehors de la sienne.

Nous avons le devoir, en tant que responsables politiques, de renforcer la liberté que je revendique pour tous, en veillant à ce que tous les éléments qui permettront de l'exercer le mieux possible soient à la disposition de chacun. C'est ce que nous avons voulu faire au moyen des deux textes dont nous débattons aujourd'hui et encore demain.

Ce ne sont pas des propositions de mort. Ce sont des propositions de qualité de vie. Toutes les autorités perdent leur pouvoir face à la mort et nous devons l'accepter. Même si nos croyances nous permettent d'espérer qu'au-delà de la mort, une existence reste réelle, les lois de cette existence ne sont plus de notre ressort. Le respect de notre travail passe par le respect que nous avons pour chacun de nos concitoyens face à sa propre mort. Et les êtres chers qui nous entourent méritent bien ce respect total de leur ultime volonté. Si nous voulons leur transmettre une preuve d'amour authentique, donnons-leur l'assurance qu'ils pourront éprouver leurs convictions en toute liberté, en mettant bien entendu tous les moyens ad hoc à leur disposition. Et la déclaration anticipée fait partie de ces moyens. J'ai l'intime conviction que les deux propositions de loi sur lesquelles nous devons nous prononcer vont en ce sens. C'est pourquoi mon vote sera positif. Je tiens aussi à remercier tous les participants, sans exception, ainsi que les services des commissions qui ont contribué à ce que je prenne cette décision en conscience.

**Mme Marie Nagy (ECOLO).** – Je souhaiterais formuler quelques considérations à la suite du débat auquel j'ai assisté. Je respecte entièrement les nombreuses prises de position. Chacun est libre de faire ce qu'il veut mais aussi d'interpréter les raisons pour lesquelles il adopte telle ou telle attitude. Certains éléments de la proposition de loi ont fait l'objet d'un débat et, finalement, une décision a été prise.

M. Dallemagne a parlé du champ d'application. L'intervention que j'ai faite en commission portait en partie sur cette question. Le champ d'application peut être à la fois très large – puisqu'il s'adresse à des personnes en phase terminale mais également à des personnes en phase non terminale – et très restreint puisqu'une très large partie des situations d'urgences ne sont pas couvertes par la loi. Nous avons clairement débattu de ce sujet. Nous l'avons expliqué. Nous avons finalement choisi, parce qu'il était trop difficile d'intégrer les personnes inconscientes dans un cadre légal, de déterminer des conditions.

Tout cela pour dire qu'il me semble que des arguments sont utilisés pour disqualifier la proposition comme si les auteurs de celle-ci ne les avaient pas déjà pris en compte. Je crois, comme mon collègue Josy Dubié, que l'état de nécessité reste une notion jurisprudentielle importante. Le professeur Messine a clairement mis en évidence le danger très important de la proposition de loi du PSC en ce qu'elle tendait à faire de cette notion inscrite dans la loi le seul élément pour juger de la légitimité d'un acte d'euthanasie. M. Messine nous l'a bien

*dokter, de patiënt en het verzorgend team de grondige behandeling van het verzoek waarborgt.*

*In sommige gevallen verbergt een euthanasieverzoek andere noden en behoeften. De echte euthanasieverzoeken verdienen niettemin al onze aandacht. Maar men mag de bevolking niet doen geloven dat deze wet euthanasie wil stimuleren. De goedkeuring van deze wet zal niet leiden tot een euthanasiewedloop.*

*De keuze voor euthanasie blijft moeilijk omdat ze de mens confronteert met zijn dood, met de macht van de arts, met zijn eenzaamheid en met de eindigheid van het leven. We beweren zeker niet dat euthanasie voor iedereen de juiste oplossing is, maar we moeten een eventueel verzoek respecteren. Dat is de zin van dit wetsvoorstel. In ons land heeft iedereen toegang tot een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg. Daarom is deze wet wellicht niet bruikbaar in andere landen, waar dat niet het geval is.*

*Ik kan begrip opbrengen voor de mensen die bezwaar hebben tegen de voorgestelde oplossing, maar men mag het voorstel niet ruimer interpreteren dan het is. Het is de bedoeling van deze wet de personen die zich in een zwakke positie bevinden, te beschermen en te voorkomen dat euthanasie wordt toegepast zonder de toestemming van de patiënt. Iedereen weet dat dit vandaag gebeurt.*

*Er is een verschil tussen het toestaan van euthanasie onder bepaalde voorwaarden en het voorschrijven van een eindeloze reeks inlichtingen en voorwaarden. De voorwaarden geven de patiënt zekerheid. Ik geef toe dat ik heb gepleit voor een beperking van de voorwaarden. Als het medisch dossier correct is opgesteld, bevat het evenwel de gevraagde inlichtingen. De evaluatiecommissie zal hier wellicht op wijzen.*

*Mijnheer Thissen, enerzijds bent u tevreden omdat men uitgaat van de palliatieve zorg, de euthanasie en de rechten van de patiënt, maar anderzijds veroordeelt u het voorstel. Ik begrijp uw logica niet! Er werd getracht tegemoet te komen aan het pleidooi voor palliatieve zorg, die voor iedereen bereikbaar moet zijn.*

