

Chambre des Représentants

SESSION 1985-1986

21 MARS 1986

PROPOSITION DE LOI

relative au droit
à la dignité thérapeutique
du patient incurable

(Déposée par M. Klein)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La présente proposition de loi constitue la version amendée de la proposition n° 1109/1, déposée par M. E. D'hose, lors de la session 1984-1985.

Montesquieu a pu écrire avec pertinence que « les mœurs précèdent toujours les lois ».

Il en va ainsi de notre société, mal adaptée au progrès scientifique et à l'essor technique ainsi qu'à l'évolution des idées morales.

Notre société continue donc à prendre en charge l'exercice de droits qui devraient l'être par les hommes, chacun individuellement, comme le droit à la vie ou le droit à la mort.

Comme le soulignait M. Jacques Velu (« Réflexions sur les perspectives d'avenir du droit positif dans le domaine des droits de l'homme », *J. T.*, 1982, p. 124) « il incombe au législateur d'intervenir pour préciser quelles sont, devant ces manipulations nouvelles de la vie et de la mort, les exigences du droit à la vie telles qu'elles découlent de l'éthique sociale d'aujourd'hui ».

Si les débats sont engagés sur la nécessité d'intégrer aux concepts des droits de l'homme le droit à la vie ou le droit à la mort, ou plus concrètement sur le droit d'un individu de disposer de son propre corps comme il l'entend, la présente proposition a pour objectif d'organiser en termes de loi les relations entre un médecin et son patient et plus particulièrement lorsque ce dernier est atteint d'une maladie incurable.

Il nous semblait indispensable au stade actuel des relations sociales de délimiter les zones, aujourd'hui laissées à la seule décision des médecins, de l'acharnement thérapeutique, de « l'imperialisme médical » de certains praticiens.

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1985-1986

21 MAART 1986

WETSVOORSTEL

betreffende het recht
van de ongeneeslijk zieke patiënt
op een waardige dood

(Ingediend door de heer Klein)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Onderhavig wetsvoorstel vormt de geamendeerde versie van het voorstel n° 1109/1 van de heer E. D'hose (Zitting 1984-1985).

Montesquieu heeft terecht geschreven dat « de zeden altijd vooruitlopen op de wetten ».

Dat is ook het geval met onze samenleving. Ze houdt geen gelijke tred met de vooruitgang van wetenschap en techniek, noch met de veranderingen in de ethische opvattingen.

Zo blijft onze samenleving rechten uitoefenen, zoals het recht op leven of het recht om te sterven, die door ieder mens afzonderlijk zouden moeten worden uitgeoefend.

Jacques Velu stelde in zijn « Réflexions sur les perspectives d'avenir du droit positif dans le domaine des droits de l'homme » (*J. T.*, 1982, blz. 124) dat het de taak is van de wetgever om, ten aanzien van de huidige manipulaties op het stuk van leven en dood, te bepalen hoever het recht op leven strekt, zoals dat voortvloeit uit de hedendaagse sociale ethiek ».

Nu de discussie op gang gekomen is over de noodzaak om aan de mensenrechten ook het recht toe te voegen om te beschikken over het eigen leven en sterven of, meer concreet, het recht om te beschikken over het eigen lichaam, wil dit wetsvoorstel de arts-patiëntrelatie wettelijk regelen, vooral ingeval de patiënt ongeneeslijk ziek is.

Het leek ons noodzakelijk, bij de huidige stand van de maatschappelijke verhoudingen, een grens te trekken tussen zaken zoals het hardnekkig voortzetten van een uitzichtloze therapie, het imperialisme van de dokters en

et de l'éthique médicale d'une part, de l'homicide volontaire ou involontaire couvrant l'euthanasie d'autre part.

La présente proposition a dès lors pour ambition de trancher le débat en prenant attitude tout en essayant de limiter dans un cadre de considérations objectives le « droit à la mort » tant contesté par d'aucuns. Et pourtant, que de chemin parcouru.

En 1950, l'on pouvait lire dans un compte rendu d'un congrès de juristes: « Le crime commis contre un malade incurable pour le soulager, c'est le meurtre par pitié des désespérés abandonnés par la science médicale, c'est l'assassinat légal ou suprême charité (...). Jusqu'à l'ultime seconde qui précède l'arrêt définitif du cœur, se dresse le mur infranchissable entre la vie et la mort (...). Nul ne peut supprimer la vie ». (« L'euthanasie devant l'union de droit pénal », *J. T.*, 195, n° p. 644).

De même, l'académie des sciences morales et politiques de France a pu dans une résolution adoptée le 14 novembre 1949, considérer notamment que « l'euthanasie et d'une façon générale, toutes les méthodes qui ont pour effet de provoquer par compassion chez les moribonds, une mort douce et tranquille doivent également être écartées » et « cette opinion catégorique repose, entre autres raisons, sur le fait que l'incurabilité de ces sujets ne peut toujours être établie médicalement » tandis qu'aussi il est « contraire à ses traditions professionnelles, à l'ordre public et aux principes mêmes d'une morale millénaire qui reconnaît l'espérance comme un de ses fondements ». (Cité par M. De Laet, « Euthanasie et déontologie », *Rev. de droit pénal et de criminologie* 1950-1951, pp. 99-100).

L'on assiste depuis aux « métamorphoses d'Hippocrate » (V. Carlo Bronne, « Le Soir », 25 octobre 1950, cité par M. Trousse, *V. infra*).

La conception du droit et de l'éthique a, depuis, sensiblement évolué en fonction il est vrai des situations rencontrées.

Ainsi, si l'Eglise continue à condamner l'euthanasie et si elle « déconseille » l'usage intensif de la morphine et autres analgésiques majeurs, il est affirmé que quand la mort est inévitable et imminente, « il est permis en conscience de décider de refuser des formes de traitements qui n'auraient d'autres buts que de maintenir une vie précaire et végétative » (*Rev. « Médecine et Hygiène »*, 1980, Genève, n° 1387, p. 2598).

Léon Schwartzberg et Pierre Vianson-Ponté ont quant à eux, dans un livre émouvant (« Changer la mort », Ed. Albin Michel, 1977) introduit un brûlant plaidoyer pour une révision des conceptions souvent trop théoriques en matière de « droit des mourants », droit au demeurant évoqué par le Conseil de l'Europe dans sa recommandation du 29 janvier 1976. Et la société médicale a bougé.

Ainsi en 1982, se crée en Belgique l'A.S.B.L. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.), réunissant des personnes de professions diverses venant d'horizons philosophiques et politiques différents.

L'A.D.M.D. a précisément pour but de faire connaître à chacun le droit de refuser l'acharnement thérapeutique, le droit d'être informé sur son état, le droit de faire respecter ses volontés.

de la médecine éthique, wat tegenwoordig geheel wordt overgelaten aan het beslissingsrecht van de artsen, enerzijds, en de vrijwillige of onvrijwillige doding, waaronder euthanasie valt, anderzijds.

Dit voorstel streeft er derhalve naar het debat te beslechten door een bepaald standpunt in te nemen. Tegelijk wil het echter ook het door sommigen zo betwiste recht om te beschikken over de eigen dood inperken op grond van objectieve overwegingen. Toch is er al heel wat weg afgelegd.

In 1950 heette het nog in het verslag van een juristencongres: « De misdaad die wordt begaan tegen een ongeneeslijk zieke patiënt om zijn lijden te verlichten is een doodslag uit medelijden met de wanhopige medemens die door de medische wetenschap in de steek is gelaten, ofwel een wettelijke moord ofwel het summum van barmhartigheid (...). De onoverbrugbare kloof tussen leven en dood blijft bestaan tot op de laatste seconde vóór de definitieve hartstilstand (...) Niemand heeft het recht het leven te vernietigen. (« L'euthanasie devant l'Union de droit pénal », *J. T.*, 1950, blz. 644).

