

**BELGISCHE SENAAAT**


---

**ZITTING 2000-2001**


---

17 NOVEMBER 2000

**Wetsvoorstel betreffende de euthanasie**


---

**AMENDEMENTEN**


---

Nr. 62 VAN MEVROUW de T' SERCLAES

(Subsidiair amendement op haar amendement nr. 26)

Art. 2

**Dit artikel vervangen als volgt :**

«Art. 2. — *Onder euthanasie moet worden verstaan de uitzonderlijke handeling die op verzoek van een patiënt die in een stervensfase verkeert, door een arts wordt uitgevoerd en waarmee bewust een einde wordt gemaakt aan het leven van die patiënt om zijn ondraaglijk en onomkeerbaar lijden te verlichten.*»

## Verantwoording

Indien men ondanks alles toch het begrip euthanasie in een apart artikel wil definiëren, dient men bijzonder duidelijk te zijn. Het is immers de verantwoordelijkheid van de arts die een dergelijke handeling uitvoert, die op het spel staat, zowel op burgerrechtelijk als op strafrechtelijk gebied. Het is derhalve uitermate belangrijk euthanasie als handeling duidelijk te onderscheiden van de andere medische handelingen die door een arts kunnen worden uitgevoerd bij een patiënt die in een stervensfase verkeert teneinde diens lijden te verzachten en hem te «helpen om te sterven», zoals professor J.-L. Vincent heeft opgemerkt tijdens de hoorzitting.

*Zie:*

Stukken van de Senaat:

**2-244 - 1999/2000:**

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

Nrs. 2, 3, 4 en 5: Amendementen.

**SÉNAT DE BELGIQUE**


---

**SESSION DE 2000-2001**


---

17 NOVEMBRE 2000

**Proposition de loi relative à l'euthanasie**


---

**AMENDEMENTS**


---

N° 62 DE MME de T' SERCLAES

(Amendement subsidiaire à son amendement n° 26)

Art. 2

**Remplacer cet article par ce qui suit :**

«Art. 2. — *Par euthanasie, il y a lieu d'entendre l'acte exceptionnel pratiqué par un médecin, à la demande d'un patient en phase terminale, qui met fin délibérément à la vie de celui-ci pour soulager ses souffrances insupportables et irréductibles.*»

## Justification

Si l'on tient malgré tout à définir l'acte «d'euthanasie» dans un article spécifique, il y a lieu d'être particulièrement précis à cet égard. En effet, c'est la responsabilité du médecin qui pratique un tel acte qui sera engagée aussi bien au civil qu'au pénal. Il est dès lors tout à fait important de bien distinguer l'acte dit «d'euthanasie» des autres actes médicaux qui peuvent être posés par un médecin en fin de vie afin de soulager les souffrances de son patient et de «l'aider à mourir» comme l'a indiqué dans son audition le professeur J.-L. Vincent.

*Voir:*

Documents du Sénat:

**2-244 - 1999/2000:**

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

N°s 2, 3, 4 et 5: Amendements.

Zelfs het Raadgevend Comité voor bio-ethiek verduidelijkt in zijn advies wat niet beoogd wordt in de definitie die door het Comité wordt voorgesteld. Het is dus duidelijk hoe vaag de grens is tussen de verschillende handelingen die artsen uitvoeren bij patiënten die in een stervensfase verkeren. Het Raadgevend Comité voor bio-ethiek stelt uitdrukkelijk dat door een arts uitgevoerde handelingen als «het toedienen van kalmeermiddelen en pijnstillende middelen met mogelijk levensverkortende werking, het staken of nalaten van medisch zinloze handeling» niet in de definitie van euthanasie kunnen worden opgenomen(1).

De tekst die hier wordt voorgesteld, wil de definitie verduidelijken door de nadruk te leggen op verschillende aspecten:

- 1° het moet gaan om een uitzonderlijke handeling;
- 2° euthanasie moet worden uitgevoerd door een arts;
- 3° euthanasie kan slechts worden uitgevoerd op verzoek van de patiënt;
- 4° die patiënt moet in een stervensfase verkeren, wat laat veronderstellen dat zijn overlijden op korte termijn onvermijdelijk is;
- 5° het gaat om een handeling waarmee bewust een einde wordt gemaakt aan het leven van de patiënt teneinde zijn ondraaglijk en onomkeerbaar lijden te verlichten; niet om handelingen die de verkorting van het leven als ongewild neveneffect kunnen hebben.

#### Nr. 63 VAN MEVROUW de T' SERCLAES

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

#### Art. 3

**In § 1 van dit artikel de eerste volzin vervangen als volgt:**

*«De arts mag aan het leven van een patiënt die in een stervensfase verkeert, op diens verzoek niet bewust een einde maken om zijn lijden te verlichten, tenzij in de uitzonderlijke gevallen waarin:»*

#### Verantwoording

Het is verkieslijk de door de arts uitgevoerde euthanasie te definiëren in het artikel zelf dat de voorwaarden opsomt waaronder die euthanasie kan worden uitgevoerd. Daardoor kan het begrip op juridisch gebied verduidelijkt worden. Het is niet overbodig eraan te herinneren dat de arts zich altijd voor zijn daden kan moeten verantwoorden voor de rechter, zowel op burgerrechtelijk als op strafrechtelijk gebied, net als elke burger trouwens. Het is dus belangrijk de juiste aard van de in dit artikel beoogde handeling nauwkeurig te omschrijven, alsook de voorwaarden waaronder die handeling kan worden verricht.

(1) Zie advies nr. 1 van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek.

Même le Comité de bioéthique dans son avis précise, après la définition qu'il propose, ce qui n'est pas visé par celle-ci. C'est dire combien la frontière est fragile entre les différents actes posés par les médecins en fin de vie. Le Comité de bioéthique exclut explicitement de sa définition «les actes posés par un médecin tels que l'administration de calmants ou d'analgésiques qui entraînent le risque d'abrégé la vie, ou l'arrêt de traitements médicaux vains»(1).

Le texte proposé ici vise dès lors à clarifier la définition en insistant sur plusieurs éléments:

- 1° il doit s'agir d'un acte exceptionnel;
- 2° il doit être pratiqué par un médecin;
- 3° il ne peut être pratiqué qu'à la demande du patient;
- 4° ce patient doit être en phase terminale ce qui suppose que son décès est inéluctable à brève échéance;
- 5° il s'agit de l'acte qui met fin délibérément à la vie du patient pour soulager ses souffrances insupportables ou irréductibles, à l'exclusion des actes qui peuvent avoir pour effet secondaire mais non voulu d'abrégé la vie.

#### N° 63 DE MME de T' SERCLAES

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

#### Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, remplacer la première phrase par ce qui suit:**

*«Le médecin ne peut mettre fin délibérément à la vie d'un patient en phase terminale à sa demande, pour soulager ses souffrances que dans les cas exceptionnels où:»*

#### Justification

Il est préférable de qualifier l'acte «d'euthanasie» pratiqué par le médecin dans l'article même qui énonce les conditions auxquelles il peut être pratiqué. Ceci a le mérite de clarifier le concept sur le plan juridique. Il n'est pas inutile de rappeler que le médecin peut toujours être appelé par la justice, tant au plan civil que pénal, pour répondre de ses actes comme n'importe quel citoyen au regard des dispositions de la loi. Il est donc essentiel d'être précis quant à la nature exacte de l'acte visé dans le présent article, outre les conditions auxquelles il peut être pratiqué.

Nathalie de T' SERCLAES.

(1) Voir avis n° 1 du Comité consultatif de bioéthique.

**Nr. 64 VAN MEVROUW de T' SERCLAES EN DE HEER GALAND**

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

Art. 3

**In § 1 van dit artikel, eerste streepje, de woorden «of een ontvoogde minderjarige» doen vervallen.**

Verantwoording

Er is geen enkele reden om een uitzondering te maken voor de ontvoogde minderjarigen. Indien de indieners van het voorstel wel degelijk elke vorm van euthanasie voor minderjarigen willen uitsluiten, is het behoud van de woorden «ontvoogde minderjarige» in de tekst niet verantwoord.

**Nr. 65 VAN MEVROUW de T' SERCLAES**

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s. — Subsidiair amendement op haar subamendement nr. 63)

Art. 3

**In § 1 van dit artikel, derde streepje, na de woorden «de patiënt» de woorden «in een stervensfase verkeert en» invoegen.**

Verantwoording

Mocht het amendement op de eerste zin van § 1 worden verworpen, dan wordt voorgesteld in het derde streepje te bepalen dat de door de arts uitgevoerde euthanasie alleen mogelijk is in de stervensfase. Tijdens de hoorzittingen en de daaropvolgende gedachteswisseling, alsook bij de lezing van de verschillende ingediende wetsvoorstellen is immers gebleken dat een consensus kon worden bereikt over wat betrekking heeft op de stervensfase. Daarenboven moet naar het voorbeeld van wat in Nederland gangbaar is, het verzorgingsbeginsel worden toegepast. Bepalingen over het levenseinde en een regeling voor de hulp bij zelfdoding mogen niet in dezelfde wet worden ondergebracht.

**Nr. 66 VAN MEVROUW de T' SERCLAES**

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Manoux c.s.)

Art. 3

**In § 1 van dit artikel, derde streepje, de woorden «pijn of nood» vervangen door de woorden «lichamelijk of geestelijk lijden.»**

**N° 64 DE MME de T' SERCLAES ET M. GALAND**

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, au premier tiret, supprimer les mots «ou mineur émancipé».**

Justification

Il n'y a aucune raison de faire une exception pour les mineurs émancipés. Si la volonté des auteurs de la proposition est bien d'exclure toute possibilité «d'euthanasie» pour les mineurs, le maintien dans le texte des mots «mineur émancipé» ne se justifie pas.

Nathalie de T' SERCLAES.  
Paul GALAND.

**N° 65 DE MME de T' SERCLAES**

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts — Amendement subsidiaire au sous-amendement n° 63 proposé par elle)

Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, au troisième tiret, insérer, après les mots «se trouve» les mots «en phase terminale».**

Justification

Au cas où l'amendement relatif à la première phrase du § 1<sup>er</sup> n'était pas retenu, il est proposé de préciser au troisième tiret que «l'euthanasie» pratiquée par le médecin ne peut l'être qu'en phase terminale. Il est en effet apparu au cours des auditions et des interventions consécutives à celles-ci, de même qu'à la lecture des différentes propositions de loi déposées, qu'un consensus était possible pour ce qui a trait à la phase terminale. En outre, et à l'instar de ce qui a été la démarche aux Pays-Bas, il convient d'appliquer le principe de «précaution», à savoir ne pas vouloir régler dans la même législation ce qui concerne la fin de vie et ce qui relève du «suicide assisté».

**N° 66 DE MME de T' SERCLAES**

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, au troisième tiret, remplacer les mots «ou d'une détresse» par les mots «physiques ou psychiques.»**

## Verantwoording

De woorden «lichamelijk of geestelijk lijden» zijn voldoende duidelijk en dekken de lichamelijke en de geestelijke problemen waarmee iemand aan zijn levenseinde te kampen kan krijgen.

## Nr. 67 VAN DE HEER VANDENBERGHE

## Art. 2

**Dit artikel aanvullen als volgt :**

*« met uitzondering van de hulp bij zelfdoding ».*

## Verantwoording

1. De hoorzittingen bevestigden dat de benaming «euthanasie» vele ladingen dekt. Zo werd duidelijk dat «euthanasie» vaak als «paraplu-term» wordt gebruikt voor actief/passief medisch bemiddeld sterven, directe of indirecte opzettelijke levensbeëindiging, vrijwillige of onvrijwillige levensverkorting, ...

Het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek heeft in haar advies van 1997 geanticipeerd op deze verwarring, toen zij diende te adviseren nopens de wenselijkheid van een wettelijke regulering van «euthanasie». Aldus wist zij deze mogelijke begripsverwarringen te ondervangen, door gebruik te maken van de definitie zoals die door de Nederlandse Staatscommissie werd gehanteerd, met name «het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek». Euthanasie wordt als begrip dus niet gehanteerd voor het verantwoord staken of nalaten van een medische handeling of het verantwoord toedienen van pijnstillende middelen met levensverkortend effect («de zogenaamde MBL's of medische beslissingen omtrent het levenseinde»).

Ofschoon deze strikte definitie in zekere zin afwijkend kan zijn van sommige taalkundige of medisch-encyclopedische verklaringen, biedt zij het voordeel dat zij in juridische termen transparantie en zekerheid biedt. Een wettelijke regulering van het euthanaserend handelen vereist een precieze en duidelijke aflijning van het bedoelde begrip «euthanasie», en moet elke dubbelzinnigheid terzake uitsluiten. Om deze reden alleen al is het ook wenselijk dat die medische handelingen bij het levenseinde — die geen uitzonderlijk karakter hebben en horen tot de principieel toegelaten handelingen die een arts kan stellen, rekening houdend niet alleen met de heersende medische inzichten en mogelijkheden, maar tevens met de rechten van de patiënt, in de wettelijke regulering van euthanasie tevens aan bod komen.

2. Het voorgestelde artikel 2 neemt de definitie van het Raadgevend Comité voor de bio-ethiek over.

Uit de navolgende voorgestelde bepalingen van het wetsvoorstel blijkt evenwel dat het toepassingsgebied van de term «euthanasie» op oneigenlijke manier wordt uitgebreid, en de definitie, zoals die door het Raadgevend Comité werd gehanteerd, een andere invulling geeft. Aldus wordt euthanasie immers ook van toepassing geacht op patiënten van wie niet verwacht wordt dat zij binnen afzienbare tijd gaan sterven; bovendien volstaat het dat een patiënt in een situatie van «ondraaglijke nood» verkeert opdat de voorwaarden met betrekking tot de conditie van de patiënt vervuld zijn. Zelfs de toevoeging van de bepaling «medisch uitzichtloos» werkt in dit geval niet beperkend, maar zelfs verruimend, nu zij in het voorstel begrepen wordt als «niet

## Justification

Les mots «souffrances physiques et psychiques» sont suffisamment explicites et permettent de couvrir aussi bien les situations de souffrances physiques que morales, qui peuvent exister en fin de vie.

Nathalie de T' SERCLAES.

## N° 67 DE M. VANDENBERGHE

## Art. 2

**Compléter cet article comme suit :**

*« , à l'exception de l'assistance au suicide ».*

## Justification

1. Les auditions ont confirmé que le terme «euthanasie» a des sens variables. C'est ainsi qu'il est apparu clairement que l'on désigne souvent par euthanasie, notamment l'intervention médicale active ou passive entraînant l'interruption de la vie, l'interruption volontaire directe ou indirecte de la vie, l'abrégement volontaire ou involontaire de la vie, ...

Dans son avis de 1997, le Comité consultatif de bioéthique a tenu compte de ce risque de confusion lorsqu'il a eu à donner un avis sur l'opportunité d'une réglementation légale de l'«euthanasie». Il a su le prévenir en recourant à la définition de l'euthanasie qu'utilise la Nederlandse Staatscommissie. Pour elle, il s'agit de tout «acte pratiqué par un tiers qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci». La notion d'euthanasie ne sert donc pas à désigner l'interruption justifiée d'un acte médical ou le fait de renoncer pour des raisons justifiées à en poser un ni l'administration justifiée d'analgésiques ayant pour effet d'abrégé la vie (qui résultent de décisions médicales concernant la fin de la vie).

Bien que cette définition stricte puisse s'écarter dans une certaine mesure de certaines déclarations d'ordre linguistique ou médico-encyclopedique, elle présente l'avantage de la transparence et de la sécurité du point de vue juridique. Une réglementation légale des interventions euthanasiques requiert une délimitation précise et nette de la notion d'«euthanasie» et doit supprimer toute équivoque en la matière. Il est déjà souhaitable, pour cette seule raison, que ces actes médicaux de fin de vie — lesquels ne présentent aucun caractère exceptionnel et font partie des actes qu'un médecin peut accomplir en principe selon les conceptions médicales en vigueur, en fonction des possibilités dont la médecine peut faire usage, et eu égard aux patients — trouvent leur place dans la réglementation de l'euthanasie.

2. L'article 2 proposé reprend la définition du Comité consultatif de bioéthique.

Il ressort toutefois des dispositions suivantes de la proposition de loi que celle-ci élargit le champ d'application du terme «euthanasie» en lui donnant des sens impropres et modifie, ainsi, le contenu de la définition qu'utilise le Comité consultatif. C'est ainsi qu'elle permet de provoquer la mort par euthanasie de patients dont on n'attend pas le décès à court terme; en outre, il suffit qu'un patient se trouve dans une situation de «détresse insupportable» pour que soient remplies les conditions relatives à l'état du patient. Même l'ajout de l'expression «médicalement sans issue» n'a pas d'effet limitatif en l'espèce. Il a au contraire un effet extensif dans la mesure où, dans la proposition, la situation en question est dite «non susceptible d'être traitée curativement».

curatief behandelbaar». Een persoon die lijdt aan een niet te behandelen depressie, maar geenszins wordt geacht binnenkort te sterven, of een niet-terminaal gehandicapt persoon, voor wie in de huidige stand van de wetenschap geen remedie kan worden aangeboden tot leniging van deze handicap, die naar eigen subjectief aanvoelen «in ondraaglijke nood» verkeert, kunnen volgens het voorstel aldus verzoeken om «euthanasie».

Deze hypothesen ressorteren evenwel intrinsiek buiten de aflijning van «euthanasie», zowel in de betekenis zoals die er werd aan gegeven door het Raadgevend Comité, als in haar filosofische, ethische en medische benadering.

Zij vallen niet onder het begrip «euthanasie», maar zijn te beschrijven als «hulp bij (of delegatie van) zelfdoding». Een wettelijke regulering van «euthanasie» dient deze hypothese dan ook uitdrukkelijk uit te sluiten van haar toepassingsgebied. De voorgestelde aanvulling volgens dit amendement is dan ook noodzakelijk.

3. Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt [hulp bij (of delegatie van) zelfdoding]:

- a) kan niet gelijk gesteld worden met euthanasie,
- b) is bovendien niet te rechtvaardigen.

a) Euthanasie gaat in wezen enkel en alleen over de lijdende patiënt die wordt geconfronteerd met het nadere levenseinde en de vaststelling dat de arts, met de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend kan optreden om deze fysieke nood te lenigen. De hoorzittingen bevestigden dat het hierbij om een uitzonderlijke hypothese gaat, waarbij euthanasie als *ultimum remedium* kan worden toegepast ingevolge het vrijwillig, herhaald, bewust, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt. Het is een situatie waarin ook het zorgcomfort van de palliatieve behandeling deze uitzichtloosheid niet kan opheffen, en waarbij de patiënt kan verzoeken dat hij in deze terminale fase niet op een ontluisterende en pijnlijke, maar op een waardige manier kan sterven en afscheid nemen.

Essentieel gaat euthanasie dus over mensen «die aan het sterven zijn». Wie euthanasie begrijpt als een middel voor mensen die, louter vanuit een subjectief aanvoelen, en zich hierbij beroepend op een algemeen zelfbeschikkingsrecht, stellen: «ik wil sterven» ontkent het precieze karakter van «euthanasie». Deze laatste hypothese is geen «euthanasie», maar «hulp bij, of delegatie van zelfdoding».

Immers is het de arts, die als beoefenaar van de *genes*-kunde, kan besluiten dat, indien geen enkele curatieve of palliatieve medische behandeling de fysiek lijdende patiënt nog kan helpen, hij kan ingaan op het verzoek van deze patiënt om hem, op een medisch verzorgde manier, het waardig sterven mogelijk te maken, in zoverre hij meent dat deze plicht in de concrete omstandigheden belangrijker is dan zijn plicht om het leven te beschermen. Euthanasie is aldus een medische handeling, zij het een uitzonderlijke.

Hulp bij zelfdoding, of delegatie van zelfdoding voor niet-terminale patiënten, *a fortiori* voor patiënten die enkel psychisch lijden, is geen medische handeling: zij vindt niet plaats in een conflict van plichten in hoofde van de arts, maar is er alleen en exclusief op gericht het leven te beëindigen, zo de patiënt erom verzoekt. Dit is niet de taak van de arts.

Dit onderscheid tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding is erkend in alle internationale medische literatuur, en werd ook door de leden van het Raadgevend Comité erkend, toen zij tijdens hun besprekingen «hulp bij zelfdoding» als een afzonderlijk thema aanmerkten, en «euthanasie» uitdrukkelijk behandelden als een medische handeling bij het levenseinde.

Une personne qui souffre d'une dépression impossible à traiter, mais dont on n'attend pas le décès à court terme, ou une personne handicapée ne se trouvant pas en phase terminale, mais à laquelle, dans l'état actuel de la science, aucune remède ne peut être proposé pour atténuer son handicap et qui estime, subjectivement, se trouver dans une situation de «détresse insupportable», pourrait donc solliciter l'euthanasie aux termes de la proposition.

