

Kamer van Volksvertegenwoordigers

ZITTING 1984-1985

21 JANUARI 1985

WETSVOORSTEL

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

(Ingediend door de heer D'Hose)

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

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.

De heer 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 om, 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 de medische ethiek, wat tegenwoordig geheel wordt overgelaten aan het beslissingsrecht van de artsen, enerzijds, en de vrijwillige of onvrijwillige doding, waaronder euthanasie valt, anderzijds.

Chambre des Représentants

SESSION 1984-1985

21 JANVIER 1985

PROPOSITION DE LOI

relative au droit
à la dignité thérapeutique
du patient incurable

(Déposée par M. D'Hose)

DEVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

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 in « 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 discrétion des médecins, de l'acharnement thérapeutique, de « l'impérialisme médical » et de l'éthique médicale d'une part, de l'homicide volontaire ou involontaire couvrant l'euthanasie d'autre part.

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 ziek 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 oordeel 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 beroepstraditie 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 veranderde 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 enkel 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 Viansson-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.

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 wettelijke stelsels 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 vrij-

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, 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.*, 1950, 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 être toujours 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 », *Revue de droit pénal et de criminologie*, 1950-1951, pp. 99-100).

On assiste depuis aux « métamorphoses d'Hippocrate » (voir Carlo Bronne, « Le Soir », 25 octobre 1950, cité par M. Trousse, voir 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 » (*Revue « Médecine et Hygiène »*, 1980, Genève, n° 1387, p. 2598).

Léon Schwartzberg et Pierre Viansson-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.

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 léthal dès qu'apparaît l'impasse médicale (voir *Revue « Médecine et Hygiène »*, *op. cit.*, pp. 2600-2605).

Le besoin de légiférer en la matière s'impose donc puisqu'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 de 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 déperit

spraken, verschrompelt en dat de toepassing ervan afhankelijk wordt van de willekeur van de parketten (Marchal et Jaspard, « 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 geregeld worden:

1. De *euthanasie* (etymologisch de « milde dood ») of, zoals M. Schaerer (in « Réflexions d'un philosophe sur l'euthanasie », *Revue internationale de droit pénal*, 1965, blz. 76) het uitdrukte « het lethale gebaar »;

2. de *orthothanasie* (of passieve euthanasie door het niet-verstrekken van de nodige zorg);

3. de *dysthanasie* (of het in leven houden van een patiënt met louter technische middelen).

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

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

et ne sera plus appliquée que selon « le bon plaisir » des parquets (Marchal et Jaspard, « Traité de droit criminel », T. III, Ed. Larcier, 1982, p. 321; voir aussi jurisprudence M. T. Collignon, « Réflexions sur l'euthanasie », *Revue 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:

1. *l'euthanasie* (éthymologiquement la mort bonne) ou *le geste de mort* selon le mot de M. Schaerer (in « Réflexions d'un philosophe sur l'euthanasie », *Revue internationale de droit pénal*, 1965, p. 76);

2. *l'orthothanasie* (dite euthanasie passive par omission de soins);

3. *la dysthanasie* (ou la conservation en vie d'un malade par des moyens exclusivement scientifiques).

1. *L'euthanasie* a de tout temps suscité des interprétations diverses, même si, d'un point de vue strictement éthymologique, 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 » en ajoutant — ce que seul un usage ignoble a donné au sens de ce mot — « ou pour tout motif d'ordre éthique ».

Il va de soi que seule l'acception éthymologique 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 — quoique en condamnant la pratique par la crainte de l'extension précitée — M. Théo Collignon, « pour quoi 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*, par omission de secours, pose le cas de conscience plus complexe du choix entre ce qui est communément appelé l'acharnement 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 ».

De tragische voorbeelden die dit probleem illustreren zijn bekend. Wij vermelden hier alleen het geval van Karen Quillan, een meisje dat in een diep coma was gevallen. Haar hersenen waren afgestorven en ze werd alleen nog met behulp van een stalen long in leven gehouden. Het Opperste Gerechtshof van New Jersey gaf toestemming om de stalen long uit te schakelen, terwijl in Californië de « California Natural Death Act » werd goedgekeurd in 1977.

