DOC 53 **0836/001**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 octobre 2010

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE

Quatrième rapport aux Chambres législatives

(2008 - 2009)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 oktober 2010

FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE EUTHANASIE

Vierde verslag aan de Wetgevende Kamers

(2008 - 2009)

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
PS	:	*Parti Socialiste*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
CD&V	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
sp.a	:	*socialistische partij anders*
Ecolo-Groen!	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Open Vld	:	*Open Vlaamse liberalen en democraten*
VB	:	*Vlaams Belang*
cdH	:	*centre démocrate Humaniste*
LDD	:	*Lijst Dedecker*
PP	:	*Parti Populaire*

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 53 0000/000:	*Document parlementaire de la 53ème législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*
QRVA:	*Questions et Réponses écrites*
CRIV:	*Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)*
CRABV:	*Compte Rendu Analytique (couverture bleue)*
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)*
PLEN:	*Séance plénière*
COM:	*Réunion de commission*
MOT:	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 53 0000/000:	*Parlementair document van de 53e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA:	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV:	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)*
CRABV:	*Beknopt Verslag (blauwe kaft)*
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:	*Plenum*
COM:	*Commissievergadering*
MOT:	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

INLEIDING

Dit verslag heeft betrekking op de door de commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 2008 en 31 december 2009.

Overeenkomstig de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie bestaat dit verslag uit drie delen:

- Deel 1 : een statistisch verslag waarin de informatie uit het tweede deel van het registratiedocument is verwerkt;
- Deel 2 : een verslag waarin de toepassing van de wet wordt toegelicht en geëvalueerd;
- Deel 3 : eventuele aanbevelingen die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van de wet.

Het verslag bevat ook 4 bijlagen:

- Bijlage 1 : wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 aanvullend door de wet van 10 november 2005;
- Bijlage 2 : het Koninklijk Besluit van 28 maart 2007 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie; het adres en de website van de commissie;
- Bijlage 3 : het registratiedocument dat de artsen moeten invullen en dat de commissie op 17 februari 2004 heeft goedgekeurd;
- Bijlage 4 : de informatiebrochure voor de artsen waarin bepaalde interpretaties en beslissingen van de commissie worden toegelicht.

Dit verslag is opgesteld door een beperkte commissie, samengesteld uit Mevrouw Jacqueline Herremans, de Heren Walter De Bondt, Marc Englert, Raymond Mathys, Fernand Van Neste. Het werd besproken in de plenaire vergadering van 8 juni 2010 en het werd unaniem goedgekeurd door de aanwezige effectieve leden.

DEEL 1

STATISTISCH VERSLAG

TABELLEN MET DE INFORMATIE VERZAMELD OP BASIS VAN DEEL II VAN DE REGISTRATIEDOCUMENTEN DIE DE COMMISSIE ONTVANGEN HEEFT

2008

Aantal aangiften

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
						tot op 1%
totaal	145	185	207	167	704	
Nederl./ Franstalige	117/28	148/37	178/29	135/32	578/126	82/18

Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
verzoek	143	180	202	165	690	99
wilsverklaring	2	5	5	2	14	1

Geslacht van de patiënten

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
man	82	94	112	80	368	53
vrouw	63	91	95	87	336	47

Leeftijd van de patiënten

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
<20	0	0	0	0	0	-
20-39	5	8	0	4	17	3
40-59	29	40	34	40	143	20
60-79	78	94	115	83	370	52
>of = 80	33	43	58	40	174	25

Plaats van overlijden

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
ziekenhuis	66	85	102	78	331	47
thuis	66	80	84	73	303	43
rust- en verzorgings-tehuis	10	17	14	14	55	8
andere	3	3	7	2	15	2

Te verwachten termijn voor overlijden

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
binnen afzienbare termijn	136	172	194	153	655	93
niet binnen afzienbare termijn	9	13	13	14	49	7

Diagnose

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	120	150	169	125	564	80
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	7	14	10	12	43	6
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	1	2	2	3	8	1
niet-maligne longaandoeningen	4	2	6	6	18	3
cardiovasculaire aandoeningen	8	1	4	9	22	3
nieraandoeningen	0	1	2	0	3	-
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	0	0	1	3	4	-
aids	0	0	0	0	0	-
neuropsychiatrische aandoeningen	2	4	4	3	13	2
verschillende aandoeningen	1	1	5	5	12	2
andere	2	10	4	1	17	3

1e consulent

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
palliatief arts	11	18	20	22	71	10
huisarts	75	80	95	76	326	47
specialist	59	87	92	69	307	43
niet gepreciseerd	0	0	0	0	0	-

2e consulent (overlijdens niet binnen afzienbare termijn)

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
psychiater	7	8	11	12	38	78
specialist	2	5	2	2	11	22

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)
	62	82	90	74	308

Geraadpleegde palliatieve teams (de verplicht geraadpleegde arts is hier niet in opgenomen)

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)
	61	78	73	58	270

Opgegeven fysiek lijden

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)
totaal	140	182	201	165	688

(cachexie, pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, hemorragieën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.)

Opgegeven psychisch lijden

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)
totaal	125	155	179	147	606

(afhankelijkheid, wanhoop, verlies van waardigheid, enz.)

Opm.: *vaak worden verschillende soorten van fysiek en psychisch lijden samen vermeld*

Gebruikte techniek en middelen

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
enkel barbituraat p.o.	2	0	4	0	6	1
id. + spierverslapper	0	1	0	0	1	-
enkel pentothal of gelijk-aardig middel I.V.	53	69	72	66	260	37
id. + spierverslapper	87	115	130	99	431	61
morfine al dan niet met sedativa	1	0	1	2	4	1
andere of onduidelijk	2	0	0	0	2	-

p.o. = per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

Diagnoses bij overlijdens niet binnen afzienbare termijn

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	1	3	3	1	8	16
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	2	3	0	3	8	16
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	1	1	1	2	5	8
niet-maligne longaandoeningen	0	0	0	0	0	-
cardiovasculaire aandoeningen	2	0	2	0	4	8
nieraandoeningen	0	0	0	0	0	-
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	0	0	0	0	0	-
aids	0	0	0	0	0	-
neuropsychiatrische aandoeningen	2	4	4	3	13	28
verschillende aandoeningen	0	1	2	4	7	16
andere	1	1	1	1	4	8

Beslissingen van de commissie

	1e trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Totaal (aantal)	Totaal (%)
aanvaarding zonder meer	115	149	171	150	585	83
opening van deel I voor opmerking(en)	14	9	8	2	33	5
opening van deel I voor preciseringen	16	27	28	15	86	12
overdracht aan Justitie	0	0	0	0	0	-

Opmerkingen:

Niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.

De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.

Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines I.V. vóór de euthanasie toegepast.; soms ging de spierverslapper gepaard met kaliumchloride.

Wanneer op basis van een wilsverklaring euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn was en niets vermeld is over de voorziene datum van overlijden, is men er bij deze statistieken van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.

De percentages zijn afgerond tot op de eenheden, waardoor het totaal aantal soms licht afwijkt van 100.

TABELLEN MET DE INFORMATIE VERZAMELD OP BASIS VAN DEEL II VAN DE REGISTRATIEDOCUMENTEN DIE DE COMMISSIE ONTVANGEN HEEFT

2009

Aantal aangiften

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
						à 1% près
totaal	175	204	231	212	822	-
Nederl./ Franstalige	137/38	165/39	185/46	169/43	656/166	80/20

Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
verzoek	169	198	225	208	800	97
wilsverklaring	6	6	6	4	22	3

Geslacht van de patiënten

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
man	79	106	113	108	406	49
vrouw	96	98	118	104	416	51

Leeftijd van de patiënten

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
<20	-	-	-	-	-	-
20-39	5	1	6	1	13	1
40-59	40	38	57	50	185	23
60-79	83	116	113	108	420	51
>ou = 80	47	49	55	52	204	25

Plaats van overlijden

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
ziekenhuis	86	87	99	87	359	44
thuis	70	97	105	103	375	46
rust- en verzorgings-tehuis	12	16	19	14	61	7
andere	7	4	8	8	27	3

Te verwachten termijn voor overlijden

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
binnen afzienbare termijn	161	188	209	197	755	92
niet binnen afzienbare termijn	14	16	22	15	67	8

Diagnose

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	137	161	183	160	641	78
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	10	12	20	11	53	6
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	2	-	2	1	5	1
niet-maligne longaandoeningen	7	9	4	9	29	4
cardiovasculaire aandoeningen	9	9	4	10	32	4
nieraandoeningen	1	3	-	1	5	1
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	-	-	-	2	2	-
aids	-	-	-	-	-	-
neuropsychiatrische aandoeningen	2	5	6	8	21	3
verschillende aandoeningen	4	2	7	5	18	2
andere	3	3	5	5	16	2

1e consulent

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
palliatief arts	11	25	25	24	85	10
huisarts	91	107	116	106	420	51
specialist	73	72	90	80	315	38
niet gepreciseerd	-	-	-	2	2	1

2e consulent

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
psychiater	10	7	16	8	41	62
specialist	4	9	6	7	26	38

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
	79	90	71	82	322	-

Geraadpleegde palliatieve teams (de verplicht geraadpleegde arts is hier niet in opgenomen)

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
	80	91	87	85	343	-

Opgegeven fysiek lijden

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
totaal	173	194	217	206	790	-

(cachexie, pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, hemorragieën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.)

Opgegeven psychisch lijden

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
totaal	152	163	182	176	673	-

(afhankelijkheid, wanhoop, verlies van waardigheid, enz.)

Opm.: *vaak worden verschillende soorten van fysiek en psychisch lijden samen vermeld*

Gebruikte techniek en middelen

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
enkel barbituraat p.o.	3	-	-	3	6	-
id. + spierverslapper	-	1	-	-	1	-
enkel pentothal of gelijkaardig middel I.V.	58	70	81	74	283	34
id. + spierverslapper	113	130	147	132	522	64
morfine al dan niet met sedativa	1	3	3	1	8	-
andere of onduidelijk	0	0	0	2	2	-

p.o. = per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	1	2	1	-	4	6
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	2	4	7	1	14	21
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	2	-	2	1	5	7
niet-maligne longaandoeningen	-	1	-	-	1	3
cardiovasculaire aandoeningen	2	4	1	2	9	14
nieraandoeningen	1	-	-	-	1	1
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	-	-	-	-	-	-
aids	-	-	-	-	-	-
neuropsychiatrische aandoeningen	1	3	4	7	15	22
verschillende aandoeningen	2	-	3	2	7	-
andere	3	2	4	2	11	16

Beslissingen van de commissie

	1e trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Totaal (aantal)	Totaal (%)
aanvaarding zonder meer	135	184	198	190	707	86
opening van deel I voor opmerking(en)	13	5	6	4	28	3
opening van deel I voor preciseringen	27	15	27	18	87	11
overdracht aan Justitie	-	-	-	-	-	-

Opmerkingen:

Niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.

De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.

Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines I.V. vóór de euthanasie toegepast; soms ging de spierverslapper gepaard met kaliumchloride.

Wanneer op basis van een wilsverklaring euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn was en niets vermeld is over de voorziene datum van overlijden, is men er bij deze statistieken van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.

De percentages zijn afgerond tot op de eenheden, waardoor het totaal aantal soms licht afwijkt van 100.

ALGEMEEN OVERZICHT 2008-2009

Aantal aangiften

	2008	2009	Totaal	%
totaal	704	822	1526	-
Nederl./ Franstalige	578/126	656/166	1234/292	80/20

Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	2008	2009	Totaal	%
verzoek	690	800	1490	97
wilsverklaring	14	22	36	3

Geslacht van de patiënten

	2008	2009	Totaal	%
man	368	406	774	51
vrouw	336	416	752	49

Leeftijd van de patiënten

	2008	2009	Totaal	%
<20	-	-	-	-
20-39	17	13	30	2
40-59	143	185	328	21
60-79	370	420	790	52
>of = 80	174	204	378	25

Plaats van overlijden

	2008	2009	Totaal	%
ziekenhuis	331	359	690	45
thuis	303	375	678	44
rust- en verzorgingstehuis	55	61	116	8
andere	15	27	42	3

Te verwachten termijn voor overlijden

	2008	2009	Totaal	%
binnen afzienbare termijn	655	755	1410	92
niet binnen afzienbare termijn	49	67	116	8

Diagnose

	2008	2009	Totaal	%
kankers	564	641	1205	79
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	43	53	96	6
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	8	5	13	1
niet-maligne longaandoeningen	18	29	47	3
cardiovasculaire aandoeningen	22	32	54	4
nieraandoeningen	3	5	8	1
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	4	2	6	-
aids	0	0	0	-
neuropsychiatrische aandoeningen	13	21	34	2
verschillende aandoeningen	12	18	30	2
andere	17	16	33	2

1e consulent

	2008	2009	Totaal	%
palliatief arts	71	85	156	10
huisarts	326	420	746	49
specialist	307	315	622	41
niet gepreciseerd	-	2	2	-

2e consulent (niet binnen afzienbare termijn)

	2008	2009	Totaal	%
psychiater	38	41	79	68
specialist	11	26	37	32

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	2008	2009	Totaal	%
	308	322	630	-

Geraadpleegde palliatieve teams (de verplicht geraadpleegde arts is hier niet in opgenomen)

	2008	2009	Totaal	%
	270	343	613	-

Opgegeven fysiek lijden

	2008	2009	Totaal	%
totaal	688	790	1478	-

(cachexie, pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, hemorragieën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.)

Opgegeven psychisch lijden

	2008	2009	Totaal	%
totaal	606	673	1279	-

(afhankelijkheid, wanhoop, verlies van waardigheid, enz.)

Opm.: *vaak worden verschillende soorten van fysiek en psychisch lijden samen vermeld*

Gebruikte techniek en middelen

	2008	2009	Totaal	%
enkel barbituraat p.o.	6	6	12	2
id. + spierverslapper	1	1	2	<1
enkel pentothal of gelijkaardig middel I.V.	260	283	543	36
id. + spierverslapper	431	522	953	62
morfine al dan niet met sedativa	4	8	12	2
andere of onduidelijk	2	2	4	<1

p.o. = per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn

	2008	2009	Totaal	%
kankers	8	4	12	10
evolutieve neuromusculaire aandoeningen	8	14	22	19
niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen	5	5	10	-
niet-maligne longaandoeningen	0	1	1	-
cardiovasculaire aandoeningen	4	9	13	-
nieraandoeningen	0	1	1	-
niet-maligne spijsverterings aandoeningen	0	0	0	-
aids	0	0	0	-
neuropsychiatrische aandoeningen	13	15	28	24
verschillende aandoeningen	7	7	14	12
andere	4	11	15	12

Beslissingen van de commissie

	2008	2009	Totaal	%
aanvaarding zonder meer	585	707	1292	85
opening van deel I voor opmerking(en)	33	28	61	4
opening van deel I voor preciseringen	86	87	173	11
overdracht aan Justitie	0	0	0	-

Opmerkingen:

Niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.

De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.

Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines I.V. vóór de euthanasie toegepast; soms ging de spierverslapper gepaard met kaliumchloride.

Soms is de hoedanigheid van de eerste verplicht geraadpleegde arts niet duidelijk: in dit geval, wanneer bij de "Leif-artsen" of "EOL" niet specifiek "palliatief arts" vermeld stond, zijn deze artsen bij de huisartsen gerekend, ook al hebben zij een opleiding in de palliatieve zorg genoten. De ziekenhuisartsen in opleiding zijn als specialisten beschouwd.

Wanneer op basis van een wilsverklaring euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt die niet meer bij bewustzijn was en niets vermeld is over de voorziene datum van overlijden, is men er bij deze statistieken van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.

De percentages zijn afgerond tot op de eenheden, waardoor het totaal aantal soms licht afwijkt van 100.