Les cas visés dans l'hypothèse précitée s'inscrivent toutefois intrinsèquement hors du champ sémantique du mot «euthanasie» qu'a défini le Comité consultatif et hors de celui qui obéit aux critères philosophiques, éthiques et médicaux.

Ils relèvent non pas de la notion d'«euthanasie», mais de celle de «assistance à — ou délégation de — la mort volontaire». Une réglementation légale de l'«euthanasie» doit dès lors exclure explicitement cette hypothèse de son champ d'application. L'ajout proposé par le présent amendement est donc nécessaire.

3. Le fait de donner la mort à un patient qui ne se trouve pas en phase terminale, à sa demande (assistance à — ou délégation de — la mort volontaire):

- a) ne peut être assimilé à l'euthanasie,
- b) et est injustifiable.

a) Par essence, l'euthanasie ne concerne que le patient souffrant qui est confronté à l'imminence de la mort et qui constate que le médecin ne peut plus intervenir efficacement pour adoucir sa détresse physique avec les moyens médicaux dont il dispose. Les auditions ont confirmé qu'il s'agit d'un cas exceptionnel dans lequel l'euthanasie peut être pratiquée en tant qu'*ultimum remedium*, à la demande spontanée, répétée, consciente, mûrement réfléchie et persistante du patient. Il s'agit d'un cas dans lequel le traitement palliatif de confort ne permettant pas non plus de remédier à la situation sans issue du patient arrivé en phase terminale, celui-ci peut demander à pouvoir finir ses jours d'une manière conforme à la dignité humaine et non pas dans la déchéance et la douleur.

Par essence, l'euthanasie concerne donc des personnes qui sont «à l'article de la mort». Quiconque considère l'euthanasie comme un moyen dont peuvent faire usage des personnes qui, dans un élan subjectif et se prévalant d'un droit général à l'autodétermination, disent «je veux mourir», en méconnaît le caractère exact. Toute intervention à la demande de telles personnes constituerait non pas un acte d'«euthanasie», mais un acte «d'assistance à — ou de délégation de — la mort volontaire».

En effet, c'est au médecin qu'il appartient d'éventuellement conclure, en sa qualité de praticien de l'art de guérir, que, si aucun traitement médical curatif ou palliatif ne saurait plus aider le patient, il a le devoir d'acquiescer à la demande de celui-ci de faire en sorte qu'il puisse mourir dignement avec le concours de la médecine, pour autant qu'il estime, dans des circonstances concrètes, que ce devoir doit primer l'obligation qu'il a de protéger la vie. L'euthanasie est donc bel et bien un acte médical, fût-il exceptionnel.

L'assistance à — ou la délégation de — la mort volontaire de patients qui ne se trouvent pas en phase terminale et, *a fortiori*, de patients qui ne souffrent que psychiquement, ne constitue pas un acte médical: elle ne s'inscrit pas dans le cadre d'un conflit de devoirs auquel serait confronté le médecin, mais elle n'est conçue que pour qu'on puisse mettre fin à la vie du patient au cas où celui-ci demanderait qu'on le fasse. Telle n'est pas la tâche du médecin.

Cette distinction entre l'euthanasie et l'assistance au suicide est admise dans toute la littérature médicale internationale et elle a également été reconnue par les membres du comité consultatif, qui ont estimé, au cours de leurs discussions, que l'«assistance au suicide» constituait un thème distinct et qui ont traité expressément l'«euthanasie» comme un acte médical de fin de vie.

De vraag of «euthanasie» voor niet-terminale patiënten aan bod kan komen werd meest treffend benaderd door professor Van Neste:

«Andere wetsvoorstellen bevatten de objectieve voorwaarde «ongeneeslijk ziek, gepaard gaande met fysieke of psychische nood», maar daarmee belanden we om twee redenen buiten de eigenlijke problematiek van de euthanasie.

In de eerste plaats hoeft het dan geen terminale patiënt meer te zijn. Als we de historiek van het euthanaserend handelen bestuderen, stellen we vast dat er vroeger alleen bij het stervensuur, bij de doodstrijd sprake was van euthanasie. Bovendien ging het altijd over de plicht van de arts om de pijn te verzachten. Met pijn of lijden dacht men altijd aan een nood waarvoor de geneeskunde aanspreekbaar is.

Het gaat hier [in deze voorstellen] volgens mij om een existentiële nood. In de euthanasieproblematiek mag een existentiële nood echter niet in aanmerking komen voor het definiëren van een noodtoestand. De arts bevindt zich in dit geval niet in een noodtoestand.

Hij bevindt zich maar in een noodtoestand wanneer hij geconfronteerd wordt met een situatie waarin hij met zijn medische deskundigheid wil blijven helpen, maar waarbij de medische middelen waarover hij beschikt, niet meer afdoend zijn om de fysieke nood van de terminale patiënt te lenigen. Dit veroorzaakt precies zijn gewetensnood.

In het andere geval vallen we buiten de euthanasieproblematiek en moeten we eerder spreken van de problematiek rond hulp bij zelfdoding.»

Ook volgens professor Adams is het zo «dat het moment dat je het oordeel over ondraaglijke pijn of nood alleen nog overlaat aan het subjectieve oordeel van de patiënt, een regeling met betrekking tot euthanasie eerder een vorm van algemene legalisering van hulp bij zelfdoding wordt.»

b) Tijdens de hoorzittingen drukte onder andere Dr. Philippart (Orde van geneesheren) uit dat de voorwaarde van ongeneeslijke ziekte (al dan niet terminaal) op zich genomen onaanvaardbaar is. In dezelfde zin klinken de verklaringen van Dr. Clumeck, Dr. Vincent en de verklaring van 58 palliatieve zorgverleners.

De heer Vandeville waarschuwt voor ontsporingen door beide situaties op eenzelfde lijn te plaatsen. Wat betreft het psychisch lijden dat uitzichtloos is, wijst Dr. Mullie op de mogelijkheden van de palliatieve verzorging, professor Schotsmans doelt op de noodzakelijke intermenselijkheid die deze problemen moet kunnen benaderen. Ook Kempeneers (Vereniging Mentaal Gehandicapten) drukte haar vrees uit voor een gelijkschakeling.

— Door wettelijk mogelijk te maken dat een ongeneeslijke ziekte, bij hypothese in een niet-terminale situatie, volstaat om een zogezegd «euthanaserende daad» uit te voeren, laat men het zelfbeschikkingsmodel primeren op het medische beoordelingsmodel en de medische noodzaak (hulp bij zelfdoding is immers geen medische noodzaak, en hoegenaamd niet als antwoord op een ongeneeslijke ziekte of een ondraagbaar lijden).

De vraag kan gesteld worden of het «zelfbeschikkingsrecht» een grondrecht dan wel een rechtsbeginsel is. Eerder is de opvatting te verdedigen dat het, samen met het vrijheidsbeginsel, een bron is van meerdere grondrechten. Daarbij beklemtoont het zelfbeschikkingsbeginsel dat het individu zelfmondig is en zeggenschap heeft betreffende de wijze waarop de individuele vrijheden worden uitgeoefend, dat het individu dus de vrijheid zelf kan en mag invullen. Dit betekent dat de burger zelf kan beslissen dat een

C'est le professeur Van Neste qui a abordé de la manière la plus marquante la question de savoir si «l'euthanasie» peut être envisagée pour les patients qui ne se trouvent pas en phase terminale:

«D'autres propositions de loi contiennent la condition objective de «maladie incurable allant de pair avec une nécessité physique ou psychique», mais cela nous entraîne, pour deux raisons, en dehors du cadre de la problématique propre à l'euthanasie.

Tout d'abord, il ne doit plus s'agir d'un patient en phase terminale. Si nous étudions l'historique de l'acte d'euthanasie, nous constatons qu'auparavant, on ne parlait d'euthanasie qu'à l'heure du décès, de l'agonie. En outre, il s'agissait toujours du devoir du médecin d'atténuer la douleur. Par douleur ou souffrance, on pensait toujours à un besoin qui est du ressort de la médecine.

Selon moi, il s'agit [dans ces propositions] d'un besoin existentiel. Un besoin existentiel ne peut cependant pas entrer en ligne de compte dans la problématique de l'euthanasie pour la définition de l'état de nécessité. Dans ce cas, le médecin ne se trouve pas dans un état de nécessité.

Il ne peut pas remédier à cette lassitude de vivre. Il se trouve seulement dans un état de nécessité lorsqu'il est confronté à une situation où il veut continuer d'aider avec sa compétence médicale, mais pour laquelle les moyens médicaux dont il dispose ne sont plus efficaces pour adoucir le besoin physique du patient en phase terminale. C'est précisément ce qui provoque son cas de conscience.

Dans [l'autre cas], (...) nous sortons de la problématique de l'euthanasie et nous devons plutôt parler de problématique relative à l'aide au suicide.»

Le professeur Adams estime aussi que, dès l'instant où l'on abandonne à la subjectivité du patient la facette d'apprécier si une douleur ou une détresse est insupportable, toute réglementation de l'euthanasie devient une sorte de légalisation générale de l'assistance au suicide.

b) Au cours des auditions, le Dr Philippart (Ordre des médecins), entre autres, a affirmé que la condition selon laquelle la maladie doit être incurable (que le patient soit ou non en phase terminale) est, en soi, inacceptable. Les déclarations du Dr Clumeck et du Dr Vincent ainsi que celles de 58 dispensateurs de soins palliatifs vont dans le même sens.

M. Vandeville met en garde contre les risques de dérapages que l'on créerait en mettant les deux situations en question sur le même pied. En ce qui concerne la souffrance physique sans issue, le Dr Mullie met l'accent sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs, le professeur Schotsman évoque le principe d'humanité, qui devrait selon lui régir la manière d'envisager ces problèmes. Kempeneers (Vereniging Mentaal Gehandicapten) a, elle aussi, exprimé sa crainte d'une assimilation.

Permettre légalement que l'existence d'une maladie incurable, par hypothèse à un stade non terminal, suffise pour que l'on puisse accomplir un acte dit «euthanasique», c'est faire prévaloir le modèle de l'autodétermination sur le modèle de l'appréciation médicale et de la nécessité médicale (en effet, l'assistance au suicide n'est pas la réponse à une nécessité médicale et n'apporte absolument pas de réponse à une maladie incurable ou à une souffrance insupportable).

On peut se demander si le «droit à l'autodétermination» est un droit fondamental ou un principe de droit. Il faudrait plutôt considérer qu'il constitue, en conjugaison, avec le principe de l'égalité, une source de plusieurs droits fondamentaux. En outre, le principe de l'autodétermination atteste que l'individu est en état de juger normalement et qu'il a son mot à dire sur la façon d'exercer les libertés individuelles ou, autrement dit, qu'il a le droit à la faculté d'interpréter lui-même la notion de liberté. Cela signifie

persoonlijke waarde, bijvoorbeeld privacy, lichamelijke integriteit in bepaalde situaties niet langer dient beschermd te worden.

Hoe ver leidt deze zelfbeschikking echter? De individuele wilsbeslissing op grond van het zelfbeschikkingsrecht onverkort toelaten, betekent eigenlijk dat in de rechtsregelingen die zouden tot stand komen de zelfbepaling zo goed als soeverein zou zijn en dus de individuele vrijheid in deze gevallen absoluut, als onbeperkt zou erkend worden. Dit staat in tegenstelling tot de andere klassieke grondrechten, waar de uitoefening van de individuele vrijheid, althans in de Europese traditie, steeds in de rechtsregel beperkt wordt.

De overheid heeft tot taak het menselijk leven te beschermen tegen aantasting door derden. Deze bescherming rust niet op de gedachte dat het leven pas waardevol wordt op grond van iemands wil om te leven, en waardeloos zou zijn om iemands omwil om te leven. Veeleer berust deze bescherming op de gedachte dat het menselijk leven in perspectief van de menselijke waardigheid waardevol is, dat wil zeggen in zichzelf goed is, voorafgaand aan iemands individuele benaming of individuele ontkenning daarvan. De idee van het respect voor het menselijke leven als zodanig verdient de leidinggevende idee te blijven, juist omdat zij aan het zwakke, weerloze of onmondige menselijke leven, gelijke aandacht kan geven als aan het sterke, weerbare of mondige.

Wanneer voor een individuele beslissing ter uitvoering een beroep wordt gedaan op een andere persoon, zij het een deskundige, dan krijgt dit beslissingsrecht een ander uitzicht. Het beslissingsrecht wordt inspraak, meer nog een recht op medezeggenschap in de medische besluitvorming.

Wanneer een juridisch en politiek oordeel dient geveld te worden over een handeling van euthanasie, dan komen verschillende waarden aan de orde. Er is het belang van de stervende, er is de eigen verantwoordelijkheid van de geneesheer en er is de plicht van de gemeenschap om levensbescherming onverkort te handhaven. Met andere woorden, in alle rechtsregelen dient een dosering voorhanden te zijn tussen zelfbepaling en ordening. Dit betekent dat een rechtsregel nooit slechts met het standpunt van een individu alleen rekening kan houden. Evenwicht tussen de verschillende waarden aan de orde zijnde beginselen moet worden nagestreefd.

Ook in de hoorzittingen kwam het argument van de zelfbeschikking voor niet-terminale patiënten aan de orde. Dokter Englert verwees naar dit «*délire d'autonomie*», en kaderde dit onmiddellijk binnen de relatie arts-patiënt. Of zoals Cosyns: «Voor mij is de zelfbeschikking het eindpunt van een zelfontplooiing. Het moet worden teruggekoppeld naar de «a» van de arts-patiënt-relatie, en niet naar de «a» van absolute zelfbeschikking. Professor Baum stelt samen met Vincent en Aubry, dat «*on ne peut prétendre être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la vulnérabilité du patient par exemple. Il ne s'agit pas d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre: «On ne peut être libre seul.»*»

Schotsmans noemt dit: «De mens bevorderen in al zijn dimensies en relaties. Ik zie de arts niet graag herleid worden tot een loutere uitvoerder van de beslissingen van de patiënt. Want dan is hij een garagist van het lichaam en geen arts van het lichaam.»

— Ook vanuit juridisch opzicht stellen zich problemen met een legalisering van «hulp bij of delegatie van zelfdoding», meer bepaald in het licht van de bepalingen van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens (EVRM).

Het in artikel 2 van het EVRM gewaarborgde recht op leven, houdt voor de overheid de verplichting in om het leven te bescher-

men dat de burger kan beslissen in volledige autonomie over zijn persoonlijke leven, zoals de levenswijze of de fysieke integriteit, niet meer moet beschermd worden in bepaalde situaties.

L'on peut toutefois se demander jusqu'où peut aller l'usage du droit à l'autodétermination. Autoriser l'expression sans limites de la volonté individuelle en arguant du droit à l'autodétermination, c'est admettre que, dans le cadre des règles de droit futures, le droit à l'autodétermination serait pour ainsi dire considéré comme un droit souverain et que la liberté individuelle serait considérée comme illimitée, comme absolue. Ce serait contraire à ce qui a toujours été le cas en ce qui concerne les autres droits fondamentaux classiques dont l'usage a toujours été limité dans le cadre des règles de droit, du moins dans la tradition européenne.

Les pouvoirs publics ont pour mission de protéger la vie humaine contre les atteintes qui pourraient être portées à celle-ci par des tiers. La protection ne repose pas sur l'idée que la vie n'a de valeur qu'en fonction de la volonté de vivre d'un individu et est dépourvue de valeur s'il refuse d'encore vivre. Elle repose plutôt sur l'idée que la vie humaine est précieuse dans la perspective du respect de la dignité humaine, c'est-à-dire intrinsèquement, que l'intéressé en convienne ou non. Le principe du respect de la vie humaine en tant que tel mérite de continuer à être le principe directeur, précisément parce qu'il garantit que l'on consacre à la vie des personnes faibles, vulnérables ou dont la capacité de jugement n'est pas entière autant d'attention qu'à celle des personnes fortes, invulnérables, et en état de juger normalement.

Lorsqu'une personne fait appel à un tiers pour l'exécution d'une de ses décisions, fût-ce à un expert, son droit de décision change de caractère. Il devient en quelque sorte un droit de participation à la prise de décision médicale, presque un droit de codécision.

Lorsqu'il y a lieu de rendre un jugement juridique et politique à propos d'un acte euthanasique, diverses valeurs doivent être prises en considération, à savoir l'intérêt du mourant, la responsabilité personnelle du médecin et l'obligation, pour la collectivité, de continuer à assurer intégralement la protection de la vie. Autrement dit, toutes les règles de droit doivent doser de manière appropriée le degré d'autodétermination et le degré de réglementation. Une règle de droit ne peut donc jamais prévoir que l'on ne tiendra compte que du point de vue d'un seul individu. Il faut arriver à établir un équilibre entre les divers principes en jeu.

Lors des auditions, l'argument de l'autodétermination a également été avancé pour ce qui est des patients qui ne se trouvent pas en phase terminale. Le Dr Englert a fait référence à ce «*délire d'autonomie*» et l'a situé directement dans le cadre de la relation médecin-patient. Ou, comme l'a dit Cosyns: «Pour moi, il s'agit du point final d'un épanouissement. Elle doit être soumise au «A» de la relation (en néerlandais, arts) médecin-patient, pas au «A» de l'autodétermination absolue.» Le professeur Baum a fait à cet égard, avec Vincent et Aubry, la déclaration suivante: «on ne peut prétendre être pluraliste et mépriser la relativisation de l'autonomie par d'autres valeurs, la vulnérabilité du patient par exemple. Il ne s'agit pas d'un débat entre individualisme et communautarisme, car comme le disait Sartre: «On ne peut être libre seul.»»

Pour Schotsmans, il s'agit de: «promouvoir l'homme dans toutes ses dimensions et relations». «Je n'aime pas qu'on réduise le rôle du médecin à celui de l'exécuteur des décisions du patient» dit-il «car il est alors un garagiste du corps et non un médecin du corps.»

— Du point de vue juridique aussi, une légalisation de l'aide à — de la délégation de — la mort volontaire soulève des problèmes, plus précisément eu égard aux dispositions de la Convention européenne de protection des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le droit à la vie, qui est garanti à l'article 2 de celle-ci, emporte, pour les autorités, l'obligation de protéger la vie. D'après la logi-

men. Volgens de logica van artikel 2 kan de Staat de mogelijkheid tot euthanasie immers maar erkennen in zeer uitzonderlijke omstandigheden. Levensbeëindigend handelen mag slechts als ultieme remedie, met andere woorden, wanneer euthanasie werkelijk het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden te verzachten. Indien het lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door het euthanaserend handelen, is het aldus onmogelijk om de beide plichten van artikel 2 en artikel 3 van het EVRM te verzoenen.

Het doden op verzoek van een niet-terminale patiënt, die in een «medisch uitzichtloze» (niet-curatieve) situatie in (psychische) nood verkeert beantwoordt echter niet aan deze voornoemde ultieme remedie. Het ondraaglijk lijden mag immers volledig door de patiënt zelf worden bepaald, zonder enige beperking. Zijn toestemming zal volstaan.

De strafrechtelijke bescherming van het leven is echter van openbare orde. De mens kan door zijn instemming geen strafrechtelijke immuniteit creëren voor degene die hem van zijn leven berooft. De toestemming van het slachtoffer is geen rechtvaardigingsgrond, laat staan dat er in hoofde van de arts een conflict van plichten ontstaat. De diepere, achterliggende reden is dat het recht op leven niet alleen een zaak is van het individu. Met de eerbied voor het leven is meer in het geding: ook de samenleving is betrokken. De Engelse dichter-theoloog John Donne (1572-1631) bracht dit als volgt onder woorden: «Niemand is een eiland.» De mens is een sociaal wezen. In «*Les Mandarins*» laat Simone de Beauvoir de ik-persoon die zelfmoord overweegt en reeds een flesje gif in de hand heeft, gedenken, dat zij haar eigen dood in handen heeft. Maar dan komt haar dochter thuis, en ze bedenkt: «Ja, il heb mijn eigen dood wel in mijn eigen hand, maar «*'ce sont les autres qui la vivront.*»» Wie over het eigen leven beschikt, beschikt over meer dan over het eigen leven.

— De Staat dient de strafrechtelijke waarborg onverkort te handhaven wat betreft het doden op verzoek.

Er kan terzake tevens verwezen worden naar Aanbeveling 1418 van de Raad van Europa (1999) nopens de bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van ongeneeslijk zieken en stervenden.

