

DOC 51 **2733/001 (Chambre)**  
**3-1935/1 (Sénat)**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS ET SÉNAT  
DE BELGIQUE

8 novembre 2006

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

**Deuxième rapport aux chambres législatives  
(2004 - 2005)**

DOC 51 **2733/001 (Kamer)**  
**3-1935/1 (Senaat)**

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS  
EN SENAAT

8 november 2006

**FEDERALE CONTROLE- EN  
EVALUATIECOMMISSIE  
EUTHANASIE**

**Tweede verslag aan de wetgevende kamers  
(2004 - 2005)**

<i>cdH</i>	: <i>Centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&amp;V</i>	: <i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>ECOLO</i>	: <i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales</i>
<i>FN</i>	: <i>Front National</i>
<i>MR</i>	: <i>Mouvement Réformateur</i>
<i>N-VA</i>	: <i>Nieuw - Vlaamse Alliantie</i>
<i>PS</i>	: <i>Parti socialiste</i>
<i>sp.a - spirit</i>	: <i>Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.</i>
<i>Vlaams Belang</i>	: <i>Vlaams Belang</i>
<i>VLD</i>	: <i>Vlaamse Liberalen en Democraten</i>

*Abréviations dans la numérotation des publications :*

*DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e 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 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e 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*

*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*



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

---

DEUXIÈME RAPPORT AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES  
(Années 2004 et 2005)



## INTRODUCTION

---

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005 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 2 août 2002 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 Mathijs, Fernand Van Neste. Il a été discuté en séance plénière le 3 octobre 2006 et adopté à l'unanimité des membres effectifs présents.*



# SECTION 1

---

## RAPPORT STATISTIQUE



## TABLEAUX DES INFORMATIONS RECUEILLIES À PARTIR DU 2<sup>e</sup> VOLET DES DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT REÇUS PAR LA COMMISSION

ANNÉE 2004

### Nombre de déclarations

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
						à 1% près
total	75	88	82	104	349	100
néerl / franç.	65/10	77/11	73/9	89/15	304/45	87/13

### Demande consciente ou déclaration anticipée

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
consciente	73	88	80	103	344	99
anticipée	2	0	2	1	5	1

### Sexe des patient(e)s

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
masculin	42	44	43	53	182	52
féminin	33	44	39	51	167	48

### Age des patient(e)s

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
<20	0	2	0	0	2	1
20-39	2	23	2	4	31	9
40-59	27	48	20	21	116	33
60-79	36	15	45	54	150	43
>ou = 80	10	0	15	25	50	14

### Lieu du décès

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
hôpital	38	50	46	61	195	56
domicile	32	35	30	35	132	38
maison de repos	1	2	4	8	15	4
autre	4	1	2	0	7	2

Échéance prévisible du décès

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
brève	69	82	76	98	325	93
non brève	6	6	6	6	24	7

Diagnostics

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
cancers	63	73	68	80	284	81
aff.n-musc. évolutives	5	4	3	15	27	8
aff.n-musc. non évolutives.	0	0	1	0	1	<1
aff. neuro-psych.	1	1	3	1	6	2
aff.pulm. non cancér.	0	2	1	1	4	1
aff.cardio-vasculaires	1	6	4	1	12	3
aff. rénales	0	0	1	0	1	<1
aff. digest. non cancér.	1	0	0	1	2	1
sida	3	0	0	0	3	1
pathologies multiples	1	2	1	5	9	3

1er consultant

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
formé en soins pall.	7	18	13	15	53	15
généraliste	33	37	32	41	143	41
spécialiste	31	32	37	47	147	42
non précisé	4	1	0	1	6	2

2<sup>e</sup> consultant (24 décès à échéance non brève)

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	3	1	3	3	10	42
spécialiste	3	5	3	3	14	58

Autres médecins non obligatoires consultés

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)
	46	49	52	59	206



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

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)
	31	29	44	40	144

Souffrances physiques mentionnées

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
total	151	132	128	100	511	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
total	57	70	64	52	243	-

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

**Rem:** plusieurs types de souffrance physique et psychique sont souvent mentionnés simultanément

Technique et produits utilisés

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
barbiturique p.o. seul	0	0	2	3	5	1
id.+ paralysant n-musc.	0	1	0	0	1	<1
pentothal ou simil. I.V. seul	22	20	16	30	88	25
id. + paralysant n-musc. I.V.	43	49	48	50	190	54
id. + paralysant n-musc. + KCl	1	3	5	6	15	4
midazolam ou simil. + paralysant n-musc. I.V.	9	8	3	11	31	9
morphine seule ou avec sédatifs	0	2	1	0	3	1
id. + paralysant n-musc. I.V.	0	2	2	0	4	1
inducteurs d'inconscience divers + KCl	0	2	2	0	4	1
midazolam seul	0	0	1	0	1	<1
autre ou mal précisé	0	1	2	4	7	2

