

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

22 novembre 2004

Commission fédérale de contrôle
et d'évaluation de l'euthanasie

PREMIER RAPPORT

AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES
(22 SEPTEMBRE 2002 - 31 DÉCEMBRE 2003)

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME Hilde DIERICKX ET
M. Luc GOUTRY

ÉCHANGE DE VUES

SOMMAIRE

I. Exposé	3
II. Echange de vues	7
Annexe	17

Document précédent :

Doc 51 **1374/ (2004/2005)** :
001 : Projet de loiBELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

22 november 2004

Federale Controle-
en Evaluatiecommissie Euthanasie

EERSTE VERSLAG

AAN DE WETGEVENDE KAMERS
(22 SEPTEMBER 2002 - 31 DECEMBER 2003)

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW Hilde DIERICKX EN
DE HEER Luc GOUTRY

GEDACHTEWISSELING

INHOUD

I. Inleiding	3
II. Gedachtewisseling	7
Bijlage	17

Voorgaand document :

Doc 51 **1374/ (2004/2005)** :
001 : Wetsontwerp

**Composition de la commission à la date du dépôt du rapport /
Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag:
Président/Voorzitter : Yvan Mayeur**

A. — Vaste leden / Membres titulaires :

VLD Yolande Avontroodt, Miguel Chevalier, Hilde Dierickx
PS Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert, Yvan Mayeur
MR Daniel Bacquelaire, Josée Lejeune, Dominique Tilmans
sp.a-spirit Maya Detiège, Karine Jiroflée, Magda De Meyer
CD&V Luc Goutry, Mark Verhaegen
Vlaams Belang* Koen Bultinck, Frieda Van Themsche
cdH Benoît Drèze

B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants :

Filip Anthuenis, Maggie De Block, Sabien Lahaye-Battheu, Annemie Turtelboom
Talbia Belhouari, Jean-Marc Delizée, Sophie Pécriaux, Bruno Van Grootenbrulle
Pierrette Cahay-André, Robert Denis, Denis Ducarme, N.
David Geerts, Dalila Douifi, Annelies Storms, Koen T'Sijen
Carl Devlies, Greta D'hondt, Jo Vandeurzen
Alexandra Colen, Guy D'haeseleer, Staf Neel
Joseph Arens, Jean-Jacques Viseur

C. — Membre sans voix délibérative/ Niet-stemgerechtigd lid :

ECOLO Muriel Gerken

* tot 14 november 2004 «Vlaams Blok»
jusqu'au 14 novembre 2004 «Vlaams Blok»

cdH	: Centre démocrate Humaniste		
CD&V	: Christen-Democratisch en Vlaams		
ECOLO	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales		
FN	: Front National		
MR	: Mouvement Réformateur		
N-VA	: Nieuw - Vlaamse Alliantie		
PS	: Parti socialiste		
sp.a - spirit	: Socialistische Partij Anders -		
VLAAMS BELANG	: Vlaams Belang		
VLD	: Vlaamse Liberalen en Democraten		

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
DOC 51 0000/000 :	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 51 0000/000 :	Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA :	Questions et Réponses écrites	QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
CRIV :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	CRIV :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
PLEN :	Séance plénière	PLEN :	Plenum
COM :	Réunion de commission	COM :	Commissievergadering

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be	www.deKamer.be
e-mail : publications@laChambre.be	e-mail : publicaties@deKamer.be

MESDAMES, MESSIEURS,

Conformément à la loi relative à l'euthanasie du 22 mai 2002, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie a transmis son premier rapport aux chambres législatives fédérales. Votre commission a consacré sa réunion du 19 octobre 2004 à l'examen de ce rapport et des recommandations qui y sont formulées.

Le rapport a été présenté par MM. RogerALLEMAND et Wim DISTELMANS, coprésidents de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation et par M. Marc ENGLERT, membre de la commission restreinte qui a préparé le rapport.

I. — EXPOSÉS DES REPRÉSENTANTS DE LA COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE.

M. RogerALLEMAND précise que la loi relative à l'euthanasie est liée à une réalité idéologique : il convient de régler les tensions entre règles morales consacrées par la loi (valeurs attachées à la vie humaine et à la liberté) et la pratique.

L'euthanasie n'est légitime que si elle est fondée sur la rencontre d'une pluralité de volontés, à savoir celle des médecins et celle du patient. Dès lors, la loi sur l'euthanasie confère un statut à la volonté du patient dans le processus euthanasique : ce dernier dispose d'une faculté d'apprécier la valeur de sa vie et, au besoin, d'y mettre fin.

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, instaurée par la loi relative à l'euthanasie, se compose, dans le respect de la parité linguistique, de 16 personnes : huit médecins, quatre juristes et quatre membres issus de milieux spécialisés dans le traitement de maladies incurables.

Elle se réunit environ une fois par mois pour examiner les formulaires d'enregistrement qui doivent être envoyés par tous les médecins qui procèdent à une euthanasie. Ce document comporte deux volets. Le premier, scellé, contient les identités du médecin et du patient. Le second volet, anonyme, reprend des précisions matérielles relatives au sexe, à l'âge et à la maladie du patient, mais aussi au lieu et à la date du décès ainsi qu'à la procédure d'euthanasie suivie.

DAMES EN HEREN,

Overeenkomstig de wet van 22 mei 2002 betreffende de euthanasie heeft de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie haar eerste verslag aan de federale wetgevende Kamers bezorgd. Uw commissie heeft dat verslag en de daarin geformuleerde aanbevelingen besproken tijdens haar vergadering van 19 oktober 2004.

Het verslag werd toegelicht door de heren RogerALLEMAND en Wim DISTELMANS, co-voorzitters van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie, alsook door de heer Marc ENGLERT, lid van de beperkte werkgroep die het verslag heeft voorbereid.

I. — UITEENZETTINGEN VAN DE VERTEGENWOORDIGERS VAN DE FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE EUTHANASIE

De heer RogerALLEMAND preciseert dat de wet betreffende de euthanasie nauw verweven is met een ideologische realiteit: het komt erop aan de spanning weg te nemen die kan ontstaan tussen, enerzijds, de morele regels die bij wet worden verankerd (de waarde die aan het menselijk leven en aan de vrijheid wordt gehecht) en, anderzijds, de praktijk.

Euthanasie kan alleen wanneer alle betrokkenen, te weten de artsen én de patiënt, zulks willen. Derhalve kent de wet betreffende de euthanasie een juridische status toe aan de wil van de patiënt in het kader van het euthanasieproces: de patiënt kan immers zelf een oordeel vellen over de waarde van zijn leven en, zo nodig, over de beëindiging ervan.

De bij de euthanasiewet ingestelde Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie telt zestien leden, rekening houdend met de taalpariteit: acht artsen, vier juristen en vier leden uit kringen die gespecialiseerd zijn in de behandeling van ongeneeslijke ziekten.

De commissie komt ongeveer één keer per maand samen om de registratieformulieren na te gaan die haar moeten worden bezorgd door alle artsen die euthanasie hebben toegepast. Dat document bestaat uit twee onderdelen. Het eerste – verzegelde – onderdeel bevat de identiteit van de arts en de patiënt. Het tweede – anonieme – onderdeel bevat materiële preciseringen omtrent het geslacht, de leeftijd en de ziekte van de patiënt, maar ook omtrent de plaats en de datum van overlijden en de gevolgde euthanasieprocedure.

En principe, la commission ne prend connaissance que du second volet du formulaire d'enregistrement. Sur cette base, elle peut procéder à une acceptation pure et simple de la déclaration. Toutefois, dans le cas où la commission juge que les informations communiquées sont imprécises ou incomplètes ou si un doute subsiste sur la conformité de la procédure suivie par le médecin avec les prescrits légaux, la commission procède à l'ouverture du premier volet de la déclaration. Selon les cas, elle adressera au médecin concerné des informations quant à la manière de rédiger le formulaire d'enregistrement ou lui demandera des explications supplémentaires. Si, une fois les explications reçues, le doute subsiste quant au respect de la loi, la commission peut renvoyer le dossier au Procureur du Roi.

Conformément à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation établit, à l'intention des Chambres législatives, un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement, une description et une évaluation de l'application de la loi ainsi que, le cas échéant, des recommandations susceptibles d'aboutir à une initiative législative ou réglementaire.

Le rapport présenté concerne les déclarations reçues pendant la période allant du 22 septembre 2002, date d'entrée en vigueur de la loi, au 31 décembre 2003. Elles sont au nombre de 259 (au 19 octobre 2004, ce nombre s'élevait à près de 500). 68,5 pour cent des déclarations ont été acceptées d'emblée et 31,5 pour cent ont nécessité une intervention auprès des médecins afin de leur demander des informations complémentaires. Aucune n'a fait l'objet d'un refus ou d'une transmission au Procureur du Roi.

M. Lallemand souligne que, malgré les différences de points de vues des membres de la commission sur le statut moral ou idéologique de l'euthanasie, il a régné, au sein de la commission, une ambiance de travail constructive, le consensus étant la règle et la grande majorité des décisions étant prises à l'unanimité.

À ce jour, dans sa grande majorité, la commission a le sentiment que la loi ne doit pas être modifiée. Quelques recommandations sont néanmoins indispensables. D'une part, il y a une insuffisance d'information du public et des médecins sur la législation relative à l'euthanasie et aux soins palliatifs. C'est la raison pour laquelle le rapport suggère la rédaction de deux brochures d'information, l'une à destination du public et, l'autre, à destination des médecins. D'autre part, la commission estime que les études de médecine devrait comporter une formation préparant les futurs médecins aux problèmes que pose la gestion de la fin de vie.