Ook de Franse academie voor geestes- en politieke wetenschappen heeft zich in een resolutie van 14 november 1949 in dezelfde zin uitgesproken: « Euthanasie en, in het algemeen, alle methodes die erop gericht zijn om uit medelijden stervenden een milde en rustige dood te gunnen, moeten worden afgewezen! (...). Dat onverbiddelijke onderdeel stoelt onder andere op het feit dat de ongeneeslijkheid van die patiënten medisch niet altijd met zekerheid kan worden vastgesteld... Euthanasie is trouwens ook in strijd met de beroeps traditie van de arts, met de openbare orde en met de grondbeginselen van een eeuwenoude ethiek waarvan de hoop een van de belangrijkste pijlers is » (Geciteerd door M. De Laet, « Euthanasie et déontologie », *Rev. de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, blz. 99-100).

Sindsdien heeft de leer van Hippocrates heel wat « metamorfosen » gekend (Carlo Bronne in « Le Soir » van 25 oktober 1950, geciteerd door M. Trousse, zie *infra*).

De juridische en morele opvattingen zijn sindsdien, weliswaar onder invloed van de veranderende omstandigheden, sterk gewijzigd.

Ook al veroordeelt de Kerk bijvoorbeeld nog steeds de euthanasie en raadt zij het intensieve gebruik van morfine en andere sterke pijnstillende middelen af, toch is zij van mening dat het toegelaten is, als de dood onafwendbaar en nakend is, om, in overeenstemming met zijn geweten, bepaalde behandelingen te weigeren die alleen tot doel zouden hebben een precair en vegetatief leven in stand te houden » (*Tijdschrift « Médecine et Hygiène »*, 1980, Genève, n° 1387, blz. 2598).

Prof. Léon Schwartzberg en Pierre Vianson-Ponté hebben in hun ontroerend boek (« Changer la mort », Uitg. Albin Michel, 1977) een vurig pleidooi gehouden om de vaak te theoretische opvattingen over de « rechten van de stervenden » te herzien. Ook de Raad van Europa heeft trouwens al verwezen naar die rechten in zijn aanbeveling van 29 januari 1976. En ook in de wereld van de geneesheren is een ontwikkeling op gang gekomen.

In 1982 b.v. wordt in België de V.Z.W. « Recht op Waardig Sterven » (R.W.S.) opgericht, die personen met uiteenlopende beroepen en met verschillende levensbeschouwelijke en politieke achtergronden groepeerd.

R.W.S. heeft tot doel iedereen ervan bewust te maken dat hij het recht heeft om de hardnekkige voortzetting van een uitzichtloze therapie te weigeren, het recht om over zijn toestand te worden ingelicht en het recht om zijn wilsbeschikking te doen eerbiedigen.

Des médecins reconnaissent aujourd'hui avoir volontairement pratiqué soit l'abstention thérapeutique, soit l'arrêt en cours de traitement de toute thérapeutique soit même le geste létal dès qu'apparaît l'impasse médicale (V. Revue « Médecin et Hygiène », *op. cit.*, pp. 2600-2605).

Le besoin de légiférer en la matière s'impose donc puisque soit en l'absence de textes le médecin s'expose par « son geste ou son omission de pitié » devant la personne qui souffre, à des sanctions pénales et civiles, tandis que le patient incurable qui souffre n'a pas le droit à disposer de son propre corps.

A cet égard, le pouvoir judiciaire apprécie cas par cas l'opportunité des poursuites, avec aussi le danger d'une situation où d'acquittements en acquittements, la loi dépe-rit et ne sera plus appliquée que selon « le bon plaisir » des parquets (Marchal et Jaspas, « Traité de droit criminel », T. III, Ed. Larcier, 1982, p. 321; V. aussi jurisprudence M. T. Collignon, « Réflexions sur l'euthanasie », *Rev. de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, pp. 75 et s., M. P. E. Trousse, Correct. Bruxelles, 14 mai 1974, J. T., 1975; « L'orthothanasie par omission de secours », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, pp. 1102 et s.).

L'incohérence possible de la jurisprudence est également un danger et à cet instant le médecin hésitera à prendre attitude, outre le problème de conscience auquel il sera à chaque fois confronté.

* * *

Trois grandes options de droit doivent donc être réglementées, outre le droit à l'information du malade :

- l'euthanasie;
- l'orthothanasie;
- la dysthanasie.

1. L'euthanasie a de tout temps suscité des interprétations diverses, même si, d'un point de vue strictement étymologique, ce mot grec composé signifie la mort (thanatos) bonne (eu).

Le « Petit Robert » définit l'euthanasie comme « l'usage des procédés qui permettent de hâter ou de provoquer la mort pour délivrer un malade incurable de souffrances extrêmes ou pour tout motif d'ordre éthique ».

Il va de soi que seule l'acceptation étymologique est prise ici en considération. Toutefois, la présente proposition va au-delà et son intitulé « droit à la dignité thérapeutique du patient incurable » en délimite le champ d'application.

Nous pensons que dans un Etat de droit, l'homme doit être juridiquement armé devant la douleur; et comme le souligne — quoi que en en condamnant la pratique par la crainte de l'extension précitée — M. Théo Collignon, « Pourquoi condamner un moribond à se laisser dévorer par la douleur ? » (« Réflexions sur l'euthanasie » *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, p. 61).

2. L'orthothanasie, dite euthanasie passive, par omission de secours, pose le cas de conscience plus complexe du choix entre ce qui est communément appelé l'acharnement

Artsen erkennen thans dat zij met opzet een behandeling hebben achterwege gelaten of een aan de gang zijnde behandeling hebben afgebroken of zelfs de dood hebben veroorzaakt wanneer vaststond dat de situatie medisch gezien uitzichtloos was geworden (zie Revue « Médecine et Hygiène », *op. cit.*, blz. 2600-2605).

Deze materie moet dus zeker wettelijk geregeld worden, want bij ontstentenis van wetteksten stelt de geneesheer zich door zijn « doen of nalaten uit medelijden » tegenover een lijdende medemens bloot aan strafrechtelijke en burgerlijke straffen. De ongeneeslijk zieke mens die lijdt, heeft ook niet het recht over zijn eigen lichaam te beschikken.

In deze materie beslist de rechterlijke macht geval per geval of vervolging opportuun is. Zulks houdt het gevaar in dat de wet ten gevolge van opeenvolgende vrijspraken verschrompelt en dat de toepassing ervan afhankelijk wordt van de willekeur van de parketten (Marchal et Jaspas, « Traité de droit criminel », D. III, Uitg. Larcier, 1982, blz. 321; zie ook rechtspraak: M. T. Collignon, « Réflexions sur l'euthanasie », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, blz. 75 e.v., M. P. E. Trousse, Correct. Brussel, 14 mei 1974, J. T., 1975; « L'orthothanasie par omission de secours », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, blz. 1102 e.v.).

De eventuele tegenstrijdigheden in de rechtspraak zijn eveneens gevaarlijk. Naast het gewetensconflict dat de geneesheer in ieder concreet geval zal moeten oplossen, dragen die tegenstrijdigheden ertoe bij dat de geneesheren zullen aarzelen om een standpunt in te nemen.

* * *

Benevens het recht van de patiënt om geïnformeerd te worden moeten dus drie situaties worden geregeld:

1. de euthanasie;
2. de orthothanasie;
3. de dysthanasie.

1. Euthanasie is te allen tijde op verschillende manieren geïnterpreteerd, ook al betekent dit Griekse samengestelde woord, louter etymologisch, bekeken de « milde (eu) dood (thanatos) ».

Het woordenboek « Le Petit Robert » (1977) definieert euthanasie als « het gebruik van middelen die het mogelijk maken de dood te bespoedigen of te doen intreden om een ongeneeslijk zieke persoon te verlossen uit een ondraaglijk lijden of » — en deze betekenis heeft het woord « euthanasie » enkel door een mensonterende toepassing gekregen — « om een of andere ethische reden ».

Het spreekt vanzelf dat hier alleen met de etymologische betekenis rekening wordt gehouden. Het voorstel gaat echter verder en het toepassingsgebied ervan wordt gepreciseerd in het opschrift « het recht van de ongeneeslijk zieke patiënt op een waardige dood ».