De Raad vraagt er uitdrukkelijk dat de lidstaten:

«9.c. het absolute verbod op het opzettelijk beëindigen van het leven van ongeneeslijke zieke en stervende personen te bekrachtigen, aangezien:

i. het recht op leven, met name wat ongeneeslijk zieken en stervenden betreft, wordt gewaarborgd door alle lidstaten overeenkomstig artikel 2 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens, dat bepaalt: «Niemand mag opzettelijk van het leven worden beroofd»;

ii. de door de ongeneeslijke zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven nooit een juridische grond mag zijn voor zijn dood door toedoen van een derde;

iii. de door een ongeneeslijk zieke of stervende persoon uitgedrukte wens om te sterven op zich nooit een wettelijke rechtvaardiging kan zijn voor handelingen die bedoeld zijn om de dood tot gevolg te hebben.»

4. Tenslotte moet worden benadrukt dat noch de besprekingen en het advies van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek, noch de georganiseerde hoorzittingen in de Senaat specifiek betrekking hebben gehad op de problematiek van de «hulp bij zelfdoding». Deze hoorzittingen, met het oog op de ondersteuning en verbetering van het wetgevend werk, focusten in essentie

que de l'article 2, l'État ne peut en effet reconnaître la possibilité de pratiquer l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. Un acte euthanasique ne peut être autorisé qu'en tant que remède ultime, c'est-à-dire lorsqu'il est vraiment le seul moyen qui reste pour adoucir une souffrance insupportable. Dans les cas où il est devenu impossible d'atténuer la souffrance au moyen d'analgésiques ou de soins palliatifs, et où il ne reste plus que l'acte euthanasique pour l'apaiser, les deux obligations définies aux articles 2 et 3 de la Convention européenne de protection des droits de l'homme sont inconciliables.

Donner la mort à un patient à la demande de celui-ci, alors qu'il se trouve dans une situation qui est «médicalement sans issue» (non curable) et en état de détresse (psychique) mais sans être en phase terminale, n'équivaut cependant pas à l'administration du remède ultime susvisé. En effet, dans un tel cas, le caractère insupportable de la souffrance pourra être apprécié sous tous ses aspects par le patient seul, et ce, sans la moindre limite. Son consentement suffira.

Or, la protection pénale de la vie est d'ordre public. Nulle personne ne peut, de par son seul consentement, créer d'immunité pénale pour celui qui le prive de la vie. Il faut savoir que le consentement de la victime ne constitue pas un motif de justification et ne pas négliger le fait que le médecin est confronté à un conflit d'obligations. Mais il y a un élément sous-jacent, le principe selon lequel le droit à la vie n'est pas uniquement l'affaire de l'individu. La question du respect de la vie revêt des aspects qui le dépassent et qui font qu'il est l'affaire de la société tout entière. Le poète théologien John Donne (1572-1631) a exprimé cette vérité comme suit: «Personne n'est une île.» L'homme est un être social. Dans *Les Mandarins*, Simone de Beauvoir fait dire au personnage qui parle à la première personne, qui envisage le suicide et qui tient déjà un flacon de poison, qu'il a sa propre mort en main. Mais il se ravise que sa fille rentre à la maison, pour conclure: «Oui, j'ai ma propre mort en main, mais ce sont les autres qui la vivront.» Qui dispose de sa propre vie, dispose de plus que de sa propre vie.

— L'État se doit de maintenir telle quelle la garantie pénale en ce qui concerne la mort sur demande.

On peut également citer ici la recommandation 1418 du Conseil de l'Europe (1999) concernant la protection des droits de l'homme et la dignité des malades incurables et des mourants.

Le Conseil demande expressément aux États membres:

«9.c. de maintenir l'interdiction absolue de mettre intentionnellement fin à la vie des malades incurables et des mourants:

i. vu que le droit à la vie, notamment en ce qui concerne les malades incurables et les mourants, est garanti par les États membres, conformément à l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme qui dispose que «la mort ne peut être infligée à quiconque intentionnellement»;

ii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut jamais constituer un fondement juridique à sa mort de la main d'un tiers;

iii. vu que le désir de mourir exprimé par un malade incurable ou un mourant ne peut en soi servir de justification légale à l'exécution d'actions destinées à entraîner la mort.»

4. Enfin, il y a lieu de souligner que ni les discussions au sein du Comité consultatif de la bioéthique et l'avis de celui-ci, ni les auditions organisées au Sénat n'ont porté spécifiquement sur la question de l'«aide au suicide». Les auditions, qui visaient à étayer et à améliorer le travail législatif, se sont concentrées essentiellement sur la question de l'«euthanasie», c'est-à-dire l'acte qui consiste à



op de problematiek van de «euthanasie», namelijk het opzettelijk levensbeëindigend handelen bij terminale patiënten op hun verzoek.

De voorgestelde regulering haalt nu twee situaties door elkaar: enerzijds de situaties van mensen in de stervensfase, anderzijds mensen die niet aan het sterven zijn, maar op een of andere manier geen zin meer zien in het leven. Op deze manier wordt de relatieve duidelijkheid die bestaat over de situatie van «medische begeleiding bij het sterven» verduisterd, nu ze vermengd wordt met het kluwen van vragen rond zelfdoding.

Over deze problematiek dient op een verschillende wijze te worden nagedacht; zij mag in elk geval niet op dezelfde hoogte worden gesteld als euthanasie noch volgens dezelfde voorwaarden worden begrepen.

Nu ook in de Verenigde Staten een federaal wetsontwerp wordt besproken tot instellen van een verbod op hulp bij zelfdoding, kan niet worden ingezien waarom België op dit moment het voortouw zou dienen te nemen met betrekking tot deze problematiek.

Bovendien is duidelijk dat de samenleving geenszins verlangt dat dergelijke regulering op heden tot stand zou komen. Het recent gepubliceerde wetenschappelijk rapport van de stichting European Values Study, waarbij in 1999 verschillende Belgen werden ondervraagd met betrekking tot hun oordeel over lijfelijke zelfbeschikking, wijst uit dat 61,2% van de Belgen zelfmoord nooit gerechtvaardigd vindt.

5. Om deze redenen dient de gehanteerde definitie van euthanasie uitdrukkelijk te melden dat «hulp bij zelfdoding» (delegatie van zelfdoding) niet wordt begrepen onder «euthanasie» en de voorgestelde wettelijke regulering ervan.

## Nr. 68 VAN DE HEER VANDENBERGHE

### Art. 2

#### Dit artikel aanvullen als volgt:

« , *gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn waaraan de betrokkene lijdt en de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin hij zich bevindt.* »

#### Verantwoording

Zie amendement nr. 67.

## Nr. 69 VAN DE HEER VANDENBERGHE

### Hoofdstuk *Ibis* (nieuw)

#### Een nieuw hoofdstuk *Ibis* invoegen, luidend als volgt:

« *Hoofdstuk *Ibis*. — Palliatieve zorgverlening als basisrecht voor iedereen.*

Art. 2. — § 1. *Eenieder heeft recht op palliatieve zorgverlening.*

§ 2. *Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder «palliatieve zorgverlening»: het geheel*

mettre intentionnellement fin à la vie de patients en phase terminale, à la demande de ceux-ci.

La réglementation proposée confond deux situations, à savoir celle des mourants et celle de personnes qui ne sont pas mourantes, mais qui, d'une manière ou d'une autre, n'attachent plus aucun sens à la vie. Elle jette une certaine confusion dans la relative unanimité qui s'était faite à propos de l'«accompagnement médical des mourants», dans la mesure où elle soulève une multitude de questions relatives au suicide.

Le problème du suicide doit être abordé différemment; il ne peut en tout cas pas être assimilé à celui de l'euthanasie ni être apprécié en fonction des normes auxquelles on se réfère en parlant d'euthanasie.

On voit mal pourquoi la Belgique devrait prendre l'initiative dans ce domaine au moment où l'on examine, aux États-Unis, un projet de loi fédéral interdisant l'aide au suicide.

Il est clair en outre que la société ne souhaite absolument pas assister, à l'heure actuelle, à l'avènement d'une réglementation en la matière. Le rapport scientifique de la fondation European Values Study, qui a été publié récemment et dans le cadre de la rédaction duquel l'on a demandé, en 1999, à des Belges, ce qu'ils pensaient du droit de disposer de son propre corps, indique que 61,2 % des Belges estiment qu'un suicide n'est jamais justifié.

5. C'est pourquoi la définition de l'euthanasie que l'on utilise doit mentionner explicitement que «l'euthanasie» et la réglementation légale de celle-ci ne concernent pas l'«assistance à la mort volontaire» (délégation de la mort volontaire).

## N° 68 DE M. VANDENBERGHE

### Art. 2

#### Compléter cet article comme suit:

« , *compte tenu de la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient et du caractère terminal de la situation médicalement sans issue dans laquelle il se trouve.* »

#### Justification

Voir la justification de l'amendement n° 67.

## N° 69 DE M. VANDENBERGHE

### Chapitre premier *bis* (nouveau)

#### Insérer un chapitre premier *bis* nouveau, rédigé comme suit:

« *Chapitre 1<sup>er</sup> bis. — Des soins palliatifs comme droit fondamental pour tous.*

Art. 2. — § 1<sup>er</sup>. *Tout un chacun a droit à des soins palliatifs.*

§ 2. *Pour l'application de la présente loi, on entend par «soins palliatifs» l'ensemble des soins actifs*

van de actieve totaalzorg voor patiënten waarvan de ziekte niet langer op curatieve therapie reageert en voor wie de controle van pijn en andere symptomen, alsook psychologische, morele, spirituele en zingevende, familiale ondersteuning van essentieel belang zijn.

§ 3. De Koning neemt binnen een termijn van een jaar na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad en uiterlijk op 31 december 2001, de nodige maatregelen voor de coördinatie van de uitbouw van een volwaardige palliatieve zorgverstrekking, waar deze ook wordt georganiseerd.»

#### Verantwoording

1. De ontwikkeling van een kwalitatief en kwantitatief hoogwaardig zorgaanbod voor de gezondheidszorg, de ouderenzorg, inzonderheid palliatieve zorg, is de vereiste opdat de vraag naar euthanasie meer preventief dan alternatief wordt voorkomen en opdat de extreme situaties waarin het leven wordt prijsgegeven, zo ze niet zouden kunnen uitgesloten worden, werkelijk tot het uitzonderlijke worden beperkt. Tot aan het einde van het leven moeten mensen de zekerheid hebben dat hun veiligheid gewaarborgd wordt, dat ze op de solidariteit van allen kunnen rekenen en dat levensgebeurtenissen niet al te veel vanuit een zuiver technisch-wetenschappelijke hoek worden benaderd.

2. Tijdens de hoorzittingen benadrukten alle getuigen uit de palliatieve zorg-sector (artsen en verplegers) het belang van een uitgewerkt palliatief zorgaanbod, dat prioritair is en voorafgaandelijk dient te zijn aan enige wettelijke regeling omtrent euthanasie.

Volgende argumenten ondersteunen dit standpunt:

— Palliatieve zorg is veel ruimer dan alleen de terminale zorg bij ongeneeslijk zieken, kanker- en aidspatiënten, en begint niet altijd bij de terminale fase van de zieke. Menten spreekt hierbij van levens-, eerder dan stervensbegeleiding van de ongeneeslijke patiënt. Verschillende getuigen spreken daarom ook liever van «soins continus» die zowel «une compétence médicale spécifique, une approche relationnelle et des éléments de repérage éthique» omvatten (dokters Vincent, Bouckenaere). In die zin dient men ook eerder te spreken van palliatieve «geneeskunde» dan van palliatieve «zorg» (dokter Distelmans).

— Belangrijk is niet alleen het centraal stellen van de patiënt maar ook het benaderen van de familie en verwanten: de erkenning van hun lijden is primordiaal en leidt tevens tot een constructieve benadering van de patiënt, zodat deze niet de indruk krijgt dat hij een «last wordt voor de familie». Aldus is palliatieve zorg, door tevens de rechten van de familie te erkennen, een preventieve waarborg tegen sociale druk. Verscheidene sprekers wezen er immers op dat in vele gevallen de familie haar lijden projecteert op dat van de patiënt (dokters Vandeville, A. Schoonvaere, Bouckenaere, Leroy).

— Palliatieve zorg mag niét op dezelfde hoogte gesteld worden van euthanasie. Het gaat inderdaad niet om of/of (Vandeville).

In bijna alle gevallen leidt een goede palliatieve zorgverlening tot een stopzetting van verzoeken tot euthanasie. De vraag «ik wil niet meer leven» is immers vaak een vraag «ik wil niet meer leven op déze manier», en heeft vooral te maken met een gebrek in de interrelationele context. Palliatieve zorg kan dan een juist

apportés aux patients dont la maladie ne réagit plus à des thérapies curatives et pour qui la maîtrise de la douleur et d'autres symptômes, ainsi que l'assistance psychologique, morale, spirituelle et familiale revêtent une importance capitale.

§ 3. Le Roi prend, dans un délai d'un an prenant cours le jour de la publication de la présente loi au Moniteur belge, et au plus tard le 31 décembre 2001, les mesures nécessaires en vue de coordonner le développement d'un système de soins palliatifs à part entière, quel que soit le lieu où celui-ci est organisé.»

#### Justification

1. Le développement tant qualitatif que quantitatif d'une offre de haut niveau en matière de soins de santé, de soins aux personnes âgées, et en particulier de soins palliatifs, est indispensable pour prévenir la demande d'euthanasie plutôt que de l'écarter par des moyens détournés, et à défaut de pouvoir les exclure, du moins pour faire en sorte que les situations extrêmes où l'on renonce à la vie soient véritablement exceptionnelles. Jusqu'au terme de son existence, l'être humain doit avoir la certitude que sa sécurité est garantie, qu'il peut compter sur la solidarité de tous et que les événements de la vie ne seront pas trop envisagés sous un angle purement technique et scientifique.

2. Durant les auditions, tous les témoins du secteur des soins palliatifs (médecins et personnel infirmier) ont souligné l'importance d'une offre de soins palliatifs complète; il s'agit là d'une priorité dont il convient de s'occuper avant d'adopter une quelconque réglementation légale en matière d'euthanasie.

Ce point de vue se fonde sur les arguments suivants:

— Les soins palliatifs sont beaucoup plus étendus que les soins apportés en phase terminale aux malades incurables, aux cancéreux ou aux personnes atteintes du sida. Menten utilise le terme néerlandais «levensbegeleiding» plutôt que «stervensbegeleiding» pour désigner cet accompagnement du patient incurable. Plusieurs témoins préfèrent donc aussi parler de «soins continus» englobant à la fois «une compétence médicale spécifique, une approche relationnelle et des éléments de repérage éthique» (Drs Vincent, Bouckenaere). Dans ce sens, il serait préférable de parler de «médecine» palliative plutôt que de «soins» palliatifs (Dr Distelmans).

— La place centrale donnée au patient n'est pas le seul élément important; il y a aussi l'attitude envers la famille et les proches: la reconnaissance de leur souffrance revêt une importance primordiale et contribue également à l'approche constructive du patient, afin que celui-ci n'ait pas l'impression de devenir «une charge pour sa famille». En reconnaissant ainsi les droits de la famille, les soins palliatifs constituent également une garantie préventive contre la pression sociale. Plusieurs intervenants ont en effet souligné que dans de nombreux cas, la famille projette sa souffrance sur celle du patient (Drs Vandeville, A. Schoonvaere, Bouckenaere, Leroy).

— Les soins palliatifs ne peuvent pas être mis sur le même pied que l'euthanasie. Il ne s'agit pas, en effet, d'une alternative (Vandeville).

Dans la quasi-totalité des cas, des soins palliatifs de qualité conduiront à l'arrêt des demandes d'euthanasie. La phrase «je ne veux plus vivre» signifie en effet souvent «je ne veux plus vivre de cette manière» et est surtout liée à une carence du contexte interrelationnel. Et dans ce cas, les soins palliatifs peuvent apporter une

antwoord zijn op het uitzichtloos lijden (dokter Mullie). Zelfs die artsen die weinig problemen hebben met de euthanasie-vraag als dusdanig (dokter Van Camp, decaan faculteit Geneeskunde VUB) bevestigen dat palliatieve zorgen de paniekvragen naar euthanasie zullen doen verdwijnen en dat slechts enkele patiënten hun beslissing zelf zullen nemen op de wijze zoals zij dat zelf verkiezen.

Pijnbestrijding alleen volstaat niet. Er moeten maatregelen worden genomen om te voorkomen dat de patiënt op een ontluisterend en onwaardige manier aan zijn einde komt. Euthanasie kan pas toegepast worden aan het einde van een grondige palliatie (dokter Ingels).

3. Toch kent de palliatieve zorgverlening verschillende problemen:

— Primordiaal bij het verlenen van palliatieve zorgen is de omgevings situatie van de patiënt. Verscheidene artsen wezen op het reële belang dat een patiënt op een zelfde afdeling kan blijven en er verzorgd worden door het hem reeds omringende team. Hier ligt een belangrijke rol weggelegd voor een horizontalisering van de palliatieve zorg, met nadruk op mobiele equipes, hetgeen ook de thuiszorg-mogelijkheden kan verbeteren (zie onder meer Cambron-Diez: «*éviter le problème du passage du curatif au palliatif*»).

Momenteel, telt men op 100 000 sterfgevallen jaarlijks in België: 50% in het hospitaal, 25% in rust- en verzorgingstehuizen, minder dan 20% thuis (Bouckaere).

Thuiszorg is derhalve extreem belangrijk. Evenwel bestaat er niet altijd de meest harmonieuze relatie tussen thuisverzorging en hospitaal, hetgeen het belang van samenwerking en integratie aantoont (Leroy).

Volgens Menten is palliatieve thuiszorg reeds vrij goed ontwikkeld, omdat het beleid daarvoor meer middelen ter beschikking heeft gesteld. 70% van de patiënten wenst thuis te worden verzorgd, terwijl dit nu net omgekeerd is; palliatieve eenheid moet een uitzonderingssituatie worden (Bouckaere, Menten).

— Het gebrek aan vorming, aan kennis van de palliatieve zorg, aan empathie leidt soms tot een vorm van niet-communiceren met patiënten. In deze context wordt er vaak levensbeëindigend gehandeld zonder verzoek van de betrokkenen (Distelmans). Palliatieve zorg is momenteel immers hoofdzakelijk gericht op fysieke controle; een opleiding om ook de sociale problemen aan te pakken is noodzakelijk (Menten).

4. De uitbouw van een palliatieve zorgverlening vereist de vervulling van volgende voorwaarden:

— uitwerken van een reële palliatieve cultuur: van *cure* naar *care* (dokter Distelmans);

— vorming en onderwijs in relaties, emoties en rouw (Vandeville, Cambron-Diez, Bouckaere);

— klinisch en fundamenteel wetenschappelijk onderzoek naar de kwaliteit van de palliatieve zorgen (Cambron-Diez, Vandeville, Menten);

— financiering van verplegend personeel en gezondheidssector *sensu lato*, om horizontalisering mogelijk te maken (Menten, Bouckaere);

— interdisciplinair optreden (Vandeville);

— oprichting van dagcentra zou een alternatief kunnen zijn voor het gebrek aan mantelzorg in de grootsteden (Distelmans);

réponse appropriée à la souffrance sans issue (Dr Mullie). Même les médecins que la question de l'euthanasie n'enbarrasse pas (Dr Van Camp, doyen de la faculté de médecine de la VUB) confirment que les soins palliatifs élimineront les demandes d'euthanasie dues à la panique et que seuls quelques patients prendront eux-mêmes la décision quant à la manière dont ils veulent finir leur vie.

Lutter contre la douleur ne suffit pas en soi. Il faut prendre des mesures pour éviter que le patient ne finisse ses jours d'une manière humiliante et indigne. L'euthanasie ne peut être pratiquée qu'au terme d'un traitement palliatif approfondi (Dr Ingels).

3. Les soins palliatifs posent cependant divers problèmes:

— Un élément primordial dans la dispensation des soins palliatifs est l'entourage du patient. Plusieurs médecins ont souligné combien il est réellement important que le patient puisse rester dans le même département et y être soigné par l'équipe qui l'entoure déjà. On voit donc toute l'importance d'une horizontalisation des soins palliatifs mettant l'accent sur les équipes mobiles, ce qui pourrait également améliorer les possibilités de soins à domicile (voir notamment Cambron-Diez: «*éviter le problème du passage du curatif au palliatif*»).

Sur les quelque 100 000 décès recensés annuellement en Belgique, 50% ont lieu à l'hôpital, 25% en maison de repos et de soins et moins de 20% à domicile (Bouckaere).

Les soins à domicile revêtent dès lors une importance capitale. La relation entre les soins à domicile et l'hôpital n'est cependant pas toujours des plus harmonieuses, ce qui montre bien toute l'importance de la coopération et de l'intégration (Leroy).