In principe neemt de commissie alleen kennis van het tweede onderdeel van het registratieformulier. In dat geval wordt de aangifte van de euthanasie gewoon aanvaard. Zo de commissie de verstrekte informatie daarentegen onduidelijk of onvolledig vindt, of zo ze eraan twijfelt of de arts bij de euthanasieprocedure de wet heeft nageleefd, neemt ze kennis van het eerste onderdeel van de aangifte. Al naar gelang van het geval geeft de commissie de betrokken arts nadere toelichting over de wijze waarop het registratieformulier moet worden ingevuld, of vraagt ze hem bijkomende verduidelijkingen. Wanneer de commissie ook ná die verduidelijkingen nog steeds betwijfelt of de wet wel naar behoren werd toegepast, kan ze het dossier verzenden aan de procureur des Konings.

Overeenkomstig de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie stelt de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ten behoeve van de wetgevende Kamers een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het registratiedocument. Voorts behoort dat verslag een beschrijving en een evaluatie te bevatten van de wijze waarop de wet wordt toegepast. Indien nodig moeten er ook aanbevelingen in worden opgenomen die eventueel kunnen leiden tot een wet- of regelgevend initiatief.

Het hier gepresenteerde verslag behelst de aangiften die werden ontvangen in de periode van 22 september 2002 (datum waarop de wet in werking trad) en 31 december 2003. Het gaat in totaal om 259 aangiftes (op 19 oktober 2004 was dat cijfer tot bijna 500 opgelopen). 68,5 procent van de aangiftes werd onverwijld aanvaard, terwijl het in 31,5 procent van de gevallen noodzakelijk bleek de betrokken artsen om bijkomende informatie te verzoeken. Geen enkele aangifte werd geweigerd of aan de procureur des Konings overgezonden.

De heer Lallemand wijst op de constructieve werksfeer binnen de commissie, ondanks het feit dat de commissieleden er inzake euthanasie uiteenlopende morele en ideologische zienswijzen op nahouden. In de regel streeft de commissie immers naar een consensus en het overgrote deel van de beslissingen werden dan ook eenparig genomen.

Tot dusver denkt het overgrote deel van de commissie niet dat de wet moet worden gewijzigd. Toch zijn een aantal aanbevelingen onontbeerlijk. Ten eerste krijgen zowel het publiek als de artsen te weinig informatie over de wetgeving inzake euthanasie en stervensbegeleiding. Daarom wordt in het verslag gesuggereerd twee informatiebrochures uit te brengen: één voor het grote publiek en één voor de artsen. Ten tweede is de commissie van oordeel dat de artsenopleiding ook een specifiek vak zou moeten behelzen dat de toekomstige artsen voorbereidt op de problemen die zich kunnen voordoen met betrekking tot het levenseinde van de patiënt.

Pour assurer une information, il existe en Flandre, depuis l'entrée en vigueur de la loi, un Forum de médecins qui se sont donné pour mission de conseiller leurs confrères généralistes confrontés à des problèmes difficiles de fin de vie ou à une demande d'euthanasie (*LEIF – Levensseinde Informatie Forum*). Une telle initiative a également été prise en Communauté française mais de manière plus tardive. Quoiqu'il en soit, le mouvement d'information en cours doit être renforcé.

Enfin, M. Lallemand relève l'impossibilité de chiffrer le nombre d'euthanasies non déclarées. Une des causes est que, certains médecins, pour des raisons de culture médicale ou par refus de devoir rendre des comptes, préfèrent pratiquer des interruptions volontaires de vie, sous le couvert de la notion d'état de nécessité. Ils n'empruntent dès lors pas la procédure mise en place par la loi relative à l'euthanasie, en invoquant notamment le recours à des soins palliatifs intensifs (usage intense de la morphine, etc...)

M. Marc Englert fonde son exposé sur le document présentant de manière synthétique les données statistiques établies sur base des déclarations recueillies par la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (voir Annexe).

Le *tableau 1* reprend le nombre d'euthanasies déclarées entre le 22 septembre 2002 et le 31 décembre 2003, soit un total de 259. Parmi les déclarations recueillies, 83 % ont été rédigées en langue néerlandaise et 17 % en langue française.

Le *tableau 2* présente les décisions prises par la commission. M. Englert précise que la commission a parfois procédé à la levée de l'anonymat du volet 2 de la déclaration d'euthanasie pour signaler au médecin une erreur dans la manière dont il a rempli le formulaire; il s'agit de détails qui ne nécessitent pas de réponses et sont qualifiés dans le tableau par l'expression «acceptation avec remarque(s)».

Par ailleurs, 19,5 % des déclarations ont nécessité des informations complémentaires de la part du médecin.

Le *tableau 3* montre que l'euthanasie a été pratiquée chez autant d'hommes que de femmes. Quant à l'âge des patients, il est intéressant de constater que les euthanasies sont peu fréquentes dans la tranche d'âge des plus de 80 ans. La raison est que le cancer, maladie qui entraîne des demandes fréquentes d'euthanasie, apparaît généralement chez les personnes âgées de 40 à 79 ans.

Om informatie te verstrekken werd in Vlaanderen van bij de inwerkingtreding van de wet een forum van artsen opgericht (LEIF - Levensseinde Informatie Forum), waarvan de leden zich tot doel hebben gesteld collega's-huisartsen raad te geven wanneer zij te maken krijgen met delicate situaties waarin het levenseinde centraal staat, of met een euthanasieverzoek. Ook binnen de Franse Gemeenschap werd – zij het later – een dergelijk initiatief genomen. Hoe dan ook moeten de thans ondernomen inspanningen op het stuk van de informatieverstrekking worden opgevoerd.

Tot slot tipt de heer Lallemand aan dat het onmogelijk is het aantal niet-aangegeven euthanasiegevallen te becijferen. Dat komt onder andere omdat sommige artsen er de voorkeur aan geven levensbeëindigende ingrepen uit te voeren, waarbij ze zich beroepen op een «noodtoestand». Zij doen dat omdat aangifte niet strookt met de medische traditie of omdat ze weigeren rekening af te leggen. Zij maken met andere woorden geen gebruik van de bij de euthanasiewet ingestelde procedure, waarbij ze het beroep op intensieve palliatieve verzorging (intens morfine-gebruik enzovoort) invoeren.

Marc Englert baseert zijn uiteenzetting op het document met de beknopte statistische gegevens die zijn opgesteld op grond van de door de Federale Controle- en Evaluatiecommissie verzamelde verklaringen (zie bijlage).

In *tabel 1* staat het aantal aangiften van euthanasie tussen 22 september 2002 en 31 december 2003, in totaal 259. Van die aangiften is 83 % in het Nederlands opgesteld en 7 % in het Frans.

Tabel 2 geeft de beslissingen van de commissie weer. Professor Englert preciseert dat de commissie de anonimiteit in verband met deel 2 van de aangifte soms heeft verbroken om aan de arts een fout te melden in de wijze waarop hij het formulier heeft ingevuld; het gaat om details die geen antwoord vergen en die in de tabel zijn gekenmerkt met de omschrijving «aanv. met opmerkingen aan de arts».

Voorts waren voor 19,5% van de aangiften bijkomende inlichtingen van de arts nodig.

Tabel 3 toont aan dat euthanasie bij evenveel mannen als vrouwen is toegepast. Interessant in verband met de leeftijd van de patiënten is de vaststelling dat euthanasie weinig voorkomt in de categorie van 80 jaar en ouder. De reden is dat de ziekte die vaak aanleiding geeft tot een aanvraag om euthanasie, kanker is en die ziekte zich vooral voordoet bij de 40- tot 79-jarigen.

Comme l'indique le *tableau 4*, une seule euthanasie a été pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée.

Concernant les lieux de décès, 41 % des euthanasies ont été pratiquées à domicile par le médecin traitant. Ce pourcentage élevé est la preuve que le souhait du patient de décéder chez lui a été respecté et que la procédure euthanasique est suffisamment simple pour pouvoir être pratiquée à domicile par un médecin traitant.

Le *tableau 5* montre que le cancer est de loin la maladie qui entraîne le plus fréquemment une demande d'euthanasie.

Très peu d'euthanasies ont été pratiquées sur des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. À cet égard, l'intervenant précise que la commission a défini de manière unanime la notion d'échéance «prévisible» du décès: lorsqu'il s'agit d'une affection non évolutive ou dont l'évolution est suffisamment lente pour que la mort ne survienne pas dans les mois à venir, le décès doit être considéré comme non prévisible à brève échéance. Seul le médecin traitant peut valablement faire cette estimation.

La plupart des cas concernaient des personnes souffrant d'une affection neuromusculaire évolutive ou, plus rarement, non évolutive.

Le *tableau 6* contient l'énumération des souffrances endurées par le patient. Ces souffrances, tant physiques que psychiques, sont généralement présentes simultanément.

Comme l'indique le *tableau 7*, le premier consultant obligatoire a été un médecin formé en soins palliatifs dans près d'un cinquième des cas, un spécialiste dans près de la moitié des cas et un généraliste dans un tiers des cas. Dans les cas où le décès n'était pas prévisible à brève échéance, le second consultant obligatoire a été, comme le prévoit la loi, un psychiatre (68 % des cas) ou un spécialiste de l'affection en cause (32 % des cas). Les 259 déclarations étudiées font apparaître que plus d'une centaine de médecins et près de cent équipes palliatives ont été consultés, et ce en dehors des obligations légales. Ceci témoigne de la rigueur et du sérieux des médecins déclarants.