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

## Diagnostics des 24 décès non prévus à brève échéance

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
cancers	0	0	0	1	1	4
aff. n-musc. évolutives	5	3	1	2	11	46
aff. n-musc. non évolutives	0	0	1	0	1	4
aff. neuro-psych.	0	1	2	1	4	17
aff. pulm. non cancér.	0	0	0	0	0	-
aff. cardio-vasculaires	0	1	1	0	2	8
aff. rénales	0	0	0	0	0	-
aff. digest. non cancér.	0	0	0	0	0	-
sida	1	0	0	0	1	4
pathologies multiples	0	1	1	2	4	17

## Décisions de la Commission

	1 <sup>er</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Total (nombre)	Total (%)
acceptation simple	59	69	61	78	267	77
ouv. de A pour simple remarque	6	3	2	4	15	4
ouv. de A pour précisions	10	16	19	22	67	19
transmission à la justice	0	0	0	0	0	-

## Remarques :

1. Une déclaration reçue n'a pas été incluse dans ce relevé car elle concernait un arrêt thérapeutique suivi de sédation
2. Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques
3. La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes
4. Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente
5. 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 «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation spécialisée, sont repris comme spécialistes
6. 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
7. Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause
8. Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

## TABLEAUX DES INFORMATIONS RECUEILLIES À PARTIR DU 2<sup>e</sup> VOLET DES DOCUMENTS D'ENREGISTREMENT REÇUS PAR LA COMMISSION

ANNÉE 2005

### Nombre de déclarations

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
						à 1% près
total	89	103	91	110	393	100
néerl / franç.	72/17	87/16	82/9	91/19	332/61	85/15

### Demande consciente ou déclaration anticipée

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
consciente	89	97	90	109	385	98
anticipée	0	6	1	1	8	2

### Sexe des patient(e)s

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
masculin	45	51	49	59	204	52
féminin	44	52	42	51	189	48

### Age des patient(e)s

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
<20	0	0	0	0	0	0
20-39	1	6	0	7	14	4
40-59	20	34	17	22	93	24
60-79	53	42	56	61	212	54
>ou = 80	15	21	18	20	74	19

### Lieu du décès

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
hôpital	50	49	42	62	203	52
domicile	34	44	40	41	159	41
maison de repos	5	6	4	7	22	5
autre	0	4	5	0	9	2

Échéance prévisible du décès

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
brève	81	98	88	99	366	93
non brève	8	5	3	11	27	7

Diagnostics

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
cancers	75	92	80	87	334	85
aff.n-musc. évolutives	7	1	2	6	16	4
aff.n-musc. non évolutives.	1	2	0	3	6	2
aff. neuro-psych.	0	0	0	3	3	<1
aff.pulm. non cancér.	1	2	5	5	13	3
aff.cardio-vasculaires	0	3	0	2	5	1
aff. rénales	0	0	0	0	0	-
aff. digest. non cancér.	1	0	0	0	1	<1
sida	1	0	0	0	1	<1
pathologies multiples	2	2	3	4	11	4
autre	1	1	1	0	3	1

1<sup>er</sup> consultant

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
formé en soins pall.	6	7	14	15	42	11
généraliste	29	47	41	49	166	42
spécialiste	54	49	34	46	183	47
non précisé	0	0	2	0	2	<1

2<sup>e</sup> consultant (27 décès à échéance non brève)

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	7	2	2	7	18	65
spécialiste	1	3	1	4	9	35

Autres médecins non obligatoires consultés

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
	36	50	46	53	185	-

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

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
	35	40	26	29	130	-

Souffrances physiques mentionnées

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
total	85	93	83	105	366	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
total	46	53	58	84	241	-

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

**Rem:** plusieurs types de souffrance physique et psychique sont souvent mentionnés simultanément

Technique et produits utilisés

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
barbiturique p.o. seul	0	2	0	1	3	<1
id.+ paralysant n-musc.	0	1	0	0	1	<1
pentothal ou simil. I.V. seul	23	20	36	39	118	30
id. + paralysant n-musc. I.V.	58	71	45	58	232	59
id. + paralysant n-musc. + KCl	0	1	6	5	12	3
midazolam ou simil. + paralysant n-musc. I.V.	3	3	1	3	10	3
morphine seule ou avec sédatifs	0	0	1	0	1	<1
id. + paralysant n-musc. I.V.	0	2	1	3	6	2
inducteurs d'inconscience divers + KCl	0	0	0	0	0	0
midazolam seul	0	0	1	0	1	<1
autre ou mal précisé	5	3	0	1	9	3