Wij menen dat de burger in een rechtsstaat juridisch moet gewapend zijn tegen het lijden. Met Théo Collignon (« Réflexions sur l'Euthanasie », *Rev. de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, blz. 61) kan men zich immers afvragen waarom men een stervende ertoe zou veroordelen zijn leven in pijn en smart te beëindigen. Collignon veroordeelt echter zelf de toepassing van de euthanasie uit vrees voor de hierboven reeds vermelde, al te ruime toepassing ervan.

2. De orthothanasie, of passieve euthanasie, door het niet verstrekken van de nodige hulp, doet een ingewikkelder gewetensconflict rijzen omdat gekozen moet worden

thérapeutique et l'abstention de donner des soins à un malade.

Dans le cadre de la présente proposition de loi, il va de soi que cette abstention du praticien est subordonnée à de multiples conditions (voir *infra*).

3. La *dysthanasie* concerne plus particulièrement les malades morts cliniquement et artificiellement tenus dans un « état de vie végétative ».

* * *

Dans chacun des cas évoqués que la présente proposition a l'ambition d'organiser, plusieurs conditions préalables à leur mise en œuvre sont imposées.

Ces conditions répondent dans une large mesure aux soucis de certains auteurs qui les jugent avec pertinence indispensables.

La perte permise de la vie exige la plus profonde circonspection :

A. Conditions de volonté du patient

Le patient doit obligatoirement exprimer sa volonté soit par déclaration préalable, soit au moment de l'hospitalisation. Dans ces cas, des formes précises sont imposées afin d'éviter toute contestation ultérieure sur les intentions de l'intéressé.

Si toutefois le patient est inconscient ou hors d'état de manifester sa volonté physiquement (grands brûlés, etc...) ou juridiquement (incapables mineurs ou aliénés), la famille du patient ou le médecin traitant peut exprimer cette volonté à sa place.

B. Conditions liées à l'affection du patient

La volonté du patient étant actée, l'affection accidentelle ou pathologique dont il est atteint doit répondre, selon les cas, à des conditions précises :

- elle doit être incurable en l'état des connaissances;
- elle doit provoquer la souffrance du patient;
- elle doit inéluctablement aboutir au décès du patient.

Lorsque ces conditions sont remplies, le médecin doit s'abstenir d'user de moyens médicaux ou chirurgicaux autres que ceux destinés à calmer la douleur.

Si, en revanche, aucun moyen médical connu n'est susceptible de calmer efficacement la douleur, le patient, sa famille ou le médecin traitant peut exiger qu'il soit fait usage de tout moyen abrégant les souffrances et précipitant un décès inéluctable.

C. Conditions liées à l'état clinique du patient

Lorsque le patient peut être considéré comme cliniquement mort, le médecin *est tenu* d'interrompre le traitement.

tussen het hardnekkig voortzetten van een uitzichtloze therapie en het niet-verstrekken van hulp aan een zieke.

Het spreekt vanzelf dat het « niet-verstrekken van hulp » in het raam van dit wetsvoorstel aan talrijke voorwaarden onderworpen wordt (cfr. *infra*).

3. *Dysthanasie* heeft meer bepaald betrekking op zieken die klinisch dood zijn en kunstmatig in een toestand van vegetatief leven worden gehouden.

* * *

In alle gevallen die dit wetsvoorstel wil regelen, worden steeds een aantal voorafgaande voorwaarden gesteld.

Die voorwaarden komen ruimschoots tegemoet aan de bezorgdheid van een aantal auteurs, die ze terecht onontbeerlijk achten.

Wanneer het om de toestemming gaat om het leven te beëindigen moet men immers bijzonder omzichtig te werk gaan :

A. Voorwaarden met betrekking tot de wil van de patiënt

De patiënt moet zijn wil te kennen geven in een voorafgaande verklaring of bij zijn opname in het ziekenhuis. In die gevallen worden nauwkeurig omschreven vormvereisten opgelegd, ten einde latere betwistingen omtrent de wil van de betrokkene te voorkomen.

Is de patiënt bewusteloos of fysiek (zware brandwonden, enz.) dan wel juridisch (onbekwaamverklaarden, minderjarigen of geesteszieken) niet in staat zijn wil te kennen te geven, dan moet de familie van de patiënt dat in zijn plaats doen.

B. Voorwaarden met betrekking tot de aandoening van de patiënt

Van de wil van de patiënt moet dus akte worden genomen, maar bovendien moet de aandoening waaraan hij ten gevolge van een ongeval of een ziekte lijdt, aan een aantal precieze voorwaarden voldoen :

- ze moet, bij de huidige stand van de wetenschappelijke kennis, *ongeneeslijk* zijn;
- ze moet de patiënt *doen lijden*;
- ze moet *onafwendbaar de dood van de patiënt tot gevolg hebben*.

Als aan die voorwaarden voldaan is, moet de geneesheer zich onthouden van andere medische of heelkundige ingrepen dan die welke nodig zijn om de pijn te stillen.

Als echter geen enkel medisch middel bekend is om de pijn te stillen, kan de patiënt, zijn familie of de behandelend geneesheer eisen dat alle mogelijke middelen worden aangewend om de pijn te verkorten en de onafwendbare dood te bespoedigen.

C. Voorwaarden met betrekking tot de klinische toestand van de patiënt

Als de patiënt als klinisch dood kan worden beschouwd, is de arts *verplicht* de behandeling stop te zetten.

D. Etablissement et contrôle des conditions

M. T. Collignon a posé dans son étude précitée, des questions pertinentes à ce sujet (V. *op. cit.* p. 74).

Il se demandait ainsi, qui interprètera les prémisses et les signes de l'agonie, qui affirmera la certitude de la mort et qui fixera le délai de son arrivée?

En l'occurrence, la présente proposition organise au sein du corps médical un Collège de médecins spécialistes, dont trois seront, en fonction de l'affection, chargés de vérifier les conditions objectives liées à l'affection elle-même et qui sont imposées.

* * *

Nous n'ignorons pas que la présente proposition suscitera des réactions diverses indépendamment des liens philosophiques ou religieux de chacun.

Nous sommes toutefois convaincus de poser par la présente un acte profondément humanitaire dans le respect du droit de l'homme en son propre corps.

Nous ne croyons pas qu'il soit sain, même pour un chrétien, de croire à la rédemption de l'âme par la souffrance du corps.

Une espérance de quelques heures de vie en plus ne doit pas transformer cette aumône d'existence en un enfer atroce où toute dignité humaine s'efface.

Par la présente, nous érigeons à présent en *droit* ce qui aujourd'hui est encore une *faculté*.

L'amour de l'humanité transite également par le respect de la dignité des hommes devant la mort. Cette dignité doit devenir un droit.

Commentaire des articles

L'article premier vise à définir le contenu de certains termes fréquemment utilisés.

La notion de « famille du patient » appelle toutefois quelques observations, puisqu'il est impossible d'exclure les relations d'intérêt entre les successibles, le décès du patient ouvrant pour ceux-ci un droit à la succession.

Toutefois, lorsque le patient est inconscient, mort cliniquement ou hors d'état de manifester sa volonté, sa famille doit pouvoir exprimer à sa place une volonté.

La notion de famille doit également pouvoir s'apprécier au-delà des notions d'intérêts, et donc aussi au niveau des relations sentimentales, affectives qui lient la famille au patient.

C'est la raison pour laquelle, le conjoint du patient lorsqu'il cohabite avec lui naturellement (à défaut le lien sentimental évoqué ci-avant devient très relatif) est *seul*, à défaut d'enfants majeurs ou mineurs émancipés, à pouvoir exprimer une volonté.

Il est tout aussi naturel que les enfants, lorsqu'ils peuvent exprimer leur volonté, le fassent en concordance avec leur mère ou, lorsqu'ils sont d'un lit différent parce que le patient est leur père.

En cas de désaccord entre eux, le tribunal compétent devra trancher.

D. Vaststelling van een controle op de naleving van de voorwaarden

T. Collignon heeft in dit verband een aantal pertinente vragen opgeworpen in zijn bovenvermelde studie (cfr. *op. cit.*, blz. 74).

Zo vroeg hij zich af wie de voortekenen en de symptomen van de doodstrijd moet interpreteren, wie moet uitmaken dat de dood onafwendbaar is en wie moet bepalen hoe lang iemand nog te leven heeft.