Les *tableaux 8 et 9* présentent un descriptif des techniques utilisées ainsi que quelques observations. Dans 91,5 % des cas, la technique utilisée a été celle décrite par des auteurs hollandais comme étant la technique qui assure une mort calme et rapide: le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par anesthésie générale, le plus souvent par injection intra-

Zoals uit *tabel 4* blijkt is maar één geval van euthanasie verricht op grond van een wilsverklaring.

Euthanasie wordt in 41% van de gevallen door de huisarts thuis uitgevoerd. Dat hoog percentage bewijst dat de wens van de patiënt om thuis te sterven is geëerbiedigd en dat de euthanasieprocedure voldoende eenvoudig is om thuis door de huisarts te kunnen worden uitgevoerd.

Uit *tabel 5* blijkt dat kanker de ziekte is die veruit het vaakst tot verzoeken om euthanasie aanleiding geeft.

Heel weinig patiënten van wie het overlijden op korte termijn niet te verwachten was, zijn geëuthanaseerd. In dat verband wijst de spreker erop dat de commissie unaniem het begrip termijn waarbinnen het overlijden «te verwachten» is, heeft gedefinieerd: als het gaat om een niet-progressieve aandoening of een aandoening waarvan de ontwikkeling voldoende traag is, zodat de dood niet in de erop volgende maanden optreedt, moet het overlijden worden beschouwd als niet binnen afzienbare tijd te verwachten. Alleen de behandelende arts mag die inschatting verrichten.

In de meeste gevallen ging het om mensen die leden aan een progressieve of, in minder mate, niet-progressieve neuromusculaire aandoening.

Tabel 6 bevat een opsomming van de verschillende soorten lijden van de geëuthanaseerden. Die vormen van lijden, psychisch zowel als fysiek, zijn gewoonlijk tegelijk aanwezig.

Zoals in *tabel 7* is weergegeven, is de eerste geraadpleegde arts in één vijfde van de gevallen een palliatief arts, in bijna de helft van de gevallen een specialist en in één derde van de gevallen een huisarts. Als het overlijden niet binnen afzienbare termijn te verwachten was, is de tweede verplichte geraadpleegde arts, zoals de wet voorschrijft, een psychiater (in 68% van de gevallen) of een specialist terzake (32% van de gevallen). Uit de 259 bestudeerde aangiften blijkt dat een honderdtal artsen en bijna honderd palliatieve teams werden geraadpleegd, en dit buiten de wettelijke verplichtingen. Dat getuigt van de striktheid en de ernst van de artsen die de aangifte hebben gedaan.

In de *tabellen 8 en 9* is een overzicht opgenomen van de gebruikte technieken, alsook enkele opmerkingen. In 91,5% van de gevallen is de gebruikte techniek afkomstig van Nederlandse auteurs die stellen dat daarmee een kalme en snelle dood wordt bereikt: het overlijden wordt gerealiseerd door eerst een diepe bewusteloosheid via een algemene verdoving te induceren, meestal

veineuse de thiopental (Pentothal) et, sauf dans le cas où le décès survient spontanément en quelques minutes, le médecin injecte ensuite un paralysant neuromusculaire provoquant le décès par arrêt respiratoire.

La morphine, quant à elle, a été très peu utilisée. Dans quelques cas, l'inconscience du patient a été induite par l'administration d'un barbiturique par la bouche. Cette technique, lorsqu'elle n'est pas suivie par l'injection d'un paralysant neuromusculaire peut être assimilée à un «suicide assisté». À l'unanimité, la commission a considéré que cette pratique était conforme à la loi relative à l'euthanasie dans la mesure où la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée.

De manière générale, les médecins mentionnent souvent, dans le formulaire d'enregistrement, que le décès a été rapide et calme et est survenu en présence de proches. Il est également souvent question de remerciements à l'adresse du médecin.

II. — ECHANGE DE VUES

– *Disproportion du nombre de déclarations rédigées en français (17%) et en néerlandais (83%)*

Pour expliquer cette disproportion flagrante, M. Philippe Monfils (MR) évoque la grande réticence des médecins francophones lors du débat sur l'euthanasie. Durant plus de 2 ans, ces médecins ont tenté d'empêcher l'adoption de la loi alors que les médecins néerlandophones, eux, étaient demandeurs et ceci, en raison de la «contagion néerlandaise» mais aussi d'une évolution qui leur est propre. Ces attitudes socioculturelles différentes sont toujours d'actualité au sein des corps médicaux flamands et wallons. Aujourd'hui, certains médecins francophones agissent comme si la loi n'existait pas et invoquent la notion d'état de nécessité pour justifier le fait de donner la mort à leur patient. Ceci est une pratique douteuse et peu conforme à la loi sur l'euthanasie.

Mme Marie-Claire Lambert (PS) demande si la commission a eu l'occasion de croiser les données relatives à la langue de la déclaration avec les données relatives aux causes de décès (le cancer semblant être la maladie la plus fréquemment à l'origine d'une demande) et au lieu de décès (l'hôpital ou le domicile) tant pour la Flandre que la Wallonie.

Par ailleurs, la disproportion entre le nombre de déclarations francophones et néerlandophones pourrait se justifier par une différence en matière d'informations: en Flandre, le *Levenseinde Informatie Forum* est un instrument performant permettant aux médecins néerlandophones de mieux appréhender les problèmes

une intraveineuse injection de thiopental (Pentothal); behalve als na enkele minuten spontaan het overlijden volgt, spuit de arts vervolgens een neuromusculair verlamrend middel in dat het overlijden veroorzaakt door ademstilstand.

Morfine is heel weinig gebruikt. In enkele gevallen is de bewusteloosheid van de patiënt geïnduceerd door de orale toediening van een barbituraat. Die techniek kan worden beschouwd als «hulp bij zelfdoding», als daarop geen injectie met een neuromusculair verlamrend middel volgt. De commissie heeft deze praktijk unaniem beschouwd als passend in het kader van de wet betreffende de euthanasie, omdat de wet niet voorschrijft hoe de euthanasie moet worden verricht.

Algemeen vermelden de artsen vaak in het registratieformulier dat het overlijden rustig is verlopen, in het bijzijn van verwanten. Er is dikwijls ook sprake van dankbetuigingen aan de arts.

II. — GEDACHTEWISSELING

– *Onevenredige verdeling van het aantal aangiften in het Frans (17 %) en in het Nederlands (83 %)*

Om die flagrante disproportie te verklaren verwijst de heer Philippe Monfils (MR) naar de grote weerstand bij de Franstalige artsen tijdens het euthanasiedebat. Meer dan twee jaar lang hebben die gepoogd de aanneming van de euthanasiewet te verhinderen, terwijl de Nederlandstalige artsen vragende partij waren, en wel als gevolg van de «Nederlandse besmetting», maar ook van een ontwikkeling die hun eigen is. Die verschillende sociaal-culturele houdingen zijn in de Vlaamse en Waalse artsenkorpsen nog steeds aanwezig. Bepaalde Franstalige artsen doen nog altijd alsof de wet niet bestaat en voeren het begrip noodtoestand aan om te verantwoorden dat zij hun patiënt hebben laten sterven. Dit is een twijfelachtige praktijk, die weinig beantwoordt aan de euthanasiewet.

Mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) vraagt of de commissie de gelegenheid heeft gehad om de gegevens met betrekking tot de taal van de aangifte te koppelen aan die in verband met de doodsoorzaak (kanker blijkt het vaakst aan een verzoek ten grondslag te liggen) en die in verband met de plaats van overlijden (ziekenhuis of thuis), zowel voor Vlaanderen als Wallonië.

Voorts zou de disproportie tussen het aantal Nederlandstalige en Franstalige aangiften verantwoord kunnen worden door een verschil in informatieverstrekking: in Vlaanderen is *Levenseinde Informatie Forum* een krachtig instrument, waarmee de Nederlandstalige artsen de problemen in verband met beslissingen

de décisions liées à la fin de vie. On ne peut qu'encourager la Communauté française à se doter du même outil.

M. Luc Goutry (CD&V) souhaite savoir si la commission peut, en fonction du lieu de l'euthanasie, donner le nombre de déclarations rendues en français et en néerlandais. En effet, on constate beaucoup de demandes d'euthanasie à domicile ou après un passage par les soins palliatifs. Ne peut-on pas conclure que, plus on investit dans les soins à domicile et les soins palliatifs, plus les demandes d'euthanasie à domicile sont fréquentes?

Mme Karine Jiroflée (sp.a-spirit) partage l'avis de M. Goutry sur la question. Il y a un lien entre cette disproportion et le fait que les soins à domicile soient plus développés en Flandre. Il serait intéressant de connaître plus précisément la dispersion géographique des cas.

M. Yvan Mayeur (PS), président, souhaite également que les raisons de cette différence Nord-Sud soient apportées.

Il constate que la Communauté flamande a soutenu la mise sur pied d'un site Internet relatif à la fin de vie qui répond aux questions que sont susceptibles de se poser les patients et les médecins. Du côté francophone, certaines universités s'opposent farouchement à tout ce qu'elles considèrent être des lourdeurs administratives ou de la paperasserie inutile. Or, les formulaires d'enregistrement de l'euthanasie n'en sont évidemment pas et des initiatives doivent être prises pour informer d'avantage le corps médical du côté francophone.