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

## Diagnostiques des 27 décès non prévus à brève échéance

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
cancers	1	2	0	0	3	11
aff. neuromusc. évolutives	5	0	1	1	7	26
aff. neuromusc. non évolutives	1	1	0	3	5	19
aff. neuro-psych.	0	0	0	2	2	7
aff. pulm. non cancér.	0	0	1	1	2	7
aff. cardio-vasculaires	0	1	0	2	3	11
aff. rénales	0	0	0	0	0	-
aff. digest. non cancér.	1	0	0	0	1	4
sida	0	0	0	0	0	-
pathologies multiples	0	0	1	2	3	11
autre	0	1	0	0	1	4

## Décisions de la commission

	1 <sup>er</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Total (nombre)	Total (%)
acceptation simple	71	74	79	89	313	80
ouv. de A pour simple remarque	6	7	1	7	21	5
ouv. de A pour précisions	12	22	11	14	59	15
transmission à la justice	0	0	0	0	0	0

## Remarques :

1. Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques
2. La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes
3. Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente
4. 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 «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation spécialisée, sont repris comme spécialistes
5. 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
6. Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause
7. Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

## RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL 2004-2005

### Nombre de déclarations

	2004	2005	Total	%
total	349	393	742	100
néerl / franç.	304/45	332/61	636/106	86/14

### Demande consciente ou déclaration anticipée

	2004	2005	Total	%
consciente	344	385	729	98
anticipée	5	8	13	2

### Sexe des patient(e)s

	2004	2005	Total	%
masculin	182	204	386	54
féminin	167	189	356	46

### Age des patient(e)s

	2004	2005	Total	%
<20	2	0	2	<1
20-39	31	14	45	6
40-59	116	93	209	28
60-79	150	212	362	49
>ou = 80	50	74	124	17

### Lieu du décès

	2004	2005	Total	%
hôpital	195	203	398	54
domicile	132	159	291	39
maison de repos	15	22	37	5
autre	7	9	16	2

### Échéance prévisible du décès

	2004	2005	Total	%
brève	325	366	691	93
non brève	24	27	51	7

Diagnostics

	2004	2005	Total	%
cancers	284	334	618	83
aff.neuromusc. évolutives	27	16	43	6
aff.neuromusc. non évolutives.	1	6	7	<1
aff. neuro-psych.	6	3	9	1
aff.pulm. non cancér.	4	13	17	2
aff.cardio-vasculaires	12	5	17	2
aff. rénales	1	0	1	<1
aff. digest. non cancér.	2	1	3	<1
sida	3	1	4	<1
pathologies multiples	9	11	20	3
autres	0	3	3	<1

1er consultant

	2004	2005	Total	%
formé en soins pall.	53	42	95	13
généraliste	143	166	309	42
spécialiste	147	183	330	44
non précisé	6	2	8	1

2è consultant (51 décès à échéance non brève)

	2004	2005	Total	%
psychiatre	10	18	28	55
spécialiste	14	9	23	45

Autres médecins non obligatoires consultés

	2004	2005	Total	%
	206	185	391	-

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

	2004	2005	Total	%
	144	130	274	-

Souffrances physiques mentionnées

	2004	2005	Total	%
total	511	366	877	-

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



Souffrances psychiques mentionnées

	2004	2005	Total	%
total	243	241	484	-

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

**Rem:** plusieurs types de souffrance physique et psychique sont souvent mentionnées simultanément

Technique et produits utilisés

	2004	2005	Total	%
barbiturique p.o. seul	5	3	8	1
id.+ paralysant n-musc.	1	1	2	<1
pentothal ou simil. I.V. seul	88	118	206	28
id. + paralysant n-musc. I.V.	190	232	422	57
id. + paralysant n-musc. + KCl	15	12	27	4
midazolam ou simil. + paralysant n-musc. I.V.	31	10	41	6
morphine seule ou avec sédatifs	3	1	4	<1
id. + paralysant n-musc. I.V.	4	6	10	1
inducteurs d'inconscience divers + KCl	4	0	4	<1
midazolam seul	1	1	2	<1
autre ou mal précisé	7	9	16	2