Selon Menten, les soins palliatifs à domicile sont déjà assez bien développés parce que la politique en la matière a bénéficié de plus de moyens. Quelque 70% des patients souhaitent être soignés à domicile alors que nous sommes actuellement dans la situation inverse; l'unité palliative doit devenir l'exception (Bouckaere, Menten).

— Le manque de formation, de connaissance des soins palliatifs et d'empathie conduit parfois à une forme de non-communication avec les patients. Dans ce contexte, on pratique souvent des actes euthanasiques sans aucune demande des intéressés (Distelmans). À l'heure actuelle, les soins palliatifs sont axés principalement sur le contrôle physique; une formation permettant de répondre également aux problèmes sociaux est nécessaire (Menten).

4. Pour une véritable mise en place de soins palliatifs, les conditions suivantes doivent être remplies:

— le développement d'une véritable culture palliative en substituant le concept de soins à celui de remède (Dr Distelmans);

— une formation et un enseignement dans le domaine des relations, des émotions et du deuil (Vandeville, Cambron-Diez, Bouckaere);

— une recherche scientifique fondamentale et clinique sur la qualité des soins palliatifs (Cambron-Diez, Vandeville, Menten);

— le financement du personnel soignant et du secteur des soins de santé au sens large, en vue de permettre une horizontalisation (Menten, Bouckaere);

— une action interdisciplinaire (Vandeville);

— la création de centres de jour pourrait permettre de pallier le manque de soins de proximité dans les grandes villes (Distelmans);

— interface tussen de verschillende structuren en niveaus (Leroy); transversale en geïntegreerde benadering (Menten): palliatieve functie in het ziekenhuis moet erin bestaan therapieën te starten die thuis naadloos kunnen worden voortgezet (Menten);

— betere financiering van thuiszorg — mogelijkheid van mobiele equipes; thuiszorg is nog steeds duurder (Van den Eynden, Distelmans, Cambron-Diez, Bron);

— meer verzorgenden in gewone ziekenhuisafdelingen, thuiszorg, RVT's en bejaardentehuizen (Verklaring groep 60 palliatieve zorgartsen, Cambron-Diez).

5. Een legalisering van euthanasie is van alle grond ontdaan als niet eerst de noodzakelijke voorwaarden voor een goede zorg in de laatste levensfase worden geschapen. Als men patiënten wenst te kunnen laten kiezen voor palliatieve zorg, dan moet die ook reëel aanwezig zijn.

Er is echter ook een belangrijk juridisch argument om de palliatieve zorg voorafgaandelijk uit te bouwen.

Het niet-uitbouwen van de palliatieve zorgen alvorens een euthanasiewet, zoals die geconcipieerd wordt in het meerderheidsvoorstel, dreigt de toets van artikel 2 EVRM immers niet te doorstaan. In de logica van deze bepaling ligt dat er maar tot euthanasie kan worden overgegaan in zeer uitzonderlijke omstandigheden. Levensbeëindigend handelen mag slechts als ultieme remedie, met andere woorden wanneer de euthanasie werkelijk het enige middel is dat overblijft om het ondraaglijk lijden, het menselijk lijden zelfs, te verzachten. Dat betekent dat wanneer dit lijden niet kan worden verzacht door pijnstillers of palliatieve zorgen, maar alleen door euthanaserend handelen, het onmogelijk is de beide plichten die in het EVRM vervat liggen (artikel 3) te vezoenen. Dit betekent echter ook dat minstens alle mogelijke middelen om het lijden te verzachten, moeten aangeboden worden aan de patiënt (Adams).

Als iedereen steeds herhaalt dat de palliatieve zorgverlening nog niet is uitgebouwd, is het onverantwoord op korte termijn met een wet te komen.

6. Precies om deze reden volstaat het niet om «het recht op palliatieve zorg» enkel op te nemen in een aparte wet betreffende de palliatieve zorgverlening. Het recht op palliatieve zorg dient noodzakelijkerwijs te worden gesitueerd in de context van de euthanasievraag, en dient dus voorafgaandelijk aan deze vraag als een basisrecht te worden geconcipieerd.

Hugo VANDENBERGHE.

## Nr. 70 VAN DE HEER GALAND

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

**In § 3 van dit artikel het 1<sup>o</sup> aanvullen met de volgende zin :**

*« en erop toezien dat de patiënt en zijn naasten volledige informatie krijgen over de mogelijkheden van sociale dienstverlening; ».*

— l'interface entre les diverses structures et les divers niveaux (Leroy); une approche transversale intégrée (Menten): la fonction palliative au sein de l'hôpital doit consister à mettre en route des thérapies qui pourront être poursuivies à domicile sans transition brutale (Menten);

— une amélioration du financement des soins à domicile avec la possibilité d'avoir recours à des équipes mobiles; les soins à domicile restent encore plus onéreux à l'heure actuelle (Van den Eynden, Distelmans, Cambron-Diez, Bron);

— une augmentation du personnel soignant dans les départements hospitaliers traditionnels, dans le secteur des soins à domicile, les MRS et les maisons de repos (déclaration d'un groupe de 60 médecins spécialisés en soins palliatifs, Cambron-Diez).

5. Une légalisation de l'euthanasie est dépourvue de tout fondement si l'on ne crée pas préalablement les conditions nécessaires permettant d'assurer des soins de qualité au dernier stade de la vie. Si l'on veut permettre au patient d'opter pour les soins palliatifs, il faut donc que ceux-ci soient réellement présents.

Il y a toutefois aussi un argument juridique important justifiant de développer préalablement les soins palliatifs.

Si l'on ne développe pas les soins palliatifs avant d'adopter une loi sur l'euthanasie, telle que celle formulée dans le projet de la majorité, on risque de se trouver en porte-à-faux avec l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme. Dans la logique de cette disposition, on ne peut procéder à l'euthanasie que dans des circonstances très exceptionnelles. L'acte euthanasique ne peut être que le remède ultime, c'est-à-dire que l'on ne peut y recourir que lorsque l'euthanasie est réellement le seul moyen qui subsiste pour atténuer une souffrance insupportable, la souffrance humaine même. Cela signifie que si cette souffrance ne peut être atténuée à l'aide de médicaments d'antidouleur ou de soins palliatifs mais qu'elle ne peut l'être que par un acte euthanasique, il est impossible de concilier les deux obligations contenues dans la Convention européenne des droits de l'homme (article 3). Mais cela implique aussi que l'on doit offrir au patient au moins tous les moyens possibles d'atténuer la douleur (Adams).

Si chacun ne cesse de répéter que les soins palliatifs sont insuffisamment développés, il est injustifié d'adopter une loi à court terme.

6. C'est précisément pour cette raison qu'il ne suffit pas de faire figurer «le droit aux soins palliatifs» dans une loi séparée relative aux soins palliatifs. Le droit aux soins palliatifs doit nécessairement être situé dans le contexte de la demande d'euthanasie et doit dès lors être posé en principe fondamental préalablement à cette demande.

## N<sup>o</sup> 70 DE M. GALAND

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

**Au § 3 de l'article 3 proposé, compléter le 1<sup>o</sup> par la phrase suivante :**

*« veiller à ce que le patient et ses proches reçoivent l'information complète quant aux possibilités d'aide sociale; ».*

## Verantwoording

Wij willen euthanasieverzoeken voorkomen die het gevolg zijn van een sociaal drama of van een gebrek aan informatie over de mogelijkheden van steun aan personen.

## Nr. 71 VAN DE HEER GALAND

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

## Art. 3

**In § 3, 1<sup>o</sup>, van dit artikel, het woord «bestaande» doen vervallen.**

## Verantwoording

De overheid moet erop toezien dat iedere patiënt, indien nodig, toegang heeft tot de palliatieve zorg. Blijft het woord «bestaande» in de tekst staan, dan wekt men de indruk dat wanneer de palliatieve zorg weinig ontwikkeld is, de patiënt die ervoor in aanmerking komt, niet meer op de hoogte hoeft te worden gebracht van de aangeboden mogelijkheden.

## Nr. 72 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

## Art. 3

**In § 1 van dit artikel de inleidende zin vervangen als volgt:**

*« § 1. De arts die in uitzonderlijke omstandigheden besluit om op verzoek van een patiënt handelingen uit te voeren die het overlijden van die patiënt tot gevolg hebben, kan zich op de noodtoestand beroepen om zijn handelingen te rechtvaardigen, wanneer hij vaststelt dat : »*

## Verantwoording

De amendementen van de meerderheid raken formeel niet aan het Strafwetboek.

Wanneer men ervan uitgaat dat er geen reden is om te raken aan een van de kerngedachten van onze samenleving die door ons Strafwetboek bekrachtigd worden, namelijk het verbod om te doden, moet men die redenering doortrekken. Dat betekent dat euthanasie op een patiënt, zelfs uit medelijden, doodslag moet blijven en dat euthanasie toegepast onder de voorwaarden die door deze wet worden bepaald, een ethische en strafrechtelijke schending van dit basisverbod is. Elke andere redenering zou schijnheilig zijn. Die schending kan evenwel in uitzonderlijke omstandigheden verantwoord zijn. In de specifieke gevallen waarin er geoordeeld wordt dat de schending verantwoord is, verdwijnt het misdrijf. De noodtoestand op grond waarvan de strafwet kan worden overtreden, heeft voornamelijk betrekking op

## Justification

Il s'agit d'éviter qu'une demande d'euthanasie résulte d'un drame social ou d'un manque d'information et d'accompagnement quant aux possibilités d'aide aux personnes.

N<sup>o</sup> 71 DE M. GALAND

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

## Art. 3

**Au § 3, 1<sup>o</sup>, de l'article 3 proposé, supprimer le mot « existantes ».**

## Justification

Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que chaque patient puisse, si nécessaire, avoir accès aux soins palliatifs. Le maintien du terme « existantes » pourrait laisser sous-entendre que si on limite le développement de ces soins alors que le patient pourrait en bénéficier, celui-ci ne serait plus informé des possibilités offertes.

Paul GALAND.

N<sup>o</sup> 72 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

## Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, remplacer la première phrase par ce qui suit :**

*« § 1. Le médecin qui, dans des circonstances exceptionnelles, décide de poser des actes qui entraînent le décès d'un patient à la demande de celui-ci, peut être justifié à agir, selon les principes de l'état de nécessité, s'il constate que : »*

## Justification

Les amendements de la majorité se contentent de ne pas toucher formellement au Code pénal.

Si l'on considère qu'il n'y a pas lieu de toucher à la balise essentielle que constitue, dans notre société, l'interdit de tuer sanctionné par notre Code pénal, il convient d'aller jusqu'au bout de ce raisonnement. Cela signifie que donner la mort à un patient, même pour des raisons de compassion, doit rester un homicide et l'euthanasie, pratiquée dans les conditions déterminées par la présente loi, une transgression éthique et pénale de cet interdit fondamental de tuer. Tout autre raisonnement serait hypocrite. Cette transgression peut cependant, dans des circonstances exceptionnelles, être justifiée. Dans les cas où il est jugé que la transgression est, dans un cas d'espèce, justifiée, l'infraction disparaît. L'état de nécessité qui permet ainsi d'enfreindre la loi pénale vise essentiellement une situation de crise, exceptionnelle, caractérisée

een uitzonderlijke crisistoestand die gekenmerkt wordt door een waardeconflict. Euthanasieverzoeken moeten bij de arts gewetensproblemen blijven oproepen.

Zoals het geamendeerde artikel 3 van het wetsvoorstel nu is opgesteld, wordt euthanasie uit het strafrecht gehaald. De objectieve rechtvaardigingsgrond die de noodtoestand is, impliceert dat degene die de daad stelt bewust de wet overtreedt om zijn plicht te doen, maar daarbij beseft dat hij altijd verantwoording voor zijn daden moet afleggen. Bij een depenalisering is dat niet zo. Bij de noodtoestand heeft de controle van de samenleving betrekking op de redenen waarom tot euthanasie is overgegaan.

Staat de wet euthanasie toe, dan beperkt de controle zich tot een louter formele controle op de voorwaarden waaronder tot euthanasie is overgegaan. Degene die de handeling verricht, zal aan niemand rekenschap moeten geven indien hij voldoet aan de voorwaarden die de wet stelt. Dat is onaanvaardbaar gelet op de ernst van de handeling en het feit dat het om mensen gaat die in onze samenleving tot de kwetsbaarsten behoren. De noodtoestand is de rechtsfiguur die de waarachtige controle van de samenleving op de uitgevoerde handelingen het best garandeert.

De door de meerderheid voorgestelde amendementen waarin sommige soorten moord uit het Strafwetboek worden gehaald en niet meer beschouwd worden als een overschrijding van een basisnorm van de mensheid in een democratische samenleving, zijn om de volgende redenen onaanvaardbaar:

— Dit betekent dat de wetgever ervan uitgaat dat sommige levens meer of minder beschermwaardig zijn dan andere.

— Dit is totaal in strijd met de Europese en internationale democratische coherente regelgeving (EVRM, Aanbeveling van de Raad van Europa, Verklaring van Marbella van de Wereldgeneeskundige Associatie (1992), Verklaring van Madrid van de Wereldgeneeskundige Associatie (1987), eenparig advies van het Franse Comité voor bio-ethiek ...)

— Euthanasie uit het strafrecht halen is des te onaanvaardbaarder omdat de controle van de samenleving op de door de arts verrichte handelingen in het geamendeerde voorstel van de heren Mahoux c.s. een zuiver formele en onbestaande controle is. De oorspronkelijke Evaluatiecommissie is omgevormd tot een controlecommissie die buiten de rechterlijke macht valt en die de vervolgingsbevoegdheid van het openbaar ministerie beperkt en zelfs uitsluit. Hoe kan de democratische controle op de toepassing van de wet worden uitgeoefend? Hoe kan eerbiediging van de rechten van de patiënt worden afgedwongen? Wordt hierdoor de macht van het medisch korps in de al scheefgetrokken verhouding arts/patiënt niet nog groter? Die controle moet ons inziens worden uitgeoefend door de klassieke gerechtelijke instanties van onze democratische Staat indien men niet wil dat degene die moet controleren, zelf gecontroleerd wordt. Dat zou het toppunt zijn daar tijdens de hoorzittingen herhaaldelijk gewezen is op de almacht van het medisch korps tegenover een kwetsbare patiënt. Niets belet evenwel dat in het onderzoeksstadium van de zaak, de rechter geïnformeerd wordt door een commissie van deskundigen. Dat is het doel van ons amendement dat ertoe strekt een commissie voor medische expertise in strafzaken in te stellen.

— De wettelijke verankering van euthanasie gekoppeld aan een louter formele controle op de voorwaarden waaronder tot de toegestane handeling wordt overgegaan, dreigt de verantwoordelijkheidszin van de betrokkene in het veld negatief te beïnvloeden en de handeling zelf te bagatelliseren.

— Het toestaan van euthanasie dreigt het vertrouwen tussen arts en patiënt ernstig aan te tasten.

— Op de gevaren voor misbruiken die daaraan verbonden zijn, werd tijdens de hoorzittingen herhaaldelijk gewezen. Men mag de sociale en economische context waarbinnen de wet zal worden toegepast niet uit het oog verliezen. Een dergelijke wet

par un conflit de valeurs. Les demandes d'euthanasie doivent continuer à poser des problèmes de conscience au médecin.

Tel que rédigé, l'article 3 amendé de la proposition de loi constitue une autorisation de la loi (ou une dépenalisation). À l'inverse d'une autorisation de la loi, la cause de justification objective que constitue l'état de nécessité implique que l'auteur de l'acte transgresse la loi avec la conscience de la transgresser pour faire son devoir, mais également la conscience de devoir toujours rendre compte de ses actes. Avec l'état de nécessité, le contrôle de la société porte sur les raisons pour lesquelles la mort a été administrée.

Avec une autorisation de la loi, le contrôle se limite à un contrôle de type formel sur les conditions de l'administration de l'acte: celui qui agit, s'il se conforme aux conditions que la loi énonce, n'aura aucun compte à rendre. Ce qui est inadmissible au vu de la gravité de l'acte et des personnes qu'il concerne, à savoir les personnes qui sont parmi les plus vulnérables de notre société. L'état de nécessité est la figure juridique qui garantit le mieux l'existence d'un véritable contrôle de la société sur les actes posés.

En sortant du Code pénal, certains types de meurtres et en ne les considérant plus comme la transgression d'une norme fondamentale de l'humanité dans une société démocratique, les amendements proposés sont inacceptables:

— Cela revient à dire que le législateur considère qu'il existe des vies plus ou moins dignes de protection que d'autres;

— C'est totalement contraire à la cohérence démocratique européenne et internationale [CEDH, Recommandation du Conseil de l'Europe, Déclaration de Marbella de l'AMM (1992), Déclaration de Madrid de l'AMM (1987), avis unanime du Comité bioéthique français ...]

— Cette dépenalisation est d'autant plus inacceptable que le contrôle de la société sur les actes posés par le médecin dans la proposition de MM. Mahoux et consorts amendée, est formel et inexistant. La Commission d'évaluation initiale a été transformée en une commission de contrôle, située en dehors du pouvoir judiciaire, qui limite voire exclut le pouvoir de poursuite du ministère public. Comment peut s'effectuer le contrôle démocratique de l'application de la loi? Comment garantir le respect des droits du patient? N'est-ce pas renforcer le pouvoir médical dans la relation déjà déséquilibrée entre le médecin et le patient? Ce contrôle, à notre estime, doit être exercé par les autorités judiciaires classiques de notre état démocratique sous peine de voir le contrôleur contrôlé, ce qui serait un comble alors que les auditions n'ont eu de cesse de mettre l'accent sur la toute puissance du pouvoir médical face à un patient fragilisé. Rien n'empêche cependant qu'au stade de l'instruction de l'affaire, le juge soit éclairé par une commission d'experts en la matière. C'est l'objectif poursuivi par notre amendement visant la création d'une Commission d'expertise médicale en matière pénale.

— L'autorisation de la loi, qui implique un contrôle purement formel des conditions d'administration de l'acte autorisé, risque de désresponsabiliser les acteurs de terrain et de banaliser l'acte.

— Cette autorisation risque d'entamer gravement la confiance entre le médecin et le patient.

— Les risques d'abus liés à une telle autorisation ont été soulignés à plusieurs reprises lors des auditions. Il ne faut pas perdre de vue le contexte social et économique dans lequel devra s'appliquer la loi. C'est au nom de la protection des plus faibles (augmenta-

lijkt ons risico's in te houden wanneer het gaat om de bescherming van de zwaksten (stijging van het aantal afhankelijke bejaarden die lijden aan verschillende ziekten...) en om de solidariteit bij de begeleiding van zwaar zieken. Zij lijkt ons des te gevaarlijker omdat zij ook kan worden toegepast op personen die niet in een stervensfase verkeren. Een wet die euthanasie toestaat, garandeert onvoldoende dat het recht op sterven nooit onttaardt in een gedwongen sterven.

### Nr. 73 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

#### Art. 3

**In § 1 van dit artikel de bepaling na het derde streepje vervangen als volgt:**

« — *deze handelingen het enige middel zijn om een oplossing aan te reiken voor het uitzichtloos en ondraaglijk lijden van een patiënt die in een stervensfase verkeert, aan een ongeneeslijke ziekte lijdt en binnen afzienbare tijd zal overlijden;* »

#### Verantwoording

Om te beoordelen of er voor de handeling een rechtvaardigingsgrond bestaat, is voorzien in inhoudelijke voorwaarden die betrekking hebben op de patiënt zelf (eerste gedachtestreepje), op het verzoek van de patiënt (tweede gedachtestreepje) en op de gezondheidstoestand van de patiënt (derde gedachtestreepje), als ook in procedurevoorwaarden (§ 2).

Dit amendement wijzigt de voorwaarden met betrekking tot de gezondheidstoestand van de patiënt: de arts moet ervan overtuigd zijn dat het met de gezondheidstoestand van de patiënt bijzonder ernstig gesteld is. Hij moet meer bepaald de aanwezigheid van de volgende elementen vaststellen:

— het lijden van de patiënt is uitzichtloos en ondraaglijk: het concept « uitzichtloos » (synoniem van het woord « onomkeerbaar » dat in voorstel nr. 2-151 wordt gebruikt) is objectief — « pijn die de geneeskunde momenteel niet kan verlichten » —, terwijl het concept « ondraaglijk » bij uitstek subjectief is. Alleen de patiënt voelt zijn eigen lijden en zijn omgeving kan onmogelijk beoordelen of het ondraaglijk is. In dat opzicht is het gebruik van het woord « nood » in wetsvoorstel nr. 2-244 van de heer Mahoux c.s., los van elke verwijzing naar fysiek lijden (« of »), bijzonder gevaarlijk. Het maakt de werkingssfeer van deze wet veel te ruim. Verschillende sprekers hebben benadrukt dat de ondraaglijke wanhoop die ongeneeslijk zieke patiënten kan overmannen, een existentieel probleem is dat euthanasie niet kan rechtvaardigen, maar volgens sommigen eventueel wel hulp bij zelfdoding. Over de implicaties van een dergelijke wetgeving is in de commissie niet gesproken;

— de ongeneeslijke aard van de ziekte: in sommige gevallen is het moeilijk vast te stellen of een ziekte ongeneeslijk is. Volgens sommige artsen kan men zich vergissen in een diagnose of een prognose, zelfs als die fataal is. Dit aspect moet dus zeer degelijk worden geverifieerd.