DEEL 2

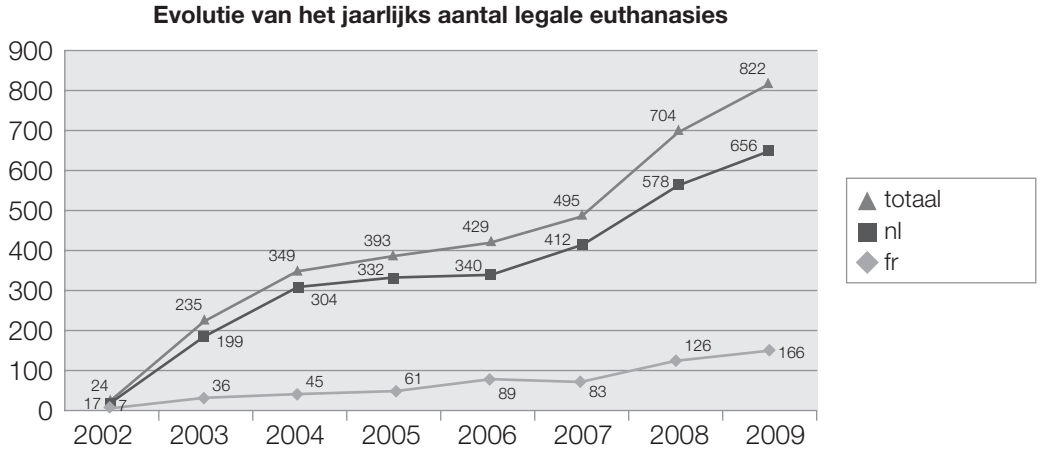
BESCHRIJVING EN EVALUATIE VAN DE TOEPASSING VAN DE WET

WERKING VAN DE COMMISSIE

De werking van de commissie is reeds beschreven in de drie vorige verslagen aan de Wetgevende Kamers. Gedurende de periode waarop dit huidige verslag betrekking heeft, is de werkwijze van de commissie onveranderd gebleven. De commissie vergadert maandelijks, met uitzondering van één maand tijdens de zomervakantie. Zowel de effectieve leden als de plaatsvervangende leden (bij afwezigheid van het effectief lid dat ze vervangen) namen deel aan de debatten. Alle leden hebben steeds de werkdocumenten ontvangen en werden uitgenodigd voor de vergaderingen.
De kwaliteit van de registratiedocumenten is duidelijk verbeterd: de vermelde inlichtingen waren completer en er waren minder frequent fouten of tekortkomingen, dit laat toe de documenten te analyseren zonder bijkomende vergaderingen, en dit ondanks de stijging van het aantal documenten.
Gedurende de twee jaren waarop dit verslag betrekking heeft, moest bij 15% van de gevallen deel I van de registratiedocumenten worden geopend. Voor de jaren 2006 en 2007 was dit 20 % (derde verslag van de commissie). De informatiebrochure bestemd voor de artsen preciseert bepaalde punten van de wet die blijkbaar niet altijd goed werden begrepen. Deze brochure werd systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd wanneer deel I van het registratiedocument moest worden geopend.

AANTAL AANGIFTEN

Tijdens de 24 maanden waarop dit verslag betrekking heeft, heeft de commissie 1526 registratiedocumenten ontvangen, wat overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van 763 en een maandelijks gemiddelde van 63 aangiften. In 2008 ontving de commissie 704 registratiedocumenten, in 2009, 822. De evolutie van het aantal aangiften per jaar, sinds de inwerkingtreding van de wet wordt hieronder weergegeven.



Na een belangrijke toename van het aantal euthanasieaangiften in 2003 en 2004 bleef het aantal aangiften jaarlijks toenemen. De mate waarin het aantal aangiften toenam, varieerde van jaar tot jaar.

Aantal overlijdens op basis van euthanasiegevallen ten opzichte van totaal aantal overlijdens
Het aantal overlijdens op basis van de registratiedocumenten tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, komt overeen met een gemiddelde van 0,7% van alle overlijdens in ons land

Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld

Net zoals in de vorige verslagen wijst de commissie op de wanverhouding tussen het aantal registratiedocumenten opgesteld in het Nederlands en het aantal ingevuld in het Frans (respectievelijk 1234 en 292, of 80% en 20% van het totaal aantal aangiften). Verschillende redenen die deze wanverhouding zouden kunnen verklaren, werden in het eerste verslag aangehaald.

Aantal aangegeven gevallen van euthanasie ten opzichte van het aantal werkelijk uitgevoerde gevallen

Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen kan de commissie onmogelijk inschatten welke de verhouding is tussen het aantal aangegeven gevallen van euthanasie en het aantal werkelijk uitgevoerde gevallen. Niettemin, zoals vermeld in de vorige verslagen, werd er in Vlaanderen een epidemiologische enquête uitgevoerd nog vóór de inwerkingtreding van de wet, waaruit bleek dat het aantal clandestiene euthanasiegevallen 0,3% bedroeg van het totale aantal sterfgevallen[1]. Het aantal legaal uitgevoerde euthanasiegevallen (0,7% van de overlijdens) is lichtjes hoger dan het aantal clandestiene euthanasiegevallen die uitgevoerd werden nog vóór de inwerkingtreding van de wet, wat laat vermoeden dat het aantal clandestiene euthanasiegevallen op dit ogenblik slechts zeer gering is. Zoals de voorgaande rapporten reeds benadrukken kan men stellen dat medische beslissingen in de laatste levensfase (toediening van verhoogde dosissen morfine, sedatie) soms dubbelzinnige situaties kunnen creëren: dit verklaart waarom het aantal aangegeven euthanasiegevallen desgevallend kan verschillen van het aantal medische handelingen in de laatste levensfase die het overlijden kunnen bespoedigen maar door artsen niet beschouwd worden als euthanasie (zie verder in dit verslag een toelichting over de wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd).

DE AANDOENINGEN DIE AAN DE BASIS LAGEN VAN EUTHANASIE

Alle aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie waren op het ogenblik van de euthanasie, overeenkomstig de wettelijke vereisten, ongeneeslijk en ernstig. In de meeste gevallen (1205 of 79%) ging het om kankers, (deze term omvat alle kwaadaardige aandoeningen (kwaadaardige grote tumors, leukemieën, myelomen, enz.). De meesten van deze patiënten hadden meerdere behandelingen gekregen van curatieve en/of palliatieve aard. De tweede meest voorkomende diagnose die aanleiding heeft gegeven tot euthanasie is die van dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoening (96 of 6% van de euthanasiegevallen). Andere diagnoses waren slechts zelden of in uitzonderlijke gevallen aanleiding tot euthanasie. Deze gegevens stemmen overeen met die van de vorige verslagen. Bij bepaalde patiënten was de ernst van de pathologische toestand en het lijden niet het gevolg van één enkele ziekte maar wel van de combinatie van verschillende ongeneeslijke ziekten. Deze gevallen werden ondergebracht in de rubriek “verschillende aandoeningen”. Bij een aantal zeldzame gevallen van patiënten van erg gevorderde leeftijd die door verschillende aandoeningen getroffen waren, waren sommige leden van de commissie van oordeel dat het lijden en het verzoek tot euthanasie samenhingen met de natuurlijke gevolgen van de leeftijd van deze patiënten, en niet met hun aandoeningen. In die gevallen werd er beslist bij stemming. In sommige gevallen was er sprake van een weigering van behandeling: hierover werd een discussie gevoerd in de Commissie. Men kwam tot een consensus: de patiënt behoudt de mogelijkheid tot euthanasie op voorwaarde dat de weigering betrekking heeft op een niet curatieve behandeling van de aandoening. Als het een palliatieve behandeling betreft heeft de patiënt ook het recht deze te weigeren als deze behandeling bijwerkingen veroorzaakt of de behandeling ondraaglijk is voor de patiënt. De Commissie verduidelijkt dit tevens in de Brochure voor de artsen die als Bijlage 4 bij dit Verslag is gevoegd.

[1] L. Deliens an Al.: end-of-life decisions in medical practis in Flanders, Belgium: a nationwide survey. Lancet 2000;356;1806-11

DE LEEFTIJD VAN DE PATIËNTEN

In 73% van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 25% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.
Zoals reeds in de vorige verslagen van de commissie is vastgesteld, bevestigen deze gegevens dat een gevorderde leeftijd op zich geen factor is die lijkt aan te zetten tot het uitvoeren van euthanasie.

EUTHANASIE OP GROND VAN VOORAFGAANDE WILSVERKLARING

36 keer werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren, op basis van een wilsverklaring. Dit aantal blijft beperkt hoewel het enigszins hoger is dan het 3e verslag.
Ondanks het beperkte toepassingsgebied van de wilsverklaring en het feit dat deze verklaring nog niet vaak gebruikt wordt, tonen deze gevallen aan hoe belangrijk de wilsverklaringen zijn voor het nemen van medische beslissingen in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Meerdere leden van de commissie betreurden het feit dat het ingewikkeld is om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan complex zijn, hetgeen het gebruik ervan beperkt.

DE PLAATS WAAR DE EUTHANASIE WERD UITGEVOERD

Zoals reeds aangegeven in de vorige verslagen van de commissie, werd de euthanasie in veel gevallen (52%) thuis of in rust-en verzorgingstehuizen uitgevoerd; dit beantwoordt aan de veelvuldig uitgedrukte wens om zijn leven thuis te beëindigen. Dit percentage ligt duidelijk hoger dan het percentage uit het vorige verslag. (49% in 2006 - 2007). Het verhoudingsgewijs kleine aantal euthanasiegevallen uitgevoerd in rust- en verzorgingstehuizen wordt zoals in de vorige verslagen bevestigd, hoewel er een toename is. (8% tegenover 4% in het vorige rapport). Sommige artsen vermelden in hun registratiedocument dat zij nog steeds de nodige producten niet altijd zonder problemen kunnen verkrijgen in de openbare apotheken, deze opmerking is minder frequent dan vroeger.

TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

In 92% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die binnen afzienbare termijn zouden zijn overleden. De overgrote meerderheid had een uitgezaaide of zwaar verminkende kanker. Deze gegevens stemmen overeen met de bevindingen van de vorige verslagen van de commissie.
Van de 8% van de gevallen waarbij euthanasie werd toegepast op patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden zijn overleden (116 gevallen) hadden de meeste betrekking op neurologische aandoeningen. Er werd slechts 12 maal euthanasie uitgevoerd bij een kankerpatiënt die volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden. In de vorige verslagen zijn gelijkaardige bevindingen gerapporteerd.

Er dient te worden aan herinnerd dat de beoordeling van de te verwachten termijn voor overlijden verduidelijkt is in de informatiebrochure voor de artsen die als bijlage 4 bij dit verslag is gevoegd.

DE AARD VAN HET LIJDEN

Bij de meeste patiënten werden verschillende soorten van lijden, zowel fysiek als psychisch, tegelijkertijd vastgesteld. De vaakst voorkomende soorten van lijden, die steeds omschreven werden als ondraaglijk, aanhoudend en niet te leningen, worden opgesomd in de statistische tabellen van deel 1.

Er dient te worden aan herinnerd dat er toelichting is verstrekt bij de beoordeling van het ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden in de informatiebrochure voor de artsen die als bijlage bij dit verslag is gevoegd. Bovendien hebben bepaalde gevallen die werden onderzocht door de commissie aangetoond dat bij de inschatting van het ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden rekening moet worden gehouden met de leeftijd van de patiënt.

Zoals reeds in het vorige verslag werd gemeld, dient tenslotte herhaald te worden dat er binnen de commissie verschillende meningen werden uitgewisseld over de grenzen van het begrip “psychisch lijden”.

Enkele leden meenden dat lijden wegens het vooruitzicht van een dramatische afloop in de toekomst, “hic et nunc” niet mag worden beschouwd als een ondraaglijk niet te lenigen psychisch lijden, zoals bedoeld in de wet betreffende de euthanasie. Dit standpunt werd echter niet gedeeld door de meerderheid van de commissie.

Alle leden waren het er echter over eens dat betreffende het niet te lenigen karakter van het lijden, er grondig overleg dient te zijn tussen de arts en de patiënt.

DE WIJZE WAAROP DE EUTHANASIE UITGEVOERD WERD EN DE GEBRUIKTE MIDDELEN

Dit verslag bevestigt de gegevens gepubliceerd in het vorige verslag. In de overgrote meerderheid van de gevallen (98%) werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door intraveneuze inspuiting of door infuus van 1 tot 3 gr thiopental (Pentothal) of gelijkaardige middelen, en, behalve wanneer de patiënt spontaan na enkele minuten overleed[2], vervolgens door intraveneuze inspuiting van een spierverslapper (Norcuron 20 mgr, Tracrium 50 mgr, enz.) die leidt tot het overlijden door ademhalingsstilstand. Vaak was er in de aangifte sprake van een rustig en snel overlijden binnen enkele minuten door de toepassing van deze techniek. In enkele gevallen heeft de arts de patiënt tevens een inspuiting gegeven met kaliumchloride.

Morfine, al dan niet in combinatie met kalmerende middelen, werd slechts zelden gebruikt (in 12 gevallen, d.w.z. bij minder dan 1% van de euthanasiegevallen). Dit strookt met de gegevens in de literatuur: morfine wordt afgeraden als euthanaticum wegens de niet-constante en trage werking en de bijwerkingen ervan. Aangezien patiënten in hun allerlaatste levensfase vaak grote dosissen morfine toegediend krijgen die het overlijden kunnen bespoedigen, kan men ervan uitgaan dat de arts deze handelwijze beschouwde als een behandeling van het lijden en niet als euthanasie, zodat daar over het algemeen geen aangifte van is gedaan. De informatiebrochure die de commissie heeft opgesteld en die als bijlage bij dit verslag is gevoegd, gaat hier verder op in.

Bij 14 gevallen (minder dan 1% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van barbituraat. In 12 van deze gevallen is de patiënt snel overleden zonder andere ingreep. In 2 gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt buiten bewustzijn was gebracht.

De term “hulp bij zelfdoding” is van toepassing wanneer de patiënt snel is overleden na opname van het barbituraat en hij nadien dus geen inspuiting heeft gekregen met een spierverslapper.

Dit punt is verduidelijkt in de vorige verslagen en in de informatiebrochure bestemd voor het medische korps dat als bijlage bij dit verslag is gevoegd. Deze toelichting is in overeenstemming met het standpunt van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren.[3]

[2] Deze mogelijkheid wordt vaak vermeld wanneer de patiënt buiten bewustzijn werd gebracht via inspuiting van thiopental.

[3] Advies van 22/03/2003 betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde, Tijdschrift van de Nationale Raad nr. 100, p. 5.

Bijkomende opmerkingen van sommige artsen

Zoals ook opgemerkt in de vorige verslagen stond in verschillende aangiften dat de patiënt na enkele minuten rustig was overleden, in een serene sfeer en in aanwezigheid van naaste familieleden, en dat zowel de patiënt, in zijn laatste ogenblikken, als zijn familieleden hun dank aan de arts hadden betuigd.

DE GERAADPLEEGDE ARTSEN

Verplicht geraadpleegde artsen

Er werden geen wetsovertredingen vastgesteld. Het punt over de hoedanigheid van de geraadpleegde arts is opgenomen in de informatiebrochure voor het medisch korps die als bijlage bij dit verslag is gevoegd.
Wanneer de patiënt volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden, was de tweede verplichte consulent in 68% van de gevallen een psychiater en was dit in 32% van de gevallen een specialist inzake de betreffende aandoening.

Wettelijk niet verplichte consultaties

Zoals vermeld in het vorige verslag, stelt de commissie vast dat de artsen naast de wettelijk verplichte consultaties vaak ook nog andere specialisten hebben geraadpleegd (630 artsen en 613 palliatieve teams).
Voor de commissie wijst dit op de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiften hebben ingediend.
Zoals vermeld in het vorige verslag zijn sommige leden nochtans van mening dat erover gewaakt moet worden dat bijkomende medische raadplegingen er niet toe leiden dat in de praktijk voorwaarden tot stand komen die wettelijk niet vereist zijn, zulks ten koste van het respect voor de wil van de patiënt.

HET ADVIES VAN DE GERAADPLEEGDE ARTS

Zoals vermeld werd in de vorige verslagen van de commissie, vond de commissie het advies van deze arts(en), zoals het op de aangifte was verwoord, soms niet duidelijk genoeg en moest deel 1 van het document worden geopend zodat men de arts om verduidelijking kon vragen teneinde zich ervan te vergewissen dat deze taak overeenkomstig de wet vervuld was. In de informatiebrochure voor de artsen (zie bijlage) wordt nog eens aan deze taak herinnerd. Ook de wijze waarop de commissie het begrip “onafhankelijkheid” van de geraadpleegde arts interpreteert, wordt in de informatiebrochure verduidelijkt.

DE PROCEDURE GEVOLGD DOOR DE ARTS

Over het algemeen hebben de artsen de procedure waaraan in punt 8 van het registratiedocument wordt herinnerd, steeds correct en overeenkomstig de wet nageleefd.

