

Euthanasie: van een duidelijk juridisch model tot vertroebelde ethische discussies

De wettelijke omkadering van euthanasie wordt vaak voorgesteld als het belangrijkste opvallende kenmerk van het Belgische medische recht in vergelijking met bijna alle andere rechtsstelsels: ze biedt ons de mogelijkheid, waar veel buitenlandse burgers ons om benijden¹, om binnen het strikte kader dat voortvloeit uit de wet van 28 mei 2002 de dood 'met open ogen' tegemoet te treden, om vrij te kiezen om haar te trotseren. Worden het principieel *bindende* karakter van de wilsverklaringen (art. 8, § 4, lid 4 Wet Patiëntenrechten) en de mogelijkheid voor de patiënt om een gezondheidsmandataris aan te stellen met een echte *beslissende* rol (art. 14, § 1, lid 2 van dezelfde wet) hieraan toegevoegd, dan is er een juridisch kader dat een cruciaal punt illustreert dat betrekking heeft op het *beslissingsmodel op medisch gebied*. Er zijn er minstens twee. In het eerste, dat over de hele wereld een grote meerderheid kent, is de beslissing zeker *geïnformeerd* door de mening van de vertrouwenspersoon die wordt aangeduid door de zieke (indien deze bestaat) en door die van de andere naasten en de leden van het team: ze wordt overlegd, gedeeld, maar blijft *in fine* medisch. Het andere model doet de balans duidelijk overhellen *naar de patiënt*: hij neemt, uiteraard met de opheldering en de aanbevelingen van de zorgverleners en de adviezen van zijn omgeving, beslissingen over zijn gezondheid, zijn lichaam, zijn leven(seinde). En als hij dat niet meer kan, zal hij de moeite hebben genomen om zijn wensen, of zijn eisen, schriftelijk op te tekenen en zullen ze moeten worden nageleefd. Het kan ook zijn dat een naaste de fakkel overneemt, die de daadwerkelijke mogelijkheid heeft om te beslissen en niet alleen een adviseerende rol heeft. Dat is de onmiskenbare reikwijdte van onze rechtsregels, die in dit opzicht moeten worden toegejuicht. Dit is een echte maatschappelijke keuze: het recht heeft hier immers het vermogen een model voor te stellen dat op dit terrein zowel maatschappelijk (en ethisch) als strikt juridisch is.

Het achtste verslag van de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie, dat betrekking heeft op de jaren 2016 en 2017 en in navolging van het vorige verslag een samenvatting van de cijfergegevens van de laatste vier jaar weergeeft, is nu beschikbaar.² Het zet de situatie zo gedetailleerd mogelijk uiteen, met zo veel mogelijk cijfers, tabellen en grafieken. Maar ik wil hier een ander recent document toelichten: het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek nr. 73 van 11 september 2017 "betreffende euthanasie in geval van niet-terminale patiënten, psychisch lijden en psychiatrische aandoeningen".³ Deze omvangrijke tekst (70 pagina's, zonder de bijlagen), waarvan de structuur voor verbetering vatbaar is (de ondertitels zijn te algemeen, de verschillende strekkingen zijn slecht te onderscheiden) en waarvan sommige ontwikkelingen overdreven lang zijn, beantwoordt een ministeriële (en aanvankelijk een par-

1. Lees bijvoorbeeld het aangrijpende verhaal van Anne Bert. *Le tout dernier été*, Fayard, 2017. Anne Bert leed aan amyotrofische laterale sclerose en pleegde euthanasie op 2 oktober 2017. In de weken voorafgaand aan haar gekozen vertrek heeft ze haar strijd (want in Frankrijk is dat er een) overvloedig en op een bijzonder waardige manier gemediatiseerd.
2. www.euthanasiecommissie.be.
3. www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek.