M. Wim Distelmans indique qu'il est difficile d'établir une raison claire aux différences existant en matière d'euthanasie entre la Flandre et la Wallonie. Les avis sont d'ailleurs partagés.

Toutefois, les différences culturelles entre les médecins du nord et du sud du pays peuvent contribuer à expliquer cette disproportion. Les médecins flamands ont également plus facilement accès à la législation et la littérature sur le sujet, issues des Pays-Bas. Comme l'ont relevé plusieurs membres, il faut en outre signaler le rôle joué dans l'information des médecins par le *Levenseinde Informatie Forum* regroupant près de 200 médecins formés à la problématique de l'euthanasie et, plus généralement, à la prise de décision en matière de fin de vie. Face à une demande d'euthanasie, les médecins flamands savent qu'ils trouveront toujours un soutien des médecins «LEIF».

M. Marc Englert indique que la commission dispose uniquement d'informations sur la langue dans laquelle

omtrent het levenseinde beter aankunnen. Men kan de Franse Gemeenschap alleen maar aanmoedigen zich met een dergelijk instrument uit te rusten.

De heer Luc Goutry (CD&V) wenst te vernemen of de commissie naargelang de plaats waar tot euthanasie werd overgegaan, kan aangeven hoeveel verklaringen respectievelijk in het Nederlands en het Frans werden afgelegd. Kennelijk worden veel verzoeken gedaan om hetzij thuis te worden geëuthanaseerd, hetzij nadat de betrokkene enige tijd palliatief werd verzorgd. Kan daaruit niet worden geconcludeerd dat het aantal verzoeken om thuis te worden geëuthanaseerd, stijgt naarmate meer in thuiszorg en palliatieve verzorging wordt geïnvesteerd?

Mevrouw Karine Jiroflée (sp.a-spirit) deelt over dit vraagstuk de mening van de heer Goutry. Er bestaat een verband tussen die disproportie en het gegeven dat de thuiszorg sterker is uitgebouwd in Vlaanderen. Het ware interessant preciezer de geografische spreiding van de gevallen te kennen.

Ook *voorzitter Yvan Mayeur (PS)* wenst te weten waarop dat verschil tussen Noord en Zuid terug te voeren is.

Hij stelt vast dat de Vlaamse Gemeenschap de uitwerking van een webstek over het levenseinde heeft ondersteund; op die site worden antwoorden verstrekt op de mogelijke vragen van patiënten en artsen. Aan Franstalige zijde zijn sommige universiteiten hevig gekant tegen alles wat ze als administratieve rompslomp of nodeloos papierwerk beschouwen. Zulks geldt uiteraard niet voor de formulieren ter registratie van euthanasiegevallen, en er moeten initiatieven worden genomen om de Franstalige artsen beter te informeren.

De heer Wim Distelmans geeft aan dat moeilijk een eenduidige verklaring te geven valt voor de verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië inzake euthanasie. De meningen lopen daarover trouwens uiteen.

Niettemin kunnen de culturele verschillen tussen de artsen in het noorden en in het zuiden van het land die disproporties toch mede verklaren. De Vlaamse artsen hebben ook gemakkelijker toegang tot de uit Nederland afkomstige wetgeving en literatuur terzake. Zoals verscheidene leden hebben aangestipt, moet worden gewezen op de rol die *Levenseinde Informatie Forum* speelt als het erom gaat de artsen voor te lichten; dit forum groepeerde 200 artsen die een opleiding over het euthanasievraagstuk hebben genoten en, meer in het algemeen, over de besluitvorming wat het levenseinde betreft. De Vlaamse artsen die te maken krijgen met een euthanasieverzoek weten dat ze altijd steun kunnen vinden bij de «LEIF»-artsen.

De heer Marc Englert geeft aan dat de commissie alleen informatie heeft over de taal waarin de verklaring

la déclaration a été rédigée. Elle n'a donc aucune donnée sur le lieu précis de l'euthanasie.

– *Application et respect de la loi*

M. Philippe Monfils (MR) félicite les membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie pour les renseignements précis qu'ils ont donnés. La loi sur l'euthanasie concerne une matière délicate et l'intervenant se réjouit qu'il y ait eu, de façon permanente, une recherche de consensus au sein de la commission.

Le rapport de la commission démontre que la loi fonctionne raisonnablement et que, dans l'avenir, le pourcentage d'euthanasies dans les 105 000 décès recensés par an pourrait s'élever à un ou deux pour-cent. La preuve de la nécessité de la loi est ainsi apportée. La loi a, par ailleurs, été appliquée de manière humaine par les médecins comme le démontre le recours fréquent à des équipes de «palliativistes».

Aujourd'hui, le débat qui oppose les soins palliatifs à l'euthanasie paraît ainsi clôturé. Le recours à une solution n'élimine pas l'autre: une personne peut, après être passée par les soins palliatifs, demander l'euthanasie. Il n'est toutefois pas question d'obliger que les soins palliatifs soient un passage forcé, préalable à toute demande d'euthanasie.

Par ailleurs, les craintes d'euthanasie économiques («la liquidation des vieux») émises lors des discussions de la loi sont infirmées. En effet, le nombre de personnes âgées ayant eu recours à l'euthanasie n'est pas énorme.

Mme Magda De Meyer (sp.a-spirit) félicite les membres de la commission pour la clarté de leur rapport, empreint d'humanisme. Les conclusions de ce dernier déforcent bon nombre des craintes exprimées lors des débats relatifs à l'euthanasie.

Le nombre élevé d'euthanasies pratiquées sur des patients dont le décès est prévisible à brève échéance prouve que la plupart des interventions sont pratiquées avec beaucoup de compassion vis-à-vis des derniers jours de la vie d'une personne. Le grand nombre d'euthanasies pratiquées à domicile par le médecin traitant est également la preuve de la prise en compte des souhaits du patient.

M. Wim Distelmans dit également son étonnement quant au nombre élevé d'euthanasies pratiquées à domicile. Ce nombre élevé peut toutefois s'expliquer, en partie, par l'attitude de certaines institutions hospitalières où l'on incite la personne souhaitant une euthanasie à retourner chez elle.

werd opgesteld. Zij beschikt dus over geen enkel gegeven inzake de precieze plaats van het euthanasiegeval.

– *Toepassing en inachtneming van de wet*

De heer Philippe Monfils (MR) dankt de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie voor de nauwkeurige inlichtingen die ze hebben verstrekt. De wet betreffende de euthanasie betreft een kiese materie, en de spreker is verheugd dat binnen de commissie onafgebroken naar eensgezindheid is gestreefd.

Het verslag van de commissie toont aan dat de wet naar behoren werkt en dat het percentage euthanasiegevallen, in verhouding tot de 105 000 sterfgevallen die jaarlijks worden geregistreerd, tot één à twee percent zou kunnen oplopen. Daarmee is bewezen dat de wet noodzakelijk was. Zoals ook blijkt uit de vele gevallen waarin een beroep is gedaan op de palliatieve teams, hebben de artsen de wet trouwens op humane wijze toegepast.

Momenteel lijkt het debat, waarbij palliatieve verzorging tegenover euthanasie wordt uitgespeeld, gesloten. De ene oplossing sluit de andere niet uit: na palliatieve verzorging te hebben gekregen, kan iemand om euthanasie verzoeken. Er kan evenwel geen sprake van zijn palliatieve verzorging op te leggen als een verplichte fase vóór enig verzoek om euthanasie.

Bovendien is de bij de totstandkoming van de wet geuite vrees dat euthanasie om economische motieven zou plaatsvinden (dat men als het ware «oudjes zou gaan liquideren»), ongegrond gebleken. Er hebben immers niet al te veel bejaarden euthanasie laten plegen.

Mevrouw Magda De Meyer (sp.a-spirit) feliciteert de commissieleden met hun helder, door menselijkheid gekenmerkt rapport. De conclusies ervan ontkrachten nogal wat zaken waarvoor de deelnemers aan de euthanasiedebatten zich bevreesd hadden getoond.

Het hoog aantal geëuthanaseerde patiënten wier overlijden op korte termijn te verwachten valt, bewijst dat de meeste interventies plaatsvinden vanuit een groot mededogen met iemands laatste levensdagen. Ook de vele euthanasiegevallen die thuis door de huisarts worden verricht, tonen aan dat met de wensen van de patiënt rekening wordt gehouden.

De heer Wim Distelmans geeft eveneens te kennen verbaasd te zijn over het hoge aantal thuis uitgevoerde euthanasiegevallen. Dat hoge aantal is echter gedeeltelijk te verklaren door de houding van sommige ziekenhuizen, waarbij iemand die euthanasie wenst ertoe wordt aangezet naar huis terug te keren.

– *recommandations de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie*

En ce qui concerne les recommandations formulées dans le rapport, *M. Philippe Monfils (MR)* souligne l'importance d'un effort d'information. Il salue à cet égard l'initiative de la Commission de contrôle et d'évaluation visant à rédiger et distribuer une brochure d'information. Les moyens financiers et logistiques mis à la disposition de la commission sont-ils suffisants pour ce faire?

M. Luc Goutry (CD&V) souhaite que les brochures d'information précitées évoquent également les soins palliatifs. Ceux-ci doivent en effet bénéficier, au minimum, de moyens identiques à ceux octroyés dans le cadre de l'euthanasie.