Wat nog tot verwarring en interpretatiefouten leidt, zoals ook in de vorige verslagen vermeld werd, is het verschil tussen een «schriftelijk verzoek» en een «wilsverklaring». Wanneer het schriftelijk verzoek enkele dagen of weken vóór de euthanasie werd opgesteld, heeft de arts het schriftelijk verzoek soms als wilsverklaring beschouwd, waardoor het registratiedocument niet correct was ingevuld. De verwarring werd in deze gevallen gemakkelijk opgelost: aan de artsen die het registratiedocument hadden opgesteld, werd gevraagd de nodige correcties aan te brengen, zonder daarbij de geldigheid van het document aan te tasten.
In andere gevallen gebeurde het dat de arts het schriftelijk verzoek overbodig vond wanneer een patiënt bij bewustzijn onlangs een wilsverklaring had opgesteld volgens de wettelijke vereisten. In dat geval moest de commissie de arts om bijkomende informatie vragen om zich ervan te vergewissen dat het verzoek vrijwillig en herhaald was.
Dit punt is verduidelijkt in de informatiebrochure voor de artsen om dergelijke verwarring in de toekomst te vermijden.

DE BESLISSINGEN VAN DE COMMISSIE

85% van de aangiften werden onmiddellijk aanvaard. In 15% van de dossiers besloot de commissie om de anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen.
In 4% van de aangiften werd deel I enkel geopend omdat de commissie de arts, voornamelijk ter informatie, wilde wijzen op een aantal onvolmaaktheden in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de gevolgde procedures. In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts niet te antwoorden.
In 11% van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of kleine onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.
De commissie heeft haar informatiebrochure voor de artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.
Geen enkele aangifte bevatte elementen op basis waarvan kon worden getwijfeld aan de naleving van de principiële voorwaarden van de wet. Geen enkel dossier werd dan ook aan het gerecht overgemaakt.

DEEL 3

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE INZAKE DE UITVOERING VAN DE WET

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE

Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie

Zoals reeds benadrukt in haar vorige verslagen is de commissie van oordeel dat met het oog op een wettelijk correcte toepassing van euthanasie zowel de burger als de arts op degelijke wijze dienen te worden geïnformeerd. De informatiebrochure opgesteld voor het medische korps werd systematisch toegezonden aan de artsen telkens wanneer deel I van een registratieformulier moest worden geopend om een aantal opmerkingen te kunnen formuleren of om bijkomende inlichtingen te kunnen opvragen. Verder is ze ook beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid **(www.health.fgov.be/euthanasie)**, waar het registratiedocument te vinden is.

Net zoals in haar eerste verslag pleit de commissie ook nu nog voor een informatiebrochure bestemd voor het publiek. Naast de nodige verduidelijkingen voor het publiek met betrekking tot het toepassingsveld van de wet, zou dit document de aandacht moeten vestigen op het belang van de wilsverklaring in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar het bewustzijn heeft verloren en het bijzonder moeilijk is om medische beslissingen te nemen.

Dit punt sluit aan bij de mening van sommige commissieleden over het feit dat het ingewikkeld is om een wilsverklaring op te stellen en te hernieuwen (Cfr. bovenvermelde opmerkingen).

Met betrekking tot de beschikbaarheid van de middelen die men nodig heeft om euthanasie thuis bij de patiënt uit te voeren

Dit punt is behandeld in de paragraaf over de plaats waar de euthanasie is uitgevoerd.

Met betrekking tot de opleiding van de artsen

De commissie herinnert eraan dat het curriculum van de studierichting geneeskunde een programma zou moeten bevatten dat de toekomstige artsen voorbereidt op de problemen waarmee zij geconfronteerd worden bij patiënten in hun laatste levensfase, en dus ook op het verlenen van palliatieve zorg en het correct toepassen van euthanasie. Ook de verschillende postuniversitaire opleidingen en bijscholingsactiviteiten zouden aangemoedigd moeten worden om een dergelijke opleiding in hun programma op te nemen.

Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

De commissie bevestigt haar vorige standpunten: zij is van mening dat de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen heeft opgeleverd of aanleiding heeft gegeven tot misbruiken waardoor wetgevende initiatieven vereist zouden zijn.

SAMENVATTING EN BESLUIT

SAMENVATTING EN BESLUIT

1. In 2008 en 2009 bedroeg het aantal aangegeven euthanasiegevallen gemiddeld 63 per maand. Zoals tevoren, is de overgrote meerderheid van de aangiften opgesteld in het Nederlands maar het aantal van de in het Frans opgestelde documenten is lichtjes gestegen. De stijging van het aantal euthanasieaangiftes ten opzichte van het aantal van het vorige verslag is matig; dit was voorspelbaar en vindt zijn verklaring in het feit dat de verspreiding van de informatie over de beslissingen in de laatste levensfase bij het publiek en de artsen geleidelijk toeneemt.

2. Alle aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie waren, zoals voorgeschreven door de wet, ongeneeslijk en ernstig, waardoor de patiënt zich in een medisch uitzichtloze situatie bevond. In de overgrote meerderheid van de gevallen ging het om uitgezaaide of zwaar verminkende kankers bij patiënten waarbij verwacht werd dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden, en in mindere mate, om dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoeningen. Andere pathologieën vormden zelden een aanleiding tot euthanasie. Soms was de ernst van de pathologische toestand of het ondraaglijke lijden het gevolg van de combinatie van verschillende ongeneeslijke ziekten. Bij patiënten van gevorderde leeftijd gaf het onderscheid dat gemaakt moet worden tussen het lijden dat veroorzaakt wordt door deze ziekten en het lijden dat eigen is aan de leeftijd, soms aanleiding tot meningsverschillen tussen de meerderheid van de commissie en een aantal van haar leden. Euthanasie in het kader van aandoeningen waaraan de patiënt niet binnen afzienbare termijn zou overlijden komt relatief zelden voor en wordt voornamelijk toegepast bij dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoeningen met tetraplegieën en ernstige en meervoudige verlammingen en uitzonderlijk bij ernstige neurologische gevolgen van een pathologische aandoening of een ongeval.

3. Het ondraaglijk lijden dat niet gelenigd kan worden is vaak meervoudig en verhinderd over het algemeen zowel het fysieke als psychische welzijn. Zoals boven vermeld tekenden enkele leden voorbehoud aan bij de interpretatie door de commissie van de notie “ondraaglijk niet te lenigen psychisch lijden” in enkele aangiften.

4. Meestal werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten van middelbare leeftijd. Onder de 40 en boven de 80 jaar komt euthanasie niet vaak voor.

5. In 44% van de gevallen wordt de euthanasie bij de patiënt thuis uitgevoerd, in 8% van de gevallen in rust- en verzorgingstehuizen. Het aantal van de op de woonplaats uitgevoerde euthanasie ligt dus hoger dan in het vorige rapport.

6. In 36 gevallen werd euthanasie uitgevoerd op basis van een wilsverklaring bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren. Dit aantal blijft laag door het beperkte toepassingsgebied van deze verklaring, die immers enkel gebruikt mag worden voor patiënten die onomkeerbaar buiten bewustzijn zijn. Meerdere leden van de Commissie zijn van mening dat de procedures voor het opstellen, hernieuwen en registreren van een wilsverklaring onnodig zwaar zijn en dat ze vereenvoudigd zouden moeten worden.

7. In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt euthanasie correct toegepast en wordt de patiënt, overeenkomstig de gegevens van het vakliteratuur, eerst buiten bewustzijn gebracht. In de gevallen waarbij de arts een bijkomende inlichting geeft, wordt dikwijls vermeld dat de patiënt rustig

en na enkele minuten is overleden, vaak in het bijzijn van naaste familieleden.

8. Uit geen enkele aangifte is gebleken dat niet voldaan was aan de principiële voorwaarden van de wet. De zeldzame interpretatieproblemen, die enkel betrekking hadden op procedurele aspecten, konden zonder noemenswaardige problemen worden opgelost.

9. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden vele artsen en palliatieve teams vrijwillig geraadpleegd, hetgeen bevestigt dat de beslissingen op een ernstige manier zijn genomen. Sommige leden zijn nochtans van mening dat erover gewaakt moet worden dat bijkomende medische raadplegingen er niet toe leiden dat in de praktijk voorwaarden worden tot stand gebracht waarin de wet niet voorziet, zulks ten koste van het respect voor de wil van de patiënt

10. De commissie heeft geen elementen gevonden die nieuwe wetgevende initiatieven zouden rechtvaardigen.
De leden van de commissie wensen nadrukkelijk hun waardering te betuigen voor de houding van de artsen, die door het invullen van het registratiedocument lieten blijken dat zij, met respect voor de wil van de patiënt, de wet wensten na te leven.
Zij benadrukken dat het invullen van dit document trouwens een verplichting is: alleen op deze wijze kan in een rechtsstaat worden nagegaan of een door de wet toegelaten opzettelijke levensbeëindiging werd uitgevoerd overeenkomstig de wettelijke voorwaarden.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

De wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie aanvullend door de wet van 10 november 2005 (zie artikel 3bis)

28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :
Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet wordt onder euthanasie verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een andere dan de betrokkene, op diens verzoek.

HOOFDSTUK II. - Voorwaarden en procedure

Art. 3. § 1. De arts die euthanasie toepast, pleegt geen misdrijf wanneer hij er zich van verzekerd heeft dat:

- de patiënt een meerderjarige of een ontvoogde minderjarige is die handelingsbekwaam en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening; en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

§ 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen:

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevolgen bespreken. Hij moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin deze zich bevindt geen redelijke andere oplossing is en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid;

2° zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek. Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

4° indien er een verplegend team is, dat in regelmatig contact staat met de patiënt, het verzoek van de patiënt bespreken met het team of leden van dat team;

5° indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6° zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te

spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

2° minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

§ 4. Het verzoek van de patiënt moet op schrift zijn gesteld. Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt. Deze persoon maakt melding van het feit dat de patiënt niet in staat is om zijn verzoek op schrift te formuleren en geeft de redenen waarom. In dat geval gebeurt de opschriftstelling in bijzijn van de arts en noteert die persoon de naam van die arts op het document. Dit document dient bij het medisch dossier te worden gevoegd. De patiënt kan te allen tijde het verzoek herroepen, waarna het document uit het medisch dossier wordt gehaald en aan de patiënt wordt teruggegeven.

§ 5. Alle verzoeken geformuleerd door de patiënt, alsook de handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het (de) verslag(en) van de geraadpleegde arts(en), worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

Art. 3bis. De apotheker die een euthanaticum aflevert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet. De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het voorschrift en de aflevering van geneesmiddelen die als euthanaticum worden gebruikt, moeten voldoen.

De Koning neemt de nodige maatregelen om de beschikbaarheid van euthanatica te verzekeren, ook in officina-apotheken die toegankelijk zijn voor het publiek. (Wet van 10 november 2005 tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie).

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring

Art. 4. § 1. Elke handelingsbekwame meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan, voor het geval dat hij zijn wil niet meer kan uiten, schriftelijk in een wilsverklaring zijn wil te kennen geven dat een arts euthanasie toepast indien deze arts er zich van verzekerd heeft :

- dat hij lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is.

In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt.

Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.
De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwensperso(o)n(e)n.
Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkene niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.
Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevoegd als bewijs dat de betrokkene fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.
Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten, is opgesteld of bevestigd.
De wilsverklaring kan op elk moment aangepast of ingetrokken worden.
De Koning bepaalt hoe de wilsverklaring wordt opgesteld, geregistreerd en herbevestigd of ingetrokken en via de diensten van het Rijksregister aan de betrokken artsen wordt meegedeeld.
§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :
- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf:
1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen;
2° indien er een verplegend team is dat in regelmatig contact staat met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;
3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;
4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met

inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK IV. - Aangifte

Art. 5. De arts die euthanasie heeft toegepast, bezorgt binnen vier werkdagen het volledig ingevulde registratiedocument bedoeld in artikel 7 van deze wet aan de in artikel 6 bedoelde federale controle- en evaluatiecommissie.

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie

Art. 6. § 1. Er wordt een Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van deze wet, hierna te noemen «de commissie».

§ 2. De commissie bestaat uit zestien leden. Zij worden aangewezen op basis van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de commissie behoren. Acht leden zijn doctor in de geneeskunde, van wie er minstens vier hoogleraar zijn aan een Belgische universiteit. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten. Het lidmaatschap van de commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van een van de wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de federale regering of van een gemeenschaps- of gewestregering.

De leden van de commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit - waarbij elke taalgroep minstens drie kandidaten van elk geslacht telt - en op grond van pluralistische vertegenwoordiging, bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorgezeten door een Nederlandstalige en een Franstalige voorzitter. Deze voorzitters worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep. De commissie kan slechts geldig beslissen als twee derden van de leden aanwezig zijn.

§ 3. De commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

Art. 7. De commissie stelt een registratiedocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden.

Dit document bestaat uit twee delen. Het eerste deel moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens :

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;

2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

3° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de arts(en) die over het euthanasieverzoek is (zijn) geraadpleegd;

4° de naam, de voornamen, de woonplaats en de hoedanigheid van alle personen die de behandelende arts heeft geraadpleegd, en de data van deze raadplegingen;

5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwensperso(o)n(en).

Dit eerste deel is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan

alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaak.

Het tweede deel is eveneens vertrouwelijk en bevat de volgende gegevens :

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt;

2° de datum, de plaats en het uur van overlijden;

3° de aard van de ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt leed;

4° de aard van de aanhoudende en ondraaglijke pijn;

5° de redenen waarom dit lijden niet gelenigd kon worden;

6° op basis van welke elementen men zich ervan heeft vergewist dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van enige externe druk;

7° of aangenomen kon worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;

8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;

9° de procedure die de arts gevolgd heeft;

10° de hoedanigheid van de geraadpleegde arts of artsen, het advies en de data van die raadplegingen;

11° de hoedanigheid van de personen die door de arts geraadpleegd zijn en de data van die raadplegingen;

12° de wijze waarop de euthanasie is toegepast en de gebruikte middelen.

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratiedocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratiedocument na of de euthanasie is uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in deze wet. In geval van twijfel kan de commissie bij gewone meerderheid besluiten om de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het eerste deel van het registratiedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie opvragen. De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit. Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt. Als bij het opheffen van de anonimiteit blijkt dat er feiten of omstandigheden bestaan waardoor de onafhankelijkheid of de onpartijdigheid van het oordeel van een lid van de commissie in het gedrang komt, zal dit lid zich verschonen of kunnen gewraakt worden bij de behandeling van deze zaak in de commissie.

Art. 9. Ten behoeve van de Wetgevende Kamers stelt de commissie de eerste keer binnen twee jaar na de inwerkingtreding van deze wet en nadien tweejaarlijks:

a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;

b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd

c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk. Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8. De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een

gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

Art. 10. De Koning stelt een administratief kader ter beschikking van de commissie voor het uitvoeren van haar wettelijke opdrachten. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden bij koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voordracht van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 11. De werkingskosten en de personeelskosten van de commissie, alsook de vergoeding van haar leden, komen voor de ene helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en voor de andere helft ten laste van de begroting van de minister bevoegd voor de Justitie.

Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Art. 13. Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Wetgevende Kamers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers ontbonden zijn en/of dat er geen regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.

HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen

Art. 14. Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde. Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen. Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie. Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend. De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

Art. 15. Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten. De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.

Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt. Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met ‘s Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

Met ‘s Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

BIJLAGE 2

Koninklijk besluit van 28 maart 2007 houdende benoeming
van de leden van de federale controle-
en evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing
van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

28 MAART 2007. - Koninklijk besluit houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.
Gelet op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, inzonderheid op artikel 6;
Gelet op het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie;
Gelet op de dubbele lijst van kandidaten, voorgedragen door de Senaat, d.d. 30 november 2006;
Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid en van Onze Minister van Justitie en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,
Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Worden benoemd tot effectieve leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, hierna te noemen «de Commissie»:
1° in de hoedanigheid van doctor in de geneeskunde:
- Distelmans, W. (Nl), Weert-Bornem;
- De Groot, E. (Nl), Boom;
- Englert, M. (Fr), Brussel;
- Mathys, R. (Nl), Antwerpen;
- Van Emelen, M. (Nl), Genk;
- Bron, D. (Fr), Linkebeek;
- Maassen, P. (Fr), Luik;
- Vandeville, J. (Fr), Lasne;

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat:
- Van Neste, F. (Nl), Antwerpen;
- De Bondt, W. (Nl), Gent;
- Lallemand, R. (Fr), Brussel;
- Leleu, Y.-H. (Fr), Luik;

3° als leden afkomstig uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:
- Bauwens, S. (Nl), Meise;
- De Maegd, M. (Nl), Schaarbeek;
- Magnette, G. (Fr), Villance;
- Herremans, J. (Fr), Brussel.