L'euthanasie : d'un modèle juridique clair à des discussions éthiques embrouillées

On présente souvent l'encadrement légal de l'euthanasie comme le principal trait saillant du droit médical belge, en comparaison avec la quasi-totalité des autres systèmes juridiques : il nous offre la faculté, que bon nombre de citoyens étrangers nous envient¹, d'aller à la rencontre de la mort « les yeux ouverts », de choisir librement de l'affronter, dans le cadre strict issu de la loi du 28 mai 2002. Si l'on ajoute le caractère par principe *contraignant* des directives anticipées (art. 8, § 4, al. 4, de la loi relative aux droits du patient) et la possibilité pour le patient de désigner un mandataire de santé doté d'un véritable rôle *décisionnel* (art. 14, § 1^{er}, al. 2, de cette même loi), on a là un encadrement juridique qui illustre un point crucial, tenant au *modèle relatif à la prise de décision en matière médicale*. Il en existe au moins deux. Dans le premier, très majoritaire de par le monde, la décision est certes *éclairée* par l'avis de la personne de confiance appointée par le malade (si elle existe), et par celui des autres proches et des membres de l'équipe ; elle est concertée, partagée, mais *in fine* elle demeure *médicale*. L'autre modèle fait nettement glisser le balancier *vers le patient* : c'est lui qui prend, bien sûr avec l'éclairage et les préconisations des soignants et les conseils de son entourage, les décisions relatives à sa santé, son corps, sa (fin de) vie. Et, s'il n'est plus en mesure de le faire, soit il aura pris la peine de coucher ses souhaits – ou ses exigences – par écrit, et ils devront être respectés ; soit c'est un proche qui prendra le relais, avec la possibilité effective de décider, et pas simplement un rôle consultatif. Telle est l'incontestable portée de nos règles de droit, qui méritent en cela d'être saluées. Il y a là un véritable choix de société : le droit a en effet, ici, pour indispensable vertu de proposer un modèle qui, sur ce terrain, est tout autant sociétal (et éthique) que strictement juridique.

Le huitième rapport de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, qui couvre les années 2016 et 2017 et propose, dans le sillage du rapport précédent, une synthèse des données chiffrées sur les quatre dernières années, est à présent disponible². Il expose la situation de la manière la plus détaillée possible, en reprenant le maximum de chiffres, tableaux et graphiques. Mais c'est un autre document récent que je souhaite ici commenter brièvement : l'avis du Comité consultatif de Bioéthique n° 73 du 11 septembre 2017 « concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques »³. Ce texte volumineux (75 pages, sans compter les annexes), dont la structure est perfectible – les sous-titres sont trop généraux, les diverses tendances mal distinguées – et dont certains développements sont exagérément longs, répond à une question

1. Lire par exemple le poignant récit d'A. BERT, *Le tout dernier été*, Fayard, 2017. Atteinte d'une sclérose latérale amyotrophique, Anne Bert a bénéficié d'une euthanasie le 2 octobre 2017. Durant les semaines qui précéderent son départ choisi, elle a amplement, et d'une façon particulièrement digne, médiatisé son combat (car en France, c'en est un).
2. www.commissionneuthanasie.be.
3. www.health.belgium.be/fr/comite-consultatif-de-bioethique-de-belgique.

lementaire) vraag die in ... april 2011 werd gesteld, wat inderdaad wil zeggen dat de totstandkoming ervan lang en complex was.⁴ Het is vooral gericht (pagina's 15 tot 56!) op de vraag of er "een maatschappelijke nood bestaat om het concept van aanhoudend en ondraaglijk psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden te verduidelijken". Er worden vele pagina's gewijd aan 'levensmoeheid' en het gevoel van een 'voltooid leven', met te uitgesproken verwijzingen naar Nederlandse debatten en studies, waarvan de relevantie niet altijd duidelijk blijkt.