*Ondanks de beschikbaarheid van palliatieve zorg, zal de vraag om euthanasie blijven bestaan. Wetsvoorstellen werden goedgekeurd en de regering heeft wetsontwerpen ingediend betreffende de patiëntenrechten. We beschikken dus over een vrij ruim wettelijk kader.*

*U voert argumenten aan zonder een duidelijk standpunt in te nemen ten opzichte van het wetsvoorstel. U zegt wat er zou moeten worden gedaan alvorens over te gaan tot euthanasie, maar niet wat er niet mag worden gedaan.*

*Ik zou niet graag hebben dat men een verkeerd signaal geeft aan de maatschappij. De wet is wellicht niet perfect. De enige bedoeling is dat de zieken worden beschermd, dat hun wil wordt geëerbiedigd en dat er voor iedereen kwaliteitsvolle verzorging is.*

expliqué dans son exposé que je tiens pour remarquable même si le professeur était opposé à ce que nous légiférions en la matière. Il ne faut pas troubler le débat par des informations fausses.

Sur la question de l'équipe soignante, j'ai entendu beaucoup de choses. Je pense que l'objectif doit être de la consulter avant la prise de décision. Le débat pour que cet objectif soit atteint fut dur. Mais l'examen triangulaire de la demande par le médecin, le patient et l'équipe soignante garantit que la demande soit bien analysée.

Nous savons que parfois celle-ci cache d'autres demandes. C'est clair. Il n'empêche que certaines d'entre elles sont de véritables demandes d'euthanasie et qu'elles méritent aussi le respect. Mais il ne faut pas faire peur aux citoyens en disant que la loi pousserait à l'euthanasie parce que ce n'est pas politiquement correct. Il ne faut pas faire croire que le vote de cette loi entraînerait une véritable course à l'euthanasie.

J'ai déjà expliqué que le recours à l'euthanasie reste un choix difficile qui confronte l'être humain à sa mort, au pouvoir du médecin, à sa solitude, à sa fin de vie. Il n'est pas question d'affirmer que l'euthanasie soit la solution pour chacun. Je ne le pense pas mais il faut respecter les personnes qui en font la demande. C'est le vrai sens de cette proposition de loi. D'ailleurs, les risques de dérive ont été explicitement décrits par les auteurs même de la proposition. Pour eux, nous sommes dans un système de santé qui favorise l'accès de tous à une médecine de qualité mais il n'est pas sûr que la solution proposée pourrait être transposée dans d'autres pays où l'accès à la médecine de qualité serait différent. Il faut avoir tout cela à l'esprit.

Je respecte ceux qui pensent et disent que la solution avancée n'est pas bonne mais il ne faut pas faire dire à la proposition ce qu'elle ne dit pas. En effet, cette proposition est faite pour protéger ceux qui, aujourd'hui, sont dans la situation la plus faible. La loi les protégera contre les euthanasies réalisées sans leur consentement. Or, nous savons que de tels actes se produisent aujourd'hui.

À mes yeux, il y a une marge entre le fait d'autoriser l'euthanasie dans certaines conditions et celui d'imposer une série d'informations et de conditions minutieuses. Il est vrai qu'à un moment donné, j'ai estimé qu'il fallait limiter ces conditions. Mais celles-ci représentent une garantie pour le patient. Par ailleurs, le dossier médical bien fait comporte le type d'informations que vous demandez. Je pense donc qu'il ne faut pas trop insister sur le caractère administratif, et cet élément sera peut-être mis en évidence par la commission d'évaluation.

Vous êtes satisfait parce qu'on part des soins palliatifs, de l'euthanasie et du droit des patients et, dans le même temps, vous tirez sur la proposition. Je ne comprends pas la logique de vos critiques, monsieur Thissen. On a essayé de répondre à la demande sociale, laquelle vise principalement les soins palliatifs. Ceux-ci doivent donc être accessibles à chacun, c'est l'objet de la proposition dont nous discuterons demain.

Mais, à un moment donné, des demandes d'euthanasie subsisteront et c'est celles-là qu'il faut pouvoir rencontrer. Des propositions ont été votées conjointement et le gouvernement a déposé des projets de loi en matière de droits des patients. Nous avons ainsi un cadre assez large qui définit

**De voorzitter.** – We zetten onze werkzaamheden vanavond om 20 uur voort.

*(De vergadering wordt gesloten om 19 uur.)*

le contexte dans lequel on s'inscrit.

Je trouve donc qu'un certain nombre de vos arguments visent davantage à ne pas prendre clairement position par rapport à la proposition de loi. Les vrais arguments font défaut et vous dites simplement qu'il faudrait faire telle ou telle chose avant de pratiquer l'euthanasie, sans préciser ce qu'il convient de ne pas de faire.

Comme je l'ai dit en commission, je ne voudrais pas que l'on adresse un mauvais message à la société. La loi n'est probablement pas parfaite mais elle ne vise pas autre chose que la protection des personnes malades, le respect de leur volonté et l'accès à des soins convenables.

**M. le président.** – Nous poursuivrons nos travaux ce soir à 20 h.

*(La séance est levée à 19 h.)*