Het onderhavige voorstel richt ter zake binnen het medisch korps een college van geneesheren-specialisten op, van wie er drie, naargelang van de aandoening, moeten nagaan of aan de objectieve voorwaarden in verband met de aandoening zelf voldaan is.

* * *

Wij zijn ons er wel van bewust dat ons voorstel uiteenlopende reacties zal uitlokken, ongeacht ieders levensbeschouwelijke of religieuze opvattingen.

We zijn er echter van overtuigd dat wij door het in te dienen een fundamenteel humanitaire daad stellen en het recht van de mens om over zijn eigen lichaam te beschikken eerbiedigen.

Wij menen niet dat het redelijk is, zelfs niet voor een christen, te geloven dat het lijden van het lichaam een verlossende kracht heeft voor de ziel.

Het verlengen van de levensverwachting met enkele uren mag dat povere bestaan niet tot een hel maken waaruit elke menselijke waardigheid verdwenen is.

Met ons voorstel willen wij tot een *recht* maken datgene wat vooralsnog een *mogelijkheid* is.

Liefde voor de mensheid houdt eveneens respect in voor de menselijke waardigheid bij het sterven. Die waardigheid moet een recht worden.

Toelichting bij de artikelen

Artikel 1 geeft een begripsomschrijving van een aantal vaak gebruikte termen.

Met betrekking tot het begrip « familie van de patiënt » moeten nochtans enkele opmerkingen worden gemaakt. Het is immers niet mogelijk de op belangen steunende relaties tussen erfgerechtigden uit te schakelen, aangezien door het overlijden van de patiënt de nalatenschap voor hen opent.

Wanneer de patiënt echter bewusteloos is, klinisch dood of niet in staat zijn wil te kennen te geven, mag alleen zijn familie dat in zijn plaats kunnen doen.

Het begrip « familie » moet ruimer opgevat worden dan de loutere belangenrelaties. Men moet rekening houden met de affectieve relaties die de familie met de patiënt onderhoudt.

Als er geen meerderjarige of ontvoogde minderjarige kinderen zijn, kan daarom alleen de samenwonende echtgenoot een wil te kennen geven (indien de echtgenoten niet samenwonen, kan er nauwelijks nog sprake zijn van een affectieve band).

Even normaal is het dat de kinderen, wanneer ze in staat zijn hun wil te kennen te geven, dat doen in overleg met hun moeder en, wanneer zij uit een verschillend huwelijk stammen, is het normaal dat zij uiting geven aan hun wil, omdat de patiënt hun gemeenschappelijke vader is.

Als zij het niet met elkaar kunnen eens worden, moet de bevoegde rechtbank de zaak beslechten.

De même, à défaut de conjoint ou d'enfants, les parents (au sens strict) du patient pourront intervenir (ce qui est logique en ce qui concerne les enfants mineurs par exemple), et à défaut d'ascendants directs, les collatéraux.

En cas de désaccord entre les deux ascendants ou entre les collatéraux (successivement et prioritairement choisis dans l'ordre jusqu'au 3^{ème} degré), le tribunal devra trancher.

Le choix du tribunal que fait l'article 1^{er} est dicté par la nécessité de concentrer au sein de certaines mêmes juridictions, une jurisprudence bien établie.

Le chapitre II de la présente proposition, organise le droit à l'information du malade sur son état de santé. Nier ce droit serait nier l'existence d'un droit fondamental, celui de la liberté individuelle.

Ce droit est de surcroît indispensable puisque le médecin doit recueillir le consentement *libre et éclairé* du malade avant de lui appliquer un traitement (V. notamment Bruxelles, 14 mai 1974, *J. T.*, 1975, p. 595 et jurisprudence citée en note).

Le malade est maître de son destin.

L'étendue de cette information a toujours posé problème, et notamment les effets que cette information peut avoir sur le comportement du malade. Certains médecins vont jusqu'à refuser de manière stricte la vérité au malade en invoquant leur secret professionnel. (V. notamment M. Dijon, *op. cit.* p. 465).

En revanche, les mêmes médecins violent délibérément ce secret en avertissant la famille du patient de la gravité de son cas.

De quel droit ce médecin peut-il agir ainsi, alors même qu'un être va mourir et perdre donc le bien le plus précieux qu'il possède?

MM. Schwartzberg et Viansson-Ponté ont quant à eux démontré l'inanité de ce raisonnement donnant au seul médecin le droit de juger (*op. cit.* pp. 190 et s.).

Il nous paraît d'ores et déjà nécessaire de fixer ici leur « plaidoyer contre le mensonge » :

- la maladie, c'est l'affaire du malade;
- le malade peut avoir à prendre des décisions pour que la vie puisse continuer comme il le souhaite, s'il doit disparaître;
- la famille et les amis seuls savent; ce qui est terrible quand on ment à un malade, ce n'est pas de lui dissimuler la vérité, c'est de lui cacher ce que les autres savent;
- les rapports médecin-malade gagnent à la vérité;
- si le malade découvre lui-même la vérité, son angoisse sera doublée.

Nous avons expressément prévu un *acte* du malade, qui doit donc *exiger* du médecin la vérité, même si certains exigent cette vérité en espérant qu'elle ne soit pas trop cruelle.

Il est cependant évident qu'il appartient au médecin de prendre en compte les aspects sociaux et psychologiques de son patient et c'est à lui de juger du contenu du message qu'il estime devoir transmettre.

Als de patiënt ongehuwd is of geen kinderen heeft, mogen zijn ouders optreden — wat logisch is, b.v. wanneer het om een minderjarig kind gaat — en zijn er geen bloedverwanten in de rechte opgaande lijn, dan komen zijn bloedverwanten in de zijlijn aan de beurt.

Als de twee bloedverwanten in de opgaande lijn of de bloedverwanten in zijlijn (successievelijk en bij voorrang in die volgorde gekozen tot aan de derde graad), het niet eens kunnen worden, moet de rechtbank de zaak beslechten.

De keuze van de rechtbank, die bij artikel 1 wordt geregeld, is ingegeven door de noodzaak om een vaste rechtspraak te doen ontstaan bij welbepaalde rechtbanken van dezelfde rang.

Hoofdstuk II van het voorstel regelt het recht dat de zieke heeft om zijn gezondheidstoestand te kennen. Dat recht niet erkennen zou erop neerkomen dat men het bestaan van een fundamenteel recht ontkent, namelijk het recht op persoonlijke vrijheid.

Dat recht is bovendien onmisbaar, want de geneesheer moet de *vrije en goed voorgelichte* instemming van zijn patiënt verkrijgen voor hij hem behandelt (cfr. meer bepaald: Brussel, 14 mei 1974, *J. T.*, 1975, blz. 595 en de rechtspraak die vermeld is in de voetnoot).

De zieke is meester over zijn lot.

Het is steeds de vraag geweest hoeveel informatie moet worden geven en wat de weerslag ervan kan zijn op de geestesgesteldheid van de zieke. Sommige artsen weigeren zelfs zonder meer hun patiënt de waarheid te vertellen en beroepen zich hiervoor op het beroepsgeheim (cfr. o.a. M. Dijon, *op. cit.*, blz. 465).

Diezelfde dokters negeren echter bewust het beroepsgeheim door de familie van de patiënt op de hoogte te brengen van de ernst van zijn toestand.

Waarop steunt een geneesheer om zo te handelen wanneer iemand stervende is en dus op het punt staat het kostbaarste goed dat hij bezit, te verliezen?

Schwartzberg en Viansson-Ponté hebben aangetoond hoe weinig steekhoudend de argumenten zijn die worden aangevoerd om het alleenbeslissingsrecht van de geneesheer te verantwoorden (*op. cit.*, blz. 172 e.v.).