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 fysisch (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.

In geen geval mag de arts op eigen initiatief handelen.

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 of zijn familie eisen dat de geneesheer alle mogelijke middelen aanwendt 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.

Les cas malheureux illustrant ce problème sont célèbres, et nous citerons à cet égard celui de Karen Quillan, une jeune fille sombrant dans un profond coma, le cerveau détruit, et tenue en vie par le seul usage d'un poumon d'acier. La Cour Suprême du New Jersey accorda l'autorisation de débrancher le poumon d'acier, tandis qu'en Californie se votait le « California Natural Death Act » en 1977.

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 en effet 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 doit exprimer cette volonté à sa place.

En aucun cas, le médecin ne peut agir d'initiative.

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 ou sa famille peut exiger que le médecin utilise 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.

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

De heer 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 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.

Wij 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.

Voorts is het evenmin redelijk dat een stervende overgeleverd wordt aan wat sommigen omschrijven als «het imperialisme van de dokters».

« Dan zijn er de mensen [de geneesheren] die snel en met afgewend hoofd het sterfbed voorbijgaan; maar ook mensen die stilstaan, erbij gaan zitten, praten zonder een antwoord te verwachten, de hand die zich aan de lakens vastklampt stevig in de hunne nemen en helpen de grote stap, de laatste stap te doen. En dan zijn er nog mensen die geloven of doen alsof ze geloven in de zalmakende kracht van het lijden en, erger nog, degenen die weigeren het lijden in ogenschouw te nemen, omdat er in hun statistieken immers geen aanduiding voor pijn of een diagram van de angst voorkomt; en dan nog mensen die zich meer om de zieke dan om de wetenschap bekommeren.

(...) En ten slotte zijn er die koene ridders in hun harnas van grootse principes die met een gerust geweten hun kunst, als men het zo noemen kan, tot de uiterste grens en zelfs nog verder doordrijven, hoeveel bloed en tranen dat ook moge kosten; maar dan zijn er ook mensen die de moed hebben om te weigeren zo ver te gaan, die ook de natuur haar deel geven en die zelfs het broederlijk gebaar van bevrijding aandurven. » (L. Schwartzberg en P. Viansson-Ponté, *op. cit.*, Ned. vert. door Jacomien van der Wekken Luyk, « Omgaan met de dood », Uitg. Meulenhoff 1980, blz. 48).

Met ons voorstel willen wij tot een *recht* maken datgene dat tot nog toe nog een *mogelijkheid* is.

Robinson Crusoe had geen rechen omdat iemand alleen rechten heeft voor zover hij afhankelijk is van anderen. Met betrekking tot het eigen lichaam mogen aan een persoon geen dwingende verplichtingen worden opgelegd.

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

* * *

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.

Et puis, il n'est pas sain non plus qu'un homme mourant soit livré à ce que d'aucuns ont baptisé « l'impérialisme du médecin ».

« Alors, il y a ceux [les médecins] qui passent vite en détournant la tête devant le lit de l'agonie, et puis il y a ceux qui s'arrêtent, s'assoient, parlent sans attendre de réponse, prennent la main qui griffe les draps pour la serrer bien fort dans les leurs et aider à faire le grand saut, le dernier pas. Et encore, il y a ceux qui croient ou feignent de croire à la vertu rédemptrice de la souffrance, et pire encore ceux qui refusent de la prendre en considération puisqu'ils n'ont pas, dans leurs statistiques, d'indice de la douleur ni de diagramme de l'angoisse; et puis ceux qui pensent au malade plus qu'à la science (...)

Et enfin, il y a ceux qui, preux chevaliers revêtus de l'armure des grands principes, se font une bonne conscience en poussant leur art, si l'on peut dire jusqu'à l'extrême limite et même au-delà, quoi qu'il puisse en coûter de sang et de larmes; et puis ceux qui ont le courage de refuser d'aller trop loin, qui laissent sa part à la nature, qui osent même le geste fraternel de la délivrance. » (L. Schwartzberg et P. Viansson-Ponté, *op. cit.*, Ed. L. P., p. 65).