Er zou veel gezegd kunnen worden over dit advies. Ik beperk mij tot een algemene opmerking: de leden van het comité die voorstander zijn van een restrictieve benadering van deze kwesties, lijken ervan overtuigd te zijn dat de huidige euthanasiepraktijk, zoals beschreven in het recente verslag van de commissie, getuigt van laksheid, zo niet van gekwalificeerd misbruik. Deze nogal onaangename en volkomen ongegronde indruk wordt op veel plaatsen van het advies tussen de lijnen door gevoeld. Het zou beter zijn geweest om een zuiver ethisch debat te voeren, zonder op onderliggende wijze een soort intentieproces te voeren tegen de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie van de wet van 28 mei 2002. Bovendien had dit debat evenwichtiger mogen zijn: veel tegenargumenten ter verdediging van deze mooie wet zoals ze nu is, zijn helaas niet in de tekst opgenomen.⁵ Zo zou het mogelijk, en wenselijk, zijn geweest om beter uit te leggen waarom psychiatrische ziekten perfect binnen het toepassingsgebied van de wet vallen – het gaat immers om ernstige pathologieën die in bepaalde gevallen, naargelang de beoordeling van de betrokken artsen, het traject en de reacties van hun ongelukkige patiënten, ongeneeslijk kunnen blijken – en beter te benadrukken dat de pretentie om het begrip 'psychisch lijden' in deze te schrappen geen enkele zin heeft, aangezien lijden *per definitie* een psychische component heeft en bovendien *per definitie* subjectief is. Het is overigens niet toevallig dat de wetgever verwijst naar het begrip 'lijden'. Dit omvat noodzakelijkerwijs een psychische component, in tegenstelling tot pijn, die voornamelijk fysiek is en die meestal behandeld kan worden.

Na uitweidingen die als nodeloos ingewikkeld kunnen worden beschouwd, komt het comité (logisch) tot de unanieme conclusie dat "levensmoeheid zonder medische grondslag (niet) voldoet (...) aan de vereisten (...) van de wet en (...) dus geen wettelijk aanvaardbare grond (kan) vormen voor de uitvoering van euthanasie" (60). Er bestaat binnen het comité consensus over het feit "dat binnen de euthanasiewet, ook wanneer het lijden als ondraaglijk beleefd wordt, een medische grondslag vereist is om tot euthanasie te kunnen overgaan en dat ouder worden op zichzelf geen ziekte is", maar er is een meningsverschil over "wat precies moet worden verstaan onder 'een medische grondslag' (64)". Verder gaat het advies voornamelijk

ministériële (et au départ parlementaire) posée en... avril 2011 : c'est dire si sa gestation fut longue et complexe⁴. Il est centré, pour l'essentiel (p. 16 à 61 !), sur la question de savoir s'il existe « une nécessité sociale de clarifier le concept de souffrance psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée ». Il consacre de nombreuses pages à la « fatigue de vivre » et au « sentiment de vie accomplie » (*voltooid leven*), avec des références trop marquées aux débats et études néerlandais, dont la pertinence n'apparaît pas toujours manifeste.

Il y aurait beaucoup de choses à dire de cet avis. Je me bornerai à une observation générale : les membres du Comité qui prônent une approche restrictive de ces questions paraissent convaincus que la pratique actuelle de l'euthanasie telle qu'elle est – décrite dans le récent rapport de la Commission – témoignerait d'un laxisme, sinon d'abus caractérisés. On ressent à maints endroits de l'avis, en filigrane, cette impression assez désagréable et parfaitement infondée. Il eût été préférable de mener un débat purement éthique, sans faire de manière sous-jacente une sorte de procès d'intention à la Commission de contrôle et d'évaluation de la loi du 28 mai 2002. Et ce débat aurait de surcroît gagné à être plus équilibré : de nombreux contre-arguments, venant en défense de cette belle loi telle qu'elle existe, sont regrettamment absents du texte⁵. Ainsi aurait-il été possible – et souhaitable – de mieux expliquer pourquoi les maladies psychiatriques entrent parfaitement dans le champ d'application de la loi – il s'agit de pathologies graves qui peuvent dans certains cas, selon l'appréciation des médecins concernés, le parcours et les réactions de leurs infortunés patients, s'avérer incurables –, et de mieux souligner que la prétention de supprimer dans celle-ci la notion de « souffrance psychique » n'a strictement aucun sens, la souffrance ayant *par définition* une composante psychique et étant par ailleurs *par définition* subjective. Ce n'est du reste pas par hasard que le législateur se réfère à la notion de *souffrance*, qui inclut nécessairement une composante psychique, par contraste avec la douleur, essentiellement physique et qui peut le plus souvent être traitée.