— de prognose van een overlijden binnen afzienbare tijd. Dat sluit euthanasie uit op patiënten die niet in een stervensfase zijn.

tion des personnes âgées dépendantes, souffrant de pathologies multiples ...) et de la solidarité dans l'accompagnement des grands malades que cette autorisation nous paraît dangereuse. Elle nous paraît d'autant plus dangereuse que cette autorisation s'applique également pour les personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale. Une autorisation de la loi ne garantit pas suffisamment que le droit de mourir ne devienne jamais un devoir de mourir.

### N° 73 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

#### Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup> de l'article 3 proposé, remplacer le troisième tiret par ce qui suit:**

« — *ces actes constituent le seul moyen de soulager les souffrances inapaisables et insupportables d'un patient en fin de vie, atteint d'une maladie incurable, dont le décès doit survenir à brève échéance;* »

#### Justification

Pour apprécier la justification de l'acte, certaines conditions de fond ayant trait au patient lui-même (premier tiret), à la demande du patient (deuxième tiret), à l'état de santé du patient (troisième tiret), ainsi que des conditions de procédure (§ 2) doivent être réunies.

L'amendement modifie les conditions relatives à l'état de santé du patient: le médecin doit avoir la certitude de l'exceptionnelle gravité de l'état de santé du patient. Plus précisément, il doit constater:

— une souffrance inapaisable et insupportable dans le chef du patient: le mot « inapaisable » (synonyme du mot « irréductible » utilisé dans la proposition n° 2-151) renvoie à une notion objective — douleur que la médecine, en son état actuel, ne peut soulager — alors que la notion d'« insupportable » est une notion éminemment subjective. Cette souffrance ne peut être éprouvée que par le patient, et il n'appartient pas à l'entourage du patient d'en estimer le caractère intolérable. À cet égard, le mot « détresse » utilisé dans la proposition de loi n° 2-244 de M. Mahoux et consorts, indépendamment de toute souffrance physique (« ou ») est particulièrement dangereux. Il implique un champ d'application trop large de la législation. Plusieurs intervenants ont souligné que le désespoir insupportable, qui peut toucher les patients atteints d'une affection incurable, est un problème existentiel qui ne pourrait justifier une euthanasie, mais éventuellement, selon certains, une assistance au suicide. Les implications d'une telle législation n'ont pas été débattues en commission;

— le caractère incurable de la maladie: il est des cas où ce caractère incurable est difficile à établir. Aux dires de certains médecins, on peut se tromper sur un diagnostic ou un pronostic, même fatal. Il importe donc que cet aspect fasse l'objet d'une vérification sérieuse.

— le pronostic d'un décès à brève échéance. Cela exclut l'euthanasie de patients qui ne seraient pas en fin de vie.

Het criterium van de «medisch uitzichtloze situatie» lijkt ons volkomen ongeschikt. Uit de verantwoording bij amendement nr. 14 blijkt ook niet wat precies onder dit concept moet worden verstaan. De indieners verduidelijken dat het gaat om patiënten die lijden aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte, «waarvoor de geneeskunde geen curatieve behandelingen meer kan voorstellen» of waarvoor de geneeskunde «geen enkele hoop op remissie kan bieden». Blijkbaar gaat het om een synoniem voor het woord «ongeneeslijk», maar waarom moet dat dan worden toegevoegd? Bovendien is het tegenstrijdig om enerzijds te eisen dat de medische situatie uitzichtloos is en anderzijds dat de arts de patiënt moet informeren over de bestaande therapeutische mogelijkheden en hun gevolgen. Ons lijkt het evident dat zolang er therapeutische alternatieven bestaan, de zieke zich niet in een medisch uitzichtloze situatie bevindt en euthanasie dus niet mag worden uitgevoerd.

Het is in elk geval duidelijk dat het criterium «medisch uitzichtloze situatie» de werkingssfeer van deze niet beperkt maar integendeel uitbreidt. De bedoeling van de indieners van het amendement is duidelijk: dit criterium zorgt er samen met het criterium van de aanhoudende en ondraaglijke «pijn of nood» die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening, voor dat alle patiënten die lijden aan ongeneeslijke ziekten onder deze wet vallen, zelfs als ze zich niet in de «terminale» fase van de ziekte bevinden. Het criterium «ernst van de aandoening» is immers geen drempel; het wordt integendeel van elke betekenis ontdaan omdat het voorstel volledig de klemtoon legt op het subjectieve beeld dat een persoon heeft van zijn toestand (het gevoel van nood volstaat). Bedoeld zijn dus ook personen die vanaf hun geboorte of ten gevolge van een ongeval lijden aan een fysieke handicap (bijvoorbeeld een motorische handicap aan de benen), personen die aan een ernstige (?) maar niet-dodelijke ziekte lijden (mucoviscidose, diabetes, blindheid, multiple sclerose, spierziekten, hartziekten, Alzheimer, ...) en zelfs geestelijk gehandicapt, voor zover zij niet handelingsonbekwaam verklaard zijn en hun verzoek voldoet aan de wettelijke voorwaarden (uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, duurzaam, ... verzoek), of personen die in een blijvende noodtoestand verkeren — bijvoorbeeld chronisch depressieven, of mensen die permanent zelfmoordneigingen hebben en willen sterven.

Voor personen die niet binnen afzienbare tijd zullen overlijden, moet wel een tweede arts worden geraadpleegd, namelijk een psychiater of een specialist in de aandoening in kwestie. Maar dat lijkt ons geen afdoende garantie.

Bovendien is het voor zieken die niet in de laatste levensfase zijn, nog zinlozer om te spreken van een medisch uitzichtloze situatie dan voor zieken die dat wel zijn. Wie kan zeggen of een medische situatie werkelijk uitzichtloos is als de persoon in kwestie nog een goede levenskans heeft?

Wij menen dan ook dat euthanasie op personen die zich niet in een terminale fase bevinden, een heel ander probleem is. In de buitenlandse medische literatuur is dat onderscheid altijd al gemaakt. Het is dus niet wenselijk om euthanasie op patiënten in een sterfensfase in eenzelfde wet onder te brengen als hulp bij zelfdoding. De besprekingen in de commissie en de hoorzittingen gingen vooral over euthanasie en de bezinning over hulp bij zelfdoding is nog lang niet afgerond. Tijdens de hoorzittingen is erop gewezen dat de wetgeving betreffende euthanasie en *a fortiori* betreffende hulp bij zelfdoding er juist komt op een ogenblik dat in onze maatschappij steeds meer zelfmoorden voorkomen. Heeft de samenleving voor deze kwetsbare personen, die moeten leven met een ziekte of de gevolgen van een ongeval, echt geen ander antwoord dan hen gelijk te geven als ze willen sterven omdat zij zich nutteloos voelen? De wetgeving hierover zal in elk geval rekening moeten houden met de plicht van artsen om steeds te probe-

Le critère de «situation médicale sans issue» nous paraît particulièrement inadéquat. On n'aperçoit pas clairement à la lecture de la justification qui est donnée à l'amendement n° 14, quel sens spécifique il convient de donner à cette notion. Les auteurs précisent qu'il s'agit de patients atteints d'une maladie grave, incurable, «auxquels la médecine ne peut plus proposer de traitements curatifs» ou encore «ne peut plus offrir aucun espoir de rémission». Il s'agit donc d'un synonyme du mot «incurable», mais alors quel est l'intérêt de l'ajouter? Il y a, en outre, une certaine contradiction à affirmer, d'une part, que la situation médicale doit être sans issue, et, d'autre part, que le médecin doit informer le patient des différentes possibilités thérapeutiques existantes et de leurs conséquences. Il nous semble évident que s'il existe des possibilités thérapeutiques, le malade n'est pas dans une situation médicale sans issue et que l'euthanasie ne peut être pratiquée.

Il apparaît en tout cas clairement que le critère de «situation médicale sans issue» n'est pas une condition visant à restreindre le champ d'application de la loi, mais, au contraire, à l'élargir. En effet, l'intention des auteurs de l'amendement est claire: ce critère, cumulé avec le critère de «souffrance ou détresse» constante et insupportable qui ne peut être apaisée, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, signifie donc, en définitive que tous les patients atteints de maladies incurables sont visés, même s'ils ne se trouvent pas dans la phase dite «terminale» de la maladie. Le critère de «gravité» n'est, en effet, pas une balise; il est vidé de tout sens dès lors que la proposition met totalement l'accent sur le sentiment subjectif que peut avoir la personne de son état (le sentiment de détresse suffit). Sont visées aussi bien les personnes qui, de naissance ou suite à un accident, souffrent d'un handicap physique (exemple: handicap moteur aux jambes), que les personnes atteintes d'une maladie grave (?) non mortelle (mucoviscidose, diabète, cécité, sclérose en plaques, maladies musculaires, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer, ...) et même les personnes souffrant d'un handicap mental, dans la mesure où la personne n'a pas été déclarée incapable juridiquement et que sa demande répond aux conditions de la loi (demande expresse, non équivoque, persistante, ...) ou encore les personnes dans un état de détresse persistante, à savoir le dépressif chronique, les personnes qui ont des tendances suicidaires permanentes et demandent à mourir.

Il est vrai qu'une procédure de consultation obligatoire d'un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, est prévue en ce qui concerne l'euthanasie des personnes dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance. Mais cela ne nous semble pas une garantie suffisante.

Parler d'une «situation médicale sans issue» est, en outre, encore plus vide de sens pour les malades qui ne sont pas en fin de vie, que pour les malades qui le sont. Qui peut dire si une situation médicale est réellement sans issue lorsqu'une personne a encore une espérance de vie importante?

Il nous paraît donc que l'euthanasie de personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale est un tout autre problème que celui de l'euthanasie. Dans toute la littérature médicale étrangère, cette distinction est toujours présente. Il nous paraît donc inadéquat de mettre dans la même législation l'euthanasie des patients en phase terminale et le suicide assisté. Les débats en commission et les auditions n'ont porté essentiellement que sur l'euthanasie et la réflexion sur le suicide assisté est loin d'être achevée. Le lien entre une législation de l'euthanasie et *a fortiori* du suicide assisté avec l'émergence d'un courant suicidogène dans la société a aussi été évoqué lors des auditions. La société n'a-t-elle vraiment aucune autre réponse à donner aux personnes fragilisées, accidentées ou malades que de leur dire qu'elles ont raison de vouloir mourir parce qu'elles se sentent inutiles? Il faut aussi concilier toute législation à ce sujet avec l'obligation des médecins de toujours essayer de sauver la vie du patient inconscient à la suite d'une



ren het leven te redden van een patiënt die buiten bewustzijn is ten gevolge van een zelfmoordpoging [zie bijvoorbeeld de Verklaring van de rechten van de patiënt van Lissabon (AMM, 1995)].

Het amendement verduidelijkt verder dat wanneer er verschillende middelen bestaan om het lijden van de patiënt te verlichten, die even efficiënt zijn maar niet allemaal dezelfde gevolgen hebben, de arts moet kiezen voor het minst schadelijke middel. Met andere woorden, de uitgevoerde handeling moet het enige mogelijke alternatief zijn, het enige middel om het lijden van de patiënt te verlichten. Dit is een voorwaarde om de noodtoestand te kunnen aanvoeren die ook door de rechtsleer en de vaste rechtspraak wordt geëist. Dit geeft inhoud aan de voorwaarde die zowel de indieners van dit amendement als de indieners van amendement nr. 14 stellen, namelijk de aanwezigheid van «uitzichtloos» lijden (of nood) dit wil zeggen dat dit lijden «niet kan worden verlicht». Zoniet blijft deze voorwaarde louter formeel.

#### Nr. 74 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

##### Art. 3

#### Paragraaf 2 van dit artikel doen vervallen.

##### Verantwoording

Op het eerste gezicht lijkt deze voorwaarde de patiënt te beschermen, maar uiteindelijk biedt deze bepaling alleen de arts zekerheid in de gewone zin van het woord (dus niet de nagestreefde rechtszekerheid).

De verplichting om het verzoek van de patiënt in een geschrift «vast te leggen» kan verschillende risico's inhouden:

— Vanwege zijn lichamelijke of geestelijke toestand kan het voor de patiënt moeilijk of zelfs onmogelijk zijn om terug te komen op hetgeen hij heeft geschreven, wat als een soort verbintenis zal worden gezien. Het gevoel van onbehagen van de patiënt is echter niet noodzakelijk onveranderlijk.

— De tekst bepaalt ook dat de schriftelijke verklaring in voorkomend geval vermeldt dat de patiënt niet in staat is te tekenen en waarom. Als de patiënt niet in staat is te tekenen, betekent dat ook dat hij het document niet zelf kan opstellen. Als de geamendeerde tekst blijft zoals hij is, betekent dat dat het document door iemand anders kan worden opgesteld. Het vereiste van een schriftelijke verklaring dat de patiënt op het eerste gezicht lijkt te beschermen, kan zich uiteindelijk tegen hem keren.

— Het risico bestaat dat de geschreven verklaring uiteindelijk wordt beschouwd als het «bewijs» dat de voorwaarden met betrekking tot het verzoek (uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen en herhaald) vervuld zijn en dat de verplichting om ook aan de andere wettelijke voorwaarden te voldoen, een zuivere formaliteit wordt.

— Hoe moeten beide, schijnbaar tegenstrijdige, vereisten worden verzoend, namelijk het «herhaald en duurzaam verzoek» (artikel 3, § 1) en het «schriftelijk verzoek»? Op welk ogenblik moet het verzoek op schrift worden gesteld? Gaat men ervan uit dat het verzoek duurzaam is omdat het schriftelijk is opgesteld of moet de arts altijd, ook na het opstellen van het schriftelijke verzoek, nagaan of de patiënt in het verzoek volhardt?

— Het verband tussen § 1 en § 2 is niet duidelijk: is de patiënt verplicht zijn verzoek op schrift te stellen of is dat een mogelijkheid?

tentative de suicide [*cf.* par exemple la déclaration sur les droits du patient de Lisbonne (AMM, 1995)].

L'amendement précise aussi que s'il existe plusieurs moyens également efficaces mais diversement dommageables pour soulager la souffrance du patient, le choix du médecin devra se porter sur le moins préjudiciable. En d'autres termes, il faut que l'acte posé soit la seule alternative possible, le seul moyen de soulager les souffrances du patient. C'est une condition d'exercice du droit à invoquer l'état de nécessité, telle que définie par une doctrine et une jurisprudence constante. Cette condition donne du contenu à la condition posée tant par les auteurs du présent amendement que par les auteurs de l'amendement n° 14, à savoir la condition de souffrance (ou détresse) «inapaisable», c'est-à-dire «qui ne peut être soulagée». Sans cela, cette condition n'est qu'une condition purement formelle.

#### N° 74 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

##### Art. 3

#### Supprimer le § 2 de l'article 3 proposé.

##### Justification

Ce qui apparaît, à première vue, une condition protectrice du patient, s'avère, en définitive, une disposition visant à assurer uniquement la sécurité au sens commun du terme du médecin (et non la sécurité juridique recherchée).

L'obligation de «figer» la demande du patient dans une requête écrite peut présenter des risques de dérives de plusieurs types:

— La difficulté, voir l'impossibilité, pour le patient, vu son état moral ou physique, de revenir en arrière sur ce qu'il a écrit, qui sera ressenti comme une sorte d'engagement. Le mal-être du patient peut connaître des évolutions.

— Par ailleurs, le texte précise que le document écrit constate éventuellement que le patient n'est pas en état de signer et en énonce les raisons. Si le patient n'est pas en état de signer, cela signifie également qu'il ne peut pas rédiger lui-même le document. Le texte amendé, s'il n'est pas autrement précisé, implique donc que le document peut être rédigé par quelqu'un d'autre. L'exigence de l'écrit qui au départ semble être une protection du patient, risque en définitive de se retourner contre lui.

— Le risque existe que ce document écrit constitue, à terme, «la preuve» que les conditions relatives à la demande (caractère exprès, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchi et persistant de la demande) étaient réunies, et rende ainsi purement formelle l'obligation de remplir les autres conditions prescrites par la loi.

— Comment concilier les deux exigences, qui peuvent sembler contradictoires, de «demande répétée et persistante» (article 3, § 1) et de «requête écrite»? À quel moment la demande doit-elle être écrite? Considère-t-on qu'elle est persistante à partir du moment où elle est constatée par écrit ou le médecin a-t-il l'obligation de vérifier jusqu'au bout, même après la rédaction de la requête, la persistance de cette demande?

— L'articulation entre le § 1 et le § 2 n'est pas claire: le patient a-t-il l'obligation de mettre sa demande par écrit? Ou s'agit-il d'une faculté?

Het vereiste van een schriftelijk verzoek lijkt ons niet noodzakelijk méér bescherming te bieden voor de rechten van de patiënt. Hier moet opnieuw worden verwezen naar de hoorzittingen waaruit duidelijk is gebleken dat de beste bescherming tegen clandestiene euthanasie bestaat in:

- 1° een procedure van voorafgaand, multidisciplinair collegiaal overleg,
- 2° wetgeving betreffende de rechten van de patiënt,
- 3° het bijhouden van een gedetailleerd medisch dossier.

Wij menen dat alle verzoeken van de patiënt moeten worden gehoord, ongeacht welke vorm zij aannemen. Dit standpunt lijkt ons meer eerbied te betonen voor de specifieke situatie van de patiënt in zijn laatste levensfase.

## Nr. 75 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

#### Het 1° van § 3 van dit artikel vervangen als volgt:

*« 1° zich ervan vergewissen dat de patiënt op een correcte en passende manier geïnformeerd is over zijn gezondheidstoestand, de verschillende mogelijkheden van geestelijke en medische begeleiding, met inbegrip van de mogelijkheden van palliatieve zorg, en over de daaraan verbonden gevaren en voordelen; »*

#### Verantwoording

Zoals het nu is opgesteld, lijkt het eerste gedachtestreepje van § 3 te bepalen dat de arts de patiënt pas informeert over zijn gezondheidstoestand wanneer die vanuit medisch of psychologisch oogpunt extreem ernstig is. Het amendement daarentegen is zo geformuleerd dat de patiënt ook in het verleden al over alle aspecten van zijn gezondheidstoestand moet zijn geïnformeerd om te voorkomen dat het euthanasieverzoek louter gebaseerd is op angst, onzekerheid of een gevoel van machteloosheid. Het recht op informatie is een fundamenteel recht van elke patiënt. Het amendement verklaart ook dat de informatie op een «correcte» manier moet worden verstrekt. De arts mag de realiteit niet verbergen, wat niet noodzakelijk betekent dat hij alles moet zeggen aan de patiënt. Zo heeft de patiënt het recht om op zijn uitdrukkelijk verzoek niet te worden geïnformeerd en kan de arts, bij wijze van uitzondering, bepaalde inlichtingen verzwijgen als hij goede redenen heeft om te geloven dat deze informatie schadelijk is voor de patiënt en dat er geen positieve gevolgen aan verbonden zijn. Het woord «passend» houdt eveneens in dat de patiënt moet worden geïnformeerd op een manier die aangepast is aan zijn fysieke en geestelijke toestand.

Dit amendement sluit aan bij artikel 33 van de Code van geneeskundige plichtenleer dat bepaalt dat de arts de patiënt de diagnose en de prognose tijdig meedeelt. Dat geldt ook voor een erge en zelfs voor een noodlottige prognose. Bij de informatie houdt de arts rekening met het vermogen van de patiënt om de informatie te verwerken en met de mate waarin hij geïnformeerd wenst te worden.

Aangezien we enkel de mogelijkheid overwegen van euthanasie op patiënten in de stervensfase, dient de arts de patiënt alleen te

L'exigence d'une requête écrite ne nous paraît pas nécessairement plus protectrice des droits du patient. Il faut, une nouvelle fois, renvoyer aux auditions où il a été clairement précisé que la meilleure protection contre les euthanasies clandestines était:

- 1° l'organisation d'une procédure de consultation collégiale pluridisciplinaire préalable,
- 2° une législation des droits du patient, et
- 3° la tenue d'un dossier médical détaillé.