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

Il n'y a pas eu de droit pour Robinson Crusoe, parce que le droit ne concerne un sujet que pour autant qu'il soit livré à autrui. Il ne doit pas y avoir de contraintes pour un être en ce qui concerne son propre corps.

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

* * *

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 hem openvalt.

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 zou wel erg bevreemdend zijn als de geneesheer hier kon optreden.

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 onvoogde minderjarige kinderen zijn, kan daarom enkel de samenwonende echtgenoot een wil te kunnen 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 zoals inzake akten van eerbied (cfr. hieronder).

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 de 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 gegeven en wat de weerslag ervan kan zijn op de geestsgesteldheid 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.

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'intérêts 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, seule la famille doit pouvoir exprimer à sa place une volonté. Il serait en effet singulier qu'à cet égard le médecin puisse le faire.

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, s'ils sont d'un lit différent, parce que le patient est leur père.

En cas de désaccord entre eux, le tribunal compétent devra trancher selon une procédure similaire à celle de l'acte respectueux (*voir infra*).

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^e 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 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 (voir 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 (voir 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.

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?

Schwartzenberg 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;
- de geneesheer-patiëntrelatie 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.

De dokter is echter niet verplicht om uit eigen beweging de waarheid te zeggen. Sommige zieken willen de waarheid trouwens liever niet kennen. Zij stellen geen vragen, om de realiteit niet onder de ogen te moeten zien.

Bovendien gelooft men de geneesheer niet meer, zelfs wanneer hij de waarheid vertelt en b.v. een ongevaarlijke ziekte diagnostiseert.

In dat opzicht is het beter dat de zieke de waarheid kent, het zal hem heel wat angst besparen.

Medische informatie zal dus slechts kunnen worden verstrekt op schriftelijk verzoek van de zieke en ze zal, op straf van sancties, de werkelijke gezondheidstoestand van de zieke moeten weergeven.

Hetzelfde geldt voor de resultaten van laboratorium- en andere onderzoeken (röntgenfoto's, enz.). Waarom zou alleen de arts die mogen bijhouden? Als de patiënt in het bezit blijft van de resultaten van de onderzoeken, zal hij die voor de gemeenschap kostbare onderzoeken niet telkens opnieuw moeten ondergaan.

De hoofdsukken 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 tot 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.

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. Schwartzenberg et Viansson-Ponté ont quant à eux démontré l'inanité de ce raisonnement donnant au seul médecin le droit de juger (*op. cit.*, pp. 227 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;
- 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.

Toutefois, le médecin n'a pas l'obligation de révéler automatiquement la vérité et d'ailleurs certains malades préfèrent ne pas connaître cette vérité, ne posent pas de questions pour fuir la réalité.

Au surplus, le médecin n'est plus cru même s'il dit la vérité et diagnostique, par exemple, une maladie ordinaire.

Le malade a également intérêt à cet égard à connaître la vérité, ce qui lui évitera de sérieuses angoisses.

L'information médicale ne pourra donc être délivrée que sur demande écrite du malade et devra refléter l'état de santé réel de celui-ci, sous peine de sanctions.

Il en ira de même pour les résultats d'analyse de laboratoires et autres (radiographies, etc.) dont on ne comprend pas pourquoi le médecin en serait le seul dépositaire. Au demeurant, la possession de ces résultats devrait amener le patient à limiter les examens coûteux pour la collectivité.

Les chapitres III, IV et V visent à régler 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 cette souffrance.

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'abrèger 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, 1977-1978).

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. Dalq « 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 hiervan niet weerhouden.

Volgens het huidige Strafwetboek is in dat geval sprake van doodslag. Voorts kan ook het nalaten van zorgen, zelfs als de patiënt dat eist, 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.

In dat verband vrezen sommigen trouwens dat een verklaring die werd opgesteld lang vóór iemand ziek werd, dikwijls niet veel bewijskracht zal hebben omdat de patiënt altijd van gedachte kan veranderen als zijn ziekte werkelijk wordt vastgesteld. Anderen betwijfelen of iemand die lijdt, wel in staat is zijn vrije toestemming te geven.