Art. 2. § 1. Worden tot plaatsvervangende leden benoemd van de Commissie:
1° in de hoedanigheid van doctor in de geneeskunde :
- Van Belle, S. (Nl), Galmaarden;
- Van den Eynde, B. (Nl), Mortsel;
- Damas, F. (Fr), Luik;
- Proot, L. (Nl), Oostkamp;

- Claes, P. (Nl), Vilvoorde;
- Thomas, J.-M. (Fr), Brussel;
- Figa, B. (Fr), Brussel;
- Desmedt, M. (Fr), Waterloo;

2° in de hoedanigheid van hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit, of advocaat:

- Keuleneer, F. (Nl), Brussel;
- Magits, M. (Nl), Brussel;
- Panier, Chr. (Fr), Floreffe;
- Genicot, G. (Fr), Boncelles;

3° als leden afkomstig uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:

- Geuens, A. (Nl), Lommel;
- Dijkhoffz, W. (Nl), Antwerpen;
- Laurent, C. (Fr), Villance.

§ 2. Ze worden respectievelijk tot plaatsvervanger benoemd in dezelfde orde van opvolging als bepaald in artikel 1.

Art. 3. Het koninklijk besluit van 2 augustus 2002 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, wordt opgeheven.

Art. 4. Onze Minister van Volksgezondheid en Onze Minister van Justitie zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 28 maart 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,

R. DEMOTTE

De Minister van Justitie,

Mevr. L. ONKELINX

Secretariaat van de commissie:
Zelfbestuursstraat 4 -1070 Brussel
Françoise De Weirt (francoise.deweirt@health.fgov.be)
Evi De Ville (evi.deville@health.fgov.be)
Tel.: 02 525 09 25/21

www.health.fgov.be/euthanasie

BIJLAGE 3

Het registratiedocument goedgekeurd op
17 februari 2004

REGISTRATIEDOCUMENT EUTHANASIE

Formulier bij aangetekend schrijven met ontvangstbewijs te zenden naar de Federale Controle- en Evaluatiecommissie voor de toepassing van de wet betreffende de euthanasie, binnen de vier werkdagen na de euthanasie, op volgend adres :

Federale Controle- en Evaluatiecommissie (FCEEC)
Zelfbestuursstraat 4
1070 Brussel

De verwijzingen naar de wetsartikelen in dit document, hebben betrekking op de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. (Belgisch Staatsblad van 22 juni 2002).

Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie wordt in het registratieformulier een onderscheid gemaakt tussen de euthanasie uitgevoerd op basis van een 'verzoek om euthanasie ' en de euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande 'wilsverklaring'.

Het verzoek om euthanasie betreft de vraag om euthanasie van een zieke patiënt, die zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenigd worden en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art 3).

Daarentegen wordt met een voorafgaande wilsverklaring op voorhand om euthanasie gevraagd, voor het geval men, op een later moment in het leven, niet meer met bewustzijn zou belanden en deze toestand onomkeerbaar zou zijn en men zou lijden aan een ernstige door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening (art. 4).

DEEL I

Persoonlijke informatie met betrekking tot de patiënt(e), de arts, de geraadpleegde artsen en anderen.

Dit deel is strikt vertrouwelijk. Het moet door de arts worden verzegeld en mag slechts bij beslissing van de commissie worden geopend. Het mag in geen geval gebruikt worden voor de evaluatietaak van de commissie ten behoeve van de wetgevende kamers.

1. de patiënt(e)

1.1 naam:

1.2 voornaam:

1.3 woonplaats:

2. de arts

2.1 nam:

2.2 voornaam:

2.3 registratienummer RIZIV:

2.4 woonplaats:

3. artsen waarvan de raadpleging verplicht is:

3.1 een andere arts (in ieder geval, art 3, § 2, 3° en art. 4, § 2,1°):

naam:

voornaam:

woonplaats:

registratienummer RIZIV:

datum van raadpleging:

3.2 indien de arts van oordeel is dat de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, een tweede geraadpleegde arts (art.3, § 3,1°):

naam:

voornaam:

woonplaats:

registratienummer RIZIV:

datum van raadpleging:

4. andere personen (zoals o.m. voorzien in art.3, §2, 4°, 5°,6° en art. 4, § 2, 2°, 3°, 4°)

4.1 naam:

voornaam:

hoedanigheid:

woonplaats:

datum raadpleging:

4.2 naam:

voornaam:

hoedanigheid:

woonplaats:

datum raadpleging:

4.3 naam:

voornaam:

hoedanigheid:

woonplaats:

datum raadpleging:

4.4 naam:

voornaam:

hoedanigheid:

woonplaats:

datum raadpleging:

4.5 naam:

voornaam:

hoedanigheid:

woonplaats:

datum raadpleging:

4.6 Als het gaat om een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring

naam van de eventueel aangeduide 1ste vertrouwenspersoon:

voornaam:

datum raadpleging:

naam van de eventueel aangeduide 2ste vertrouwenspersoon:

voornaam:

datum raadpleging:

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPEL VAN DE ARTS

DEEL II

Voorwaarden en procedure waaronder de euthanasie werd uitgevoerd

Ook dit deel van het document is strikt vertrouwelijk ; het zal dienen om de commissie toe te laten na te gaan of de euthanasie is uitgevoerd volgens de voorwaarden en procedure bepaald in de wet.

Het mag geen naam bevatten (noch van de patiënt, de arts, de instelling, enz.)

1. de patiënt(e) (naam niet vermelden)

plaats en datum van geboorte:

geslacht:

2. het overlijden

datum van overlijden (d,m,j):

uur van overlijden: u

plaats van overlijden (aankruisen)

thuis ❒ ouderenzorgvoorzienin ❒

ziekenhuis ❒ andere ❒

3. aard van de ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening waaraan de patiënt(e)leed (preciese diagnose): (max. 6 regels):

Indien de euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt(e) die niet meer bij bewustzijn was, op basis van een voorafgaande wilsverklaring, de punten 4 tot en met 12 overslaan en onmiddellijk naar punt 13 gaan.

4. aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:

5. redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:

6. elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk:

7. kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?

ja ❒ neen ❒

8. procedure gevolgd door de arts (art. 3) (aankruisen en vervolledigen indien nodig)

❒ het bestaan van een op schrift gesteld verzoek om euthanasie (art.3,§ 4)

datum van het verzoek: .....

❒ opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e)

of

❒ opgesteld, gedateerd en getekend zijn, in bijzijn van een arts, door een meerderjarige derde die gekozen is door de patiënt(e) en geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene

❒ de redenen vermeld waarom de patiënt(e) niet in staat was zijn/haar verzoek op schrift te stellen en te tekenen

❒ de patiënt(e) informeren over zijn/haar gezondheidstoestand en zijn/haar levensverwachtingen (art. 3,§ 2,1°)

❒ overleg met de patiënt(e) over het verzoek tot euthanasie (art. 3, § 2, 1°)

❒ de patiënt(e) informeren over de resterende therapeutische mogelijkheden en gevolgen (art 3, §2, 1°)

❒ de patiënt(e) informeren van palliatieve zorg en consequenties (art.3, §2, 1°)

❒ aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt(e) (art.3, §2, 2°)

❒ herhaald verzoek tot euthanasie (art.3, §2, 2°)

❒ het verzoek om euthanasie met leden van het verplegend team bespreken (art.3, §2, 4°)

❒ het verzoek om euthanasie met naasten aangeduid door de patiënt(e) bespreken (art.3, §2, 5°)

❒ het verzoek om euthanasie met de personen die hij/zij wenste te ontmoeten bespreken (art.3, §2, 6°)

❒ het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten zijn opgetekend in het medisch dossier (art.3, §5)

9. onafhankelijke artsen waarvan de raadpleging verplicht is (identiteit niet vermelden):

9.1 een andere arts (in ieder geval, art 3, §2, 3°)

hoedanigheid arts:

datum van raadpleging voor wat betreft de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en het aanhoudend ondraaglijk en niet te lenigen lijde:

advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag):

9.2 eventueel een tweede arts (in het geval voorzien in art. 3, §3, 1°)

hoedanigheid arts:

datum van raadpleging voor wat betreft het aanhoudend en ondraaglijk en niet te lenigen lijden en het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek:

advies van de op die punten geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag):

10. geraadpleegde andere personen of instanties (identiteit niet vermelden)

10.1 hoedanigheid:

datum raadpleging:

10.2 hoedanigheid:

datum raadpleging:

10.3 hoedanigheid:

datum raadpleging:

10.4 hoedanigheid:

datum raadpleging:

10.5 hoedanigheid:

datum raadpleging:

11. de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast:

12. bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken:

De punten 13 tot en met 19 hieronder betreffen een euthanasie uitgevoerd bij een patiënt(e) die niet meer bij bewustzijn was, op basis van een voorafgaande wilsverklaring

13. ❒ Het bestaan van een behoorlijk opgemaakte voorafgaande wilsverklaring volgens het model vastgesteld bij K.B. van 2 april 2003:

Aanstippen en vervolledigen: .....

datum van deze verklaring ❒

opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt(e) opgesteld, gedateerd en getekend, indien de patiënt(e) fysiek daartoe niet in staat was, door een meerderjarige derde die geen materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkene ❒

de redenen van die onmogelijkheid worden opgegeven ❒

een medisch attest dat die onmogelijkheid vaststelt is toegevoegd ❒

één of meerdere vertrouwenspersonen werden aangeduid ❒

❒ het verloop van de gevolgde procedure en de geschreven documenten zijn opgetekend in het medisch dossier (art. 4, § 2, 4°)

14. de bewusteloze toestand van de patiënt(e) was onomkeerbaar ❒

15. ❒ onafhankelijk geraadpleegde arts (art.4, § 2, 1°):

hoedanigheid van de arts:

datum van de raadpleging:

advies van de arts betreffende de onomkeerbare medische toestand van de patiënt(e):

16. ❒ onderhoud met de eventueel in de voorafgaande wilsverklaring aangeduide vertrouwens-perso(o)n(en) (art .4, § 2, 3°)

❒ onderhoud met het verzorgend team (art. 4, § 2, 2°)

❒ onderhoud met de naasten van de patiënt(e), aangeduid door de vertrouwenspersoon (art.4, §2, 4°)

17. andere geraadpleegde personen of instanties (naam niet vermelden):

17.1 hoedanigheid:

datum raadpleging:

17.2 hoedanigheid:

datum raadpleging:

17.3 hoedanigheid:

datum raadpleging:

17.4 hoedanigheid:

datum raadpleging:

18. de wijze waarop en de middelen waarmee de euthanasie werd toegepast:

19. bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken:

BIJLAGE 4

Informatiebrochure voor de artsen

EEN WOORDJE TER INLEIDING

In het eerste tweejaarlijkse verslag van de commissie wordt gewezen op een aantal problemen waar artsen mee kampen bij de interpretatie van sommige wettelijke bepalingen.
De commissie is van oordeel dat de debatten en besprekingen die zij hierover heeft gehouden nuttig zouden kunnen zijn bij het oplossen van die problemen. Via deze brochure wil zij de artsen meer duidelijkheid verschaffen hieromtrent.

1. EUTHANASIE OP VERZOEK VAN DE PATIËNT VS. EUTHANASIE OP BASIS VAN EEN VOORAFGAANDE WILSVERKLARING

Gewoonlijk wordt euthanasie uitgevoerd naar aanleiding van **een verzoek tot euthanasie**. Dit is een verzoek geuit door een handelingsbekwame patiënt die bij bewustzijn is en zich in een medische toestand bevindt die voldoet aan de wettelijke voorwaarden om euthanasie uit te voeren. Het verzoek dient bevestigd te worden in een schriftelijk document dat door de patiënt opgesteld, ondertekend en gedateerd is. Indien de patiënt daar fysiek niet toe in staat is (bijvoorbeeld door verlamming) mag het verzoek, in het bijzijn van de arts, op schrift worden gesteld door een derde die gekozen is door de patiënt. De reden waarom de patiënt niet in staat is om zelf zijn verzoek op schrift te stellen wordt in het document vermeld. Het verzoek blijft geldig gedurende de hele tijdsspanne die nodig is voor het uitvoeren van de euthanasie, zelfs indien de patiënt, nadat hij zijn verzoek tot euthanasie heeft geuit, beland is in een toestand van bewusteloosheid.
De punten 1 tot 12 van deel II van het registratiedocument hebben betrekking op dit type euthanasie.

In een aantal gevallen wordt **euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring**. In dat geval gaat het om euthanasie bij een patiënt die vooraf (minder dan 5 jaar vóór het moment waarop betrokkene zijn wil niet meer kan uiten) een wilsverklaring heeft opgesteld volgens het model door de wet vereist (twee verplichte getuigen, eventuele aanduiding van een vertrouwenspersoon, enz.), waarin hij te kennen geeft dat hij wenst dat er euthanasie wordt toegepast in het geval hij, op een later moment in het leven, aan een ernstige door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening zou lijden en in een toestand van bewusteloosheid zou belanden. Er kan enkel rekening worden gehouden met deze voorafgaande wilsverklaring wanneer de patiënt niet meer bij bewustzijn is en deze toestand bovendien onomkeerbaar is.
In dat geval dienen punten 1 tot 3 en punten 13 tot 19 van deel II van het registratie-document te worden ingevuld.

2. INTERPRETATIE VAN DE UITDRUKKING "BINNEN AFZIENBARE TERMIJN OVERLIJDEN" (PUNT 7 VAN DEEL II VAN HET REGISTRATIEDOCUMENT)

De commissie is van oordeel dat de patiënt "niet binnen afzienbare termijn" zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen de specifieke procedure moet worden gevolgd

(twee consulenten van wie één psychiater of één specialist in de aandoening in kwestie; een maand wachttijd na de datum van het schriftelijk verzoek). Wanneer verwacht wordt dat de patiënt binnen de komende dagen, weken of maanden zal overlijden, kan men spreken van een overlijden "binnen afzienbare termijn". Uit de besprekingen binnen de commissie omtrent de inschatting van de datum van overlijden door de arts, is gebleken dat, buiten de evidente gevallen, de behandelende arts de enige is die in staat is te beoordelen of de patiënt al dan niet binnen afzienbare termijn zal overlijden.

3. INTERPRETATIE VAN DE UITDRUKKING "ONDRAAGLIJK LIJDEN DAT NIET GELENIGD KAN WORDEN"

De commissie is van mening dat bepaalde objectieve factoren weliswaar kunnen wijzen op ondraaglijk lijden, maar dat dit grotendeels subjectief is en afhangt van de persoonlijkheid, de opvattingen en de waarden van de patiënt. Wat betreft de vraag of het lijden al dan niet gelenigd kan worden, moet men rekening houden met het recht van de patiënt om een pijnbehandeling of zelfs palliatieve zorg te weigeren, bv. wanneer deze behandeling bijwerkingen of toepassingswijzen zou inhouden die hij als ondraaglijk beschouwt. Niettemin is de commissie van oordeel dat in dergelijke gevallen de arts en de patiënt uitgebreid overleg dienen te plegen.

4. DE TAAK VAN DE CONSULENT(EN)

De taak van de arts(en) die de behandelende arts verplicht moet raadplegen alvorens tot euthanasie over te gaan, is duidelijk omschreven in de wet. Hij hoeft (zij hoeven) geen uitspraken te doen omtrent zijn (hun) principieel standpunt inzake euthanasie.

De eerste verplichte consulent heeft tot taak om zich ervan te vergewissen dat

a) de aandoening ongeneeslijk en ernstig is

b) en dat het (fysiek of psychisch) lijden aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen is.

Hij neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en stelt een verslag op van zijn bevindingen.

Het punt 9.1 van het registratiedocument heeft betrekking op het advies van de geraadpleegde arts over de punten a/ en b/ in zijn verslag.

In de gevallen waarbij niet verwacht wordt dat de patiënt binnen afzienbare termijn zal overlijden, heeft de tweede consulent tot taak om zich ervan te vergewissen dat

a) het (fysiek of psychisch) lijden aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen is

b) en dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is.

Hij neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en stelt een verslag op van zijn bevindingen.

Het punt 9.2 van het registratiedocument heeft betrekking op het advies van de geraadpleegde arts over de punten a/ en b/ in zijn verslag.

Opmerking: in het geval van een euthanasie uitgevoerd op basis van een voorafgaande wilsverklaring bestaat de taak van de consulent er hoofdzakelijk in zich te vergewissen naar de onomkeerbaarheid van de medische toestand.

5. DE "ONAFHANKELIJKHEID" VAN DE CONSULENT TEN OPZICHTE VAN DE PATIËNT EN DE BEHANDELENDE ARTS

De commissie is van oordeel dat de "onafhankelijkheid" van de consulent betekent dat er tussen de consulent enerzijds en de patiënt of arts anderzijds geen band van familiale of van hiërarchisch ondergeschikte aard bestaat en dat de patiënt niet geregeld in behandeling mag zijn bij de consulent.