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

Diagnostiques des 51 décès non prévus à brève échéance

	2004	2005	Total	%
cancers	1	3	4	8
aff. neuromusc. évolutives	11	7	18	36
aff. neuromusc. non évolutives	1	5	6	12
aff. neuro-psych.	4	2	6	12
aff. pulm. non cancér.	0	2	2	4
aff. cardio-vasculaires	2	3	5	10
aff. rénales	0	0	0	-
aff. digest. non cancér.	0	1	1	2
sida	1	0	1	2
pathologies multiples	4	3	7	12
autres	0	1	1	2

Décisions de la commission

	2004	2005	Total	%
acceptation simple	267	313	580	78
ouv. de A pour simple remarque	15	21	36	5
ouv. de A pour précisions	67	59	126	17
transmission à la justice	0	0	0	-

*Remarques :*

1. *Une déclaration n'a pas été incluse car elle concernait un arrêt thérapeutique suivi de sédation*
2. *Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques*
3. *La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes*
4. *Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente*
5. *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 «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation, sont repris comme spécialistes.*
6. *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*
7. *Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause*
8. *Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100*

## SECTION 2

---

### DESCRIPTION ET ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI



## LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

---

Le fonctionnement de la commission décrit dans le premier rapport 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 recevant les documents de travail et les convocations aux réunions.

Le pourcentage des documents d'enregistrement qui ont nécessité l'ouverture du volet I a été de 22% au cours des deux années faisant l'objet du présent rapport. Il avait été de 31,5% pendant les quinze premiers mois d'application de la loi (premier rapport de la commission). On peut interpréter ce fait comme témoignant d'une amélioration de la connaissance des exigences légales par le corps médical. Pour contribuer à cette amélioration, la commission a mis au point, comme elle l'avait proposé dans la section 3 « Recommandations » du premier rapport, un document explicatif destiné aux médecins concernant certaines de ses décisions et précisant certains points de la loi qui ne paraissaient pas avoir toujours été bien compris. Après son adoption par la commission en séance plénière, ce document a été systématiquement joint aux lettres adressées aux médecins lorsque l'ouverture du volet 1 du document d'enregistrement avait été 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 **742**, ce qui correspond à une moyenne annuelle de **371** et une moyenne mensuelle de **31** déclarations. Ce nombre a été de **349** pendant l'année 2004 et de **393** pendant l'année 2005. Pendant les 15 premiers mois d'application de la loi qui ont fait l'objet du premier rapport de la commission, le nombre de documents reçus avait été de **259**, soit une moyenne annuelle de **207** déclarations et une moyenne mensuelle de **17** déclarations. Il y a donc une augmentation nette du nombre de déclarations d'euthanasie en 2004 par rapport à 2003, ce qui était attendu, compte tenu de la prise de connaissance de la loi tant de la part des citoyens que des médecins (il faut d'ailleurs noter que le nombre moyen mensuel de documents d'enregistrement reçus n'avait été que de 8 pendant le premier trimestre d'application de la loi). Si on compare les années de 2004 à 2005, on ne constate qu'une faible augmentation (**349** en 2004 et **393** en 2005).

Il faut signaler qu'une déclaration reçue par la commission n'a pas été reprise dans cette statistique : la commission a considéré qu'il ne s'agissait pas d'une euthanasie mais d'un arrêt thérapeutique suivi d'un traitement palliatif jusqu'au décès.

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

La proportion du nombre de décès par euthanasie déclarés pendant la période couverte par le présent rapport est de 3,6 pour mille de l'ensemble des décès.

### **La langue de rédaction des documents d'enregistrement**

Comme dans le rapport précédent, 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 636 et 106, soit **86%** et **14%** du nombre total des déclarations).

Différentes raisons pouvant 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 signalé déjà dans le précédent rapport, la commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Les résultats de l'enquête récente relative aux décisions en fin de vie, menée par l'ULB et l'Université de Gand à la demande du SPF Santé publique, permettront peut-être des conclusions plus utiles. Il faut souligner cependant que les pratiques médicales en fin de vie 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 susceptibles d'accélérer le décès (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 (**618** soit **83%**) 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 (**43** 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 du premier rapport.

Neuf euthanasies pour affection neuro-psychiatrique ont été déclarées à la commission (six en 2004 et trois en 2005) : il s'agissait d'un cas de maladie de Creutzfeldt-Jakob, de trois cas de maladie d'Alzheimer, d'un cas de maladie de Huntington et de quatre cas de dépression majeure irréductible. Elles ont fait l'objet d'un examen extrêmement minutieux pour s'assurer que les conditions légales étaient effectivement présentes : selon les cas, il s'agissait soit du caractère incurable et grave de l'affection, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, soit du caractère insupportable de la souffrance ou de plusieurs de ces conditions. Les rapports médicaux circonstanciés joints aux documents d'enregistrement ou ceux qui ont été demandés au médecin après examen de la déclaration et ouverture du volet 1 ont permis à la commission de conclure dans tous les cas que les conditions de la loi avaient été respectées.