Het lijkt ons nodig hier meteen hun « pleidooi tegen de leugen » samen te vatten:

- de ziekte is de zaak van de zieke;
- het is mogelijk dat de zieke bepaalde schikkingen moet treffen, zodat het leven na zijn dood zou kunnen doorgaan zoals hij dat wenst;
- alleen de familie en de vrienden kennen de waarheid; wanneer men tegen een zieke liegt, is niet het feit dat men de waarheid voor hem verzwijgt het ergste, wel dat men voor hem verzwijgt wat anderen weten.
- de relatie geneesheer-patiënt heeft baat bij de waarheid;
- ontdekt de zieke zelf de waarheid, dan zal zijn stervensangst des te groter zijn.

Wij hebben uitdrukkelijk voorzien in de verplichting voor de zieke om een akte op te stellen waarin hij eist dat de geneesheer de waarheid zegt, ook al hopen sommigen dat die waarheid hen niet al te brutaal zal treffen.

Het spreekt echter vanzelf dat de dokter rekening dient te houden met de sociale en psychologische situatie van zijn patiënt en dat hij moet oordelen over de inhoud van de mededeling die hij meent te moeten doen.

Les Chapitres III, IV et V visent à réglementer les trois grandes hypothèses évoquées plus haut, et en particulier les cas où le malade est en état de manifester sa volonté avant ou pendant l'hospitalisation, le cas des malades inconscients ou hors d'état de manifester leur volonté et enfin le cas de la mort clinique.

1. Cas du patient qui est en état de manifester sa volonté

Les articles 4 à 9 organisent une procédure permettant à toute personne, atteinte ou non d'une affection, de prévoir pour un délai de cinq ans, dans l'hypothèse où elle serait atteinte d'un mal incurable provoquant des souffrances et conduisant inéluctablement à la mort, que soient seuls utilisés des remèdes calmant ces souffrances.

La déclaration de volonté peut même aller au-delà, puisque si cette même affection provoque une souffrance intolérable que l'on ne peut calmer suffisamment, la personne qui en est victime peut prévoir la possibilité pour le médecin d'abréger ces souffrances en précipitant le décès.

Le contenu des articles s'inspire, en la dépassant, de la proposition de loi introduite en France par M. le Sénateur Henri Caillavet le 6 avril 1978 (Doc. Sénat n° 301, Session 1977-1978).

La proposition précitée qui se limitait à l'arrêt de soins a été fortement contestée pour son caractère inutile, en ce que le patient garde de toute manière l'entière liberté de refuser un traitement (v. M. Dijon, *op. cit.*, pp. 422 et 423; M. Dalcq « Responsabilité quasi-délictuelle », R. C. J. B. 1980 pp. 385-386).

Cette thèse perd de sa substance à l'égard de la présente proposition, puisqu'elle ne se limite pas à permettre l'arrêt des soins, mais va jusqu'à permettre au médecin et à condition bien entendu que des raisons l'ordre moral ou philosophique ne l'en empêchent, d'accomplir le « geste fatal » en délivrance des souffrances que l'on ne peut apaiser.

Dans ce cas, au regard du Code Pénal actuel, il y a meurtre. Inversement, l'absence de soins, même exigée par le patient, ne met pas le médecin à l'abri de poursuites du chef de non-assistance à personne en danger par exemple, puisque le consentement de la victime n'est pas élisif de l'infraction (v. J. Constant, « Manuel de droit pénal », p. 448 n° 386 et s.; M. Verheyden, Procureur Général de la Cour d'Appel d'Anvers, « Euthanasie in het Belgisch recht », Rev. Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, mars-avril 1984 pp. 171 et s.).

En outre, le consentement du patient est acté dans les formes précises de l'article 5, ce qui ne laisse plus de place à l'équivoque.

Cependant, la présente proposition n'impose pas au patient qui renonce à sa déclaration de volonté, de le faire dans ces mêmes formes.

Cela, pour répondre aux craintes formulées par certains de voir une telle exigence restreindre la liberté du malade de révoquer la déclaration faite lorsqu'il était en état de santé (v. M. Dijon, « Entre le droit et la mort », J. T. 1985, p. 36).

Comme pour les autres cas (*voir infra*), pour que la déclaration de volonté puisse être mise en œuvre, un

De hoofdstukken III, IV en V bevatten een regeling voor de drie mogelijke situaties die hierboven zijn vermeld; de zieke is in staat zijn wil te kennen te geven vóór of tijdens de opname in het ziekenhuis; de zieke is bewusteloos of niet in staat zijn wil te kennen te geven en de zieke is klinisch dood.

1. De zieke is in staat zijn wil te kennen te geven

De artikelen 4 en 9 voorzien in een procedure waardoor iedere gezonde of zieke persoon voor een periode van vijf jaar kan beschikken dat, ingeval hij getroffen wordt door een ongeneeslijke ziekte die hem doet lijden en onvermijdelijk de dood tot gevolg heeft, hem alleen pijnstillende middelen mogen worden verstrekt.

De wilsbeschikking kan zelfs verder gaan. Zij kan bepalen dat, indien de aandoening ondraaglijk lijden meebrengt, dat onvoldoende kan worden verzacht, de geneesheer het lijden mag verkorten door de dood te bespoedigen.

Die artikelen zijn ingegeven door een wetsvoorstel dat in Frankrijk op 6 april 1978 werd ingediend door senator Henri Caillavet (Stuk Senaat n° 301, 1977-1978). Ons voorstel gaat echter verder.

Het voormelde voorstel beperkte zich tot het stopzetten van de behandeling. Er werd scherpe kritiek op uitgeoefend, omdat het nutteloos zou zijn, aangezien de patiënt in elk geval volstrekt vrij blijft om een behandeling te weigeren (cfr. M. Dijon, *op. cit.*, blz. 422 en 423; M. Dalcq « Responsabilité quasi-délictuelle », R. C. J. B., 1980, blz. 385-386).

Die kritiek geldt niet ten aanzien van ons voorstel. Dit laatste blijft immers niet beperkt tot het stopzetten van de behandeling maar voorziet in de mogelijkheid dat de geneesheer de « beslissende daad » stelt om de patiënt te bevrijden uit een lijden dat niet meer te verzachten is, op voorwaarde natuurlijk dat morele of levensbeschouwelijke overwegingen de geneesheer daarvan niet weerhouden.

Volgens het huidige Strafwetboek is in dat geval sprake van doodslag. Voorts kan ook het niet geven van verzorging, ook al eist de patiënt zulks, ertoe leiden dat de geneesheer vervolgd wordt b.v. wegens het niet verstrekken van hulp aan iemand die in gevaar verkeert, aangezien de instemming van het slachtoffer niet tot gevolg heeft dat er geen misdrijf bestaat (cfr. J. Constant, « Manuel de droit pénal », blz. 448, n° 386 e.v.; M. Verheyden, Procureur-generaal bij het Hof van Beroep te Antwerpen, « Euthanasie in het Belgisch Recht », Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, maart-april 1984, blz. 171 e.v.).

Bovendien moet de toestemming van de patiënt worden vastgesteld in de nauwkeurig omschreven vormen van artikel 5, zodat geen misverstand meer mogelijk is.

Het onderhavige voorstel legt aan de patiënt die zijn wilsbeschikking intrekt, evenwel de verplichting niet op dat in dezelfde vorm te doen.

Daarmee wordt de door sommigen uitgesproken vrees weggewomen dat zulk een voorwaarde neerkomt op een beperking van de vrijheid van de patiënt om de verklaring te herroepen die hij had afgelegd toen hij nog gezond was (zie M. Dijon, « Entre le droit et la mort », J. T., 1985, blz. 30).

Zoals in de andere gevallen (cfr. hieronder) zal een wilsbeschikking slechts kunnen worden uitgevoerd nadat

collège de trois médecins devra vérifier l'existence des conditions imposées.

L'article 9 vise en ce qui le concerne à éviter les conflits d'intérêts dans le cadre de la succession par exemple.

2. Cas du patient inconscient ou hors d'état de manifester sa volonté

L'article 10 vise à substituer à la volonté du patient celle de ses proches ou de son médecin traitant s'il est incapable d'exprimer sa volonté.

L'incapacité peut être physique (cas des grands brûlés, inconscience, voire atteinte aux moyens physiques d'expression, par exemple) ou juridique (cas des mineurs non émancipés, des aliénés). Dans ce dernier cas, le représentant légal interviendra en concomitance avec la famille, s'il n'en fait pas partie.