Il nous semble qu'il nous faut entendre toutes les demandes du patient, quelle que soit la forme que peuvent prendre ces demandes. Cette position nous paraît la plus respectueuse de la situation particulière du patient en fin de vie.

## N° 75 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

#### Au § 3 de l'article 3 proposé, remplacer le 1° par ce qui suit:

*« 1° s'assurer que le patient a été informé de manière correcte et adéquate sur son état de santé, sur les diverses possibilités d'accompagnement moral et médical, en ce compris les possibilités de prise en charge palliative, et sur les risques et les avantages qui y sont liés; »*

#### Justification

Tel qu'il est rédigé, le premier tiret du § 3 laisse à penser que le médecin n'informe le patient de son état de santé que lorsque celui-ci en est arrivé à une situation extrême d'un point de vue médical ou psychologique. Par sa formulation, l'amendement implique que le patient doit avoir été informé sur tous les aspects de son état de santé, bien avant sa situation actuelle, pour éviter que la demande d'euthanasie ne soit la conséquence d'un sentiment d'angoisse, d'incertitude ou d'abandon. L'information du patient est un droit du patient fondamental. L'amendement précise également que l'information doit avoir été donnée de manière «correcte», le médecin ne peut cacher la réalité des faits, ce qui n'implique pas nécessairement qu'il doit tout dire au patient: le patient a le droit de refuser, à sa demande expresse, d'être informé et le médecin peut, exceptionnellement, taire certains renseignements lorsqu'il a de bonnes raisons de croire que ces informations causeraient un dommage grave au patient et que des effets positifs ne peuvent en être attendus. Le mot «adéquat» implique également que le patient doit être informé de la manière la plus appropriée en fonction de son état physique et mental.

Cet amendement rejoint l'article 33 du Code de déontologie médicale qui précise que le médecin communique à temps au patient le diagnostic et le pronostic. Ceci vaut également pour un pronostic grave, voire fatal. Lors de l'information, le médecin tient compte de l'aptitude du patient à la recevoir et de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite.

Étant donné que nous n'envisageons la possibilité de l'euthanasie que dans les cas de patients en fin de vie, l'information que le

informereren over de mogelijkheden inzake geestelijke en medische begeleiding. Aangezien de patiënt overeenkomstig de voorwaarden van artikel 3 in de stervensfase moet zijn en genezing is uitgesloten, zijn er geen therapeutische mogelijkheden meer, in tegenstelling tot wat gezegd wordt in § 3, 1<sup>o</sup>, van amendement nr. 14. Het lijkt ons ook niet gepast om te eisen dat de patiënt wordt geïnformeerd over zijn levensverwachting, aangezien hij zich in een stervensfase bevindt. De tekst van amendement nr. 14 haalt twee situaties door elkaar — de patiënt die zich in een stervensfase bevindt en de patiënt voor wie dat niet het geval is.

## Nr. 76 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

**In § 3 van dit artikel een nieuw 1<sup>o</sup> bis invoegen, luidende:**

*«1<sup>o</sup> bis zich ervan vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding en verzorging krijgt;»*

#### Verantwoording

Tijdens de hoorzittingen hebben verschillende sprekers erop gewezen hoe noodzakelijk het is dat de vraag van de patiënt «gehoord» wordt en «ontleed» wordt. Een euthanasieverzoek is vaak dubbelzinnig. Meestal wil de patiënt die vraagt om te sterven, niet echt sterven: hij vraagt om in leven te blijven en op een andere manier te leven. In vele gevallen vraagt de zieke hulp om beter of minder slecht te leven.

Uit de hoorzittingen is gebleken hoe belangrijk de rol is van de geneeskunde die is toegespitst op het verzachten van de pijn en van de palliatieve geneeskunde, in het voorkomen van euthanasieverzoeken. Het voorgestelde amendement nr. 14 houdt geen rekening met die dimensie. Er is overigens iets paradoxaals in het willen goedkeuren van een algemene wetgeving over euthanasie op een ogenblik dat de pijnbestrijding een enorme vooruitgang boekt (pijnklinieken, zie experimenten zowel in België als in het buitenland op dit gebied). Tijdens de hoorzittingen hebben de sprekers opgemerkt dat palliatieve zorg in de meeste gevallen het antwoord is op de vraag van patiënten om euthanasie. Daardoor kan pijn op doeltreffende manier verzacht worden en is er een passende geestelijke psychologische of spirituele begeleiding.

De arts heeft als eerste plicht ten opzichte van zijn patiënt, die patiënt moreel en medisch te helpen. Artikel 96 van de Code van de medische plichtenleer herinnert ons hieraan: «Wanneer het levenseinde van de patiënt nadert en hij nog in enige mate bewust is, moet de geneesheer hem moreel bijstaan en de middelen aanwenden die nodig zijn om zijn geestelijk en fysiek lijden te verzachten en hem waardig te laten sterven. Wanneer de patiënt definitief in een toestand van diepe bewusteloosheid verkeert, zal de geneesheer zich tot comfortzorgen beperken.»

Wanneer de arts met een euthanasieverzoek geconfronteerd wordt, moet hij dus met de patiënt een reële dialoog voeren en met het verplegend team en het palliatief team praten teneinde zich ervan te vergewissen dat de patiënt een optimale begeleiding en verzorging krijgt. Vaak beheerst de arts onvoldoende de pijnbestrijdingstechnieken of slaagt hij er niet in de patiënt de psychologische steun te bieden die zijn toestand vergt. In vele gevallen is het bijsturen van de verpleging en de begeleiding een antwoord op het verzoek van de patiënt. De raadpleging van het palliatief team

médecin fournit au patient ne concerne que les possibilités d'accompagnement moral et médical. Dès lors que le patient en fin de vie, selon les conditions de l'article 3, est dans un état incurable, il n'existe plus de possibilités thérapeutiques, comme il est dit au § 3, 1<sup>o</sup>. Quant à l'information concernant l'espérance de vie, cette exigence ne nous paraît pas opportune s'il s'agit d'un patient en fin de vie. Ce texte mélange les deux hypothèses — patient en fin de vie et patient qui n'est pas en fin de vie.

## N<sup>o</sup> 76 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

**Compléter le § 3 de l'article 3 proposé, par un 1<sup>o</sup> bis (nouveau), rédigé comme suit:**

*«1<sup>o</sup> bis s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux;»*

#### Justification

Lors des auditions, plusieurs intervenants ont souligné la nécessité d'«entendre» la demande du patient et de la «décoder». Une demande d'euthanasie est souvent ambiguë. La plupart du temps, en demandant la mort, le patient ne demande pas de mourir: il demande de rester en vie, mais de vivre autrement. C'est, dans beaucoup de cas, un appel à l'aide venant du malade pour vivre mieux ou moins mal.

Les auditions ont montré la place essentielle qu'occupent la médecine, axée sur le soulagement de la douleur, et la médecine palliative dans la prévention des demandes d'euthanasie. L'amendement n<sup>o</sup> 14 proposé ne rend pas compte de cette dimension. Il y a d'ailleurs un aspect paradoxal dans l'attitude qui consiste à vouloir adopter une législation générale sur l'euthanasie à un moment où, enfin, on assiste à d'énormes progrès sur le soulagement de la douleur (cliniques de la douleur, cf. expériences tant en Belgique qu'à l'étranger en la matière). Lors des auditions, les intervenants ont précisé que les soins palliatifs, dans la grande majorité des cas, apportent une réponse aux demandes d'euthanasie formulées par les patients, en soulageant la douleur de manière adéquate et en fournissant un accompagnement moral, psychologique ou spirituel adéquat.

La première obligation du médecin à l'égard de son patient est une obligation d'assistance morale et médicale. C'est l'article 96 du Code de déontologie qui nous le rappelle: «lorsqu'un malade se trouve dans la phase terminale de sa vie, tout en ayant gardé un certain état de conscience, le médecin lui doit toute assistance morale et médicale pour soulager ses souffrances morales et physiques et préserver sa dignité. Lorsque le malade est définitivement inconscient, le médecin se limite à ne prodiguer que des soins de confort.»

Face à une demande d'euthanasie, il est donc impératif que le médecin noue un réel dialogue avec le patient et s'entretienne avec l'équipe soignante et l'équipe palliative, afin de s'assurer que le patient bénéficie d'un accompagnement et de soins optimaux. Bien souvent, le médecin ne maîtrise pas suffisamment les techniques de contrôle de la douleur ou ne parvient pas à donner au patient le soutien psychologique que son état requiert. Dans beaucoup de cas, un rééquilibrage des soins et de l'accompagnement répond à la demande du patient. La consultation de l'équipe

of van een persoon die gespecialiseerd is in pijnbestrijding, zou dus moeten worden verplicht gesteld wanneer een euthanasieverzoek geformuleerd wordt.

Het helpen sterven van de patiënt die in de stervensfase verkeert, mag slechts het allerlaatste middel zijn en in geen geval mag het ontbreken van de dialoog of onvoldoende kennis van behandelingen die zijn toegespitst op pijnbestrijding of nog een gebrek aan psychologische begeleiding een dergelijke handeling verantwoordelijk maken.

Deze voorwaarde moet worden ingevoegd vóór de voorwaarde in het 2°. Het is immers onaanvaardbaar dat men zich vergewist van de aanhoudende pijn van de patiënt zonder eerst geprobeerd te hebben die pijn te verzachten. In dat geval zou men overigens de arts er kunnen van beschuldigen dat hij zijn patiënt in de steek laat.

## Nr. 77 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

#### In § 3 van dit artikel het 2° vervangen als volgt :

« 2° door middel van herhaalde gesprekken met de patiënt die, rekening houdend met de ontwikkeling van diens gezondheidstoestand, over een redelijke periode worden gespreid en door het raadplegen van de in deze paragraaf bedoelde personen zich ervan vergewissen dat is voldaan aan alle in § 1 bedoelde voorwaarden; »

#### Verantwoording

De arts moet zich ervan vergewissen of aan alle voorwaarden bedoeld in § 1 van artikel 3 voldaan is. Die voorwaarden hebben betrekking zowel op de patiënt (graad van bewustzijn, reële en persoonlijke vastberadenheid) als op het verzoek van de patiënt (uitdrukkelijk, vrijwillig, ondubbelzinnig, weloverwogen, herhaald en duurzaam) en op de gezondheidstoestand van de patiënt (ongeneeslijke aard van zijn ziekte, ondraaglijke pijn die niet gelengd kan worden, overlijden te verwachten binnen afzienbare tijd) alsmede op het feit dat euthanasie het enige alternatief is om de pijn van de patiënt te lenigen.

De arts vergewist er zich van of deze gegevens voorhanden zijn door herhaaldelijk met de patiënt te praten, maar ook door andere personen te raadplegen, namelijk tenminste een andere arts, het verplegend team en het palliatief team, alsmede andere personen of andere organen die kunnen bijdragen tot het nemen van een duidelijke beslissing. Ook een gesprek met de naasten kan de arts duidelijkheid verschaffen over de aard van het verzoek van de patiënt (bijvoorbeeld wanneer de naasten druk hebben uitgeoefend).

Het woord «nood», dat gebruikt wordt in wetsvoorstel nr. 2-244 van de heer Mahoux c.s., los van elke verwijzing naar fysiek lijden («of»), is bijzonder gevaarlijk. De inhoud van dit begrip is overigens niet duidelijk, waardoor de controle erop onmogelijk wordt. Het maakt de werkingssfeer van deze wet veel te ruim. Verschillende sprekers hebben erop gewezen dat de ondraaglijke wanhoop die ongeneeslijk zieke patiënten kan treffen, een existentieel probleem is dat euthanasie niet kan rechtvaardigen maar, volgens sommigen, eventueel wel hulp bij zelfdoding. De gevol-

palliatieve ou d'une personne spécialisée dans le soulagement de la douleur devrait donc être rendue obligatoire lorsqu'une demande d'euthanasie est formulée.

Donner la mort au patient en fin de vie ne peut être que le recours ultime et en aucun cas, une absence de dialogue, une méconnaissance des traitements visant à soulager la souffrance ou un manque d'accompagnement psychologique ne peut justifier un tel acte.

Cette condition doit être insérée avant la condition 2°. Il est, en effet, inacceptable de «s'assurer de la persistance de la souffrance du patient», sans d'abord avoir essayé de tout faire pour soulager cette souffrance. Le médecin se rendrait d'ailleurs dans ce cas coupable d'abandon à l'égard de son patient.

## N° 77 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

#### Au § 3 de l'article 3 proposé, remplacer le 2° par ce qui suit :

« 2° s'assurer, à l'aide d'entretiens répétés avec le patient, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de sa maladie, et des avis des personnes consultées visées au présent paragraphe, de l'existence de l'ensemble des conditions visées au § 1<sup>er</sup>; »

#### Justification

Le médecin doit s'assurer de l'existence de l'ensemble des conditions visées au § 1<sup>er</sup> de l'article 3. Ces conditions ont trait aussi bien au patient (degré de conscience, détermination réelle et personnelle), qu'à la demande (expresse, volontaire, non équivoque, mûrement réfléchie, répétée et persistante), et qu'à l'état de santé du patient (caractère incurable de sa maladie, nature insupportable et insupportable de la souffrance, pronostic du décès à brève échéance), ainsi qu'au fait que l'euthanasie constitue la seule alternative pour soulager les souffrances du patient.

Le médecin s'assure de l'existence de ces éléments à l'aide d'entretiens répétés avec le patient, mais aussi à l'aide des avis émis par les personnes qu'il consultera, à savoir au moins un autre confrère, l'équipe soignante et l'équipe palliative, ainsi que tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision susceptible de l'éclairer. Les proches peuvent également éclairer le médecin sur la nature de la demande émise par le patient (demande émise, par exemple, sous la pression des proches).

Le mot «détresse» utilisé dans la proposition de loi n° 2-244 de M. Mahoux et consorts, indépendamment de toute souffrance physique («ou») est particulièrement dangereux. Le contenu de cette notion n'est d'ailleurs pas clair, ce qui rend son contrôle impossible. Il implique un champ d'application trop large de la législation. Plusieurs intervenants ont souligné que le désespoir insupportable, qui peut toucher les patients atteints d'une affection incurable, est un problème existentiel qui ne pourrait justifier une euthanasie, mais éventuellement, selon certains une assistance

gen van een dergelijke wetgeving zijn in de commissie niet besproken. Het zou onaanvaardbaar zijn om op die basis euthanasie toe te staan op patiënten die lijden aan een zware depressie of die permanent zelfmoordneigingen vertonen (zie verantwoording bij amendement nr. 73).

## Nr. 78 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

**In § 3 van dit artikel, het 3<sup>o</sup>, eerste lid, vervangen als volgt:**

*« 3<sup>o</sup> minstens een andere arts raadplegen die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.*

*De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij moet zich ervan vergewissen dat is voldaan aan alle in § 1 bedoelde voorwaarden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen ... »*

### Verantwoording

Omdat euthanasie een uitzonderlijk zwaarwichtige handeling is, moet de arts een aantal adviezen vragen die hem bij zijn beslissing kunnen helpen en met name het advies van:

- minstens één collega die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt;
- het verplegend team en het palliatief team;
- elke derde of elke cel die hem bij zijn beslissing kan helpen;
- de naasten (behalve als de patiënt zich daartegen verzet) en alle personen die door de patiënt worden aangewezen.

Het vereiste advies van minstens één collega staat ook in artikel 97 van de Code van geneeskundige plichtenleer, dat gaat over beslissingen aangaande het op gang brengen of beëindigen van behandelingen van patiënten in de laatste levensfase.

De geraadpleegde arts moet vaststellen dat alle in § 1 opgesomde voorwaarden verenigd zijn met betrekking tot de patiënt zelf (graad van bewustzijn), tot het verzoek van de patiënt en alle aspecten ervan (ondubbelzinnig, uitdrukkelijk, duurzaam), en tot de gezondheidstoestand van de patiënt (ongeneeslijke ziekte, ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden, prognose van overlijden binnen afzienbare tijd).

Deze voorwaarde moet soepel beoordeeld worden en de geraadpleegde arts moet in de eerste plaats meedelen wat tot zijn medische bevoegdheid behoort (gezondheidstoestand van de patiënt en aard van zijn lijden). Als hij over bepaalde elementen geen vaststellingen kan doen, moet hij dat ook vermelden.

au suicide. Les implications d'une telle législation n'ont pas été débattues en commission. Il serait inadmissible d'admettre sur cette base l'euthanasie de patients souffrant de dépression profonde ou de tendances suicidaires persistantes (voir justification sous amendement n° 73).

## N° 78 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

**Au § 3 de l'article 3 proposé, remplacer le 3<sup>o</sup>, alinéa premier, par ce qui suit:**

*« 3<sup>o</sup> consulter au moins un autre médecin spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient, en précisant les raisons de la consultation.*

*Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il s'assure de l'existence de l'ensemble des conditions visées au § 1<sup>er</sup> et rédige un rapport concernant ses constatations. »*

### Justification

Vu l'exceptionnelle gravité de l'acte d'euthanasie, le médecin a l'obligation de recueillir un certain nombre d'avis de nature à éclairer sa décision et notamment l'avis:

- d'au moins un confrère spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient;
- de l'équipe soignante et de l'équipe palliative;
- de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision;
- des proches (sauf si le patient s'y oppose) et de toute personne désignée par le patient.

L'avis d'au moins un confrère correspond à ce que le Code de déontologie prescrit en son article 97, en ce qui concerne les décisions de mise en route ou d'arrêt de traitement à l'égard d'un patient en fin de vie.

Le médecin consulté doit constater l'existence de toutes les conditions énumérées au § 1<sup>er</sup>, liées au patient lui-même (degré de conscience), à la demande du patient dans tous ses aspects (non équivoque, expresse, persistante), et à l'état de santé du patient (caractère incurable de la maladie dont il souffre, nature inapaisable et insupportable de sa souffrance, pronostic relatif à l'échéance du décès).

Cette condition doit s'apprécier souplement, le médecin devant relater avant tout ce qui ressort de sa compétence médicale (état de santé du patient et nature de ses souffrances). S'il ne peut tirer aucune constatation quant à certains éléments, il doit le mentionner.

Nr. 79 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER  
THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

Art. 3

**In § 3 van dit artikel het 4<sup>o</sup> vervangen als volgt :**

« 4<sup>o</sup> over alle in § 1 bedoelde voorwaarden het advies inwinnen van het verplegend team en van het palliatief team, alsook van iedere derde of van iedere cel die bij de besluitvorming kan helpen; ».

Verantwoording

Omdat euthanasie een uitzonderlijk zwaarwichtige handeling is, moet de arts een aantal adviezen vragen die hem bij zijn beslissing kunnen helpen en met name het advies van:

- minstens één collegaz die gespecialiseerd is in de aandoening waaraan de patiënt lijdt;
- het verplegend team en het palliatief team;
- elke derde of elke cel die hem bij zijn beslissing kan helpen;
- de naasten (behalve als de patiënt zich daartegen verzet) en alle personen die door de patiënt worden aangewezen.

Die adviezen moeten betrekking hebben op alle eerder opgesomde voorwaarden die verband houden met de patiënt zelf (graad van bewustzijn), met het verzoek van de patiënt en alle aspecten ervan (ondubbelzinnig, uitdrukkelijk, duurzaam). Bovendien moet het gaan om een ongeneerslijke aandoening, om ondraaglijke pijn die niet kan worden gelenigd en moet er sprake zijn van een verwacht overlijden binnen afzienbare tijd.

Deze voorwaarde moet opnieuw soepel beoordeeld worden rekening houdend met de specifieke bekwaamheid van de geraadpleegde persoon. Vaak beheerst de arts onvoldoende de pijnbestrijdingstechnieken. Het advies van het verplegend team maar vooral van het palliatief team kan voor hem zeer nuttig zijn. Een euthanasieverzoek verraaft veel pijn. Men moet eerst pogen die pijn te verzachten alvorens het verzoek van de patiënt in overweging te nemen. Met de derde of de cel die bij de besluitvorming kan helpen, wordt onder meer (doch niet uitsluitend) het plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis bedoeld. De mening van een derde die geen betrokken partij is in de relatie met de patiënt, is bijzonder belangrijk in dergelijke omstandigheden. Hij kan voor de arts het ethisch aspect van het probleem verduidelijken. Het is belangrijk dat zoveel mogelijk collega's uit andere disciplines worden geraadpleegd. Dit bevordert de transparantie van de medische beslissingen die uiteindelijk onder de verantwoordelijkheid van de arts vallen. Er is geen gedeelde of «verwaterde» verantwoordelijkheid. Die multidisciplinaire aanpak maakt het ook mogelijk te voorkomen dat in het geheim euthanasie wordt gepleegd.