Daarom legt het voorstel aan de patiënt die zijn wilsbeschikking intrekt, de verplichting op dat in dezelfde vormen te doen.

Het is niet zonder belang erop te wijzen dat de redenering die wordt gevolgd met betrekking tot de wilsbeschikking paradoxaal is. Men zou de wil van de patiënt wel respecteren als hij zijn mening herziert, zelfs al is hij bijna niet meer bij bewustzijn, maar als hij *in extremis* beslist om zijn lijden te doen verkorten, vindt men dat hij niet meer helemaal normaal reageert !

Zoals in de andere gevallen (cfr. hieronder) zal een wilsbeschikking slechts kunnen worden uitgevoerd nadat 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 bewustloos of niet in staat zijn wil te kennen te geven

Artikel 10 bepaalt dat de naaste familieleden van de patiënt in zijn plaats kunnen beslissen als hij onbekwaam is 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, geesteszieken). 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.

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. Dalq, « Responsabilité quasi-délictuelle », *R. C. J. B.*, 1980, pp. 385-386).

Cette thèse perd de sa substance à l'égard de la présente proposition, puisque 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 d'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 éliminatoire 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 », « *Vlaamse 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.

A cet égard d'ailleurs, d'aucuns craignent qu'une déclaration faite bien avant l'atteinte d'une affection ne soit pas toujours très probante puisque le patient peut toujours changer d'avis lorsqu'il est atteint de cette affection. De même, certains expriment leur doute quant à la liberté du consentement d'un individu qui souffre.

La présente proposition impose au patient qui renonce à sa déclaration de volonté, de le faire dans les mêmes formes, ce qui répond à la préoccupation précitée.

Au sujet de cette préoccupation, il est intéressant de souligner le paradoxe du raisonnement, puisque l'on respecterait la volonté du patient s'il revient sur sa décision, même à la limite de l'inconscience alors que si sa volonté *in extremis* est d'abréger ses souffrances, l'on considère qu'il n'est pas dans son état normal !

Comme pour les autres cas (v. *infra*), pour que la déclaration de volonté puisse être mise en œuvre, un collège de trois médecins devra vérifier l'existence des conditions imposées.

L'article 9 vise 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 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.

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.

In tegenstelling tot de twee hierbovenbedoelde gevallen waarin het initiatief door de patiënt of door zijn familie moet worden genomen, moet, ingeval de patiënt klinisch dood is verklaard, de geneesheer zelf de behandeling stoppen.

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.

Als de verschillende bloedverwanten die hun toestemming moeten geven, het niet met elkaar eens zijn, moet de rechtbank een beslissing nemen zoals inzake akten van eerbied (vroeger art. 151 e.v. van het Burgerlijk Wetboek).

Voor het overige hebben wij het niet nuttig geacht in de tekst van het voorstel de gemeenrechtelijke bepalingen inzake verantwoordelijkheid op te nemen die van toepassing zouden kunnen zijn.

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, die erop neerkomt dat men belet dat een *recht* zou ontstaan door te verwijzen naar mogelijke *uitwassen*.

Sommigen vrezen immers dat het toelaten van euthanasie op stervenden die ongeneeslijk ziek zijn, in de toekomst de weg zal effenen voor volkerenmoord en voor het uitroeien van lichamelijk gehandicapte kinderen of zelfs van bejaarden (cfr. M. De Laet, « Déviations et carences de la déontologie médicale », *J. T.*, 1963, blz. 32-33; L. Swartzenberg, Verklaring op het Congres te Nice op 22 en 23 september 1984, cfr. *La Libre Belgique* van 22 september 1984 en *Le Soir* van 24 september 1984).

Om het even welk recht kan aanleiding geven tot misbruiken.

Wij nemen dan ook dat dit geen ernstig tegenargument is, want anders zou geen enkel nieuw recht meer in het leven kunnen worden geroepen en zouden alle bestaande rechten moeten verdwijnen. En dat ware een buitensporige eis.