Les conditions de fond imposées ainsi que la procédure de contrôle de celles-ci, sont identiques au premier cas.

En cas de désaccord entre la famille et le médecin traitant, le tribunal compétent devra trancher.

3. Cas du patient cliniquement mort

L'article 13 porte définition de la notion de « clinique mort ».

Cette définition est semblable à celle de la recommandation faite par la Commission de Réforme de droit du Canada (v. Dijon, *op. cit.*, p. 520).

La présente disposition vise surtout à éviter l'abus de moyens entretenant artificiellement la vie, alors que le patient ne peut plus survivre autrement.

Le maintien de la vie végétative se pose en ces termes.

Lorsque le patient est reconnu comme cliniquement mort, le médecin doit interrompre le traitement.

Il va de soi qu'un collège de médecins vérifie ici également le respect des conditions imposées.

Le Chapitre VI vise à organiser la procédure de désignation du collège de trois médecins dans chaque cas où son avis est sollicité.

Cet avis ne pourra que contenir réponse positive aux questions médicales objectives posées et ne pourra contenir d'appréciations d'éthique ou d'opportunité.

Il devra être unanime, ce qui nous paraît fondamental, compte tenu des effets que cet avis peut produire.

Le Chapitre VII vise à régler les éventuels conflits entre parties portant sur l'application de la présente proposition.

Le Tribunal de Première Instance sera compétent.

Le Chapitre VIII vise à dépénaliser l'euthanasie (concernée par le Code Pénal au titre d'homicide volontaire ou involontaire) dans les limites naturellement strictes du respect de la présente proposition.

Nous tenons à ce sujet à écarter le type de raisonnement fort répandu qui consiste à faire référence à l'*excessif* pour empêcher un *droit* de naître.

D'aucuns en effet craignent qu'une forme autorisée d'euthanasie pour les mourants souffrant de maladies incurables

een college van drie geneesheren heeft nagegaan of aan de vereiste voorwaarden is voldaan.

Artikel 9 wil belangenconflicten, b.v. met betrekking tot de erfopvolging, voorkomen.

2. De patiënt is bewusteloos of is niet in staat zijn wil te kennen te geven

Artikel 10 bepaalt dat de naaste familieleden van de patiënt of zijn behandelende geneesheer in zijn plaats kunnen beslissen wanneer hij onbekwaam is om zijn wil te kennen te geven.

De onbekwaamheid kan van lichamelijke aard zijn (b.v. ernstige brandwonden, bewusteloosheid, aantasting van de fysieke uitdrukkingsmiddelen) of van juridische aard (niet ontvoogde minderjarigen, geestesziekten). In dat laatste geval moet de wettelijke vertegenwoordiger samen met de familie beslissen, indien hij er al geen deel van uitmaakt.

De opgelegde voorwaarden ten gronde en de controle-procedure zijn dezelfde als voor het eerste geval.

Wanneer de familie en de behandelende geneesheer het oneens zijn, moet de bevoegde rechtbank uitspraak doen.

3. De patiënt is klinisch dood

Artikel 13 omschrijft het begrip « klinisch dood ».

Die omschrijving stemt overeen met die uit de aanbeveling van de Canadese Commissie voor de hervorming van het recht (cfr. Dijon, *op. cit.*, blz. 520).

De bepaling wil vooral het misbruik tegengaan van bepaalde middelen om een patiënt die niet meer uit zichzelf kan overleven, kunstmatig in leven te houden.

Hier rijst het probleem van het in stand houden van vegetatief leven.

Ingeval de patiënt klinisch dood is verklaard, moet de geneesheer de behandeling stopzetten.

Het spreekt vanzelf dat ook hier een college van geneesheren controleert of aan de vereiste voorwaarden is voldaan.

Hoofdstuk VI regelt de benoemingsprocedure van het college van drie geneesheren in alle gevallen waarin dit college om advies wordt verzocht.

Het advies mag slechts een bevestigend antwoord bevatten op de gestelde objectieve, medische vragen en mag geen ethisch of opportunistoordeel uitspreken.

Het moet eenparig gegeven worden, hetgeen ons een essentiële voorwaarde lijkt te zijn, omdat het advies verstrekkende gevolgen kan hebben.

Hoofdstuk VII regelt de eventuele conflicten die verband houden met de toepassing van dit voorstel, wanneer het eenmaal wet zal zijn geworden.

De bevoegdheid berust bij de rechtbank van eerste aanleg.

Hoofdstuk VIII beoogt de euthanasie (die door het Strafwetboek als opzettelijke of onopzettelijke doding wordt aangemerkt) niet langer strafbaar te stellen, voor zover de bepalingen van dit wetsvoorstel strikt worden nageleefd.

In dat verband wijzen wij een vaak gehoorde redenering van de hand, als zou men beletten dat een *recht* ontstaat wanneer men verwijst naar mogelijke *uitwassen*.

Sommigen vrezen immers dat het toestaan van euthanasie op stervenden die ongeneeslijk ziek zijn, in de toekomst

bles ne permette dans l'avenir d'ouvrir le droit à un génocide, à l'extermination des enfants malformés, voire même des vieillards (v. M. De Laet « Déviations et carences de la déontologie médicale », *J. T.* 1963, pp. 32-33; L. Schwartzberg, déclarations au congrès de Nice des 22 et 23 septembre 1984, v. *Libre Belgique* du 22 septembre 1984 et *Le Soir* du 24 septembre 1984).

Tout droit, quel qu'il soit, peut être exercé avec abus.

En l'occurrence, nous ne pensons pas que cela puisse constituer un argument sérieux, auquel cas plus aucun droit ne pourrait naître tandis que ceux existant devraient disparaître. Mais exiger cela constitue un abus manifeste.

E. KLEIN

PROPOSITION DE LOI

CHAPITRE I

Définitions

Article 1

Au sens de la présente loi, il y a lieu d'entendre :

— par « *patient* », tout individu né et atteint d'une affection incurable;

— par « *famille du patient* », en ordre décroissant et prioritaire le conjoint cohabitant et les enfants majeurs ou mineurs émancipés éventuels du patient, à défaut de ces derniers, le conjoint cohabitant seul, à défaut les ascendants directs ou à défaut, les collatéraux jusqu'au 3^{ème} degré;

— par « *tribunal compétent* », le tribunal de 1^{ère} instance du lieu d'hospitalisation ou du lieu d'établissement de l'un des médecins traitants.

CHAPITRE II

Du droit à l'information

Art. 2

Nonobstant toutes dispositions contraires, tout médecin détenant des informations ou tout document sur l'état de santé physique d'une personne est tenu, sur sa demande écrite, de les lui communiquer.

Art. 3

A défaut pour le médecin de produire cette information, le patient peut, par requête déposée devant le tribunal compétent, demander communication des informations

de la personne concernée. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations.

de la personne concernée. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations.

de la personne concernée. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations. La loi ne peut être invoquée pour empêcher la communication de ces informations.

WETSVOORSTEL

HOOFDSTUK I

Begripsomschrijvingen

Artikel 1

Voor de toepassing van deze wet wordt verstaan onder :

— « *patiënt* », ieder geboren persoon die ongeneeslijk ziek is;

— « *familie van de patiënt* », in dalende volgorde en bij voorrang: de samenwonende echtgenoot en de eventuele meerderjarige of ontvoogde minderjarige kinderen van de patiënt, of, indien er geen zijn, de samenwonende echtgenoot alleen of, indien er geen echtgenoot is, de bloedverwanten in de rechte opgaande lijn of, indien er geen zijn, de bloedverwanten in de zijlijn tot in de derde graad;

— « *bevoegde rechtbank* », de rechtbank van eerste aanleg van de plaats waar de zieke is opgenomen of van de plaats waar een van de behandelende geneesheren gevestigd is.

HOOFDSTUK II

Recht op informatie

Art. 2

Niettegenstaande iedere andersluidende bepaling moet de geneesheer die beschikt over informatie of over enig document in verband met de fysieke gezondheidstoestand van een persoon, hem die meedelen.