Omdat euthanasie een zwaarwichtige handeling is, heeft de arts in principe de plicht de naasten te raadplegen. Euthanasie is een zwaarwichtige handeling die bij de naasten sporen kan nalaten, zelfs lang na het overlijden. Die plicht om de naasten te raadplegen is belangrijk omdat het daardoor mogelijk wordt na te gaan of er eventueel druk wordt uitgeoefend op de patiënt en of de patiënt inderdaad zelf vastbesloten is dat zijn leven beëindigd moet worden. Tijdens de hoorzittingen is er immers op gewezen dat de meerderheid van de euthanasieverzoeken afkomstig zijn

N° 79 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

Art. 3

**Au § 3 de l'article 3 proposé, remplacer le 4<sup>o</sup> par ce qui suit :**

« 4<sup>o</sup> recueillir l'avis de l'équipe soignante et de l'équipe palliative, ainsi que de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision susceptible d'être utilement consultée, sur l'ensemble des conditions visées au § 1<sup>er</sup>. »

Justification

Vu l'exceptionnelle gravité de l'acte d'euthanasie, le médecin a l'obligation de recueillir un certain nombre d'avis de nature à éclairer sa décision et notamment l'avis:

- d'au moins un confrère spécialisé dans la pathologie dont souffre le patient;
- de l'équipe soignante et de l'équipe palliative;
- de tout tiers ou toute cellule d'aide à la décision;
- des proches (sauf si le patient s'y oppose) et de toute personne désignée par le patient.

Ces avis devront porter sur toutes les conditions énumérées plus haut liées au patient lui-même (degré de conscience) à la demande du patient dans tous ses aspects (non équivoque, expresse, persistante), au caractère incurable de la maladie dont il souffre, et à la nature inapaisable et insupportable de sa souffrance, ainsi qu'au pronostic relatif à l'échéance du décès.

De nouveau, cette condition doit s'apprécier souplement en tenant compte des compétences particulières de la personne consultée. Bien souvent, le médecin ne maîtrise pas suffisamment les techniques de contrôle de la douleur. C'est à ce niveau que l'avis de l'équipe soignante, mais surtout palliative, peut lui être très utile. La demande d'euthanasie traduit une souffrance. Il faut d'abord essayer de soulager cette souffrance, avant d'envisager de répondre à la demande du patient. Le tiers ou la cellule d'aide à la décision qui est visé renvoie notamment (mais pas exclusivement) au comité local d'éthique hospitalier. L'éclairage d'un tiers, qui n'est pas impliqué dans la relation avec le patient, est particulièrement important dans de telles situations. Il peut éclairer le médecin sur l'aspect éthique du problème. L'important c'est d'encourager la consultation collégiale pluridisciplinaire. Cette démarche assure la transparence des décisions médicales, qui restent de la responsabilité ultime du médecin. Il n'y a pas dilution ou partage de responsabilité. Elle permet également de prévenir les euthanasies clandestines.

Vu la gravité de l'acte d'euthanasie, le médecin a en principe l'obligation de consulter les proches. L'euthanasie est un acte grave, qui peut laisser de lourdes traces chez les proches, et cela encore longtemps après le décès. Cette obligation de consultation est importante dans la mesure où elle permettra de déceler les éventuelles pressions qui peuvent s'exercer sur le patient et ainsi de s'assurer de la détermination réelle et personnelle du patient à ce qu'il soit mis fin à sa vie. Lors des auditions, les intervenants nous ont, en effet, signalé que la majorité des demandes

van de naasten van de patiënt. Praten met de naasten betekent dus niet dat de arts hun mening of hun toestemming vraagt. Dit gesprek moet duidelijkheid verschaffen over de relatie tussen de patiënt en zijn naasten, moet de naasten helpen om hun leed of hun isolement te uiten en moet vooral overhaast optreden voorkomen.

Wil de patiënt niet met zijn naasten over zijn euthanasieverzoek praten, dan moet zijn wil worden gerespecteerd. Dat geldt ook wanneer hij over zijn verzoek wil praten met een andere door hem aangewezen persoon, zelfs al maakt die geen deel uit van zijn naaste familie.

#### Nr. 80 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

##### Art. 3

**In § 3 van dit artikel het 6<sup>o</sup> aanvullen met de woorden:** « *of die hem kunnen helpen.* »

##### Verantwoording

In amendement nr. 14 wordt de toestand beschreven van een patiënt die werkelijk bewust is en in staat is een uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, weloverwogen en duurzaam verzoek te formuleren. Dat is zuivere theorie. In de meeste gevallen is de patiënt misschien niet helemaal buiten bewustzijn maar bevindt hij zich minstens in een sluimertoestand. Het is voor een patiënt soms moeilijk zijn wensen duidelijk te kennen te geven. De arts heeft de plicht hem de hulp van een derde voor te stellen als hij oprecht van mening is dat deze persoon de patiënt (bij voorbeeld psychologische) bijstand kan verlenen.

#### Nr. 81 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

##### Art. 3

**Paragraaf 4 van dit artikel doen vervallen.**

##### Verantwoording

Deze paragraaf voert een bijkomende procedurele voorwaarde met betrekking tot de euthanasie van personen die niet in een sterfensfase verkeren. De indieners van het amendement hebben immers een duidelijke bedoeling: het criterium « medisch uitzichtloze situatie », zorgt er samen met het criterium « aanhoudende en ondraaglijke pijn of nood die niet gelenigd kan worden, en die het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening », voor dat patiënten die lijden aan ongeneeslijke ziekten onder deze wet vallen, ook al bevinden ze zich niet in de zogenaamde « terminale » fase van de ziekte. Het criterium « ernst van de aandoening » is immers geen drempel; het verliest elke betekenis aangezien het voorstel volledig de klemtoon legt op het subjectieve beeld dat een persoon kan hebben van zijn toestand (het gevoel van nood volstaat). Welke ziekten of handicaps zullen als ernstig beschouwd worden en wie zal zich daar-

d'euthanasie émanaient des proches du patient. S'entretenir avec les proches ne signifie donc pas pour le médecin requérir leur opinion ou leur assentiment sur cette demande. Cet entretien permettra surtout de mettre à jour les relations entre le patient et ses proches, d'aider les proches à exprimer leur souffrance ou leur isolement, et surtout de prévenir des actes trop rapides.

La volonté du patient de ne pas s'entretenir de sa demande avec ses proches doit toutefois être respectée, de même sa volonté de s'entretenir de sa demande avec toute personne qu'il souhaite, même ne faisant pas partie de sa famille proche.

#### N<sup>o</sup> 80 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

##### Art. 3

**Au § 3 de l'article 3 proposé, au 6<sup>o</sup>, insérer, après le mot « rencontrer », les mots « ou susceptibles de l'aider. »**

##### Justification

La situation décrite par l'amendement n<sup>o</sup> 14 d'un patient réellement conscient et en état d'exprimer une demande expresse, univoque, mûrement réfléchie, persistante est un « cas d'école ». La plupart du temps, le patient est sinon inconscient, du moins dans un état que l'on pourrait qualifier de « crépusculaire ». Il est parfois difficile pour un patient d'exprimer clairement ses souhaits. Il est du devoir du médecin de lui proposer l'aide de tiers qu'il estime, en conscience, susceptible de l'aider (psychologue par exemple).

#### N<sup>o</sup> 81 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n<sup>o</sup> 14 de M. Mahoux et consorts)

##### Art. 3

**Supprimer le § 4 de l'article 3 proposé.**

##### Justification

Ce paragraphe instaure une condition de procédure supplémentaire en ce qui concerne l'euthanasie des personnes qui ne sont pas en fin de vie. En effet, l'intention des auteurs de l'amendement est claire: le critère de « situation médicale sans issue », cumulé avec le critère de « souffrance ou détresse » constante et insupportable qui ne peut être apaisée, résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable, signifie donc, en définitive que tous les patients atteints de maladies incurables sont visés, même s'ils ne se trouvent pas dans la phase dite « terminale » de la maladie. Le critère de « gravité » n'est, en effet, pas une balise; il est vidé de tout sens dès lors que la proposition met totalement l'accent sur le sentiment subjectif que peut avoir la personne de son état (le sentiment de détresse suffit). Quelles maladies ou handicaps seront considérés comme graves et par qui le seront-ils si ce n'est par le patient lui-même? Sont visées aussi bien les

over uitspreken tenzij de patiënt zelf? De omschrijving is van toepassing op personen die vanaf hun geboorte of ten gevolge van een ongeval aan een fysieke handicap lijden (bijvoorbeeld een motorische handicap aan de benen), op personen die aan een ernstige (?) maar niet-dodelijke ziekte lijden (mucoviscidose, diabetes, blindheid, multiple sclerose, spierziekten, hartziekten, ziekte van Alzheimer, ...) en zelfs geestelijk gehandicapten, voor zover zij niet handelingsonbekwaam verklaard zijn en hun verzoek aan de wettelijke voorwaarden voldoet (uitdrukkelijk, ondubbelzinnig, duurzaam, ... verzoek), of personen die in een blijvende noodtoestand verkeren, bij voorbeeld chronisch depressieven, of mensen die permanent zelfmoordneigingen hebben en willen sterven.

Weliswaar is voor het euthanasiëren van personen die kennelijk niet op korte termijn zullen overlijden, voorzien in een procedure van verplichte consultatie van een tweede arts, namelijk een psychiater of een specialist in de betrokken pathologie. Maar dat lijkt ons geen voldoende waarborg. Spreken over een «medisch uitzichtloze toestand» heeft bovendien nog minder zin voor zieken die zich niet in een stervensfase bevinden dan voor zieken die wel in die toestand verkeren. Wie kan zeggen of een medische situatie werkelijk uitzichtloos is als de persoon in kwestie nog een goede levenskans heeft?

Volgens ons is euthanasie op personen die niet in een stervensfase verkeren, een heel ander probleem. In de buitenlandse medische literatuur is dat onderscheid altijd al gemaakt. Het is volgens ons dus niet wenselijk om de euthanasie op patiënten in een stervensfase in eenzelfde wet onder te brengen als hulp bij zelfdoding. De commissiebesprekingen en de hoorzittingen waren hoofdzakelijk gewijd aan euthanasie en de bezinning over hulp bij zelfdoding is nog lang niet afgerond. Tijdens de hoorzittingen is erop gewezen dat de wetgeving betreffende euthanasie en *a fortiori* betreffende hulp bij zelfdoding er juist komt op een ogenblik dat in onze maatschappij steeds meer zelfmoorden voorkomen. Heeft de samenleving voor deze kwetsbare personen, die moeten leven met een ziekte of de gevolgen van een ongeval, echt geen ander antwoord dan hen gelijk te geven als ze willen sterven omdat zij zich nutteloos voelen? De wetgeving hierover zal in elk geval rekening moeten houden met de plicht van artsen om steeds te proberen het leven te redden van een patiënt die buiten bewustzijn is ten gevolge van een zelfmoordpoging [zie bijvoorbeeld de verklaring van de rechten van de patiënt van Lissabon (AMM, 1995)].

## Nr. 82 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

### Art. 3

#### Paragraaf 5 van dit artikel vervangen als volgt:

«§ 5. De informatie betreffende de gestelde diagnose, de wensen van de patiënt, het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), het advies van de verschillende personen die worden geraadpleegd, alle stappen die worden ondernomen, met inbegrip van de verzorging en de behandelingen die worden voorgesteld en hun resultaat, de beslissingen die worden genomen, met inbegrip van de verzorging en de behandelingen die worden voorgeschreven, alsook de geneesmiddelen of verdovende middelen die worden

personen qui, de naissance ou suite à un accident, souffrent d'un handicap physique (exemple: handicap moteur aux jambes), que les personnes atteintes d'une maladie grave (?) non mortelle (mucoviscidose, diabète, cécité, sclérose en plaques, maladies musculaires, maladies cardiaques, maladie d'Alzheimer, ...) et même les personnes souffrant d'un handicap mental, dans la mesure où la personne n'a pas été déclarée incapable juridiquement et que sa demande répond aux conditions de la loi (demande expresse, non équivoque, persistante, ...) ou encore les personnes dans un état de détresse persistante à savoir le dépressif chronique, les personnes qui ont des tendances suicidaires permanentes et demandent à mourir.

Il est vrai qu'une procédure de consultation obligatoire d'un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, est prévue en ce qui concerne l'euthanasie des personnes dont le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance. Mais cela ne nous semble pas une garantie suffisante. Parler d'une «situation médicale sans issue» est, en outre, encore plus vide de sens pour les malades qui ne sont pas en fin de vie, que pour les malades qui le sont. Qui peut dire si une situation médicale est réellement sans issue, lorsqu'une personne a encore une espérance de vie importante?

Il nous paraît donc que l'euthanasie de personnes qui ne se trouvent pas en phase terminale est un tout autre problème que celui de l'euthanasie. Dans toute la littérature médicale étrangère, cette distinction est toujours présente. Il nous paraît donc inadéquat de mettre dans la même législation l'euthanasie des patients en phase terminale et le suicide assisté. Les débats en commission et les auditions n'ont porté essentiellement que sur l'euthanasie et la réflexion sur le suicide assisté est loin d'être achevée. Le lien entre une légalisation de l'euthanasie et *a fortiori* du suicide assisté avec l'émergence d'un courant suicidogène dans la société a aussi été évoqué lors des auditions. La société n'a-t-elle vraiment aucune autre réponse à donner aux personnes fragilisées, accidentées ou malades que de leur dire qu'elles ont raison de vouloir mourir parce qu'elles se sentent inutiles? Il faut aussi concilier toute législation à ce sujet avec l'obligation des médecins de toujours essayer de sauver la vie du patient inconscient à la suite d'une tentative de suicide (*cf.* par exemple la *Déclaration sur les droits du patient de Lisbonne* (AMM, 1995)).

## N° 82 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

### Art. 3

#### Remplacer le § 5 de l'article 3 proposé par ce qui suit:

«§ 5. Les informations concernant le diagnostic posé, les souhaits du patient, le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s) et les avis des différentes personnes consultées, l'ensemble des démarches entreprises en ce compris les soins et les traitements proposés et leurs résultats, les décisions prises en ce compris les soins et les traitements prescrits, ainsi que les médicaments ou drogues administrées, sont consignées au jour le jour dans le dossier médical du patient. Les mentions sont signées par le médecin en



*toegediend, worden dagelijks opgetekend in het medisch dossier van de patiënt. De vermeldingen worden ondertekend door de arts die de patiënt behandelt en door een ander lid van het verplegend team dat de patiënt begeleidt.»*

## Verantwoording

Dit artikel legt de verplichting op een gedetailleerd medisch dossier bij te houden, waaruit blijkt dat de arts de wettelijke bepaalde voorwaarden en procedures nageleefd heeft, niet alleen in het geval van euthanasie maar ook voor alle beslissingen die verband houden met het levenseinde (stopzetting, niet-uitvoering van een behandeling, ...). In dat dossier moet verder melding worden gemaakt van de gegevens op grond waarvan de arts in het geval van euthanasie heeft kunnen beoordelen of het al dan niet om een noodtoestand gaat. Ook de wensen van de patiënt en de verslagen of adviezen van de verschillende geraadpleegde personen worden in dit dossier opgenomen.

## Nr. 83 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

## Art. 3

**Dit artikel aanvullen met een nieuwe § 6, luidende :**

*« § 6. Met geldboete van 1 000 frank tot 100 000 frank wordt gestraft de arts die de bepalingen van artikel 3, § 5, en van artikel 5 overtreedt. »*

## Verantwoording

Dit artikel voorziet in specifieke sancties voor de arts die zich niet houdt aan de verplichtingen bedoeld in § 5, namelijk het bijhouden van een gedetailleerd medisch dossier, of voor de arts die euthanasie toegepast heeft en zich niet gehouden heeft aan de verplichting tot het opstellen van een verslag ter attentie van de erkende arts.

## Nr. 84 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN

## Art. 7bis (nieuw)

**Een nieuw artikel 7bis invoegen, luidende :**

*« Art. 7bis. — De verzorgingsinstellingen moeten vanuit een multidisciplinaire benadering protocollen opstellen over de behandeling van patiënten die in een stervensfase verkeren. Er moet eveneens worden gezorgd voor de psychologische begeleiding van de familieleden en de verpleegkundigen. »*

## Verantwoording

Dit artikel zet de verzorgingsinstellingen ertoe aan multidisciplinaire protocollen op te stellen over de behandeling van patiën-

*charge du patient et un autre membre de l'équipe soignante qui entoure le patient.»*

## Justification

Cet article impose la tenue d'un dossier médical détaillé, dont il ressort que le médecin a respecté les conditions et procédures prévues par la loi (non seulement dans le cas d'une euthanasie mais de toute décision liée à la fin de vie (arrêt, abstention de traitement, ...), et qui mentionne les éléments qui ont permis au médecin d'apprécier l'existence d'un état de nécessité dans le cas d'une euthanasie. Ce dossier contient également les souhaits du patient, ainsi que les rapports ou les avis des différentes personnes consultées.

## N° 83 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

## Art. 3

**Compléter l'article 3 proposé par un § 6 nouveau, rédigé comme suit :**

*« § 6. Est puni d'une amende de 1 000 francs à 100 000 francs, le médecin qui contrevient aux dispositions de l'article 3, § 5, et de l'article 5. »*

## Justification

Cet article prévoit des sanctions spécifiques à l'égard du médecin qui ne respecterait pas les obligations visées au § 5, à savoir la tenue d'un dossier médical détaillé, ainsi que l'obligation pour le médecin qui a pratiqué une euthanasie d'adresser un rapport à un médecin de référence.

## N° 84 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN

## Art. 7bis (nouveau)

**Insérer un article 7bis nouveau, rédigé comme suit :**

*« Art. 7bis. — Les établissements de soins doivent rédiger, dans une approche multidisciplinaire, des protocoles de prise en charge des patients en fin de vie. L'accompagnement psychologique des familles et des soignants doit également être assuré. »*

## Justification

Cet article encourage les établissements de soins à rédiger des protocoles multidisciplinaires de prise en charge des patients en

ten die in een stervensfase verkeren. Deze protocollen moeten rekening houden met de psychologische begeleiding van de familieleden en de verpleegkundigen. Dit artikel (dat niet voorkwam in het aanvankelijke voorstel 2-151) voldoet aan de verwachtingen van een aantal mensen uit het ziekenhuiswezen. In sommige instellingen bestaan dergelijke protocollen reeds. Daardoor is het mogelijk meer vat te krijgen op een situatie wanneer deze zich voordoet. De protocollen moeten bepalen hoe het verplegend personeel begeleid wordt: vele sprekers hebben immers gewezen op het tijdgebrek waarmee het verplegend personeel te kampen heeft, het gebrek aan personeel in de ziekenhuizen, de eenzaamheid en de pijn die de verpleegkundigen zelf ervaren. Ook de begeleiding van de familieleden is zeer belangrijk. Uit de hoorzittingen is immers gebleken dat de meerderheid van de euthanasieverzoekers afkomstig zijn van naaste familieleden of vrienden die uitgeput zijn of een al te pijnlijke situatie niet meer aankunnen. Er zij opgemerkt dat de begeleiding van de naaste familie een dimensie vormt van de palliatieve zorg. De indieners van het amendement wensen dat de palliatieve zorg snel uitbreiding neemt in alle verzorgingsinstellingen, bejaardentehuizen, thuisverzorgingsdiensten ... en toegankelijk zijn voor alle patiënten.

**Nr. 85 VAN MEVROUW NYSSSENS EN DE HEER THISSEN**

**Art. 5**

**Dit artikel vervangen als volgt :**

«Art. 5. — *De arts die in het kader van artikel 3 is ingegaan op het verzoek van een patiënt, zendt binnen 24 uur na het overlijden een verslag aan een erkende arts, waarin de in artikel 3, § 5, bedoelde informatie wordt vermeld. Deze erkende arts, gekozen uit de lijst van de geneesheren, specialist in de gerechtelijke geneeskunde bij de hoven en de rechtbanken, geeft een verklaring af met vermelding van de doodsoorzaak ten behoeve van de ambtenaar van de burgerlijke stand die de overlijdensakte moet opstellen.*»

**Verantwoording**

Op basis van het medisch dossier bedoeld in artikel 3, zendt de arts die heeft besloten in te gaan op een euthanasieverzoek, binnen 24 uur na het overlijden een verslag aan een erkende arts. Deze erkende artsen moeten de verklaringen opstellen die moeten worden afgegeven aan de ambtenaar van de burgerlijke stand teneinde de teraardebestelling mogelijk te maken volgens de procedure van de artikelen 77 en volgende van het Burgerlijk Wetboek. Zoals gebruikelijk brengt de ambtenaar van de burgerlijke stand de procureur des Konings op de hoogte in geval van verdacht overlijden. Er is geen sprake van automatische mededeling aan de procureur des Konings.