Het debat is geopend. Wij hebben alvast stelling genomen.

3. Cas du patient cliniquement mort

L'article 13 porte définition de la notion de « cliniquement 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.

A la différence des deux cas étudiés ci-avant, et où l'initiative appartient soit au patient, soit à sa famille, 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 une 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.

En cas de conflits entre parents, lorsque le consentement de plusieurs est sollicité, le tribunal aura à prendre décision comme dans le cadre de l'acte respectueux (art. 151 et s. du Code civil).

Il ne nous semblait pas utile pour le surplus de préciser dans le texte de la présente les dispositions de droit commun en matière de responsabilité susceptibles de s'appliquer.

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 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 « Déviation et carences de la déontologie médicale », *J. T.*, 1963, pp. 32-33; L. Swartzenberg, 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 existants devraient disparaître. Mais exiger cela constitue un abus manifeste.

Le débat est lancé. Nous avons pris parti.

E. D'HOSE

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 geven als deze er schriftelijk om verzoekt en als het verzoek van de betrokkene tot doel heeft de ernst van zijn toestand te kennen.

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 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 in zover die aandoening een onafwendbare dood tot gevolg moet hebben.

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 première 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 donner, dès lors que cette demande a pour objet la connaissance de la gravité de cet état.

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 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.

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 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, met inachtneming van dezelfde vormen.

Voor de toepassing van het vorige lid worden als getuige uitgesloten : de behandelde geneesheer, de echtgenoot of de erfgerechtigden van degenen 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 waarbij hij opgenomen mocht zijn.

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

Art. 6

Vóór de in de bovenvermelde verklaring vervatte uitsluiting 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

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 of lijfrente die door degene die de verklaring heeft afgelegd zijn toegestaan ten voordele van de getuigen vermeld in artikel 5, alsmede levensverzekeringen afgesloten in hun voordeel zijn evenwel van rechtswege nietig.

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 acte authentique, dressé 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, moyennant le respect des mêmes formes.

Ne peuvent être témoins pour l'application de l'alinéa qui précède, ni le médecin traitant, 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.

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.

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 articles précédents, 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.

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 is of lichamelijk dan wel juridisch niet in staat zijn wil te kennen 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 of zijn wettelijke vertegenwoordiger 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, dan kan de behandelde geneesheer, op verzoek van de familie van de patiënt, alle middelen gebruiken die het lijden verkorten en een onvermijdelijk overlijden 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 aanwijzen.

Art. 12

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

HOOFDSTUK V

Patiënten die klinisch dood zijn

Art. 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 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.

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 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 ou le représentant légal 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, 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.

CHAPITRE V

Des patients cliniquement morts

Art. 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.

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

De 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.

De zaak wordt onverwijld in raadkamer behandeld door de rechtbank of het hof, de procureur des Konings of de procureur-generaal gehoord. Uitspraak wordt gedaan in openbare terechtzitting.

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 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 reden van de betwisting gegrond wordt 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 naar 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..... »

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

Art. 15

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

Le tribunal et la cour instruisent la cause d'urgence et entendent le procureur du Roi ou le procureur général en chambre du conseil; ils statuent en séance publique.

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, un recours peut être introduit à la requête de la partie la plus diligente 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

Au Titre VIII, chapitre premier, du Code pénal (Des crimes et délits contre les personnes — De l'homicide et des lésions corporelles volontaires), il est ajouté un article 417bis, rédigé comme suit :

« 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

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

« Art. 422*quater*. — 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 bekend gemaakt.

31 oktober 1984.

Art. 18

Au titre VIII, chapitre II, du Code pénal (Des crimes et délits contre les personnes — De l'homicide et des lésions involontaires), il est ajouté un article 422*quater*, rédigé comme suit :

« Art. 422*quater*. — 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*.

31 octobre 1984.

E. D'HOSE
E. KLEIN
R. COLLIGNON
J.-J. DELHAYE
O. DELEUZE
L. VAN DEN BOSSCHE