## **L'ÂGE DES PATIENTS**

**77%** des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans. Moins de **1%** des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de moins de 20 ans et **17%** chez des patients âgés de plus de 79 ans alors que près de la moitié des décès ont lieu dans cette tranche d'âge.

Comme il avait déjà été constaté dans le premier rapport 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

---

13 euthanasies de patients inconscients ont été pratiquées sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste peu important mais il est nettement plus élevé que celui du premier rapport (celui-ci n'avait enregistré qu'une seule euthanasie pratiquée sur base d'une telle déclaration). 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.

## LE LIEU OÙ L'EUTHANASIE A ÉTÉ PRATIQUÉE

---

Comme l'indiquait le premier rapport de la commission, une proportion importante (39%) des euthanasies ont été pratiquées au domicile des patients ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi. Cette proportion est légèrement inférieure à celle relevée dans le rapport précédent (41%).

La faible proportion des euthanasies pratiquées dans les maisons de repos et de soins, signalée dans le premier rapport est confirmée (5% des euthanasies comme dans le premier rapport).

Comme indiqué déjà dans le premier rapport, certains médecins signalent dans le formulaire de déclaration des difficultés pour obtenir en officine publique les produits nécessaires. Il faut mentionner à ce sujet la loi du 10 novembre 2005 complétant la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie par des dispositions concernant le rôle du pharmacien et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes, ainsi que les recommandations du Conseil national de l'Ordre des Médecins : les produits doivent être prescrits de manière détaillée sur une ordonnance établie au nom du patient et le médecin doit lui-même en prendre livraison. Il est probable que ces difficultés disparaîtront progressivement, des initiatives pour pallier ces difficultés ayant été prises tant par des organisations professionnelles que par les pouvoirs publics.

## L'ÉCHÉANCE PRÉVISIBLE DU DÉCÈS

---

93% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à brève échéance. La grande majorité d'entre eux (83%) étaient atteints d'un cancer généralisé ou gravement mutilant. Ces données sont similaires à celles du premier rapport de la commission.

Parmi les 7% d'euthanasies pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (51 cas), la plupart concernaient des affections neurologiques. Seules 4 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 du premier rapport.

Il faut rappeler que la question de l'appréciation de l'échéance prévisible du décès a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent de la commission. Cette mise au point est reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport (point 2).

## 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 sont toutes décrites comme constantes, insupportables et inapaisables, sont énumérées dans les tableaux statistiques de la section 1 mais il n'est pas possible d'identifier celles qui ont été à l'origine de la demande d'euthanasie.

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 le rapport précédent de la commission. Cette mise au point est reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport (point 3). Quelques membres de la commission estiment que dans certains dossiers une interprétation trop large a été donnée à la notion de souffrance psychique. Cette façon de voir n'a pas été acceptée par la majorité de la commission.

## 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 (**89%**), le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par anesthésie générale, le plus souvent par injection I.V. de thiopental (Pentothal) ou similaires, et, sauf dans le cas où le décès survenait spontanément en quelques minutes<sup>1</sup>, en injectant ensuite en I.V. un paralysant neuromusculaire (Pavulon, Norcuron, Tracrium, Nimbex, 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

**Dans 4 cas**, le décès a été obtenu, après induction de l'inconscience, par une injection de chlorure de potassium provoquant un arrêt cardiaque.

**La morphine**, seule ou en association avec des sédatifs n'a été utilisée que rarement (**4 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, 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** a été utilisée pour **10** euthanasies (**1%** des euthanasies). Dans **8** 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 le rapport précédent qui est reprise dans le document destiné au corps médical joint en annexe (point 7). Cette mise au point est en accord avec la position du Conseil national de l'Ordre des médecins<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Cette éventualité est fréquemment mentionnée lorsque l'inconscience a été obtenue par injection de thiopental

<sup>2</sup> 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.



### **Les remarques ajoutées par certains médecins**

Comme signalé dans le rapport précédent, 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 qui a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent est reprise dans la brochure d'information destinée au corps médical qui est jointe en annexe au présent rapport (point 6).

Dans les cas où le décès n'était pas prévisible à brève échéance, le second consultant obligatoire a été un psychiatre dans **55%** des cas et un spécialiste de l'affection en cause dans **45%** des cas.