**Nr. 86 VAN MEVROUW NYSSSENS C.S.**

**Hoofdstuk VI**

**Het opschrift van dit artikel vervangen als volgt :**

«*Hoofdstuk VI — Slotbepalingen*».

fin de vie. Ces protocoles devront tenir compte de l'accompagnement psychologique des familles et des soignants. Cet article (qui ne figurait pas dans la proposition initiale 2-151) répond aux attentes de certains intervenants. Dans certains établissements, ces protocoles existent déjà. Ils permettent de mieux appréhender une situation lorsqu'elle se présente. Ces protocoles devraient prévoir l'accompagnement du personnel soignant: beaucoup d'intervenants ont souligné, en effet, le manque de temps du personnel soignant, le manque d'effectif dans les hôpitaux, la solitude et la souffrance des soignants eux-mêmes. L'accompagnement des familles est également très important. Les auditions ont, en effet, montré que la majorité des demandes d'euthanasie émanent des proches, épuisés ou incapables de faire face à une situation trop douloureuse. Il faut noter que les soins palliatifs prennent en compte la dimension accompagnement des proches. Le souhait des auteurs de l'amendement est que ces soins se développent rapidement dans tous les établissements de soins, les institutions pour personnes âgées, au domicile ... et soient accessibles à tout patient.

**N° 85 DE MME NYSSSENS ET M. THISSEN**

**Art. 5**

**Remplacer cet article par ce qui suit :**

«Art. 5 — *Le médecin qui accepte de donner suite à la demande d'un patient dans le cadre de l'article 3, adresse un rapport dans les 24 heures du décès à un médecin de référence, reprenant les informations visées à l'article 3, § 5. Ce médecin de référence, choisi dans la liste des médecins experts en médecine légale près les cours et tribunaux, rédige un certificat mentionnant la cause du décès à l'attention de l'officier de l'état civil chargé d'établir l'acte de décès.*»

**Justification**

Sur base du dossier médical visé à l'article 3, le médecin qui a accepté de donner suite à une demande d'euthanasie adresse un rapport à un médecin de référence dans les 24 heures du décès. Ces médecins de référence ont pour mission de rédiger les certificats destinés à être délivrés à l'officier de l'état civil en vue de permettre l'inhumation selon la procédure prévue aux articles 77 et suivants du Code civil. Conformément à la pratique, l'officier de l'état civil, en cas de mort suspecte, en avise directement le procureur du Roi. Il n'y a donc pas de communication automatique au procureur du Roi.

Clotilde NYSSSENS.  
René THISSEN.

**N° 86 DE MME NYSSSENS ET CONSORTS**

**Chapitre VI**

**Remplacer l'intitulé de ce chapitre par ce qui suit :**

«*Chapitre VI — Dispositions finales*».

## Nr. 87 VAN MEVROUW NYSSSENS C.S.

## Art. 8

**Dit artikel vervangen als volgt :**

« Art. 8. — *Deze wet is van kracht voor een periode van drie jaar vanaf haar inwerkingtreding.*

*Tijdens de zes maanden die het verstrijken van deze periode voorafgaan, leggen de ministers die bevoegd zijn voor de Justitie en de Volksgezondheid, aan het Parlement een verslag voor over de toepassing van deze wet. »*

## Verantwoording

Dit artikel is niet gewijzigd ten opzichte van het oorspronkelijke voorstel van de indiener (Stuk Senaat, nr. 2-151). Gezien de delicate materie en de moeilijke omzetting in het juridisch instrumentarium dient, overeenkomstig het advies van bepaalde artsen, voor deze wet een proefperiode te worden vastgesteld. Daarom bepaalt de tekst dat deze wet slechts voor een beperkte periode van drie jaar van kracht is.

Tijdens de zes maanden die het verstrijken van deze periode voorafgaan, moet de wetgever op basis van het verslag van de ministers van Justitie en Volksgezondheid de nodige lessen trekken uit de praktijk.

## Nr. 88 VAN MEVROUW NYSSSENS C.S.

## Art. 9

**Dit artikel doen vervallen.**

## Verantwoording

Zie amendement nr. 87.

## Nr. 89 VAN MEVROUW NYSSSENS C.S.

## Art. 10

**Dit artikel doen vervallen.**

## Verantwoording

Zie amendement nr. 87.

## N° 87 DE MME NYSSSENS ET CONSORTS

## Art. 8

**Remplacer cet article par ce qui suit :**

« Art. 8. — *La présente loi est applicable pour une période de trois ans à partir de son entrée en vigueur.*

*Dans les six mois qui précèdent l'expiration de cette période, les ministres ayant la Justice et la Santé publique dans leurs attributions présentent au Parlement un rapport sur l'application de la présente loi. »*

## Justification

Cet article reste inchangé par rapport à la proposition initiale des auteurs (doc. Sénat, n° 2-151). Étant donné la sensibilité de la problématique et la complexité de sa traduction dans notre arsenal juridique, il convient, conformément à l'avis de certains médecins, de prévoir une période probatoire pour le texte de loi. À cet effet, le texte prévoit que la loi ne sera applicable que pour une période limitée de trois ans.

Dans les six mois qui précèdent l'expiration de cette période, il appartiendra au législateur, sur la base d'un rapport établi par les ministres de la Justice et de la Santé publique, de tirer les enseignements qui s'imposent.

## N° 88 DE MME NYSSSENS ET CONSORTS

## Art. 9

**Supprimer cet article.**

## Justification

Voir amendement n° 87.

## N° 89 DE MME NYSSSENS ET CONSORTS

## Art. 10

**Supprimer cet article.**

## Justification

Voir amendement n° 87.

Clotilde NYSSSENS.  
Magdeleine WILLAME-BOONEN.  
René THISSEN.  
Georges DALLEMAGNE.  
Michel BARBEAUX.

## Nr. 90 VAN DE HEER VANDENBERGHE C.S.

(Subamendement op subsidiair amendement nr. 62 van mevrouw de T' Serclaes)

## Art. 2

**In het voorgestelde artikel 2 het woord «bewust» vervangen door het woord «opzettelijk».**

## Verantwoording

Er dient duidelijk gemaakt te worden dat euthanasie een intentionele, opzettelijke handeling betreft.

## Nr. 91 VAN DE HEER VANDENBERGHE C.S.

## Art. 2

**Dit artikel vervangen als volgt :**

«Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijke levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt.»

## Nr. 92 VAN DE HEER VANDENBERGHE C.S.

## Art. 2

**Dit artikel vervangen als volgt :**

«Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijke levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt, gelet op de ondraaglijke en onbehandelbare pijn waaraan de patiënt lijdt en de medisch uitzichtloze terminale situatie waarin hij zich bevindt.»

Hugo VANDENBERGHE.  
Ingrid van KESSEL.  
Mia DE SCHAMPHELAERE.

## Nr. 93 VAN DE HEER GALAND

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

## Art. 3

**In de aanhef van § 1 van dit artikel, de woorden «De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer ...» vervangen door de woorden «Een arts kan ingaan op een euthanasieverzoek wanneer ...».**

## N° 90 DE M. VANDENBERGHE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement subsidiaire n° 62 de Mme de T' Serclaes)

## Art. 2

**À l'article 2 proposé, remplacer le mot «délibérément» par le mot «intentionnellement».**

## Justification

Il y a lieu de préciser que l'euthanasie est un acte intentionnel.

## N° 91 DE M. VANDENBERGHE ET CONSORTS

## Art. 2

**Remplacer cet article comme suit :**

«Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte pratiqué par un médecin, consistant à mettre fin intentionnellement à la vie du patient à la demande de celui-ci.»

## N° 92 DE M. VANDENBERGHE ET CONSORTS

## Art. 2

**Remplacer cet article comme suit :**

«Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte pratiqué par un médecin, consistant à mettre fin intentionnellement à la vie du patient à la demande de celui-ci, compte tenu de la douleur intolérable et impossible à traiter dont souffre le patient et du caractère terminal de la situation médicalement sans issue dans laquelle il se trouve.»

## N° 93 DE M. GALAND

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

## Art. 3

**Au § 1<sup>er</sup>, de l'article 3 proposé, remplacer les mots «Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction» par les mots «Tout médecin peut répondre à une demande d'euthanasie».**

## Verantwoording

De bepaling dat de arts geen misdrijf pleegt wanneer hij euthanasie toepast op de wijze en onder de voorwaarden bepaald in de wet, is overbodig. Er is immers geen misdaad of wanbedrijf wanneer de wet een bepaalde handeling toestaat (artikel 70 van het Strafwetboek).

Nr. 94 VAN DE HEER VANDENBERGHE C.S.

Hoofdstuk *I*ter (nieuw)**Een nieuw hoofdstuk *I*ter invoegen, luidende :**

« *Hoofdstuk *I*ter. — Beschermingsvoorwaarden in geval van pijnbestrijding en staken of nalaten van een medische handeling*

*Art. 2ter. — In geval van een beslissing tot staken of nalaten van een medische behandeling, of wanneer een therapie wordt afgebouwd of wanneer een naar huidig medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensverkortend gevolg wordt toegepast, kunnen deze beslissingen slechts genomen worden in overeenstemming met de huidige medische inzichten, de medische deontologie, alsook met de eerbiediging van de rechten van de patiënt.*

*Uit het medisch dossier van de overledene moet blijken dat :*

*1° de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissing, en ermee instemde;*

*2° ingeval de patiënt niet in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts was geraadpleegd;*

*3° de door de patiënt zelf aangewezen vertrouwenspersoon of naaste familie, zo mogelijk, op de hoogte worden gebracht van de voorgenomen beslissingen en de gelegenheid hadden gekregen hun mening te kennen te geven.*

*Artikel 76bis, vierde lid, van het Burgerlijk Wetboek is van toepassing. »*

## Verantwoording

Voorstel drie van het Raadgevend Comité voor bio-ethiek trekt bij het debat over euthanasie niet vanuit het strafrechtelijk discours, maar volgt de weg van het mensenrechtendiscours, meer bepaald « het recht op een menswaardig levenseinde », een sociaal grondrecht dat kan afgeleid worden uit artikel 23 van de Grondwet.

Ook uit de hoorzittingen bleek dat euthanasie slechts het « topje van de ijsberg » is, en werd gewezen op de complexiteit van de vele medische handelingen bij het levenseinde en het menswaardig sterven. Er werd vastgesteld dat de gezondheidszorg bij het naderend levenseinde vaak ook minder « humane » kanten vertoonde :

## Justification

La précision, selon laquelle le médecin qui pratique une euthanasie dans les formes et conditions légales ne commet pas une infraction, est inutile. Dès lors qu'il existe une permission de la loi, il ne saurait y avoir ni crime ni délit (article 70 du Code pénal).

Paul GALAND.

N° 94 DE M. VANDENBERGHE ET CONSORTS

Chapitre premier *ter* (nouveau)**Insérer un chapitre premier *ter* (nouveau), libellé comme suit :**

« *Chapitre premier *ter*. — Des conditions de protection en cas de traitement analgésique et d'arrêt ou d'abstention d'un traitement médical*

*Art. 2ter. — La décision d'arrêter ou de s'abstenir d'appliquer un traitement médical, d'arrêter progressivement une thérapie ou encore d'appliquer un traitement analgésique justifié du point de vue de l'état actuel du savoir médical et ayant pour effet d'abrèger la vie, ne peut être prise qu'à la condition d'être conforme à l'état actuel des connaissances médicales et à la déontologie médicale et de respecter les droits du patient.*

*Le dossier médical de la personne décédée doit faire ressortir que :*

*1° le patient a été informé de la décision envisagée et y a donné son assentiment;*

*2° un confrère médecin au moins a été consulté dans le cas où le patient n'était pas en état d'exprimer sa volonté;*

*3° la personne de confiance, désignée par le patient même, ou sa famille proche ont, dans la mesure du possible, été informées de la décision envisagée et ont eu l'occasion d'exprimer leur avis.*

*L'article 76bis, alinéa 4, du Code civil est applicable. »*

## Justification

La troisième proposition du Comité consultatif de bioéthique dans le débat sur l'euthanasie n'est pas fondée sur le discours pénal, mais elle s'inspire du discours sur les droits de l'homme, plus précisément du « droit de mourir dans la dignité », qui est un droit social fondamental que l'on peut faire dériver de l'article 23 de la Constitution.

De même, les auditions ont montré que l'euthanasie n'est que le « sommet de l'iceberg » et elles ont fait apparaître toute la complexité des nombreux actes médicaux en fin de vie conjugués à la notion de mourir dans la dignité. L'on a constaté que les soins de santé dispensés à l'approche de la mort présentent trop souvent

weinig of geen contact van de arts met de patiënt, weinig of geen overleg, weinig of geen informatie, de behandeling als onpersoonlijk, technisch gebeuren, het gevaar van de therapeutische hardnekkigheid. Een regeling, die een aantal basisrechten bevat voor patiënten die ongeneeslijk ziek zijn of stervende zijn en ze als algemeen recht wettelijk erkent, is dus noodzakelijk (concretisering van patiëntenrechten bij het naderend levenseinde).

Ook om nog een andere belangrijke reden is een wettelijke regulerings met betrekking tot deze medische beslissingen bij het levenseinde in een « euthanasie-wet » op haar plaats: aldus kan vermeden worden dat in de praktijk clandestiene euthanasie in een zogenaamde schemerzone zou plaatsvinden onder de dekmantel van de principieel toegelaten medische handelingen, zoals het staken of nalaten van een medische handeling, de afbouw van een therapie of een naar medisch inzicht verantwoorde wijze van pijnbestrijding met levensbekortend gevolg.

Het amendement voorziet dat deze voornoemde toegelaten medische handelingen enkel kunnen worden toegepast in overeenstemming met de huidige medische inzichten, de medische deontologie, alsook met eerbiediging van de rechten van de patiënt.

Dit wordt gewaarborgd door het feit dat uit het medisch dossier van de overledene duidelijk moet blijken dat:

- de patiënt geïnformeerd werd over de voorgenomen beslissing, en ermee instemde;
- ingeval de patiënt niet (meer) in staat was zijn wil te kennen te geven, ten minste één collega-arts was 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 hadden gekregen hun mening te kennen te geven.

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

Het amendement heeft aldus tot doel het beslissingsproces van principieel medisch toegelaten handelingen meer te objectiveren en de eventuele gerechtelijke controle achteraf te vergemakkelijken.

Hugo VANDENBERGHE.  
Ingrid van KESSEL.  
Mia DE SCHAMPHLAERE.

## Nr. 95 VAN DE HEER GALAND

### Art. 2

**Dit artikel aanvullen met de woorden « teneinde een oplossing aan te reiken voor zijn uitzichtloos lijden ».**

#### Verantwoording

Euthanasie lijkt ons alleen dan gewettigd en gerechtvaardigd wanneer de handeling een oplossing aanreikt voor het uitzichtloos lijden van de patiënt. Deze doelstelling is de essentie van de handeling en moet dus in de definitie voorkomen. Handelingen zoals die thans omschreven zijn in artikel 2 en een andere doelstelling hebben, verdienen niet gelijkgesteld te worden met euthanasie, dat etymologisch « goede dood » betekent.

des côtés moins humains: peu ou pas de contact entre le médecin et le patient, peu ou pas de concertation, peu ou pas d'information, caractère impersonnel et technique du traitement, acharnement thérapeutique. Il est donc nécessaire d'arriver à un régime contenant une série de droits fondamentaux pour les patients incurables ou mourants (concrétisation des droits des patients qui se trouvent à la fin de leur vie).

Une autre raison importante justifie d'inscrire une réglementation légale relative à ces décisions médicales en fin de vie dans une loi sur l'euthanasie: elles permettront d'empêcher que l'euthanasie ne soit pratiquée clandestinement à la faveur d'une zone d'ombre, sous le couvert d'actes médicaux en principe autorisés, tels que l'interruption ou l'omission d'un acte médical, la cessation progressive d'une thérapie ou une forme médicalement justifiée de lutte contre la douleur ayant pour effet d'abrèger la vie.

Le présent amendement prévoit que ces actes médicaux autorisés ne peuvent être appliqués qu'à condition d'être conformes à l'état actuel des connaissances médicales et à la déontologie médicale et de respecter les droits du patient.

Cela est garanti par le fait que le dossier médical de la personne décédée doit faire ressortir sans équivoque:

- que le patient a été informé de la décision envisagée et qu'il y a donné son assentiment;
- qu'un collègue médecin au moins a été consulté dans le cas où le patient n'avait pas donné son assentiment ou n'était pas (plus) en état d'exprimer sa volonté;
- la personne de confiance désignée par le patient même, ou sa famille proche ont, dans la mesure du possible, été informées de la décision envisagée ou ont eu l'occasion d'exprimer leur avis.

À cet égard, il serait judicieux que la déontologie médicale élabore le principe suivant lequel un deuxième médecin doit être associé à cette prise de décision.

Notre amendement vise donc à objectiver davantage le processus décisionnel relatif aux actes médicaux en principe autorisés et à en faciliter l'éventuel contrôle judiciaire *a posteriori*.

## N° 95 DE M. GALAND

### Art. 2

**Compléter cet article par les mots « afin de soulager ses souffrances inapaisables ».**

#### Justification

L'euthanasie ne nous paraît légitime et justifiée que lorsqu'elle vise à soulager les souffrances inapaisables du patient. Cette finalité qui est de l'essence même de l'acte doit nécessairement se retrouver dans la définition. Les actes, tels que définis actuellement par l'article 2, qui auraient une autre finalité, ne méritent pas d'être assimilés à une euthanasie, étymologiquement, la bonne mort.

Paul GALAND.

## Nr. 96 VAN MEVROUW LINDEKENS C.S.

(Subamendement op amendement nr. 14 van de heer Mahoux c.s.)

## Art. 3

**Voor § 1 toevoegen :**

« *Deze wet is alleen van toepassing wanneer euthanasie wordt uitgevoerd door een arts.* »

Kathy LINDEKENS.  
Jeannine LEDUC.  
Jan REMANS.  
Patrik VANKRUNKELSVEN.  
Philippe MONFILS.  
Jacinta DE ROECK.  
Paul GALAND.  
Philippe MAHOUX.

## Nr. 97 VAN DE HEER VANKRUNKELSVEN

## Art. 2

**Dit artikel vervangen als volgt :**

« *Art. 2. — Voor de toepassing van deze wet worden de handelingen van de arts verstaan waarbij hij letale middelen, op verzoek van de patiënt, toedient of ter beschikking stelt in de wetenschap dat ze een einde stellen aan zijn leven, gelet op diens ondraaglijke pijn en de uitzichtloze medische situatie waarin hij zich bevindt.* »

Patrik VANKRUNKELSVEN.

## Nr. 98 VAN DE HEER VANDENBERGHE C.S.

(Subamendement op amendement nr. 97 van de heer Vankrunkelsven)

## Art. 2

**In het voorgestelde artikel 2 de volgende wijzigingen aanbrengen :**

**A) Tussen de woorden « uitzichtloze medische » en het woord « situatie » het woord « terminale » invoegen.**

**B) De woorden « of ter beschikking stelt » doen vervallen.**

## N° 96 DE MME LINDEKENS ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 14 de M. Mahoux et consorts)

## Art. 3

**Faire précéder le § 1<sup>er</sup> par la disposition suivante :**

« *La présente loi ne s'applique que si l'euthanasie est pratiquée par un médecin.* »

## N° 97 DE M. VANKRUNKELSVEN

## Art. 2

**Remplacer cet article par la disposition suivante :**

« *Art. 2. — Pour l'application de la présente loi, on entend par actes médicaux les actes par lesquels le médecin administre ou met à disposition des médicaments létaux, à la demande du patient, en sachant qu'ils mettront fin à sa vie, compte tenu de la douleur intolérable qu'il éprouve et de la situation médicale sans issue dans laquelle il se trouve.* »

## N° 98 DE M. VANDENBERGHE ET CONSORTS

(Sous-amendement à l'amendement n° 97 de M. Vankrunkelsven)

## Art. 2

**Apporter les modifications suivantes à l'article 2 proposé :**

**A) Entre les mots « situation médicale » et les mots « sans issue », insérer les mots « au stade terminal et ».**

**B) Supprimer les mots « ou met à disposition ».**

Nr. 99 VAN DE HEER **VANDENBERGHE** C.S.

(Subsidiair amendement op hun amendement nr. 92)

Art. 2

**Dit artikel doen vervallen.**

Hugo **VANDENBERGHE**.  
Ingrid van **KESSEL**.  
Mia **DE SCHAMPHELAERE**.

N° 99 DE M. **VANDENBERGHE** ET CONSORTS

(Amendement subsidiaire à leur amendement n° 92)

Art. 2

**Supprimer cet article.**