Après des digressions qui peuvent passer pour inutilement alambiquées, le Comité aboutit (logiquement) à la conclusion unanime que « la 'fatigue de vivre' sans fondement médical ne répond pas aux conditions (...) de la loi et ne peut dès lors constituer un motif légalement acceptable de recours à l'euthanasie » (p. 65). Il existe en son sein un consensus sur ce « que dans le cadre de la loi relative à l'euthanasie – également lorsque la souffrance est vécue comme insupportable – un fondement médical est exigé pour pouvoir procéder à l'euthanasie et que vieillir n'est pas en soi une maladie », mais une divergence apparaît quant à « la question de savoir ce qu'il convient précisément d'entendre par 'un fondement médical' » (p. 69).

4. Dit was ook het geval bij advies nr. 59 van 27 januari 2014 "betreffende de ethische aspecten van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie", dat zich toespitst op de legitimiteit van het 'instellingsbeleid' en op de mogelijkheid om 'levenseindeklinieken' op te richten. Maar het heeft destijds 'maar' drie jaar geduurd om de vragen van het comité te beantwoorden ...

5. Maar het is een feit dat de concrete theoretische referenties in dit opzicht ontbreken: het merendeel van de studies over dit onderwerp gaat uit van tegenstanders van het Belgische wettelijke stelsel of van auteurs die ten aanzien daarvan nogal kritisch zijn. Zie bijvoorbeeld het recente: D.A. JONES, C. GASTMANS en C. MACKELLAR (eds.), *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*, Cambridge University Press, 2017: leerrijk, maar zeer tendentius.

4. Tel fut également le cas de l'avis n° 59 du 27 janvier 2014 « relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie », centré autour de la légitimité des « politiques institutionnelles » et sur l'opportunité de mettre en place des « cliniques de fin de vie ». Mais il n'avait tout de même, à l'époque, fallu « que » trois ans pour répondre aux questions posées au Comité...

5. Mais il est un fait que les références théoriques concrètes manquent, à cet égard : l'essentiel des études sur le sujet émanent d'opposants au dispositif légal belge ou d'auteurs passablement critiques à son endroit. Voir ainsi, récemment, D.A. JONES, C. GASTMANS et C. MACKELLAR (éd.), *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*, Cambridge University Press, 2017 : ouvrage instructif, mais très « orienté ».

over euthanasie in geval van *psychiatrische aandoeningen*. Het is bekend dat er hierover een breed debat gaande is, met name over de beoordeling van de ongeneeslijkheid van deze ziekten. Merk op dat, hoewel de opstellers van het advies daarover verweer voeren, zij op verschillende plaatsen niet hebben kunnen voorkomen dat de *ziekte* waardoor de euthanasieaanvraag ingegeven is en het *lijden* dat deze veroorzaakt helaas met elkaar verward werden: reeds vanaf de titel van het advies leest men dat euthanasie zou kunnen worden toegepast 'omwille van' of 'wegens' lijden, dat bovendien zuiver psychisch is, terwijl dat niet het geval is in het licht van de wettekst en de praktijk van de commissie, die als hoedster van de correcte toepassing ervan optreedt. In geen geval mag de *diagnose* die euthanasie rechtvaardigt, worden verward met het *lijden* dat die veroorzaakt.⁶ Het is wel belangrijk om op te merken dat in meer dan 6 van de 10 gevallen het door de zieke ingeroepen lijden *tegelijk* lichamelijk en psychisch is, terwijl uitsluitend psychisch lijden slechts in 4 % van de euthanasiegevallen wordt vermeld.