M. Wim Distelmans, partage l'avis de *M. Goutry* sur l'importance des soins palliatifs. Ils doivent bénéficier de suffisamment de moyens.

– *Extension du champ d'application de la loi*

Mme Magda De Meyer (sp.a-spirit) remarque que la commission ne se prononce pas dans son rapport sur la nécessité d'étendre le champ d'application de la loi. Se référant aux cas de personnes confrontées à de fortes souffrances psychiques et des enfants gravement malades, l'intervenante estime que la loi devrait être modifiée pour que ces cas soient pris en compte.

Mme Karine Jiroflée (sp.a-spirit) évoque également le cas des personnes âgées souffrant de démence et ne pouvant plus exprimer un choix conscient. Quelles sont les recommandations de la commission à ce sujet?

Mme Maya Detiège (sp.a-spirit) pense également qu'il faut mener un débat élargi sur l'euthanasie des mineurs, des personnes âgées démentes et des personnes malades psychologiquement.

M. Marc Englert rappelle que la loi n'interdit nullement que soit pratiquée une euthanasie sur un patient endurent des souffrances purement psychiques. Le problème réside, il est vrai, dans l'application des conditions posées par la loi. Il est toujours difficile de s'assurer, pour un tel patient, que sa demande est claire et volontaire et que ses souffrances sont intolérables. Si tel est le cas, toutefois, rien n'empêche le médecin de procéder à l'euthanasie.

Pour le reste, l'intervenant rappelle que le rôle de la commission, tel qu'il a été fixé par la loi, est de vérifier si la loi est applicable et si elle est correctement appliquée.

– *Aanbevelingen van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie*

Met betrekking tot de in het rapport geformuleerde aanbevelingen onderstreept *de heer Philippe Monfils (MR)* dat het van belang is een inspanning te leveren inzake voorlichting. Hij verwelkomt in dat verband het initiatief van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie dat ertoe strekt een voorlichtingsbrochure op te stellen en te verspreiden. Volstaan de daartoe ter beschikking gestelde geldelijke en logistieke middelen?

De heer Luc Goutry (CD&V) wenst dat in voornoemde voorlichtingsbrochures ook palliatieve verzorging aan bod zou komen. Naar dergelijke verzorging moeten immers ten minste evenveel middelen gaan als die welke voor euthanasie worden verstrekt.

De heer Wim Distelmans hecht evenveel belang aan palliatieve verzorging als *de heer Goutry*. Er moeten voldoende middelen voor worden uitgetrokken.

– *Uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet*

Mevrouw Magda De Meyer (sp.a-spirit) merkt op dat de commissie zich in haar verslag niet uitspreekt over de noodzaak om het toepassingsgebied van de wet uit te breiden. De spreekster verwijst naar de gevallen waarin mensen worden geconfronteerd met zwaar psychisch lijden en naar ernstig zieke kinderen, en meent dat een wetswijziging aangewezen is opdat met die gevallen rekening kan worden gehouden.

Mevrouw Karine Jiroflée (sp.a-spirit) stipt tevens de gevallen aan van bejaarde, demente personen die geen bewuste keuze meer kenbaar kunnen maken. Welke handelwijze beveelt de commissie voor die gevallen aan?

Ook *mevrouw Maya Detiège (sp.a-spirit)* is van mening dat een breder debat dient te worden gevoerd over euthanasie op minderjarigen, demente bejaarde personen en psychisch zieken.

De heer Marc Englert herinnert eraan dat de wet geenszins verbiedt euthanasie uit te voeren op een patiënt die louter psychisch lijdt. Het is echter een feit dat het probleem ligt bij de toepassing van de in de wet gestelde voorwaarden. Bij een dergelijke patiënt is het altijd moeilijk na te gaan of diens vraag duidelijk en vrijwillig is, en of zijn lijden ondraaglijk is. Indien zulks echter het geval is, kan niets de arts verhinderen euthanasie uit te voeren.

Voor het overige herinnert de spreker eraan dat de rol van de commissie, als bepaald in de wet, erin bestaat na te gaan of de wet toepasbaar is en of ze correct wordt toegepast.

M. Luc Goutry (CD&V) apprécie le travail accompli par la commission. Il précise que le groupe auquel il appartient s'est toujours opposé à la loi sur l'euthanasie pour une question de point de vue et non de déni de la réalité existante. La situation de besoin est là et le sera de plus en plus au fur et à mesure de l'allongement de l'espérance de vie et des progrès de la médecine.

Par ailleurs, son groupe a toujours considéré le patient non comme une personne centrale, disposant seule du droit de décider de sa vie, mais davantage sous un aspect relationnel ... Grâce à cela, il devient, par exemple, possible de répondre aux problèmes des patients inconscients en recourant à la notion de situation de besoin alors que la loi relative à l'euthanasie n'offre pas de réponse au problème.

L'intervenant est d'avis que la publication d'un rapport permet d'alimenter le débat sur la question. De plus, il serait intéressant que les prochains rapports de la commission de contrôle et d'évaluation fassent transparaître davantage les sentiments et intuitions de ses membres sur la question de l'euthanasie.

En ce qui concerne la notion de souffrance intolérable, le débat reste ouvert. Cette notion a souvent été associée à celle du mal physique. Lorsqu'il s'agit de souffrances morales, il devient beaucoup plus difficile pour quelqu'un d'extérieur de juger objectivement du caractère insupportable du mal de la personne. Il s'agit pourtant d'une clé de la loi.

– Accessibilité aux produits

Mme Magda De Meyer (sp.a-spirit) relève que les produits utilisés pour mener à bien une euthanasie doivent, conformément à la loi, être mis à disposition dans les officines publiques. Or, dans la pratique, ces produits ne sont accessibles que dans les officines hospitalières. Eu égard au nombre d'euthanasies pratiquées à domicile, la formulation d'une recommandation claire à ce sujet dans le rapport ne serait-elle pas nécessaire ?

M. Yvan Mayeur (PS), président, est d'avis qu'il y a une initiative d'ordre réglementaire à prendre afin de faciliter la délivrance de ces produits. Il propose d'adresser un courrier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique afin d'attirer son attention sur ce problème.

M. Wim Distelmans, indique que le problème d'accessibilité aux produits, en particulier au thiopental, dans certaines officines est un problème d'ordre pratique lié au conditionnement. Les fournisseurs le livrent par colis

De heer Luc Goutry (CD&V) stelt het werk van de commissie op prijs. Hij preciseert dat zijn fractie zich steeds uit principe heeft verzet tegen de euthanasiewet, en niet omdat zij de realiteit niet onder ogen wou zien. De nood bestaat wel degelijk, en die zal alleen maar toenemen naarmate de levensverwachting stijgt en de geneeskunde vorderingen maakt.

Zijn fractie heeft de patiënt overigens nooit beschouwd als de centrale figuur die in haar eentje het recht heeft om over haar leven te beslissen, maar wel als een onderdeel van een relationeel geheel... Dank zij die visie kan men, bijvoorbeeld bij patiënten die niet bij bewustzijn zijn, teruggrijpen naar het begrip «noodtoestand», hoewel de euthanasiewet voor dat probleem geen oplossing aanreikt.

De spreker meent dat de bekendmaking van een verslag het debat terzake kan aanzwengelen. Bovendien ware het boeiend dat de gevoelens en intuïtie van de commissieleden inzake euthanasie duidelijker naar voren zouden treden in de volgende verslagen van de controle- en evaluatiecommissie.

Inzake het begrip «ondraaglijk lijden» blijft het debat open. Het begrip werd vaak geassocieerd met lichamelijk lijden. Bij mentaal lijden wordt het voor een buitenstaander veel moeilijker objectief te beoordelen of het lijden van een persoon al dan niet ondraaglijk is. Het gaat echter om één van de sleutelbegrippen van de wet.

– Toegang tot de producten

Mevrouw Magda De Meyer (sp.a-spirit) merkt op dat bij wet is bepaald dat de producten die bij het uitvoeren van euthanasie worden gebruikt, ter beschikking moeten worden gesteld in voor het publiek toegankelijke officina's. In de praktijk zijn die producten echter alleen in ziekenhuisofficina's verkrijgbaar. Zou het, gezien het aantal gevallen van euthanasie die thuis worden uitgevoerd, niet aangewezen zijn terzake een duidelijke aanbeveling in het verslag op te nemen?

Voorzitter Yvan Mayeur (PS) is van mening dat een bestuursrechtelijk initiatief dient te worden genomen om de afgifte van die producten te vereenvoudigen. Hij stelt voor de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan te schrijven om hem op dat probleem te wijzen.

De heer Wim Distelmans stipt aan dat het probleem inzake de toegang tot de producten, in het bijzonder tot thiopental, in bepaalde officina's een praktisch probleem is, dat samenhangt met de verpakking. De leveranciers

de dix alors que le médecin n'a besoin que de deux unités pour pratiquer une euthanasie. C'est pourquoi les pharmaciens refusent de le commander.

M. Philippe Monfils (MR) indique que la loi étant fondée sur la liberté de choix du patient, une initiative réglementaire doit être prise en vue de garantir l'effectivité de ce choix et de rendre ce type de produits plus accessible aux médecins.

– Formation des médecins

Selon *Mme Yolande Avontroodt (VLD)*, le rapport sur l'euthanasie constitue une amorce et un suivi de la question est essentiel car les pratiques en matière d'euthanasie évolueront encore.