### **Médecins ou équipes palliatives consultées en plus des obligations légales**

Comme le rapport précédent l'avait relevé, la commission constate que les médecins ont eu fréquemment recours à des consultations supplémentaires de spécialistes en plus des obligations légales (391 médecins et 274 équipes palliatives). La commission considère le fait comme témoignant de la rigueur et du sérieux avec lesquels les médecins déclarants ont agi.

Certains membres estiment cependant qu'il convient de veiller à ce 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 le premier rapport de la commission, une modification a été apportée au document d'enregistrement pour rappeler la mission du (des) médecin(s) consulté(s) obligatoirement. Malgré cette modification, 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 1 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 (point 4). Il en est de même de l'interprétation par la commission de la notion d' « indépendance » du médecin consulté (point 5).

## 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. Il en est ainsi en particulier de l'obligation d'une demande écrite qui n'avait pas toujours été correctement respectée dans les premiers mois d'application de la loi comme l'avait signalé le premier rapport.

Un point qui reste sujet à des erreurs d'interprétation est la confusion, déjà signalée dans le premier rapport, 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 dans ces cas par des contacts avec le médecin et les corrections nécessaires ont été apportées 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 que le patient 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 aux médecins pour éviter à l'avenir de telles confusions (point 1).

## LES DÉCISIONS DE LA COMMISSION

---

**78%** des déclarations ont été acceptées d'emblée ; dans **22%** des dossiers, la commission a décidé la levée de l'anonymat par ouverture du volet I.

Cette ouverture a été, dans **5%** 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 **17%** 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.

À dater du mois de novembre 2005, 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.

## **SECTION 3**

---

### RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION CONCERNANT L'EXÉCUTION DE LA LOI



## RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

---

### **Concernant la nécessité d'un effort d'information**

Comme elle l'avait déjà souligné dans le premier rapport, 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. Dans ce but, comme prévu dans le rapport précédent, la commission a rédigé une brochure d'information destinée au corps médical. Elle est jointe en annexe au présent rapport. Adoptée par la commission le 6 septembre 2005, elle a, à partir de cette date, 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 Service public fédéral Santé publique en regard du document d'enregistrement ([www.health.fgov.be/euthanasie](http://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. Quelques initiatives dans ce domaine ont été prises par des mutualités ou des associations diverses mais un document officiel similaire à celui mis à la disposition des citoyens et de l'étranger par le gouvernement des Pays-Bas serait certainement utile. 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.

### **Concernant l'enregistrement des déclarations anticipées auprès du registre national**

La commission regrette une nouvelle fois que l'enregistrement de la déclaration anticipée, prévu par la loi, n'ait toujours pas été mis en pratique.

### **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 (page 23).

### **Concernant la formation des médecins**

La commission rappelle qu'elle avait estimé dans le rapport précédent 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 post-universitaire 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 l'avis donné dans le précédent rapport : malgré la remarque formulée par certains membres concernant l'interprétation par la commission de la notion de souffrance psychique (voir p.24), elle estime que l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des modifications législatives. La commission prend notamment acte de la modification à la loi concernant le rôle des pharmaciens qui a été adoptée le 10 novembre 2005.

En ce qui concerne la question de l'extension éventuelle du domaine d'application de la loi aux mineurs d'âge et des modifications à la déclaration anticipée, qui font actuellement l'objet d'un débat éthique et philosophique, la commission estime qu'il n'est ni de sa mission ni de sa compétence de se prononcer dans ces matières qui ne concernent pas l'application de la loi du 28 mai 2002.



## RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

---





## RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

---

1. Le nombre d'euthanasies déclarées a été pendant les années 2004 et 2005 en moyenne de 31 par mois ; l'augmentation de ce nombre par rapport à celui du rapport précédent qui concernait les 15 premiers mois d'application de la loi est modérée ; elle 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. La grande majorité des documents d'enregistrement sont rédigés en néerlandais.
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 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. Neuf cas de pathologies neuro-psychiatriques ont fait l'objet d'une déclaration : ces cas ont donné lieu à un examen particulièrement minutieux de la commission pour s'assurer qu'ils entraînent effectivement dans le cadre de la loi et que les conditions légales avaient été respectées
3. Les euthanasies pratiquées pour des affections dont 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.
4. Les souffrances insupportables et inapaisables dont font état les patients sont souvent multiples et concernent généralement à la fois les sphères physique et psychique.
5. 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.
6. 39 % des euthanasies se pratiquent au domicile du patient. Elle sont rarement pratiquées dans les maisons de repos et de soins.
7. 13 euthanasies ont été pratiquées chez des patients inconscients sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste faible en raison du champ d'application limité de cette déclaration puisqu'il ne concerne que les patients irréversiblement inconscients mais est nettement plus élevé que pendant les quinze mois qui ont fait l'objet du premier rapport (un seul cas avait été rapporté). La commission estime que la pratique de la déclaration anticipée devrait être encouragée étant donné la difficulté et la gravité des décisions médicales dans les situations d'inconscience irréversible. Elle regrette que l'enregistrement d'une telle déclaration, prévu par la loi, n'ait toujours pas été mis en pratique.
8. 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 les cas où le médecin formule une remarque complémentaire, il signale souvent que le décès survient paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.
9. Aucune déclaration n'a mis en évidence de violation des conditions de fond de la loi. Les erreurs d'interprétation portant uniquement sur des points de procédure sont nettement plus rares qu'au début de l'application de la loi ; elle ont été résolues sans difficulté majeure. La commission espère que la brochure explicative destinée au corps médical qu'elle a rédigée conformément aux conclusions du premier rapport corrigera les erreurs d'interprétation qui subsistent.

10. En plus des consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été volontairement consultées.
11. La commission ne propose pas d'initiatives législatives nouvelles. Elle estime que, dans le cadre de ses compétences et de sa mission qui se limite à l'application de la loi du 28 mai 2002, elle n'a pas recueilli d'éléments qui justifieraient de telles initiatives. La commission prend acte de la modification introduite par la loi du 10 novembre 2005 concernant le rôle des pharmaciens et l'utilisation et la disponibilité des substances euthanasiantes.
12. La commission espère que les résultats de l'enquête relative à l'ensemble des décisions médicales en fin de vie, menée par l'ULB et l'université de Gand à la demande du SPF Santé publique, permettront de mieux connaître la manière dont est gérée la fin de la vie.

*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.*

## ANNEXES

---



## **ANNEXE 1**

---

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



**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.

§ 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 euthasiantes, 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. 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.

#### **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 de



confiance, 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.

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'inaffable;
- 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.

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

## **ANNEXE 2**

---

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





**2 AOÛT 2002. - Arrêté royal 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**

ALBERT II, Roi des Belges, à tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, notamment l'article 6;

Vu la liste double des candidats présentée par le Sénat, en date du 18 juillet 2002;

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;
- Vermylen, J. (NL), Winksele;
- Englert, M. (FR), Bruxelles;
- Bron, D. (FR), Linkebeek;
- Mathys, R. (NL), Anvers;
- Maassen, P. (FR), Liège;
- Van de Vloed, O. (NL), Houthalen;
- 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 :

- Mabrouk, F.F. (FR), Bruxelles;
- Bauwens, S. (NL), Meise;
- Ter Heerdt, J. (NL), Anvers;
- Herremans, J. (FR), Bruxelles.

Art. 2. . § 1er. Sont nommés en qualité de membres suppléants de la Commission :

1° en tant que docteurs en médecine :

- Van Belle, S. (NL), Galmaarden;
- Van den Eynden, B. (NL), Mortsel;
- Clumeck, N. (FR), Bruxelles;
- Figa, B. (FR), Bruxelles;
- Proot, L. (NL), Oostkamp;
- Bury, J. (FR), Liège;
- Van Emelen, M. (NL), Genk;
- Bouckenaere, D. (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;
- Gothot, P. (FR), Liège.

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

- Magnette, G. (FR), Bruxelles;
- Geuens, A. (NL), Lommel;
- Van Houdt, M.-L. (NL), Peer;
- De Voght, N. (FR), Warisoux.

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

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de l'entrée en vigueur de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Donné à Punat, le 2 août 2002.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Santé Publique, Mme M. AELVOET

Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN

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](http://www.health.fgov.be/euthanasie)



## **ANNEXE 3**

---

Le document d'enregistrement adopté le 17 février 2004



## 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).

Par contre, **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)

**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 :

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

**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°)

entretien 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)

**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 :**



**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.3, §5)

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 :



## **ANNEXE 4**

---

Brochure d'information à l'intention du corps médical

## 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 *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 constatations.

*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.

## **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 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'ANALGÉSIFIQUES 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.