Ik heb hier niet de mogelijkheid om de besluiten en aanbevelingen van het comité samen te vatten (57-70). Zoals meestal het geval is, zijn er eerst een aantal punten waarover *consensus* bestaat: het belang van de opleiding van artsen en van de publieksvoorlichting, de noodzaak van meer onderzoek naar medische beslissingen omtrent het levenseinde en de weigering van de medicalisering van verscheidene vormen van psychosociaal lijden. Enkel lijden dat voldoet aan de voorwaarde dat het *voortvloeit* uit een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening kan een wettelijke grond vormen voor euthanasie: het behoort tot de verantwoordelijkheid van de arts om te oordelen over de ongeneeslijkheid van een ernstige door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening en het komt daarentegen aan de patiënt toe om het aanhoudende en ondraaglijke karakter van fysiek of psychisch lijden te beoordelen. Daarnaast komen *divergerende standpunten* tevoorschijn, met name wat de plaats van het psychisch lijden in de wettelijke regeling betreft en betreffende de vraag wie beslist of het lijden al dan niet kan worden verzacht (en daarmee staat ook de vraag nopens de weigering door de patiënt van een "redelijk behandelingsvoorstel in overeenstemming met the state of the art", 61-63, in verband). Sommige voorstellen zijn onrealistisch en onuitvoerbaar, zoals het voorstel voor een a-priori-evaluatie, die bovendien collegiaal is, maar enkel voor "euthanasieverzoeken die worden geformuleerd door patiënten vanwege ondraaglijk psychisch lijden in een niet-terminaal stadium, hetzij ten gevolge van een psychiatrische aandoening, hetzij ten gevolge van polypathologie, al of niet samengaand met het ervaren van levensmoeheid" (65). Of neem bijvoorbeeld de verlenging van de wachttermijn van een maand die moet worden nageleefd tussen het schriftelijke verzoek en de inwilliging van de euthanasie in geval van een niet binnen afzienbare tijd verwacht overlijden, dat wijst op het essentiële onderscheid dat goed werd benadrukt in het 7e en 8e verslag van de Controle- en Evaluatiecommissie, tussen de wachttijd en de *bedenktijd* (meerdere maanden, soms meerdere jaren) voorafgaand aan de formulering van het schriftelijke verzoek.

6. Wat op pagina 34, noot 51 van het advies wordt voorgesteld als de mening van bepaalde leden van het comité is dus, integendeel, een *feit* dat als dusdanig zou moeten worden opgenomen. Ook 'euthanasie wegens psychisch lijden' (63) is op zijn minst een misleidende verkorting.

Au-delà, l'avis concerne essentiellement l'euthanasie en présence d'*affections psychiatriques*. On sait qu'il existe à ce sujet un vaste débat, portant notamment sur l'appréciation de l'incurabilité de ces maladies. On observera que, bien qu'ils s'en défendent, les rédacteurs de l'avis n'ont pu éviter, à plusieurs endroits, d'introduire un regrettable amalgame entre la *maladie* qui motive la demande d'euthanasie et la *souffrance* que celle-ci génère : dès le titre de l'avis, on lit que l'euthanasie pourrait être pratiquée « en raison » ou « pour cause » d'une souffrance, qui plus est purement psychique, alors que tel n'est pas le cas au regard du texte de la loi et de la pratique de la Commission, gardienne de son application correcte. Il ne faut en aucun cas confondre le *diagnostic* justifiant l'euthanasie et la *souffrance* que celui-ci entraîne⁶. On notera que, dans plus de 6 cas sur 10, la souffrance invoquée par le malade est à la fois physique et psychique, la souffrance exclusivement psychique n'étant reprise que dans 4% des euthanasies.

Je n'ai pas ici la possibilité de résumer les conclusions et recommandations du Comité (pp. 62 à 75). Comme c'est le plus souvent le cas, il y a d'abord plusieurs points qui font *consensus* : importance de la formation des médecins et de l'information du public ; nécessité de mener davantage d'études sur les décisions médicales en fin de vie ; refus de la médicalisation des diverses figures de la souffrance sociale ; seule la souffrance qui satisfait à la condition de *résulter* d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable peut constituer une base légale pour l'euthanasie ; il relève de la responsabilité du médecin d'estimer le caractère incurable d'une affection accidentelle ou pathologique grave et, en revanche, il revient au patient d'apprécier le caractère constant et insupportable d'une souffrance physique ou psychique. Au-delà, des *positions divergentes* apparaissent, notamment quant à la place des souffrances psychiques dans le dispositif légal et quant à la question de savoir qui décide si la souffrance peut ou non être apaisée (avec, en lien, la question du refus par le patient d'une proposition thérapeutique raisonnable et conforme à l'état de l'art », pp. 66 à 68). Certaines propositions sont irréalistes et impraticables, telle celle prônant une évaluation *a priori*, collégiale qui plus est, mais uniquement pour les « demandes d'euthanasie formulées par des patients en raison d'une souffrance psychique insupportable à un stade non terminal, que ce soit à cause d'une affection psychiatrique ou à cause d'une polypathologie, combinée ou non à un problème de fatigue de vivre » (p. 70), ou l'allongement du délai d'attente d'un mois à respecter entre la demande écrite et l'acte d'euthanasie lorsque le décès n'est pas prévisible à brève échéance, laquelle fait fi de la distinction essentielle, bien mise en lumière dans les 7^e et 8^e rapports de la Commission de contrôle et d'évaluation, entre le délai d'attente et le *temps de réflexion* (plusieurs mois, parfois plusieurs années) qui précède la formulation de la demande écrite.