Est-il possible, au regard des informations collectées par la commission de contrôle et d'évaluation, d'évaluer le nombre de médecins ayant pratiqué une euthanasie?

Par ailleurs, il est essentiel d'informer les médecins tant sur l'euthanasie que sur la l'accompagnement médical en fin de vie. Ceci devrait être l'objet d'un cours dans leur cursus universitaire.

M. Philippe Monfils (MR) estime également que le nombre élevé d'euthanasies réalisées au domicile du patient requiert qu'une formation spécifique soit proposée aux médecins.

En ce qui concerne la nécessité d'une formation élargie sur la fin de vie des médecins, *M. Distelmans* rappelle qu'en moyenne, un médecin accompagne, au maximum, cinq patients en phase terminale par an. Par conséquent, il ne sera jamais réellement formé et fera toujours appel à des médecins spécialisés comme les équipes palliatives ou les médecins LEIF.

Néanmoins, l'inscription d'une formation obligatoire sur la fin de vie dans le programme des cours des étudiants de médecine est essentielle. Actuellement, ce type de formation n'est pas assez répandu dans les universités. Depuis l'adoption de la loi sur l'euthanasie, elle existe à la *VUB*. Or, à titre de comparaison, l'intervenant remarque que ce type de formation existe dans presque toutes les facultés des Pays-Bas.

Concernant le nombre de médecins pratiquant des euthanasies, *M. Marc Englert* signale qu'il n'est pas possible d'en connaître le nombre exact. Certains hôpitaux

livrent le produit en paquets de dix, tandis que les arts ne livrent que deux unités, ce qui signifie qu'un médecin doit commander dix paquets pour pratiquer une euthanasie. C'est pourquoi les pharmaciens refusent de le commander.

De heer Philippe Monfils (MR) merkt op dat de wet berust op de keuzevrijheid van de patiënt, en dat daarom een bestuursrechtelijk initiatief dient te worden genomen om erop toe te zien dat hij die keuze effectief heeft en dat de artsen makkelijker toegang krijgen tot soortgelijke producten.

– Opleiding van de artsen

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) beschouwt het verslag als een begin. Volgens haar is het essentieel dat het vraagstuk wordt gevolgd, aangezien de praktijk inzake euthanasie nog zal evolueren.

Kan op grond van de door de controle- en evaluatiecommissie ingewonnen inlichtingen worden nagegaan hoeveel artsen euthanasie hebben toegepast?

Het is overigens van essentieel belang dat de artsen worden ingelicht, zowel over euthanasie als over de medische begeleiding van het levenseinde. Zulks zou een onderdeel moeten zijn van hun lessenspakket aan de universiteit.

De heer Philippe Monfils (MR) meent tevens dat het, gezien het grote aantal thuis geëuthanaseerde patiënten, aangewezen zou zijn de artsen een specifieke opleiding aan te bieden.

Wat de noodzaak van een bredere opleiding over stervenbegeleiding voor artsen betreft, herinnert *de heer Distelmans* eraan dat een arts per jaar gemiddeld maximaal vijf patiënten begeleidt in de laatste fase van hun leven. Zulks houdt in dat hij nooit echt goed opgeleid zal zijn, en dat hij nog steeds een beroep zal doen op gespecialiseerde artsen, zoals die van de palliatieve diensten of de LEIF-artsen.

Desondanks is het essentieel dat een verplichte opleiding inzake het levenseinde wordt opgenomen in het lessenspakket van de studenten geneeskunde. Thans is dat soort van opleiding te weinig verspreid in de universiteiten. Sinds de goedkeuring van de euthanasiewet wordt een dergelijke opleiding aan de *VUB* gegeven. Bij wijze van vergelijking merkt de spreker evenwel op dat dit type opleiding in nagenoeg alle Nederlandse faculteiten bestaat.

Voorts wijst *de heer Marc Englert* erop dat het onmogelijk is te schatten valt hoeveel aantal artsen precies euthanasie toepassen. Zo passen sommige ziekenhuizen

la pratiquent et d'autres pas. Toutefois, à sa connaissance, il n'existe pas de médecin 'spécialisé' dans cette pratique.

Mme Hilde Dierickx (CD&V) souligne la difficulté de définir le contenu de la formation relative à la prise de décision et aux actes médicaux en fin de vie à procurer aux étudiants en médecine. Un débat éthique entoure la question. Cette branche devra constituer une partie intégrante de la formation. La Commission de contrôle et d'évaluation ne pourrait-elle pas formuler une recommandation claire à l'attention des universités?

L'enseignement universitaire relevant de la compétence des communautés, *M. Yvan Mayeur (PS), président*, propose qu'un courrier soit adressé aux ministres-présidents et présidents des assemblées parlementaires des communautés pour attirer leur attention sur cette question.

– *la notion de suicide assisté*

Mme Yolande Avontroodt (VLD) estime que la commission de contrôle et d'évaluation devrait définir la notion d'aide au suicide.

M. Marc Englert pense que la commission a été sage en refusant de considérer le problème du suicide assisté car il peut prendre de multiples formes. Une loi sur le suicide assisté est une autre loi. Dans la loi sur l'euthanasie, toutes les possibilités sont circonscrites.

M. Roger Lallemand précise que la loi sur l'euthanasie interdit le suicide assisté sauf s'il s'accomplit dans le respect des conditions prévues par la loi. La commission s'est, par conséquent, limitée à indiquer dans son rapport que certaines euthanasies étaient pratiquées sous des formes telles qu'elles pouvaient être assimilées à des suicides assistés. En réalité, elles demeurent des euthanasies.

– *Euthanasies pratiquées sur la base d'une déclaration anticipée*

Mme Karine Jiroflée (sp.a-spirit) note le faible pourcentage d'euthanasies réalisées sur des patients ayant fait une déclaration anticipée. Ne devrait-on pas mieux informer le public à cet égard?

zen euthanasie toe, andere niet. Hijzelf heeft echter geen weet van het bestaan van artsen die als «specialisten» in die praktijk zouden kunnen worden aangemerkt.

Mevrouw Hilde Dierickx (VLD) onderstreept hoe moeilijk het is de inhoudelijke invulling te omschrijven van de in het raam van de artsenopleiding te verstrekken cursussen met betrekking tot de medische handelingen die tijdens de laatste levensfase van de patiënt moeten worden gesteld en tot de besluitvorming die dan moet plaatsvinden. Over die kwestie is ook een ethisch debat aan de gang. Dit aspect moet hoe dan ook inherent deel uitmaken van voormelde opleiding. Zou de Federale Controle- en Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wet betreffende de euthanasie daarover geen duidelijke aanbeveling ten behoeve van de universiteiten kunnen aanreiken?

Aangezien het universitair onderwijs onder de bevoegdheid van de gemeenschappen ressorteert, stelt *voorzitter Yvan Mayeur (PS)* voor de ministers-presidenten en de voorzitters van de parlementaire assemblees van de gemeenschappen een brief te sturen die hun aandacht op die kwestie vestigt.

– *Begrip «hulp bij zelfdoding»*

Mevrouw Yolande Avontroodt (VLD) is van mening dat voormelde controle- en evaluatiecommissie het begrip «hulp bij zelfdoding» zou moeten definiëren.

Volgens *de heer Marc Englert* heeft de commissie wijs gehandeld door te weigeren zich over het vraagstuk van de hulp bij zelfdoding te buigen: dat probleem kan immers veelsoortige vormen aannemen. Hulp bij zelfdoding hoort thuis in een andere wet. In de euthanasiewet worden alle mogelijkheden duidelijk omschreven.

De heer Roger Lallemand preciseert dat de euthanasiewet hulp bij zelfdoding verbiedt, behalve wanneer zulks gebeurt onder de bij de wet omschreven voorwaarden. Bijgevolg heeft de commissie zich er in haar verslag toe beperkt aan te geven dat bepaalde vormen van euthanasie zo waren uitgevoerd dat ze met hulp bij zelfdoding kunnen worden gelijkgeschakeld. *De facto* blijft het daarbij wel om euthanasie gaan.

– *Euthanaserend handelen op grond van een wilsverklaring*

Mevrouw Karine Jiroflée (sp.a-spirit) verwijst naar het geringe aantal patiënten op wie euthanasie werd toegepast nadat zij een wilsverklaring hadden afgelegd. Moet het publiek terzake niet beter worden voorgelicht?

Mme Marie-Claire Lambert (PS) souligne également l'importance d'une information adéquate à l'égard du grand public sur la possibilité offerte par la loi de consigner sa volonté dans une déclaration anticipée. En effet, ces dernières offrent une garantie supplémentaire, permettant de mieux cerner la volonté du patient.

M. Mark Verhaegen (CD&V) souligne qu'en France, l'euthanasie passive est légalisée. L'Allemagne va également dans ce sens.

Il existe d'autres traitements pour la fin de vie, comme le recours aux soins palliatifs. Donner la mort doit constituer le dernier recours. Le médecin doit arriver à décoder la volonté du patient.

M. Marc Englert indique que le faible nombre de déclarations anticipées est du notamment à la tardiveté de l'arrêté royal «fixant les modalités suivant lesquelles la déclaration anticipée relative à l'euthanasie est rédigée, reconfirmée, révisée ou retirée» dont la publication au *Moniteur belge* date de mai 2003. D'autre part, la validité de cette déclaration est conditionnée par la nécessité d'un état d'inconscience irréversible du patient.