Art. 3

Als de geneesheer de informatie niet verstrekt, kan de patiënt bij de bevoegde rechtbank een verzoekschrift indienen om alsnog de informatie over zijn gezondheidstoestand

concernant son état de santé, sans préjudice d'éventuels dommages et intérêts dus par le médecin.

CHAPITRE III

Du respect de la volonté du patient

Art. 4

Tout majeur ou mineur émancipé, sain d'esprit, a la faculté de déclarer sa volonté qu'aucun moyen médical ou chirurgical autres que ceux destinés à calmer la souffrance ne soit utilisé pour prolonger artificiellement sa vie s'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique incurable en l'état des connaissances de cette affection et dans la mesure où celle-ci est de nature à entraîner inéluctablement son décès.

Il peut, en outre, prévoir que lorsqu'aucun moyen connu n'est susceptible de calmer efficacement sa souffrance et dans les conditions précitées, le médecin traitant utilise tout moyen abrégant ces souffrances et précipitant un décès inéluctable.

Si, pour des raisons morales ou philosophiques, ce médecin refuse, il doit d'emblée en informer le patient, ou s'il est inconscient, sa famille, et permettre, par les renseignements fournis, la désignation d'un autre médecin.

Art. 5

La déclaration, faite en vue de l'exercice de la faculté prévue à l'article 4, peut être effectuée à tout moment. Elle doit, à peine de nullité, être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, sans parenté jusqu'au troisième degré inclus. Elle cesse de plein droit d'avoir effet à l'expiration d'un délai de cinq ans, sauf renouvellement dans les mêmes formes.

Elle peut être révoquée à tout moment.

Ne peuvent être témoins pour l'application de l'alinéa qui précède ni le conjoint, ni les successibles du déclarant, ni les personnes pouvant avoir intérêt à son décès, ni les personnes à son service ou à celui de l'établissement où le déclarant serait hospitalisé, exception faite du médecin traitant.

Le Roi détermine les modalités relatives à la conservation et à la présentation de la déclaration visée à l'alinéa 1^{er}.

Art. 6

La mise en œuvre de la volonté exprimée par la déclaration susvisée est subordonnée à la constatation par un collège de trois médecins, des conditions objectives exigées à l'article 4.

Art. 7

L'application des présentes dispositions est suspendue de plein droit lorsque la déclarante est en état de grossesse.

te verkrijgen, onverminderd de door de geneesheer eventueel verschuldigde schadevergoeding.

HOOFDSTUK III

Eerbiediging van de wil van de patiënt

Art. 4

Ieder meerderjarige of ontvoogde minderjarige die gezond van geest is, kan als zijn wil te kennen geven dat, buiten pijnstillers, geen enkel medisch of heelkundig middel mag worden gebruikt om zijn leven kunstmatig te rekken, als hij lijdt aan een door een ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening die bij de stand van de kennis van die aandoening ongeneeslijk is en inzover die aandoening een onafwendbare dood tot gevolg moet hebben.

Hij kan ook beschikken dat de behandelende geneesheer om het even welk middel mag gebruiken dat de pijn verkort en de onvermijdelijke dood bespoedigt, wanneer onder de hierbovenvermelde voorwaarden geen enkel van de bekende middelen de pijn afdoende kan bestrijden.

Indien de geneesheer zulks op morele of levensbeschouwelijke gronden weigert, moet hij de patiënt of, als deze bewusteloos is, zijn familie daarvan meteen op de hoogte brengen en alle informatie bezorgen om een andere geneesheer te kunnen aanwijzen.

Art. 5

De verklaring die nodig is om het recht waarvan sprake is in artikel 4 te kunnen uitoefenen, kan op om het even welk ogenblik worden opgesteld. Zij wordt, op straffe van nietigheid, vastgesteld bij authentieke akte, in tegenwoordigheid van twee meerderjarige getuigen die geen bloedverwant zijn van de betrokkene, tot de derde graad inbegrepen. Zij houdt van rechtswege op uitwerking te hebben na verloop van vijf jaar, behalve wanneer ze in dezelfde vorm is hernieuwd.

De verklaring kan op elk ogenblik worden herroepen.

Voor de toepassing van het vorige lid worden als getuige uitgesloten: de echtgenoot of de erfgerechtigden van degene die de verklaring doet, de personen die belang kunnen hebben bij zijn overlijden, de personen die in dienst zijn bij hem of bij de instelling waarin hij opgenomen mocht zijn, de behandelende geneesheer uitgezonderd.

De Koning bepaalt nadere regels in verband met de bewaring en de overlegging van de in het eerste lid omschreven verklaring.

Art. 6

Vóór de in de bovenvermelde verklaring vervatte wilsbeschikking kan worden uitgevoerd, moet een college van drie geneesheren constateren dat aan de in artikel 4 gestelde objectieve voorwaarden is voldaan.

Art. 7

De toepassing van deze bepalingen wordt van rechtswege geschorst als de vrouw die een dergelijke verklaring heeft afgelegd, zwanger is.

Art. 8

La déclaration est sans effet sur le droit pour l'intéressé d'accepter ou de refuser par ailleurs des traitements médicaux et sur l'obligation pour tout médecin ou pour tout établissement de les lui dispenser.

Art. 9

Nonobstant toutes dispositions contraires ni la déclaration visée aux présentes, ni le fait de s'en être abstenu ou de l'avoir révoquée, ne sont susceptibles d'avoir des conséquences sur le plan juridique, en particulier en matière d'assurances, et aucune sanction ne peut être encourue par les personnes qui s'y sont conformées.

Toutefois, est nul de plein droit tout legs, toute donation avec réserve d'usufruit ou toute vente à rente viagère consenti par le déclarant aux témoins visés à l'article 5 ainsi que toute assurance sur la vie souscrite à leur profit.

CHAPITRE IV

**Du droit à la dignité dans la mort des patients
inconscients ou hors d'état de manifester
leur volonté**

Art. 10

Lorsque le patient qui est inconscient ou hors d'état de manifester sa volonté physiquement ou juridiquement n'a pas fait de déclaration au préalable, et que l'affection accidentelle ou pathologique dont il est atteint est incurable et lui cause une souffrance physique certaine sans qu'aucune thérapeutique médicale ou chirurgicale connue au moment de l'intervention soit susceptible de porter remède à l'affection elle-même, la famille du patient, le représentant légal ou le médecin traitant peut exiger qu'aucun moyen autre que ceux destinés à calmer la souffrance ne soit utilisé pour prolonger artificiellement la vie.

Art. 11

A défaut de moyens connus susceptibles de calmer efficacement la souffrance, et dans les conditions précitées, le médecin traitant peut, à la requête de la famille du patient ou de sa propre initiative, utiliser tout moyen abrégant ces souffrances et précipitant un décès inéluctable.

Si, pour des raisons morales ou philosophiques, ce médecin refuse, il doit d'emblée en informer la famille du patient et permettre, par les renseignements fournis, la désignation d'un autre médecin.

Art. 12

Un collège de trois médecins devra au préalable constater que les conditions objectives imposées aux articles 10 et 11 sont remplies.

Art. 8

De verklaring heeft geen invloed op het recht van de betrokkene om zich aan een medische behandeling te onderwerpen of die te weigeren en op de verplichting voor de geneesheren en de instellingen om hem die te verstrekken.

Art. 9

Niettegenstaande iedere andersluidende bepaling kan de in de bovenstaande artikelen bedoelde verklaring, of het feit dat ze niet is gedaan dan wel is herroepen, geen rechtsgevolgen hebben, in het bijzonder op het stuk van verzekeringen, en kunnen geen sancties worden opgelegd aan degenen die zich daarnaar hebben gedragen.

Legaten, schenkingen met voorbehoud van vruchtgebruik of verkopen op lijfrente die door degene die de verklaring heeft afgelegd zijn toegestaan ten voordele van de in artikel 5 bedoelde getuigen alsmede levensverzekeringen afgesloten in hun voordeel zijn evenwel van rechtswege nietig.