6. DE VERPLICHTE CONSULENT MOET "BEVOEGD ZIJN OM OVER DE AANDOENING IN KWESTIE TE OORDELEN"

De commissie heeft zich over het begrip "bevoegdheid" gebogen omdat sommige leden soms twijfels hadden over de bevoegdheid van een huisarts of bepaalde specialisten ter zake. De commissie is van oordeel dat een huisarts de nodige bevoegdheid heeft om de taak beschreven in de wet te vervullen *(zie punt 4)*.
Wat de eventueel geraadpleegde specialisten betreft, heeft de commissie deze bevoegdheid geval per geval bekeken. Ze heeft telkens beslist dat de betrokken arts over de nodige bevoegdheid beschikte om via zijn onderzoek, het dossier en de ondervraging van de patiënt, zich er van te vergewissen dat de aandoening ongeneeslijk en ernstig was en dat het lijden aanhoudend, ondraaglijk en niet te lenigen was, hetgeen volgens de wet de taak is van de geraadpleegde arts. In het algemeen dient de keuze van de consulent uiteraard op een redelijk verantwoorde wijze te gebeuren en overeenkomstig een correcte medische praktijk.
De commissie herinnert eraan dat het nuttig kan zijn beroep te doen op meerdere gespecialiseerde adviezen in het geval dat er problemen zouden zijn bij het beoordelen van hetzij het ongeneeslijk karakter van de aandoening, hetzij het ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden, hetzij het vrij en weloverwogen karakter van het verzoek.

7. EUTHANASIE EN MEDISCHE HULP BIJ ZELFDODING

Uit verschillende registratiedocumenten is gebleken dat euthanasie uitgevoerd werd door de patiënt buiten bewustzijn te brengen door toediening van een letale dosis barbituraat die de patiënt zelf innam, en dus niet door intraveneuze inspuiting van Thiopental of gelijkaardige middelen. In de meeste gevallen is de patiënt snel overleden zonder verdere tussenkomst, in een paar gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt het bewustzijn had verloren. Dergelijke handelingen kunnen beschouwd worden als "medische hulp bij zelf- doding". Toch besloot de commissie dat de wet deze handelwijze toelaat mits de voorwaarden en de wettelijke procedures betreffende de euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de verantwoordelijkheid van de aanwezige arts die indien nodig kon ingrijpen: de wet schrijft immers niet voor hoe de euthanasie moet worden toegepast. Er dient opgemerkt dat deze interpretatie overeenstemt met het advies van de Nationale Raad van de Orde van Genees- heren, de dato 22 maart 2003.

8. EUTHANASIE EN STOPZETTING VAN DE BEHANDELING

De commissie heeft zich moeten uitspreken over een aangifte van euthanasie waarbij een vitale behandeling was stopgezet op verzoek van een patiënt die leed aan een ongeneeslijke aandoening en waarbij de patiënt enkele dagen later is overleden zonder dat letale middelen waren toegediend. De commissie heeft geoordeeld dat een dergelijke stopzetting van de behandeling niet binnen het toepassingsgebied van de wet op de euthanasie valt en dat deze niet moet worden aangegeven voor zover het overlijden enkel het gevolg is van de stopzetting van de behandeling en er tussen het stopzetten van de behandeling en het overlijden enkel comfortzorg werd verleend. Het weigeren van een behandeling is immers wettelijk toegestaan bij de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Wanneer na het stopzetten van de vitale behandeling de situatie echter leidt tot een duidelijk verzoek van de patiënt tot euthanasie, dan dient de wettelijke bepaalde procedure te worden gevolgd.

9. EUTHANASIE EN TOEDIENING VAN HOGE DOSISSEN ANALGETICA EN SEDATIVA

De commissie heeft vastgesteld dat de aangiftedocumenten zelden wezen op euthanasie door toediening van morfine, al dan niet samen met andere middelen. Aangezien tijdens de laatste levensfase vaak hoge dosissen morfine worden toegediend om het lijden van de patiënt te verzachten, gaat de commissie ervan uit dat het ontbreken van aangiften in deze gevallen te verklaren is door het feit dat de artsen deze handelwijze beschouwd hebben als een pijnbehandeling en niet als euthanasie, zelfs al is de patiënt daardoor mogelijks vroeger overleden. In dat geval gaat het effectief om een normale medische gedragslijn. De commissie onderstreept echter dat wanneer de toediening van hoge dosissen morfine en sedativa niet verantwoord is door de nood het lijden van de patiënt te lenigen maar gebeurt op verzoek van de patiënt om zijn leven te beëindigen, het wel gaat om euthanasie in de wettelijke zin van het woord: zij is dan onderworpen aan de wettelijke voorwaarden en procedures, de verplichting tot aangifte inbegrepen. Hoewel dit volgens de gegevens in de literatuur niet de meest adequate techniek lijkt te zijn om een rustige en snelle dood zonder pijn te bewerkstelligen, herinnert de commissie eraan dat de wet geen bepaalde medische techniek oplegt voor euthanasie en dat zij niet bevoegd is om zich hierover uit te laten.

NOTA'S

Federale controle- en evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.

Secretariaat van de commissie:
Zelfbestuursstraat 4 -1070 Brussel
Tel.: 02 525 09 25/21
www.health.fgov.be/euthanasie

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application
de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Secrétariat de la Commission :
Rue de l'Autonomie, 4 -1070 Bruxelles
Tél.: 02/525 09 25/21
www.health.fgov.be/euthanasie

NOTES

dont l'euthanasie doit être pratiquée. Il faut noter que cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre dans son avis daté du 22 mars 2003.

8. EUTHANASIE ET ARRÊT DE TRAITEMENT

La commission a été amenée à prendre position sur un document d'enregistrement déclarant une euthanasie dans un cas où l'arrêt d'un traitement vital pratiqué à la demande du patient atteint d'une affection incurable avait entraîné le décès en quelques jours sans que des drogues létales aient été administrées. La commission a estimé qu'un tel arrêt n'entre pas dans le cadre de l'euthanasie et n'impose pas de déclaration obligatoire pour autant que le décès résulte uniquement de l'arrêt du traitement et que seuls des soins de confort aient été utilisés entre le moment de l'arrêt thérapeutique et le décès. Le refus de traitement est en effet légalement autorisé par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.
Cependant, si à la suite de l'arrêt d'un traitement vital, la situation entraîne une demande claire d'euthanasie de la part du patient, la procédure légale doit alors être suivie.

9. EUTHANASIE ET ADMINISTRATION D'ANALGÉSIQUES ET DE SÉDATIFS À DOSES ÉLEVÉES

La commission a relevé que les formulaires de déclaration ne mentionnaient que rarement une euthanasie pratiquée par l'administration de morphine, couplée ou non à d'autres drogues. Comme l'administration de fortes doses de morphine est fréquente dans les derniers moments de vie pour apaiser les souffrances, la commission a interprété l'absence de déclaration dans ces cas par le fait que les médecins ont considéré cette manière d'agir comme un traitement de la souffrance et non comme une euthanasie, même si elle a pu accélérer le décès. Dans ce cas, il s'agit effectivement d'une attitude médicale normale .
La commission souligne cependant que si l'administration de doses élevées de morphiniques et de sédatifs n'est pas justifiée par le besoin d'apaiser les souffrances du patient mais fait suite à une demande du patient de mettre fin à sa vie, il s'agit d'une euthanasie au sens légal du terme : elle est alors soumise aux conditions et procédures légales, y compris l'obligation de déclaration. Si une telle technique ne semble pas, d'après les données de la littérature, la plus adéquate pour entraîner une mort calme, rapide et sans souffrances, la commission rappelle que la loi n'impose pas de technique médicale particulière pour la pratique de l'euthanasie et qu'elle n'a pas qualité pour émettre une opinion à ce sujet.

5. LA NOTION D' «INDÉPENDANCE» DU CONSULTANT À L'ÉGARD DU PATIENT ET DU MÉDECIN TRAITANT

La commission a estimé que cette notion implique que le consultant ne peut avoir avec le patient ou le médecin traitant ni relation hiérarchique de subordination, ni relation familiale et qu'il ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient.

6. LA NOTION DE «COMPÉTENCE DANS LA PATHOLOGIE CONCERNÉE» DU CONSULTANT OBLIGATOIRE DANS TOUS LES CAS

La commission a discuté la notion de compétence parce que certains membres ont parfois émis des réserves quant à la compétence d'un généraliste ou de certains spécialistes pour cette mission. La commission estime qu'un médecin généraliste a la compétence nécessaire pour remplir la mission telle qu'elle est définie par la loi *(voir le point 4)*.
En ce qui concerne les spécialistes éventuellement consultés, la commission a discuté cette compétence au cas par cas. Elle a chaque fois estimé que le médecin concerné avait la compétence nécessaire pour s'assurer, par son examen, la consultation du dossier et l'interrogatoire, que l'affection était incurable et grave et que la souffrance était constante, insupportable et inapaisable, mission du médecin consultant fixée par la loi. D'une manière générale, il va de soi que le choix d'un consultant spécialiste doit se faire d'une manière responsable et conforme à une pratique médicale correcte.
Dans les cas où des difficultés existeraient dans l'appréciation soit du caractère incurable de l'affection, soit du caractère insupportable et inapaisable de la souffrance, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, la commission rappelle qu'il peut être utile de recourir à plusieurs avis spécialisés.

7. EUTHANASIE ET SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

Plusieurs documents d'enregistrement indiquaient que la technique utilisée pour l'euthanasie avait consisté à obtenir l'inconscience non par injection I.V de Thiopental ou similaires mais par administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a dégluti lui-même. Dans la majorité de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention et dans certains un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience.

Une telle manière d'agir peut être qualifié de «suicide médicalement assisté». La commission a cependant considéré que cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir : en effet, la loi n'impose pas la manière

prévisible à brève échéance. Lors des discussions qui ont eu lieu au sein de la commission concernant l'estimation faite par le médecin de la prévision du décès, il est apparu qu'en dehors de cas évidents, le médecin qui a le patient en charge est seul à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès.

3. INTERPRÉTATION DES TERMES «SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET INAPAISABLES»

La commission a considéré que si certains facteurs objectifs peuvent contribuer à estimer le caractère insupportable de la souffrance, celui-ci est en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité du patient, des conceptions et des valeurs qui lui sont propres. Quant au caractère inapaisable de la souffrance, il faut tenir compte du fait que le patient a le droit de refuser un traitement de la souffrance, ou même un traitement palliatif, par exemple lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables. La commission a toutefois estimé que dans ces cas, une discussion approfondie entre le médecin et le patient est nécessaire.

4. LA MISSION DU (DES) CONSULTANT(S)

Le(s) médecin(s) que le médecin en charge du patient doit obligatoirement consulter avant de procéder à une euthanasie ont une mission bien définie par la loi. Il(s) n'a (n'ont) pas à émettre de jugement quant à leur position de principe vis-à-vis de l'euthanasie.
En ce qui concerne le consultant obligatoire dans tous les cas, sa mission est de s'assurer

a) que l'affection est incurable et grave
b) que la souffrance (physique ou psychique)est constante, insupportable et inapaisable.

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constatations.
Le point 9.1 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.

En ce qui concerne le second consultant dans les cas où le décès n'est pas prévisible à brève échéance, sa mission est de s'assurer

a) que la souffrance (physique ou psychique) est constante, insupportable et inapaisable
b) que la demande est volontaire, réfléchie et répétée

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constations.
Le point 9.2 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.

Remarque : dans le cas d'une euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée la mission du consultant consiste essentiellement à s'assurer de l'irréversibilité de la situation.

UN MOT D'INTRODUCTION

Le premier rapport bisannuel de la commission fait mention de quelques difficultés rencontrées par des médecins dans l'interprétation de certains termes de la loi.
La commission a estimé que ses délibérations et les discussions qui ont eu lieu en son sein concernant ces points pourraient être utiles pour lever ces difficultés. La présente brochure répond à cette intention.

1. EUTHANASIE PRATIQUÉE À LA DEMANDE DU PATIENT ET EUTHANASIE PRATIQUÉE SUR BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE D'EUTHANASIE

La demande d'euthanasie est le cas habituel. C'est une demande exprimée par un patient capable et conscient qui se trouve dans une situation médicale où les conditions mises par la loi pour pratiquer une euthanasie sont réunies. La demande doit être confirmée par un écrit du patient qui doit mentionner la demande, être signée et datée par lui; s'il en est physiquement incapable (par paralysie par exemple), elle peut être transcrite et signée par un tiers choisi par le patient, en présence du médecin. Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écrire de sa main doivent y être indiquées. La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.
Les points 1 à 12 du volet II du document d'enregistrement ont trait à ce type d'euthanasie.
L'euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée est une éventualité qui concerne un patient inconscient dont l'inconscience est irréversible et qui a rédigé antérieurement (endéans les 5 années précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté) une déclaration suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc) où il demande qu'une euthanasie soit pratiquée dans le cas où, atteint d'une affection incurable grave à un moment ultérieur de la vie, il ne serait pas capable d'en faire la demande. Une telle déclaration ne peut être prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible.
Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

2. INTERPRÉTATION DES TERMES «DÉCÈS À BRÈVE ÉCHÉANCE»

(POINT 7 DU VOLET II DU FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT)

La commission a considéré que l'échéance du décès doit être estimée «non brève» si la mort n'est pas attendue dans les mois qui viennent. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée (deux consultants dont l'un est un psychiatre ou un spécialiste de l'affection en cause et un mois d'attente après la date de la demande écrite).
Quand le décès est attendu dans les jours, semaines ou mois qui viennent, il peut être considéré comme

ANNEXE 4

Brochure à l'intention du corps médical

Les points 13 à 19 ci-dessous concernent une euthanasie d'un(e) patient(e) inconscient(e) pratiquée sur base d'une déclaration anticipée antérieurement établie.

13. ❒ existence d'une déclaration anticipée établie suivant le modèle défini par l'AR du 2 avril 2003 (cocher et compléter si nécessaire) :

date de cette déclaration : .....

établie par le déclarant lui-même ❒

établie par un tiers majeur qui n'a aucun intérêt matériel au décès du/de la patient(e) si le/la patient(e) était physiquement incapable de le faire ❒

les raisons de cette incapacité sont données ❒

une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe ❒

une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées ❒

❒ l'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art. 4, § 2, 4°)

14. l'inconscience du/de la patient(e) était irréversible ❒

15. ❒ médecin indépendant consulté (art.4, §2, 1° de la loi) :

qualification du médecin :

date de la consultation :

avis du médecin consulté quant à l'irréversibilité de la situation médicale du/de la patient(e):

16. ❒ entretien avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée (art.4, §2, 3°)

❒ entretien avec l'équipe soignante (art.4, §2, 2°)

❒ entretien avec les proches du/de la patient(e) désignés par la personne de confiance (art.4, §2, 4°)

17. autres personnes ou instances consultées (ne pas mentionner leur identité) :

17.1 qualité :

date de la consultation :

17.2 qualité :

date de la consultation :

17.3 qualité :

date de la consultation :

17.4 qualité :

date de la consultation :

18. manière dont l'euthanasie a été pratiquée et moyens utilisés :

19. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :

9. médecins indépendants à consulter obligatoirement (ne pas mentionner leur identité) :

9.1 un autre médecin (dans tous les cas, art 3, §2, 3°)

qualification du médecin :

date de la consultation quant au caractère grave incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance :

avis du médecin consulté sur ces points (selon son rapport écrit) :

9.2 éventuellement un deuxième médecin (dans le cas prévu à l'art. 3, §3, 1°)

qualification du médecin :

date de la consultation quant au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance et au caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande :

avis du médecin consulté sur ces points (selon son rapport écrit) :

10. autres personnes ou instances consultées (ne pas mentionner leur identité)

10.1 qualité :

date de la consultation :

10.2 qualité :

date de la consultation :

10.3 qualité :

date de la consultation :

10.4 qualité :

date de la consultation :

10.5 qualité :

date de la consultation :

11. manière dont l'euthanasie a été pratiquée et moyens utilisés :

12. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :

6. éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :

7. pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?

oui ❐ non ❐

8. procédure suivie par le médecin (art.3) (cocher et compléter si nécessaire)

❐ existence d'une demande d'euthanasie actée par écrit (art.3, §4)

date de la demande : .....