Les informations communiquées au public devraient mettre l'accent sur la possibilité de coupler la déclaration anticipée relative à l'euthanasie à une déclaration anticipée de refus de traitement, telle que prévue par la loi sur les droits du patient. En effet, celle-ci donne à un mandataire désigné le droit de représenter le patient, en cas d'inconscience, et d'exprimer un refus de traitement que le patient aurait préalablement signifié. Dans ce contexte, le refus de traitement s'apparente à une euthanasie passive. L'intervention législative préconisée par M. Verhaegen ne se justifie donc pas.

– Rôle du personnel infirmier et des équipes palliatives

M. Luc Goutry (CD&V) relève que, dans un cinquième des cas, le premier médecin consultant est un médecin spécialisé en soins palliatifs. Ceci confirme l'idée que l'euthanasie doit aller de pair avec les soins palliatifs. Dans ce cadre, le Parlement a débattu de la nécessité ou non d'insérer dans la loi l'obligation d'un «filtre palliatif» préalable à toute demande d'euthanasie. Le «filtre palliatif» n'a finalement pas été retenu afin d'éviter d'im-

Ook mevrouw Marie-Claire Lambert (PS) onderstreept hoe belangrijk het is het grote publiek behoorlijk voor te lichten over de bij wet aan de patiënt geboden mogelijkheid om zijn wens kenbaar te maken in een wilsverklaring. Een soortgelijke verklaring biedt immers een extra waarborg, waardoor exacter kan worden achterhaald wat de wil van de patiënt is.

De heer Mark Verhaegen (CD&V) beklemtoont dat passieve euthanasie in Frankrijk gelegaliseerd is en dat zich ook in Duitsland een soortgelijke trend aftekent.

Bij het levenseinde behoren ook andere behandelingen tot de mogelijkheden, zoals de palliatieve zorgverlening. Iemand laten sterven moet als het laatste redmiddel gelden. De arts moet ertoe komen de wens van de patiënt optimaal in te schatten.

De heer Marc Englert wijst erop dat het geringe aantal wilsbeschikkingen onder meer te wijten is aan de late bekendmaking van het «koninklijk besluit houdende vaststelling van de wijze waarop de wilsverklaring inzake euthanasie wordt opgesteld, herbevestigd, herzien of ingetrokken», dat pas in mei 2003 in het *Belgisch Staatsblad* is verschenen. Voorts zij nog gesteld dat die wilsbeschikking maar geldig is onder de voorwaarde dat de patiënt noodzakelijkerwijs in een onomkeerbare toestand van bewustzijnsverlies terechtgekomen moet zijn.

De aan het publiek verstrekte informatie zou nadrukkelijk moeten wijzen op de mogelijkheid waarover de patiënt – conform de wet betreffende de patiëntenrechten – beschikt om de wilsbeschikking inzake euthanasie te koppelen aan een wilsbeschikking waarin hij vooraf te kennen geeft dat hij de behandeling weigert. Die wet verleent een door de betrokkene aangewezen gemachtigde immers de mogelijkheid te fungeren als vertegenwoordiger van de patiënt die het bewustzijn heeft verloren. Die gemachtigde kan te kennen te geven dat de patiënt – conform de verklaring die hij daarover vooraf schriftelijk heeft vastgelegd – de behandeling weigert. In dat perspectief komt de weigering van de behandeling dicht in de buurt van passieve euthanasie. Het door de heer Verhaegen voorgestelde wetgevend optreden is dus nergens voor nodig.

– Rol van het verplegend personeel en van de palliatieve zorgteams

De heer Luc Goutry (CD&V) wijst erop dat in een vijfde van de gevallen de eerste consulterend arts in de palliatieve zorgverlening gespecialiseerd is. Dit onderbouwt de idee dat euthanasie met palliatieve zorgverlening gepaard moet gaan. In dat raam heeft het Parlement debatten gevoerd over de noodzaak om – nog voor enig verzoek om euthanasie aan de orde is – al dan niet een zogenaamde «palliatieve filter» in de wet

poser aux médecins et aux patients des contraintes supplémentaires à celles, déjà lourdes, qui sont actuellement prévues. Selon l'intervenant, cet argument est faible pour empêcher l'instauration d'un filtre palliatif obligatoire. Au contraire, l'obligation de ce type de mesures doit être considérée comme une attention supplémentaire donnée à une procédure qui n'en comptera jamais assez...

En définitive, cette question relève d'un choix idéologique, existentiel et la véritable chronologie du questionnement est la suivante: en soignant les personnes dans le cadre des soins palliatifs, est-ce que l'on répond à la situation de besoin? Que doit-il ensuite se passer?

M. Mark Verhaegen (CD&V) souligne qu'en tant que lien entre le monde médical et le patient, le rôle des infirmiers est également essentiel dans les euthanasies effectuées en milieu hospitalier. Il estime par conséquent qu'il faut les impliquer davantage dans la prise de décision en matière d'euthanasie.

À l'instar de M. Goutry et eu égard à la pratique, l'intervenant se dit favorable à l'instauration d'un filtre palliatif obligatoire.

Mme Maya Detiège (sp.a-spirit) partage le sentiment de M. Verhaegen concernant l'importance du rôle joué par le personnel infirmier dans le suivi du patient lors de l'euthanasie.

M. Wim Distelmans, indique que la raison pour laquelle des équipes palliatives sont souvent impliquées lors d'euthanasies est évidente: en général, le patient a été préalablement suivi par une telle équipe. Le médecin consulté peut également estimer que le recours à ces équipes se justifie. Par conséquent, l'intervenant ne juge pas nécessaire d'inscrire une telle obligation de consultation dans la loi. Si pareille obligation était inscrite dans la loi, il faudrait également inscrire l'obligation de consultation d'un psychologue clinique pour les patients endurent des souffrances psychiques...

– Divers

Mme Hilde Dierickx (CD&V) rappelle que les médias ont évoqué le cas de médecins accusés de donner la mort qu'ils aient ou non effectué une euthanasie. En général, il s'agit d'un conflit entre médecins ou d'un conflit entre le médecin et la direction de l'hôpital. Comment la loi peut-elle résoudre ces lacunes?

op te nemen. Uiteindelijk is die filter er niet gekomen om artsen en patiënten, bovenop de reeds bestaande, zware vormvereisten, niet nog eens met het vervullen van bijkomende voorwaarden op te zadelen. Volgens de spreker is dat een zwak argument om de instelling van een palliatieve filter te beletten. Het tegendeel is waar: de verplichting om soortgelijke maatregelen toe te passen moet precies worden bekeken als een bijkomende aandacht die uitgaat naar een procedure die nooit waterdicht genoeg kan zijn ...

Per slot van rekening hangt die kwestie nauw samen met een ideologische, existentiële keuze en de vragen die daarbij achtereenvolgens moeten worden gesteld zijn de volgende: speelt men, bij de palliatieve zorgverlening, in op de noden van de patiënt? En wat moet er vervolgens gebeuren?

De heer Mark Verhaegen (CD&V) onderstreept dat ook de rol van de verpleegkundigen, als verbindingspersoon tussen de medische wereld en de patiënt, van essentieel belang is bij euthanaserend handelen in het ziekenhuis. Hij pleit er dan ook voor de verpleegkundigen nauwer bij de besluitvorming inzake euthanasie te betrekken.

Net als de heer Goutry en gelet op de geldende praxis terzake, verklaart de spreker gewonnen te zijn voor de instelling van een verplichte palliatieve filter.

Mevrouw Maya Detiège (sp.a-spirit) verklaart de ideeën van de heer Verhaegen te delen omtrent de belangrijke rol die bij euthanasie voor het verplegend personeel is weggelegd op het stuk de opvolging van de patiënt.

De heer Wim Distelmans wijst erop dat het overduidelijk is waarom palliatieve zorgteams vaak bij euthanasie worden betrokken: doorgaans werd de patiënt vooraf door een soortgelijk team begeleid. De geraadpleegde arts kan ook de mening toegedaan zijn dat de inschakeling van zo'n team opportuun is. Bijgevolg acht de spreker het niet noodzakelijk een dergelijke verplichting tot raadpleging in de wet op te nemen. Mocht men dat wel doen, dan zou men tevens bij wet moeten bepalen dat patiënten die psychisch lijden verplicht een klinisch psycholoog moeten raadplegen ...

– Varia

Mevrouw Hilde Dierickx (VLD) verwijst naar een aantal, door de media signaleerde gevallen van artsen die van doodslag werden beschuldigd, ongeacht of zij al dan niet euthanasie hadden toegepast. Daarbij gaat het meestal om een conflict tussen artsen onderling of tussen de arts en de ziekenhuisdirectie. Hoe kan de wet die leemtes wegwerken?

M. Roger Lallemand pense qu'il est impossible d'échapper, à un moment ou un autre du débat, à des références idéologiques. De plus, les matières éthiques évoluent, en particulier celles concernant l'avortement ou l'euthanasie. Il faut en tenir compte.

Concernant le décalage entre la loi et la pratique tant pour l'euthanasie que l'avortement, il constate que, souvent, la pratique n'a pas été condamnée. Les parquets n'ont pas appliqué la loi. Les juges «fermaient les yeux». Le public aussi. Ce qui faisait problème à certains, c'était la reconnaissance ouverte, par la loi, d'une dépénalisation – partielle – de l'euthanasie, ... Ce n'étaient pas vraiment les pratiques «semi-clandestines». Mais peut-on permettre un tel décalage entre la loi et la réalité? La loi sur l'euthanasie vise, quant à elle, plutôt à contrôler la procédure plutôt qu'à la laisser se développer dans une semi-clandestinité avec les risques d'abus qui en découlent.