HOOFDSTUK IV

**Het recht op een waardige dood
van patiënten die bewusteloos zijn
of niet in staat hun wil te kennen te geven**

Art. 10

Indien een patiënt die bewusteloos of lichamelijk dan wel juridisch niet in staat is zijn wil te kennen te geven, vooraf geen verklaring heeft afgelegd en indien de door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan hij lijdt, ongeneeslijk is en hem onbetwistbaar lichamelijk doet lijden zonder dat op het ogenblik van de ingreep, enigerlei medische of heelkundige therapie bekend is waarmee de aandoening zelf kan worden genezen, kan de familie van de patiënt, de wettelijke vertegenwoordiger of de behandelende geneesheer eisen dat geen andere dan pijnstillende middelen worden gebruikt om zijn leven kunstmatig te rekken.

Art. 11

Als in de bovenvermelde omstandigheden geen middel bekend is om het lijden doeltreffend te stillen, kan de behandelende geneesheer, op verzoek van de familie van de patiënt of op eigen initiatief alle middelen gebruiken die het lijden verkorten en een onafwendbare dood verhaasten.

Indien de geneesheer zulks op morele of levensbeschouwelijke gronden weigert, moet hij de familie van de patiënt daarvan meteen op de hoogte brengen en alle informatie bezorgen om een andere geneesheer te kunnen aanwijken.

Art. 12

Een college van drie geneesheren moet vooraf constateren dat aan de in de artikelen 10 en 11 omschreven objectieve voorwaarden voldaan is.

CHAPITRE V

Des patients cliniquement morts

Article 13

Le patient doit être considéré comme cliniquement mort en cas d'arrêt irréversible de la fonction centrale du cerveau, constatée à partir de l'absence prolongée de fonctions circulatoire et respiratoire spontanées, et si l'état actuel de la science permet de considérer cet état comme irréversible.

Lorsque l'utilisation de mécanismes de soutien rend impossible la constatation de l'absence prolongée des fonctions circulatoire et respiratoire spontanées, la cessation irréversible des fonctions cérébrales peut être constatée par tout moyen reconnu par les normes de la pratique médicale courante.

Si le patient est reconnu comme cliniquement mort par un collège de trois médecins, le traitement, quel qu'il soit, peut être interrompu dans les délais permettant l'application éventuelle de dispositions légales ou réglementaires relatives aux prélèvements d'organes.

CHAPITRE VI

Du collège des médecins

Art. 14

Il est créé aux soins du Conseil National de l'Ordre des Médecins un collège général de médecins spécialistes dont le Roi arrêtera les modalités de désignation.

Il sera, à la requête du médecin traitant, selon l'affection en cause, procédé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins à la désignation de trois membres de ce collège général et dont l'avis est requis aux articles 6, 12 et 13.

Cet avis qui constate dans chaque cas que les conditions objectives exigées sont réunies, doit être émis à l'unanimité des trois médecins ainsi choisis.

CHAPITRE VII

Procédure

Article 15

Les contestations entre les parties intéressées et portant sur l'application de la présente relèvent de la compétence du tribunal de première instance, saisi par voie de requête.

La requête est instruite et jugée comme en matière de référés, le ministère public entendu.

Art. 16

Lorsque la famille du patient dont l'avis est sollicité est composée de plusieurs membres, le consentement de tous est exigé.

A défaut d'accord entre eux ou d'impossibilité de manifester leur volonté, à la requête de la partie la plus diligente

HOOFDSTUK V

Patiënten die klinisch dood zijn

Artikel 13

De patiënt moet als klinisch dood worden beschouwd wanneer zijn centrale hersenfunctie definitief is uitgevallen, wat kan worden afgeleid uit de langdurige en volgens de huidige stand van de medische wetenschap onomkeerbare afwezigheid van spontane bloedsomloop- en ademhalingsfuncties.

Wanneer het niet mogelijk is het langdurig uitblijven van spontane bloedsomloop- en ademhalingsfuncties vast te stellen omdat deze kunstmatig worden ondersteund, kan het onomkeerbaar uitvallen van de hersenfuncties worden vastgesteld met om het even welk middel dat overeenkomstig de normen van de gangbare medische praktijk erkend is.

Als een college van drie geneesheren de klinische dood van de patiënt heeft vastgesteld, mag de behandeling, welke die ook zij, worden stopgezet binnen een tijdruimte die het mogelijk maakt eventueel de wettelijke of bestuursrechtelijke bepalingen met betrekking tot het wegnemen van organen toe te passen.

HOOFDSTUK VI

Het college van geneesheren

Art. 14

Door de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren wordt een algemeen college van geneesheren-specialisten opgericht. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden ervan worden benoemd.

Op verzoek van de behandelende geneesheer en naar gelang van de aard van de aandoening wijst de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren drie leden van dat algemeen college aan om het krachtens de artikelen 6, 12 of 13 vereiste advies te geven.

Dat advies, waarbij per geval wordt geconstateerd dat aan de objectieve voorwaarden voldaan is, moet eenparig door de drie gekozen geneesheren worden gegeven.

HOOFDSTUK VII

Procedure

Art. 15

Betwistingen tussen de betrokken partijen over de toepassing van deze wet behoren tot de bevoegdheid van de rechtbank van eerste aanleg. De zaak wordt aanhangig gemaakt bij verzoekschrift.

Ze wordt behandeld en er wordt uitspraak over gedaan zoals in kortgeding, het openbaar ministerie gehoord.

Art. 16

Wanneer de familie van de patiënt, die advies moet geven, uit verschillende leden bestaat, is de instemming van alle leden vereist.

Als zij het niet eens zijn of als zij niet in staat zijn hun mening te kennen te geven, kan de zaak op verzoek van

un recours peut être introduit devant le tribunal compétent dans les formes du référé.

Les parties sont tenues de comparaître en personne. Elles peuvent se faire assister d'un conseil.

Si les motifs de la contestation sont reconnus fondés, le tribunal ordonnera le respect du consentement ou du refus jugé légitime.

CHAPITRE VIII.

Dispositions particulières

Art. 17

Ajouter au titre VIII, chapitre premier du Code pénal (Des crimes et délits contre les personnes — De l'homicide et des lésions corporelles volontaires) un article 417bis :

« Art. 417bis. — Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent pas lorsque les faits ayant entraîné la mort ont été commis dans le respect des dispositions de la loi du »

Art. 18

Ajouter au titre VIII, chapitre II du Code pénal (Des crimes et délits contre les personnes — De l'homicide et des lésions corporelles involontaires) un article 422quater :

« Art. 422quater. — Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent pas lorsque les faits ayant entraîné la mort ont été commis dans le respect des dispositions de la loi du »

Art. 19

La présente loi entre en vigueur dès sa parution au *Moniteur belge*.

24 février 1986.

E. KLEIN
Y. YLIEFF
L. VAN DEN BOSSCHE
O. DELEUZE

de meest gerede partij voor de bevoegde rechtbank worden gebracht in de vorm van een kort geding.

De partijen verschijnen in persoon. Zij kunnen zich laten bijstaan door een raadsman.

Indien de redenen van de betwisting gegrond worden geacht, beveelt de rechtbank dat men zich aan de rechtmatig geachte instemming of weigering dient te houden.

HOOFDSTUK VIII

Bijzondere bepalingen

Art. 17

Aan titel VIII, hoofdstuk I, van het Strafwetboek (Misdaden en wanbedrijven tegen personen — Opzettelijk doden en opzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel) wordt een artikel 417bis toegevoegd, luidend als volgt :

« Art. 417bis. — De bepalingen van dit hoofdstuk zijn niet van toepassing wanneer de feiten die de dood tot gevolg hebben gehad, gepleegd zijn met inachtneming van het bepaalde in de wet van.... »

Art. 18

Aan titel VIII, hoofdstuk II, van het Strafwetboek (Misdaden en wanbedrijven tegen personen — Onopzettelijk doden en onopzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel) wordt een artikel 422quater toegevoegd, luidend als volgt :

« Art. 422quater. — De bepalingen van dit hoofdstuk zijn niet van toepassing wanneer de feiten die de dood tot gevolg hebben gehad, gepleegd zijn met inachtneming van het bepaalde in de wet van »

Art. 19

Deze wet treedt in werking op de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

24 februari 1986.