❐ rédigée, datée et signée par le/la patient(e)

ou

❐ si le/la patient(e) en était physiquement incapable, actée, en présence du médecin, par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel à son décès

❐ les raisons pour lesquelles le/la patient(e) n'était pas en état de formuler sa demande par écrit y sont mentionnées

❐ information du/de la patient(e) sur son état de santé et sur son espérance de vie (art. 3, §2, 1°)

❐ concertation avec le/la patient(e) sur sa demande d'euthanasie (art. 3, § 2, 1°)

❐ information du/de la patient(e) sur les possibilités thérapeutiques encore envisageables et leurs conséquences (art 3, §2, 1°)

❐ information du/de la patient(e) sur les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences (art.3, §2, 1°)

❐ persistance de la souffrance physique ou psychique du/de la patient(e) (art.3, §2, 2°)

❐ demande réitérée d'euthanasie (art.3, §2, 2°)

❐ entretien avec l'équipe soignante ou les membres de celle-ci au sujet de la demande (art.3, §2, 4°)

❐ entretien avec les proches désignés par le/la patient(e) au sujet de la demande (art.3, §2, 5°)

❐ entretient du/de la patient(e) avec les personnes qu'il/elle souhaitait rencontrer (art.3, §2, 6°)

❐ l'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits sont consignés au dossier médical (art.3, §5)

VOLET II

Conditions et procédure à suivre dans le cadre de l'euthanasie

Ce volet est également confidentiel; il servira de base au contrôle de la commission afin de vérifier si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et les procédures prévues par la loi.

Il ne doit comporter aucun nom (patient, médecin, institution, etc.)

1. le/la patient(e) (ne pas mentionner son identité)

lieu et date de naissance :

sexe :

2. le décès

date du décès (j,m,a) :

heure du décès : h

lieu du décès (cocher la case qui convient) :

domicile ❐ maison de repos et de soins ❐

hôpital ❐ autre ❐

3. nature de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le/la patient(e) (diagnostic précis) : (en maximum 6 lignes) :

S'il s'agit d'une euthanasie d'un(e) patient(e) inconscient(e) pratiquée sur base d'une déclaration anticipée antérieurement établie, passer les points 4 à 12 et aller directement au point 13.

4. nature et description de la souffrance constante et insupportable :

5. raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :

4. autres personnes (celles envisagées entre autres à l'art. 3 §2, 4°, 5°, 6° et à l'art.4, §2, 2°, 3°, 4°)

4.1 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.2 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.3 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.4 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.5 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.6 S'il s'agit d'une euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée

nom de la 1ère personne de confiance éventuellement désignée :

prénom :

date de la consultation :

nom de la 2e personne de confiance éventuellement désignée :

prénom :

date de la consultation :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET I

Informations personnelles relatives au/à la patient(e), au médecin, aux médecins consultés et à d'autres personnes.

Ce volet est strictement confidentiel. Il doit être scellé par le médecin et ne peut être ouvert que par décision de la commission. Il ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission à l'intention des chambres législatives.

1. le/la patient(e)

1.1 nom :

1.2 prénoms :

1.3 domicile :

2. le médecin

2.1 nom :

2.2 prénoms :

2.3 numéro d'enregistrement INAMI :

2.4 domicile :

3. médecins consultés obligatoirement :

3.1 un autre médecin (dans tous les cas, art. 3, §2, 3° et art. 4, §2, 1°)

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

3.2 si le médecin était d'avis que le décès n'interviendrait manifestement pas à brève échéance, deuxième médecin consulté (art. 3, §3, 1°) :

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT EUTHANASIE

Formulaire à envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi relative à l'euthanasie dans les quatre jours ouvrables qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante:

Commission fédérale de contrôle et d'évaluation (CFCEE)
Rue de l'Autonomie 4
1070 Bruxelles

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 (Moniteur belge du 22 juin 2002).

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, une distinction est faite dans le formulaire d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur base d'une «demande d'euthanasie» et une euthanasie pratiquée sur base d'une «déclaration anticipée».

La demande d'euthanasie est une demande faite par un malade qui se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable (art. 3).

En revanche, une déclaration anticipée est une demande d'euthanasie faite à l'avance pour le cas où on se trouverait, à un moment ultérieur de la vie, dans une situation d'inconscience irréversible et qu'on souffrirait d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable (art. 4).

ANNEXE 3

Le document d'enregistrement en vigueur depuis
le 17 février 2004

- Figa, B. (Fr), Bruxelles;
- Desmedt, M. (Fr), Waterloo;- Thomas, J.-M. (Fr), Bruxelles;

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge, ou avocats :

- Keuleneer, F. (Nl), Bruxelles;
- Magits, M. (Nl), Bruxelles;
- Panier, Chr. (Fr), Floreffe;
- Genicot, G. (Fr), Boncelles;

3° en tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :

- Geuens, A. (Nl), Lommel;
- Dijkhoffz, W. (Nl), Anvers;
- Laurent, C. (Fr), Villance.

§ 2. Ils sont appelés à suppléer respectivement les membres effectifs de la Commission selon l'ordre déterminé à l'article 1er.

Art. 3. L'arrêté royal du 2 août 2002 portant nomination des membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, est abrogé.

Art. 4. Notre Ministre de la Santé publique et Notre Ministre de la Justice sont, chacun en ce qui le concerne, chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 28 mars 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

La Ministre de la Justice,

Mme L. ONKELINX

Secrétariat de la Commission :
Rue de l'Autonomie, 4 -1070 Bruxelles
Françoise De Weirt (francoise.deweirt@health.fgov.be)
Evi De Ville (evi.deville@health.fgov.be)
Tél.: 02/525 09 25/21

www.health.fgov.be/euthanasie

28 MARS 2007. - Arrêté royal portant nomination des membres de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.
Vu la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, notamment l'article 6;
Vu l'arrêté royal du 2 août 2002 portant nomination des membres de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie;
Vu la liste double des candidats présentée par le Sénat, en date du 30 novembre 2006;
Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de Notre Ministre de la Justice et de l'avis de Nos Ministres qui ont délibéré en Conseil,
Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Sont nommés en qualité de membres effectifs de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, ci-après dénommée «la Commission» :
1° en tant que docteurs en médecine :
- Distelmans, W. (Nl), Weert-Bornem;
- De Groot, E. (Nl), Boom;
- Englert, M. (Fr), Bruxelles;
- Mathys, R. (Nl), Anvers;
- Van Emelen, M. (Nl), Genk;
- Bron, D. (Fr), Linkebeek;
- Maassen, P. (Fr), Liège;
- Vandeville, J. (Fr), Lasne;

2° en tant que professeurs de droit dans une université belge, ou avocats :
- Van Neste, F. (Nl), Anvers;
- De Bondt, W. (Nl), Gand;
- Lallemand, R. (Fr), Bruxelles;
- Leleu, Y.-H. (Fr), Liège;

3° en tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :
- Bauwens, S. (Nl), Meise;
- De Maegd, M. (Nl), Schaerbeek;
- Magnette, G. (Fr), Villance;
- Herremans, J. (Fr), Bruxelles.

Art. 2. § 1. Sont nommés en qualité de membres suppléants de la Commission :
1° en tant que docteurs en médecine :
- Van Belle, S. (Nl), Galmaarden;
- Van den Eynde, B. (Nl), Mortsel;
- Damas, F. (Fr), Liège;
- Proot, L. (Nl), Oostkamp;
- Claes, P. (Nl), Vilvoorde;
- Thomas, J.-M. (Fr), Bruxelles;

ANNEXE 2

Arrêté royal du 28 mars 2007 portant nomination des membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.
Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.
Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.
Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.
Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.
Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.
Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.
Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.
Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge.
Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.
Bruxelles, le 28 mai 2002.
ALBERT
Par le Roi :
Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN
Scellé du sceau de l'Etat :
Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN

Le deuxième volet est également confidentiel et contient les données suivantes :

1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;

2° la date, le lieu et l'heure du décès;

3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;

4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;

5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable;

6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;

7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;

8° s'il existe une déclaration de volonté;

9° la procédure suivie par le médecin;

10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;

11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;

12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8. La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin. Elle vérifie, sur la base du deuxième volet du document d'enregistrement, si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. En cas de doute, la commission peut décider, à la majorité simple, de lever l'anonymat. Elle prend alors connaissance du premier volet du document d'enregistrement. Elle peut demander au médecin traitant de lui communiquer tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie. Elle se prononce dans un délai de deux mois.

Lorsque, par décision prise à la majorité des deux tiers, la commission estime que les conditions prévues par la présente loi n'ont pas été respectées, elle envoie le dossier au procureur du Roi du lieu du décès du patient.

Lorsque la levée de l'anonymat fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre se récusera ou pourra être récusé pour l'examen de cette affaire par la commission.

Art. 9. La commission établit à l'intention des Chambres législatives, la première fois dans les deux ans de l'entrée en vigueur de la présente loi, et, par la suite, tous les deux ans :

a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;

b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;

c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels. Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

CHAPITRE IV. - De la déclaration

Art. 5. Le médecin qui a pratiqué une euthanasie remet, dans les quatre jours ouvrables, le document d'enregistrement visé à l'article 7, dûment complété, à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation visée à l'article 6 de la présente loi.

CHAPITRE V. - La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Art. 6. § 1er. Il est institué une Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la présente loi, ci-après dénommée « la commission ».

§ 2. La commission se compose de seize membres, désignés sur la base de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable.

La qualité de membre de la commission est incompatible avec le mandat de membre d'une des assemblées législatives et avec celui de membre du gouvernement fédéral ou d'un gouvernement de communauté ou de région.

Les membres de la commission sont nommés, dans le respect de la parité linguistique - chaque groupe linguistique comptant au moins trois candidats de chaque sexe - et en veillant à assurer une représentation pluraliste, par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, pour un terme renouvelable de quatre ans. Le mandat prend fin de plein droit lorsque le membre perd la qualité en laquelle il siège. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants, selon une liste déterminant l'ordre dans lequel ils seront appelés à suppléer. La commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise. Les présidents sont élus par les membres de la commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La commission ne peut délibérer valablement qu'à la condition que les deux tiers de ses membres soient présents.

§ 3. La commission établit son règlement d'ordre intérieur.

Art. 7. La commission établit un document d'enregistrement qui doit être complété par le médecin chaque fois qu'il pratique une euthanasie.

Ce document est composé de deux volets. Le premier volet doit être scellé par le médecin. Il contient les données suivantes :

1° les nom, prénoms et domicile du patient;

2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;

3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;

4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;

5° s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes deconfiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s).

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.
Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.
Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.
La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté. La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.
Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.
§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

- est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science;
- et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.
Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci;

3° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;

4° si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

La déclaration anticipée ainsi que l'ensemble des démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le rapport du médecin consulté, sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

2° laisser s'écouler au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie.

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient.

Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

Le patient peut révoquer sa demande à tout moment, auquel cas le document est retiré du dossier médical et restitué au patient.

§ 5. L'ensemble des demandes formulées par le patient, ainsi que les démarches du médecin traitant et leur résultat, y compris le(s) rapport(s) du (des) médecin(s) consulté(s), sont consignés régulièrement dans le dossier médical du patient.

Art. 3bis. Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiante ne commet aucune infraction lorsqu'il le fait sur la base d'une prescription dans laquelle le médecin mentionne explicitement qu'il s'agit conformément à la présente loi.

Le pharmacien fournit la substance euthanasiante prescrite en personne au médecin. Le Roi fixe les critères de prudence et les conditions auxquels doivent satisfaire la prescription et la délivrance de médicaments qui seront utilisés comme substance euthanasiante.

Le Roi prend les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité des substances euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public.

(Loi du 10 novembre 2005 complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie).

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée

Art. 4. § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourrait plus manifester sa volonté, consigner par écrit, dans une déclaration, sa volonté qu'un médecin pratique une euthanasie si ce médecin constate :

- qu'il est atteint d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable;
- qu'il est inconscient;
- et que cette situation est irréversible selon l'état actuel de la science.

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient.

Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie

ALBERT II, Roi des Belges, à tous, présents et à venir, Salut.
Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE Ier. - Dispositions générales

Art. 2. Pour l'application de la présente loi, il y a lieu d'entendre par euthanasie l'acte, pratiqué par un tiers, qui met intentionnellement fin à la vie d'une personne à la demande de celle-ci.

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure

Art. 3. § 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie ne commet pas d'infraction s'il s'est assuré que :

- le patient est majeur ou mineur émancipé, capable et conscient au moment de sa demande;
- la demande est formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, et qu'elle ne résulte pas d'une pression extérieure;
- le patient se trouve dans une situation médicale sans issue et fait état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable; et qu'il respecte les conditions et procédures prescrites par la présente loi.

§ 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

1° informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire;

2° s'assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient;

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.
Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

4° s'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir de la demande du patient avec l'équipe ou des membres de celle-ci;

5° si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

6° s'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.

ANNEXE 1

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie complétée par la loi du 10 novembre 2005 (voir article 3 bis)

ANNEXES

9. En plus des consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été volontairement consultés ce qui confirme le sérieux des décisions prises. Certains membres estiment cependant qu'il convient de veiller à éviter que des consultations médicales supplémentaires n'aboutissent en fait à créer des conditions non prévues par la loi, au détriment du respect de la volonté du patient.

10. La commission n'a pas recueilli d'éléments qui justifieraient des initiatives législatives nouvelles.
Les membres de la commission tiennent à souligner qu'ils ont apprécié l'attitude des médecins qui, en complétant le document d'enregistrement, ont tenu, tout en respectant la volonté de leur patient, à se conformer à la loi.
Ils insistent sur l'obligation de compléter ce document qui, dans un état de droit, doit permettre de vérifier que l'acte, autorisé par la loi, de mettre intentionnellement fin à la vie a été accompli dans le strict respect des obligations légales.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. Le nombre d'euthanasies déclarées a été pendant les années 2008 et 2009 en moyenne de 63 par mois. Comme antérieurement, la grande majorité des documents d'enregistrement sont rédigés en néerlandais. L'augmentation du nombre d'euthanasies par rapport au rapport précédent était prévisible et s'explique vraisemblablement par la diffusion progressive de l'information relative aux décisions en fin de vie auprès du public et des médecins.

2. Les affections à l'origine des euthanasies ont toutes été, comme l'exige la loi, incurables et graves, sans issue médicale possible. Dans la très large majorité des cas, il s'agit de cancers généralisés ou gravement mutilants chez des patients dont le décès est attendu à brève échéance et, dans une moindre mesure, d'affections neuromusculaires évolutives mortelles. D'autres pathologies sont rarement en cause. Parfois, la gravité de la pathologie ou le caractère insupportable des souffrances résultent de la coexistence de plusieurs pathologies incurables. Chez les patients d'âge avancé, la distinction qui doit être faite entre les souffrances liées à ces pathologies et celles qui sont propres à l'âge a parfois donné lieu à des divergences de vues entre la majorité de la commission et certains de ses membres. Les euthanasies pratiquées lorsque le décès n'est pas attendu à brève échéance sont relativement rares et concernent essentiellement des affections neuromusculaires évolutives mortelles avec tétraplégies ou paralysies graves multiples, et exceptionnellement des séquelles neurologiques graves consécutives à une affection pathologique ou à un accident.

3. Les souffrances insupportables et inapaisables dont font état les patients sont souvent multiples et concernent généralement à la fois les sphères physique et psychique. Comme mentionné plus haut, certains membres ont exprimé à l'égard de quelques déclarations une réserve quant à l'interprétation par la commission de la notion de « souffrance psychique insupportable et inapaisable ».

4. La majorité des euthanasies ont été pratiquées chez des patients d'âge moyen; les euthanasies sont peu fréquentes en deçà de 40 ans et au-delà de 80 ans.

5. 44% des euthanasies se pratiquent au domicile du patient et 8% en maison de repos ou de repos et de soins. La proportion des euthanasies pratiquées à la résidence du patient est donc plus élevée que dans le précédent rapport.

6. 36 euthanasies ont été pratiquées chez des patients inconscients sur la base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste faible en raison du champ d'application limité de cette déclaration, puisqu'elle ne concerne que les patients irréversiblement inconscients. Plusieurs Membres de la Commission estime que les procédures de rédaction, de renouvellement et d'enregistrement de la déclaration sont inutilement lourdes et devraient être simplifiées.

7. Dans la très grande majorité des cas, l'euthanasie est pratiquée correctement et en accord avec les données disponibles de la littérature médicale, en induisant d'abord une inconscience profonde; dans tous les cas où un commentaire accompagne la technique utilisée, il signale que le décès survient paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.