Les rapporteurs,

Hilde DIERICKX
Luc GOUTRY

Le président,

Yvan MAYEUR

Volgens *de heer Roger Lallemand* blijkt het, op een bepaald ogenblik, onmogelijk het debat buiten enig ideologisch referentiekader te voeren. Daar komt nog bij dat de denkbeelden over ethische aangelegenheden, inzonderheid over abortus en euthanasie, almaar evolueren. Daarmee moet men rekening houden.

Wat de discrepantie tussen de wet en de praktijk betreft, stelt de spreker – en dat geldt evenzeer voor euthanasie als voor abortus – vast dat de praktijk vaak niet tot veroordelingen heeft geleid. De parketten hebben de wet niet toegepast. De rechters keken de andere kant op, net als het publiek. Waar sommigen het moeilijk met hadden, was de bij wet ingestelde erkenning van een (gedeeltelijke) depenalisering van euthanasie, en niet zo zeer de semi-clandestiene praktijken. Is een dergelijke kloof tussen wet en werkelijkheid echter wel toelaatbaar? De euthanasiewet is er dan weer veeleer op gericht te voorzien in een controle op de procedure in plaats van ze zich verder een grijze zone te laten afspelen, met alle risico's op misbruik van dien.

De rapporteurs,

Hilde DIERICKX
Luc GOUTRY

De voorzitter,

Yvan MAYEUR

DEUX ANS APRÈS L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA LOI RELATIVE À L'EUTHANASIE

Dr MARC ENGLERT

*PROFESSEUR À L'ULB (hon.)
Membre de la Commission Fédérale de Contrôle
et d'Évaluation de l'Euthanasie*

TABLEAU 1

Nombre d'euthanasies déclarées

22/9/02-22/9/04	495
-----------------	-----

22/9/02-31/12/03	259
ANALYSÉS DANS LE RAPPORT	

Langue des déclarations

Néerlandais	83%
Français	17%

TABLEAU 2

Décisions de la commission

acceptation d'emblée	68,5%
----------------------	-------

acceptation avec remarque(s)	12%
------------------------------	-----

acceptation après précisions reçues	19,5%
-------------------------------------	-------

transmission à la justice	0%
---------------------------	----

TWEE JAAR NA DE INWERKINGTREDING VAN DE WET BETREFFENDE DE EUTHANASIE

Dr. MARC ENGLERT

*HOOGLERAAR ULB (em.)
Lid van de Federale Controle-en-Evaluatiecommissie*

TABEL 1

Aantal aangiften

22/9/02-22/9/04	495
-----------------	-----

22/9/02-31/12/03	259
IN HET VERSLAG VERWERKT	

Taal waarin de aangiften werden opgesteld

Nederlands	83%
Frans	17%

TABEL 2

Beslissingen van de commissie

onmiddellijke aanvaarding	68,5%
---------------------------	-------

aanvaarding met opmerkingen aan de arts	12%
---	-----

aanvaarding na ontvangst preciseringen	19,5%
--	-------

overdracht aan justitie	0%
-------------------------	----

TABLEAU 3

Sexe	
masculin	50%
féminin	50%
Age	
< 20	<0,5%
20-39	3%
40-59	32%
60-79	48%
>=80	16%

REM: euthanasie peu fréquente dans la tranche d'âge >80 ans (près de 50 % des décès et seulement 16% des euthanasies)

TABLEAU 4

Dem. consciente / décl. anticipée	
demande consciente	>99,5%
déclaration anticipée	<0,5%
Échéance prévisible du décès	
brève	91,5%
non brève	8,5%

REM: La commission a estimé unanimement que lorsque le décès n'est pas attendu dans les mois à venir, il doit être considéré comme non prévisible à brève échéance et que seul le médecin traitant peut valablement faire cette estimation.

Lieu du décès

hôpital	54%
domicile	41%
MRS	5%
autre	<0,5%

TABEL 3

Geslacht	
mannelijk	50%
vrouwelijk	50%
Leeftijd	
< 20	<0,5%
20-39	3%
40-59	32%
60-79	48%
>=80	16%

OPM: euthanasie niet zo vaak uitgevoerd bij patiënten ouder dan 80 jaar (ongeveer 50% sterfgevallen en 16% euthanasiëren)

TABEL 4

Bewust verzoek / wilsverklaring	
actueel verzoek	>99,5%
via wilsverklaring	<0,5%
Te verwachten termijn voor overlijden	
binnen afzienbare termijn	91,5%
niet afzienbare termijn	8,5%

OPM : De commissie vond unaniem dat wanneer het verwacht is dat de patiënt niet binnen de komende maanden zal overlijden, moet het overlijden beschouwd worden als niet te voorzien binnen afzienbare termijn en dat het om een inschatting gaat die enkel de behandelende arts kan maken.

Plaats van overlijden

ziekenhuis	54%
thuis	1%
RVT	5%
andere	<0,5%

TABLEAU 5

Diagnostics (tous)

cancers	82,5%
affections neuromusculaires évolutives	9,5%
affections neuromusculaires non-évolutives	2,5%
aff. pulm. non canc.	1%
affections cardio-vasculaires	2%
sida	0%
autres	1,5%

Diagnostics des 22 cas de décès non prévisible à brève échéance.

affections neuromusculaires évolutives	54,5%
affections neuromusculaires non-évolutives	22,5%
cancer	13,5%
affections pulmonaires non cancéreuses	>4,5%
autres	>4,5%

REM: La plupart des patients avaient suivi de multiples traitements curatifs et/ou palliatifs

TABEL 5

Diagnoses(alle)

kankers	82,5%
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	9,5%
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	2,5%
niet-maligne longaandoeningen	1%
cardiovasculaire aandoeningen	2%
aids	0%
andere	1,5%

Diagnoses van de 22 gevallen waarbij het overleden niet binnen afzienbare termijn te verwachten was

evolutieve neuromusculaire aandoeningen	54,5%
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	22,5%
kanker	13,5%
niet-maligne longaandoeningen	>4,5%
andere	>4,5%

OPM: De aandoeningen waren meestal op verschillende manieren curatief en/of palliatief behandeld

TABLEAU 6

Souffrances physiques signalées

cachexie
épuisement
dysphagie, obstr.dig
dyspnée
douleurs
hémorragies, transfusions répétées
plaies graves

Souffrances psychiques signalées

dépendance
perte de dignité
désespérance

TABEL 6

Opgegeven fysiek lijden

cachexie
uitputting
dysfagie, darmobstr.
dyspneu
pijn
hemorragieën, herhalde transfusies
ernstige wonden

Opgegeven psychisch lijden

afhankelijkheid
verlies van waardigheid
wanhoop

TABLEAU 7

Qualification du consultant

généraliste	32,5%
spécialiste	48%
non précisé	0%
formé en soins pall.	19,5%
cette qualification n'est reprise que si elle est explicitement notée dans la déclaration	

REM : 101 équipes palliatives furent consultées en dehors des obligations légales

**Qualification du 2e consultant
(éch. prévisible du décès non brève)**

psychiatre	68%
spécialiste	32%

TABLEAU 8

Technique

inducteur d'inconscience I.V.seul ou + curarisant I.V.	91,5%
morphine seule ou en association	2,5%
inducteur d'inconscience I.V.+ KCl	2%
barbiturique per os seul ou + curarisant IV.	2,5 %
autre	1,5%

TABLEAU 9

**Technique
remarques**

1. Induction de l'inconscience (91% des cas)

Penthotal : 81,5% Dormicum : 10%

2. La technique per os peut être assimilée à un « suicide assisté ». Elle a été considérée conforme à la loi par la commission unanime

TABEL 7

Hoedanigheid van de geraadpl. arts

huisarts	32,5%
specialist	48%
niet bepaald	0%
palliatief arts	19,5%
deze hoedanigheid is alleen opgenomen wanneer expliciet vermeld op de aangifte)	

OPM : 101 palliatieve teams werden geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen

**Hoedanigheid van de 2de geraadpl. arts
(niet binnen afzienb. termijn voor overlijden)**

psychiater	68%
specialist	32%

TABEL 8

Techniek

I.V. inductie v. bewusteloosheid al dan niet gevolgd door curarimimeticum	91,5%
morfine al dan niet in combinatie	2,5%
I.V. inductie v. bewusteloosheid + KCl I.V.	2%
barbituraat per os al dan niet gevolgd door een curarimimet. I.V.	2,5 %
autre andere	1,5%

TABEL 9

**Techniek
opmerkingen**

1. Inductie van bewusteloosheid (91% van de gevallen)

Penthotal : 81,5% Dormicum : 10%

2. Orale inname van barbituraat kan beschouwd worden als «hulp bij zelfdoding». De commissie besloot unaniem dat het past in het kader van de wet)

3. Une légère sédation par benzodiazépines per os ou I.V., préalable à l'euthanasie, a été fréquemment pratiquée.

4. Mention fréquente d'une mort calme et rapide, de la présence de proches et de remerciements à l'adresse du médecin.

3. Lichte sedatie met benzodiazep. per os of I.V. vaak voor de euthanasie toegepast.

4. Vaak is sprake van een rustig overlijden, van de aanwezigheid van naasten tijdens de procedure en van dankbetuigingen voor de arts.