6. Ainsi ce qui, à la page 34, note 51, de l'avis, est présenté comme l'opinion de certains membres du Comité est-il au contraire un *fait* qui se devait d'être repris comme tel. Ainsi encore, parler d'« euthanasie pour souffrance psychique » (p. 63) est à tout le moins un raccourci trompeur.

Over het algemeen lijkt het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek te gepolariseerd over de kwestie van de *sociale (en strafrechtelijke) regulering* van een handeling die hier misschien niet echt als medisch wordt beschouwd. *De ethiek van de autonomie* waarop euthanasie berust, ook in de specifieke hypothesen die hier besproken worden, is daarin vrijwel geheel afwezig.⁷ Toch heeft euthanasie, in tegenstelling tot andere medische handelingen, als opmerkelijke eigenschap dat het *aangevraagd wordt door de zieke* aan een arts die moet *instemmen* om hem te bevrijden van een te zwaar geworden last. Laten we dat niet uit het oog verliezen en laten we dat niet uit het oog verliezen en laten we geen nutteloze uitweidingen gebruiken om de werkelijke inzet te verdoezelen, namelijk dat waar ik mee begonnen ben: het juridische en ethische model van een *door de patiënt genomen besluit* als het gaat om zijn gezondheid, zijn lichaam en zijn leven(seinde).

D'une façon générale, l'avis du Comité consultatif de Bioéthique paraît trop polarisé sur la question de la *régulation sociale* (et pénale) d'un acte qui, peut-être, n'est pas vraiment perçu ici comme médical. *L'éthique de l'autonomie* sur laquelle repose l'euthanasie – y compris dans les hypothèses spécifiques discutées ici – en est quasiment absente⁷. Pourtant, au rebours des autres gestes médicaux, l'euthanasie a pour particularité remarquable d'être *demandée par le malade* à un médecin qui, lui, doit *consentir* à le libérer d'un poids devenu trop lourd à porter. Ne le perdons pas de vue et ne masquons pas, derrière d'inutiles digressions, les réels enjeux, soit ce par quoi j'ai commencé : le modèle juridique et éthique d'une décision prise *par le patient* lorsqu'elle concerne sa santé, son corps et sa (fin de) vie.



Gilles GENICOT⁸

*Docent aan de Universiteit de Liège,
advocaat aan de Balie van Luik*

*Maître de conférences à l'Université de Liège,
avocat au Barreau de Liège*

7. Op dit punt kan worden verwezen naar het advies van comité nr. 53 van 14 mei 2012 betreffende de weigering van medische zorgen door een zwangere vrouw met gevolgen voor haar foetus.

8. Ik spreek hier uiteraard louter op persoonlijke titel. Deze voorzorg, die men vaak automatisch in geschriften opneemt, is in dit geval bijzonder onontbeerlijk, want het was, ook, in mijn hoedanigheid van lid van de Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie sinds 2007 (en sinds 2014 als medevoorzitter van de Commissie, samen met Prof. Wim Distelmans) dat ik door bepaalde passages van het advies dat ik hier kort becommentarieerde, niet onberoerd kon blijven.

7. On peut sur ce point se reporter à l'avis du Comité n° 53 du 14 mai 2012 relatif au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus.

8. Je m'exprime bien sûr ici à titre purement personnel. Cette précaution, que l'on insère souvent mécaniquement dans ses écrits, est particulièrement indispensable en l'occurrence car c'est – aussi – en ma qualité de membre de la Commission de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie depuis 2007 (et de coprésident de celle-ci depuis 2014, aux côtés du Pr Wim Distelmans) que je n'ai pu manquer d'être interpellé par certains passages de l'avis que je commente ici brièvement.