8. Aucune déclaration n'a mis en évidence de violation des conditions de fond de la loi. Les erreurs d'interprétation, qui ne portent que sur des points de procédure, sont rares et ont été résolues sans difficulté majeure.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Concernant la nécessité d'un effort d'information

Comme elle l'avait déjà souligné dans les rapports précédents, la commission estime qu'une pratique correcte de l'euthanasie dans le respect de la loi nécessite avant tout un effort d'information, tant vis-à-vis des citoyens que des médecins. La brochure d'information destinée au corps médical rédigée par la commission a été systématiquement adressée aux médecins dont le volet I du formulaire d'enregistrement a été ouvert, soit pour de simples remarques soit pour demander des explications complémentaires. Elle est également disponible sur le site Internet du SPF de la Santé publique en regard du document d'enregistrement. **(www.health.fgov.be/euthanasie).**

Le souhait exprimé dans le premier rapport d'une brochure d'information destinée au public est répété par la commission. Outre les clarifications utiles pour le public concernant le champ d'application de la loi, ce document devrait attirer l'attention sur l'importance de la déclaration anticipée d'euthanasie pour les cas d'inconscience irréversible, où les décisions médicales sont particulièrement difficiles à prendre. Cette question est à rapprocher de l'avis de certains membres de la commission concernant la complexité des procédures liées à la rédaction et au renouvellement de la déclaration anticipée (voir plus haut).

Concernant la disponibilité des produits nécessaires à une euthanasie au domicile des patients

Cette question a été traitée dans le paragraphe consacré au lieu où l'euthanasie a été pratiquée.

Concernant la formation des médecins

La commission rappelle qu'elle estime que le curriculum des études médicales devrait comporter une formation préparant les futurs médecins à affronter les problèmes que pose la gestion de la fin de vie, y compris la pratique des soins palliatifs et la mise en œuvre correcte d'une euthanasie. De même, les divers cycles d'enseignement postuniversitaire et les activités de recyclage devraient être encouragés à inclure une telle formation.

Concernant des modifications éventuelles à apporter à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

La commission confirme ses avis antérieurs, selon lesquels l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des initiatives législatives.

SECTION 3

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION CONCERNANT L'EXÉCUTION DE LA LOI

LA PROCÉDURE SUIVIE PAR LE MÉDECIN

La procédure suivie par le médecin, telle qu'elle est rappelée dans le point 8 du document d'enregistrement, a généralement été correcte et conforme à la loi.
Un point qui reste sujet à des erreurs d'interprétation est la confusion, déjà signalée dans les rapports antérieurs, entre une « demande écrite » et une « déclaration anticipée ».
Parfois, lorsque la demande écrite précédait l'acte d'euthanasie de plusieurs jours ou semaines, elle a été considérée par le médecin comme une « déclaration anticipée », ce qui a entraîné une rédaction erronée du document d'enregistrement. La confusion a facilement pu être levée, les corrections nécessaires étant apportées par le médecin déclarant au document sans mettre en cause sa validité.
Dans d'autres cas, lorsqu'un patient conscient avait établi récemment une déclaration anticipée dans les formes légales, il est arrivé qu'un médecin considère superflu qu'il réitère une demande écrite. Il a fallu dans ce cas s'assurer du caractère volontaire et persistant de la demande par des précisions complémentaires demandées au médecin.
Une mise au point détaillée a été rédigée dans la brochure d'information destinée aux médecins, pour éviter à l'avenir de telles confusions.

LES DÉCISIONS DE LA COMMISSION

85% des déclarations ont été acceptées d'emblée; dans 15% des dossiers, la commission a décidé la levée de l'anonymat par ouverture du volet I.
Cette ouverture a été, dans 4% des déclarations, uniquement justifiée par la volonté de la commission de faire remarquer au médecin, essentiellement dans un but d'information, des imperfections dans ses réponses ou des erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies qui ne mettaient pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.
Dans 11% des déclarations, l'ouverture du volet I a été destinée à obtenir du médecin des renseignements complémentaires souhaités par la commission concernant un ou plusieurs points du document mal, insuffisamment ou non complétés. La plupart de ces points concernaient des informations administratives manquantes ou des détails de procédure; les réponses apportées ont chaque fois donné les informations utiles et les déclarations ont pu être acceptées.
La brochure d'information rédigée par la commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins.
Aucune déclaration ne comportait d'éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice.

Les remarques ajoutées par certains médecins

Comme signalé dans les rapports précédents, on relève dans plusieurs déclarations la mention d'une mort calme en quelques minutes, d'une atmosphère sereine avec accompagnement par des proches pendant l'acte ainsi que de remerciements adressés au médecin, tant par le patient dans ses derniers instants que par les proches.

LES MEDECINS CONSULTÉS

Médecins consultés obligatoirement

Aucun manquement aux prescriptions légales n'a été constaté. La question de la qualification du médecin consulté est reprise dans la brochure d'information destinée au corps médical qui est jointe en annexe au présent rapport.

Dans les cas où le décès n'était pas prévisible à brève échéance, le second consultant obligatoire a été un psychiatre dans 68% des cas et un spécialiste de l'affection en cause dans 32% des cas.

Médecins ou équipes palliatives consultées en plus des obligations légales

Comme les rapports précédents l'avaient relevé, la commission constate que les médecins ont eu fréquemment recours à des consultations supplémentaires de spécialistes, en plus des obligations légales (630 médecins et 613 équipes palliatives).

La commission considère que cette attitude témoigne de la rigueur et du sérieux avec lesquels les médecins déclarants ont agi.

Comme cela était déjà signalé déjà dans le précédent rapport, certains membres ont insisté sur ce qu'il convient de veiller à éviter que des consultations médicales supplémentaires n'aboutissent en fait à créer des conditions non prévues par la loi, au détriment du respect de la volonté du patient.

L'AVIS DU MEDECIN CONSULTÉ

Comme il a été signalé dans les rapports précédents de la commission, l'avis de ce(s) médecin(s) tel qu'il est rapporté par le médecin déclarant a parfois été considéré par la commission comme trop peu explicite et a nécessité l'ouverture du volet I du document pour une demande de précision permettant de s'assurer que cette mission avait été remplie telle que la loi la prévoit.

Cette mission est rappelée dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe au présent rapport. Il en est de même de l'interprétation par la commission de la notion d'« indépendance » du médecin consulté.

LA NATURE DES SOUFFRANCES

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances les plus fréquentes, qui ont toutes été décrites comme constantes, insupportables et inapaisables, sont énumérées dans les tableaux statistiques de la section 1.
Il faut rappeler ici que la question de l'estimation du caractère insupportable ou inapaisable de la souffrance a fait l'objet d'une mise au point dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport. De plus, certains cas examinés par la commission ont fait apparaître que l'estimation du caractère insupportable et inapaisable de la souffrance devait parfois tenir compte de l'âge du patient.
Enfin, comme le rapport précédent l'avait déjà signalé, la question des limites de la notion de « souffrance psychique » a fait l'objet d'échanges de vues au sein de la commission : certains membres ont estimé qu'une évolution dramatique future ne pouvait être qualifiée « hic et nunc » de souffrance psychique insupportable et inapaisable selon les termes de la loi relative à l'euthanasie. Ce point de vue n'a pas été celui de la majorité de la commission.
Un consensus s'est en revanche dégagé pour reconnaître que le caractère inapaisable de la souffrance doit faire l'objet d'une concertation approfondie entre le patient et le médecin.

LA MANIÈRE DONT A ÉTÉ PRATIQUÉE L'EUTHANASIE ET LES PRODUITS UTILISÉS

Le présent rapport confirme les données publiées dans le rapport précédent. Dans la très grande majorité des cas (98%), le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par anesthésie générale, le plus souvent par injection de 1 à 3 gr de thiopental (Pentothal) ou similaires soit en I.V. directe ou dans une perfusion, et, sauf dans le cas où le décès survenait spontanément en quelques minutes[2], en injectant ensuite en I.V. un paralysant neuromusculaire (Norcuron 20 mgr, Tracrium 50 mgr, etc.) provoquant un décès par arrêt respiratoire. La mention d'un décès calme et rapide en quelques minutes, obtenu par cette technique, est fréquemment rapportée par le médecin dans la déclaration. Dans quelques cas, le médecin a ajouté une injection de chlorure de potassium. La morphine, seule ou en association avec des sédatifs, n'a été utilisée que rarement (12 cas, soit moins de 1% des euthanasies), ce qui est en accord avec les données de la littérature qui déconseillent l'utilisation de la morphine comme euthanasique en raison de son action inconstante, sa longue durée d'action et ses effets secondaires. Comme l'administration de fortes doses de morphine, susceptibles d'accélérer le décès, est un procédé très fréquent en extrême fin de vie, on peut supposer que cette manière d'agir, lorsqu'elle a été utilisée, a été considérée par le médecin comme un traitement des symptômes et non comme une euthanasie; elle n'a donc généralement pas donné lieu à déclaration. La brochure d'information rédigée par la commission et reproduite en annexe précise cette question.

L'induction de l'inconscience par administration d'un barbiturique par la bouche été utilisée pour 14 euthanasies (moins de 1% des euthanasies). Dans 12 de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention. Dans 2 cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience. La qualification de « suicide médicalement assisté » est adéquate lorsque le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique et qu'il n'y a donc pas eu d'injection consécutive d'un paralysant neuromusculaire. Cette question a fait l'objet d'une mise au point dans les rapports précédents et dans le document destiné au corps médical joint en annexe. Cette mise au point est en accord avec la position du Conseil national de l'Ordre des médecins[3].

[2] Cette éventualité est fréquemment mentionnée lorsque l'inconscience a été obtenue par injection de thiopental
[3] Avis du 22/03/2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie : Bulletin vol. XI, juin 2003.

L'ÂGE DES PATIENTS

73% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans, 25% chez des patients âgés de plus de 79 ans.
Comme il avait déjà été constaté dans les rapports précédents de la commission, ces données confirment que l'âge avancé ne semble pas constituer en soi un facteur favorisant l'euthanasie.

LES EUTHANASIES SUR DÉCLARATION ANTICIPÉE

36 euthanasies de patients inconscients ont été pratiquées sur la base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste peu important bien que légèrement supérieur à celui du 3e rapport. Malgré le domaine d'application étroit de la déclaration anticipée et la pratique encore peu répandue de cette déclaration, ces cas illustrent l'importance de la pratique des déclarations anticipées pour la prise des décisions médicales face aux situations d'inconscience irréversible.
Plusieurs membres de la commission ont regretté la complexité de la rédaction et des procédures d'enregistrement et de renouvellement de la déclaration, qui limitent l'usage qui en est fait.

LE LIEU OÙ L'EUTHANASIE A ÉTÉ PRATIQUÉE

Comme l'indiquaient les rapports antérieurs de la commission, une proportion importante (52%) des euthanasies ont été pratiquées à la résidence des patients (domicile ou maison de repos ou de repos et de soins), ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi. Cette proportion est supérieure à celle relevée dans le rapport précédent (49% en 2006-2007).
La faible proportion des euthanasies pratiquées dans les maisons de repos ou de repos et de soins, signalée dans les rapports antérieurs, est confirmée quoique en augmentation (8% des euthanasies contre 4% dans le rapport précédent).
Certains médecins indiquent encore dans leur formulaire de déclaration des difficultés pour obtenir en officine publique les produits nécessaires, mais cette remarque est plus rare qu'antérieurement.

L'ÉCHÉANCE PRÉVISIBLE DU DÉCÈS

92% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à brève échéance. La grande majorité d'entre eux étaient atteints d'un cancer généralisé ou gravement mutilant. Ces données sont similaires à celles des rapports antérieurs de la commission.
Parmi les 8% d'euthanasies pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (116 cas), la plupart concernaient des affections neurologiques. Seules 12 euthanasies pour cancer ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. Ces constatations sont similaires à celles des rapports précédents.

Il faut rappeler que la question de l'appréciation de l'échéance prévisible du décès a fait l'objet d'une mise au point reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport.

La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Comme dans les rapports précédents, la commission relève la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (compte non tenu de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en langue néerlandaise et en langue française (respectivement 1234 et 292 soit 80% et 20% du nombre total des déclarations).
Les différentes raisons qui peuvent être invoquées pour expliquer cette disproportion ont été indiquées dans le premier rapport.

Le nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées

Comme cela était déjà signalé dans les précédents rapports, la commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Néanmoins, comme cela était rappelé dans les rapports précédents, une enquête épidémiologique réalisée en Flandre avant l'entrée en vigueur de la loi estimait le nombre d'euthanasies, alors clandestines, à 0,3% de l'ensemble des décès[1]. Le nombre d'euthanasies légales actuelles (0,7% des décès) a donc légèrement dépassé celui des euthanasies clandestines pratiquées avant l'entrée en vigueur de la loi, ce qui suggère que le nombre d'euthanasies clandestines actuelles ne peut être que très faible. Comme les rapports précédents l'ont souligné, les pratiques médicales fréquentes en fin de vie (utilisation de doses élevées de morphiniques, sédation) créent certaines ambiguïtés qui peuvent expliquer d'éventuelles divergences entre le nombre d'euthanasies déclarées et le nombre d'actes médicaux en fin de vie qui sont susceptibles d'accélérer le décès mais ne sont pas considérés par les médecins comme des euthanasies (voir plus loin le paragraphe relatif à la manière dont ont été pratiquées les euthanasies).

LES AFFECTIONS A L'ORIGINE DES EUTHANASIES

Toutes les affections qui ont donné lieu à une euthanasie étaient, au moment de celle-ci, conformément aux exigences légales, incurables et graves.
La grande majorité d'entre elles (1205 soit 79%) étaient des cancers (cette dénomination comporte toutes les affections malignes : tumeurs solides malignes, leucémies, myélomes, etc.). La plupart des patients avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative.
Le second diagnostic, en terme de fréquence, qui a été à l'origine des euthanasies est celui d'affection neuromusculaire évolutive mortelle (96 soit 6% du nombre d'euthanasies pratiquées). D'autres affections n'ont été que rarement ou exceptionnellement à l'origine d'une euthanasie. Ces données sont similaires à celles des rapports antérieurs.
Chez certains patients, la gravité de l'état pathologique et les souffrances résultaient non d'une pathologie unique mais de la coexistence de plusieurs pathologies incurables. Elles sont classées sous la rubrique «pathologies multiples».
Dans de rares cas de patients d'âge très avancé atteints de pathologies incurables multiples, certains membres de la commission ont estimé que la souffrance et la demande d'euthanasie étaient liées aux conséquences naturelles liées à l'âge et non aux affections dont ils étaient atteints. Dans ces cas, la décision a été prise par vote.
Dans certains cas de refus de traitement, un échange de vues a eu lieu au sein de la commission : un consensus s'est dégagé pour reconnaître la possibilité pour le patient d'obtenir l'euthanasie pour autant que ce refus porte sur un traitement non curatif de son affection. Quand il s'agit d'un traitement palliatif, la commission a précisé dans la brochure jointe en annexe que le patient a également le droit de le refuser si ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables.

[1] L. Deliens et al. : End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium : a nationwide survey. Lancet 2000; 356; 1806-11

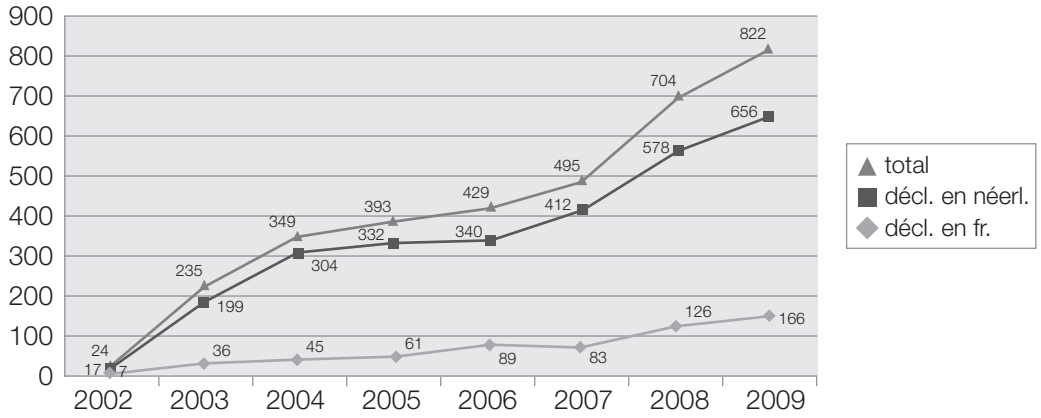
LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Le fonctionnement de la commission décrit dans les trois précédents rapports aux Chambres législatives n'a pas subi de modification pendant la période couverte par le présent rapport. La commission s'est réunie une fois par mois, à l'exception d'un mois pendant les vacances d'été. Ont pris part aux débats les membres effectifs et les membres suppléants en l'absence du membre effectif qu'ils suppléent; tous les membres ont reçu les documents de travail et ont été convoqués aux réunions.
La qualité des documents d'enregistrement s'est nettement améliorée : les renseignements fournis sont plus complets et les erreurs ou insuffisances sont moins fréquentes, ce qui a permis l'examen des documents sans nécessiter de réunions supplémentaires malgré l'augmentation du nombre de documents à examiner.
Le pourcentage des documents d'enregistrement qui ont nécessité l'ouverture du volet I a été de 15% au cours des deux années faisant l'objet du présent rapport. Il avait été de 20% pendant les années 2006 à 2007 (troisième rapport de la commission). Le document explicatif destiné aux médecins précisant certains points de la loi qui ne paraissaient pas avoir toujours été bien compris a été systématiquement joint aux lettres adressées aux médecins lorsque l'ouverture du volet I du document d'enregistrement était nécessaire.

LE NOMBRE DE DÉCLARATIONS

Le nombre de documents d'enregistrement reçus pendant la période de 24 mois couverte par le présent rapport a été de 1526, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 763 et une moyenne mensuelle de 63 déclarations. Ce nombre a été de 704 pendant l'année 2008 et de 822 pendant l'année 2009. L'évolution du nombre de déclarations par an depuis l'entrée en vigueur de la loi est représentée à la figure ci-dessous.

Evolution du nombre annuel d'euthanasies légales



Après une augmentation importante du nombre de déclarations d'euthanasie en 2003 et 2004, l'augmentation annuelle est continue et d'importance variable selon les années.

Le nombre de décès par euthanasie déclarés par rapport au nombre total de décès

La proportion du nombre de décès par euthanasies déclarés pendant la période couverte par le présent rapport a été en moyenne de 0,7 % de l'ensemble des décès dans notre pays.

SECTION 2

DESCRIPTION ET ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI

Remarques :

Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques

La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes

Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine I.V. est fréquente; parfois le paralysant neuro-musculaire est couplé à du chlorure de potassium

La qualification du premier médecin obligatoirement consulté est parfois imprécise : dans ce cas, les médecins « LEIF » ou « EOL » sont repris comme généralistes si la mention n'est pas explicitement signalée.

Les médecins hospitaliers en formation sont repris comme spécialistes

Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève

Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause

Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

Souffrances psychiques mentionnées

	2008	2009	Total	%
total	606	673	1279	-

(dépendance, désespérance, perte de dignité, etc.)

Rem: *plusieurs types de souffrances physiques et psychiques sont souvent mentionnés simultanément*

Technique et produits utilisés

	2008	2009	Total	%
barbiturique p.o. seul	6	6	12	2
id.+ paralysant n-musc.	1	1	2	<1
pentothal ou simil. I.V. seul	260	283	543	36
id. + paralysant n-musc	431	522	953	62
morphine seule ou avec sédatifs	4	8	12	2
autre ou mal précisé	2	2	4	<1

p.o. = per os (par la bouche); I.V.= intraveineux

Diagnostics des décès non prévus à brève échéance

	2008	2009	Total	%
cancers	8	4	12	10
aff. neuromusc. évolutives	8	14	22	19
aff. neuromusc. non évolutives	5	5	10	-
aff. pulm. non cancér.	0	1	1	-
aff.cardio-vasculaires	4	9	13	-
aff. rénales	0	1	1	-
aff. digest. non cancér.	0	0	0	-
sida	0	0	0	-
aff.neuro-psych.	13	15	28	24
pathologies multiples	7	7	14	12
autres	4	11	15	12

Décisions de la commission

	2008	2009	Total	%
acceptation simple	585	707	1292	85
ouv. de A pour simple remarque	33	28	61	4
ouv. de A pour précisions	86	87	173	11
transmission à la justice	0	0	0	-

Diagnostics

	2008	2009	Total	%
cancers	564	641	1205	79
aff.neuromusc. évolutives	43	53	96	6
aff.neuromusc. non évolutives.	8	5	13	1
aff.pulm. non cancér.	18	29	47	3
aff.cardio-vasculaires	22	32	54	4
aff. rénales	3	5	8	1
aff. digest. non cancér.	4	2	6	-
sida	0	0	0	-
aff.neuro-psychiques	13	21	34	2
Pathologies multiples	12	18	30	2
autres	17	16	33	2

1er consultant

	2008	2009	Total	%
formé en soins pall.	71	85	156	10
généraliste	326	420	746	49
spécialiste	307	315	622	41
non précisé	-	2	2	-

2e consultant (décès à échéance non brève)

	2008	2009	Total	%
psychiatre	38	41	79	68
spécialiste	11	26	37	32

Autres médecins non obligatoires consultés

	2008	2009	Total	%
	308	322	630	-

Equipes palliatives consultées (le médecin consultant obligatoire n'est pas inclus)

	2008	2009	Total	%
	270	343	613	-

Souffrances physiques mentionnées

	2008	2009	Total	%
total	688	790	1478	-

(cachexie, douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc.)

RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL 2008-2009

Nombre de déclarations

	2008	2009	Total	%
total	704	822	1526	-
néerl / franç.	578/126	656/166	1234/292	80/20

Demande consciente ou déclaration anticipée

	2008	2009	Total	%
consciente	690	800	1490	97
anticipée	14	22	36	3

Sexe des patient(e)s

	2008	2009	Total	%
masculin	368	406	774	51
féminin	336	416	752	49

Age des patient(e)s

	2008	2009	Total	%
<20	-	-	-	-
20-39	17	13	30	2
40-59	143	185	328	21
60-79	370	420	790	52
>ou = 80	174	204	378	25

Lieu du décès

	2008	2009	Total	%
hôpital	331	359	690	45
domicile	303	375	678	44
maison de repos et/ou de soins	55	61	116	8
autre	15	27	42	3

Échéance prévisible du décès

	2008	2009	Total	%
brève	655	755	1410	92
non brève	49	67	116	8

Diagnostics des décès non prévus à brève échéance

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
cancers	1	2	1	-	4	6
aff. n-musc. évolutives	2	4	7	1	14	21
aff. n-musc. non évolutives	2	-	2	1	5	7
aff. pulm. non cancér.	-	1	-	-	1	3
aff.cardio-vasculaires	2	4	1	2	9	14
aff. rénales	1	-	-	-	1	1
aff. digest. non cancér.	-	-	-	-	-	-
sida	-	-	-	-	-	-
aff. neuro-psych.	1	3	4	7	15	22
pathologies multiples	2	-	3	2	7	-
autre	3	2	4	2	11	16

Décisions de la commission

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
acceptation simple	135	184	198	190	707	86
ouv. de A pour simple remarque	13	5	6	4	28	3
ouv. de A pour précisions	27	15	27	18	87	11
transmission à la justice	-	-	-	-	-	-

Remarques :

Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques

La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes

Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine I.V. est fréquente; parfois le paralysant neuro-musculaire est couplé à du chlorure de potassium

Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève

Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause

Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

Equipes palliatives consultées (le médecin consultant obligatoire n'est pas inclus)

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
	80	91	87	85	343	-

Souffrances physiques mentionnées

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
total	173	194	217	206	790	-

(cachexie, douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc.)

Souffrances psychiques mentionnées

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
total	152	163	182	176	673	-

(dépendance, désespérance, perte de dignité, etc.)

Rem: *plusieurs types de souffrances physiques et psychiques sont souvent mentionnés simultanément*

Technique et produits utilisés

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
barbiturique p.o. seul	3	-	-	3	6	-
id.+ paralysant n-musc.	-	1	-	-	1	-
pentothal ou simil. I.V. seul	58	70	81	74	283	34
id. + paralysant n-musc.	113	130	147	132	522	64
morphine seule ou avec sédatifs	1	3	3	1	8	-
autre ou mal précisé	0	0	0	2	2	-

p.o. = per os (par la bouche); I.V.= intraveineux

Échéance prévisible du décès

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
brève	161	188	209	197	755	92
non brève	14	16	22	15	67	8

Diagnostics

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
cancers	137	161	183	160	641	78
aff.n-musc. évolutives	10	12	20	11	53	6
aff.n-musc. non évolutives.	2	-	2	1	5	1
aff.pulm. non cancér.	7	9	4	9	29	4
aff.cardio-vasculaires	9	9	4	10	32	4
aff. rénales	1	3	-	1	5	1
aff. digest. non cancér.	-	-	-	2	2	-
sida	-	-	-	-	-	-
aff. neuro-psychiques	2	5	6	8	21	3
pathologies multiples	4	2	7	5	18	2
autre	3	3	5	5	16	2

1er consultant

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
formé en soins pall.	11	25	25	24	85	10
généraliste	91	107	116	106	420	51
spécialiste	73	72	90	80	315	38
non précisé	-	-	-	2	2	1

2e consultant (décès non à brève échéance)

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	10	7	16	8	41	62
spécialiste	4	9	6	7	26	38

Autres médecins non obligatoires consultés

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
	79	90	71	82	322	-

TABLEAUX DES INFORMATIONS RECUEILLIES À PARTIR DU 2e VOLET DES DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT REÇUS PAR LA COMMISSION

ANNÉE 2009

Nombre de déclarations

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
						à 1% près
total	175	204	231	212	822	-
néerl / franç.	137/38	165/39	185/46	169/43	656/166	80/20

Demande consciente ou déclaration anticipée

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
consciente	169	198	225	208	800	97
anticipée	6	6	6	4	22	3

Sexe des patient(e)s

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
masculin	79	106	113	108	406	49
féminin	96	98	118	104	416	51

Age des patient(e)s

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
<20	-	-	-	-	-	-
20-39	5	1	6	1	13	1
40-59	40	38	57	50	185	23
60-79	83	116	113	108	420	51
>ou = 80	47	49	55	52	204	25

Lieu du décès

	1er trim 09	2e trim 09	3e trim 09	4e trim 09	Total (nombre)	Total (%)
hôpital	86	87	99	87	359	44
domicile	70	97	105	103	375	46
maison de repos et/ou de soins	12	16	19	14	61	7
autre	7	4	8	8	27	3

Diagnostics des décès non prévus à brève échéance

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
cancers	1	3	3	1	8	16
aff. n-musc. évolutives	2	3	0	3	8	16
aff. n-musc. non évolutives	1	1	1	2	5	8
aff. pulm. non cancér.	0	0	0	0	0	-
aff.cardio-vasculaires	2	0	2	0	4	8
aff. rénales	0	0	0	0	0	-
aff. digest. non cancér.	0	0	0	0	0	-
sida	0	0	0	0	0	-
aff. neuro-psych.	2	4	4	3	13	28
pathologies multiples	0	1	2	4	7	16
autre	1	1	1	1	4	8

Décisions de la Commission

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
acceptation simple	115	149	171	150	585	83
ouv. de A pour simple remarque	14	9	8	2	33	5
ouv. de A pour précisions	16	27	28	15	86	12
transmission à la justice	0	0	0	0	0	-

Remarques :

Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques

La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes

Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine I.V. est fréquente; parfois le paralysant neuro-musculaire a été couplé à du chlorure de potassium

Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève

Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause

Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

Equipes palliatives consultées (le médecin consultant obligatoire n'est pas inclus)

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)
	61	78	73	58	270

Souffrances physiques mentionnées

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)
total	140	182	201	165	688

(cachexie, douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc.)

Souffrances psychiques mentionnées

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)
total	125	155	179	147	606

(dépendance, désespérance, perte de dignité, etc.)

Rem: *plusieurs types de souffrances physiques et psychiques sont souvent mentionnés simultanément*

Technique et produits utilisés

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
barbiturique p.o. seul	2	0	4	0	6	1
id.+ paralysant n-musc.	0	1	0	0	1	-
pentothal ou simil. I.V. seul	53	69	72	66	260	37
id. + paralysant n-musc	87	115	130	99	431	61
morphine seule ou avec sédatifs	1	0	1	2	4	1
autre ou mal précisé	2	0	0	0	2	-

p.o. = per os (par la bouche); I.V. = intraveineux

Échéance prévisible du décès

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
brève	136	172	194	153	655	93
non brève	9	13	13	14	49	7

Diagnostics

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
cancers	120	150	169	125	564	80
aff.n-musc. évolutives	7	14	10	12	43	6
aff.n-musc. non évolutives.	1	2	2	3	8	1
aff.pulm. non cancér.	4	2	6	6	18	3
aff.cardio-vasculaires	8	1	4	9	22	3
aff. rénales	0	1	2	0	3	-
aff. digest. non cancér.	0	0	1	3	4	-
sida	0	0	0	0	0	-
aff. neuro-psychiques	2	4	4	3	13	2
pathologies multiples	1	1	5	5	12	2
autre	2	10	4	1	17	3

1er consultant

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
formé en soins pall.	11	18	20	22	71	10
généraliste	75	80	95	76	326	47
spécialiste	59	87	92	69	307	43
non précisé	0	0	0	0	0	-

2e consultant (décès non à brève échéance)

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	7	8	11	12	38	78
spécialiste	2	5	2	2	11	22

Autres médecins non obligatoires consultés

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)
	62	82	90	74	308

TABLEAUX DES INFORMATIONS RECUEILLIES À PARTIR DU 2e VOLET DES DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT REÇUS PAR LA COMMISSION

ANNÉE 2008

Nombre de déclarations

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
						à 1% près
total	145	185	207	167	704	
néerl / franç.	117/28	148/37	178/29	135/32	578/126	82/18

Demande consciente ou déclaration anticipée

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
consciente	143	180	202	165	690	99
anticipée	2	5	5	2	14	1

Sexe des patient(e)s

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
masculin	82	94	112	80	368	53
féminin	63	91	95	87	336	47

Age des patient(e)s

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
<20	0	0	0	0	0	-
20-39	5	8	0	4	17	3
40-59	29	40	34	40	143	20
60-79	78	94	115	83	370	52
>ou = 80	33	43	58	40	174	25

Lieu du décès

	1er trim 08	2e trim 08	3e trim 08	4e trim 08	Total (nombre)	Total (%)
hôpital	66	85	102	78	331	47
domicile	66	80	84	73	303	43
maison de repos et/ou de soins	10	17	14	14	55	8
autre	3	3	7	2	15	2

SECTION 1

RAPPORT STATISTIQUE

INTRODUCTION

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2008 et le 31 décembre 2009 examinés par la commission.

Conformément à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, il contient 3 sections :

- Section 1 : un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement ;
- Section 2 : un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi ;
- Section 3 : le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la loi.

Il comporte également 4 annexes :

- Annexe 1 : la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie complétée par la loi du 10 novembre 2005;
- Annexe 2 : l'arrêté royal du 28 mars 2007 portant nomination des membres de la commission de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, l'adresse de la commission et de son site Internet;
- Annexe 3 : le document d'enregistrement à compléter par les médecins adopté par la commission le 17 février 2004;
- Annexe 4 : la brochure d'information établie à l'intention du corps médical pour préciser certaines interprétations et décisions de la commission.

Le présent rapport a été préparé en commission restreinte composée de Madame Jacqueline Herremans, Messieurs Walter De Bondt, Marc Englert, Raymond Mathys, Fernand Van Neste. Il a été discuté en séance plénière le 8 juin 2010 et adopté à l'unanimité des membres effectifs présents. .

N-VA	:	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
PS	:	*Parti Socialiste*
MR	:	*Mouvement Réformateur*
CD&V	:	*Christen-Democratisch en Vlaams*
sp.a	:	*socialistische partij anders*
Ecolo-Groen!	:	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Open Vld	:	*Open Vlaamse liberalen en democraten*
VB	:	*Vlaams Belang*
cdH	:	*centre démocrate Humaniste*
LDD	:	*Lijst Dedecker*
PP	:	*Parti Populaire*

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 53 0000/000:	*Document parlementaire de la 53ème législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*
QRVA:	*Questions et Réponses écrites*
CRIV:	*Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)*
CRABV:	*Compte Rendu Analytique (couverture bleue)*
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)*
PLEN:	*Séance plénière*
COM:	*Réunion de commission*
MOT:	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 53 0000/000:	*Parlementair document van de 53e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA:	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV:	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)*
CRABV:	*Beknopt Verslag (blauwe kaft)*
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:	*Plenum*
COM:	*Commissievergadering*
MOT:	*Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be
e-mail : publications@laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DOC 53 **0836/001**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

4 octobre 2010

COMMISSION FÉDÉRALE DE CONTRÔLE ET D'ÉVALUATION DE L'EUTHANASIE

Quatrième rapport aux Chambres législatives

(2008 - 2009)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

4 oktober 2010

FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE EUTHANASIE

Vierde verslag aan de Wetgevende Kamers

(2008 - 2009)