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](http://www.health.fgov.be/euthanasie)



DOC 51 **2733/001 (Chambre)**  
**3-1935/1 (Sénat)**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS ET SÉNAT  
DE BELGIQUE

8 novembre 2006

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

**Deuxième rapport aux chambres législatives  
(2004 - 2005)**

DOC 51 **2733/001 (Kamer)**  
**3-1935/1 (Senaat)**

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS  
EN SENAAT

8 november 2006

**FEDERALE CONTROLE- EN  
EVALUATIECOMMISSIE  
EUTHANASIE**

**Tweede verslag aan de wetgevende kamers  
(2004 - 2005)**

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&amp;V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

*Abréviations dans la numérotation des publications :*

*DOC 51 0000/000* : Document parlementaire de la 51e 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 51 0000/000* : Parlementair document van de 51e 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*

*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*

# **FEDERALE CONTROLE- EN EVALUATIECOMMISSIE EUTHANASIE**

---

TWEEDE VERSLAG AAN DE WETGEVENDE KAMERS  
(2004 - 2005)



## 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 2004 en 31 december 2005.

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 aangegeven 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 2 augustus 2002 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie; 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 Mathijs, Fernand Van Neste. Het werd besproken in de plenaire vergadering van 3 oktober 2006 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

2004

### Aantal aangiften

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
						tot op 1%
Totaal	75	88	82	104	349	100
Nederl./ Franstalige	65/10	77/11	73/9	89/15	304/45	87/13

### Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
verzoek	73	88	80	103	344	99
wilsverklaring	2	0	2	1	5	1

### Geslacht van de patiënten

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
man	42	44	43	53	182	52
vrouw	33	44	39	51	167	48

### Leeftijd van de patiënten

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
<20	0	2	0	0	2	1
20-39	2	23	2	4	31	9
40-59	27	48	20	21	116	33
60-79	36	15	45	54	150	43
>of = 80	10	0	15	25	50	14

### Plaats van overlijden

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
ziekenhuis	38	50	46	61	195	56
thuis	32	35	30	35	132	38
rusthuis	1	2	4	8	15	4
andere	4	1	2	0	7	2

Te verwachten termijn voor overlijden

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
binnen afzienb. termijn	69	82	76	98	325	93
niet binnen afzienb termijn	6	6	6	6	24	7

Diagnose

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	63	73	68	80	284	81
evolutieve neuromusc. aandoen.	5	4	3	15	27	8
niet-evol. neuromusc. aandoen.	0	0	1	0	1	<1
neuropsych. aandoen.	1	1	3	1	6	2
niet-maligne longaandoen.	0	2	1	1	4	1
cardiovasculaire aandoen.	1	6	4	1	12	3
nieraandoen.	0	0	1	0	1	<1
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	1	0	0	1	2	1
aids	3	0	0	0	3	1
verschillende aandoen.	1	2	1	5	9	3

1e consulent

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
palliatief arts	7	18	13	15	53	15
huisarts	33	37	32	41	143	41
specialist	31	32	37	47	147	42
niet gepreciseerd	4	1	0	1	6	2

2e consulent (24 x overlijden niet binnen afzienbare termijn)

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
psychiater	3	1	3	3	10	42
specialist	3	5	3	3	14	58

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)
	46	49	52	59	206

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

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)
	31	29	44	40	144

Opgegeven fysiek lijden

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
Totaal	151	132	128	100	511	-

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

Opgegeven psychisch lijden

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
Totaal	57	70	64	52	243	-

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

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

Gebruikte techniek en middelen

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
enkel barbituraat p.o.	0	0	2	3	5	1
id.+ spierverslapper	0	1	0	0	1	<1
enkel pentothal of gelijkaardig middel I.V.	22	20	16	30	88	25
id. + spierverslapper I.V.	43	49	48	50	190	54
id. + spierverslapper + KCl	1	3	5	6	15	4
midazolam of gelijkaardig middel + spierverslapper I.V.	9	8	3	11	31	9
morfine al dan niet met sedativa	0	2	1	0	3	1
id. + spierverslapper I.V.	0	2	2	0	4	1
Diverse middelen voor inductie van bewusteloosheid + KCl	0	2	2	0	4	1
enkel midazolam	0	0	1	0	1	<1
andere of onduidelijk	0	1	2	4	7	2

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

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn (24 gevallen)

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	0	0	0	1	1	4
evolutieve neuromusc. aandoen.	5	3	1	2	11	46
niet-evol. neuromusc. aandoen.	0	0	1	0	1	4
neuropsych. aandoen.	0	1	2	1	4	17
niet-maligne longaandoen.	0	0	0	0	0	-
cardiovasculaire aandoen.	0	1	1	0	2	8
nieraandoen.	0	0	0	0	0	-
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	0	0	0	0	0	-
aids	1	0	0	0	1	4
verschillende aandoen.	0	1	1	2	4	17

Beslissingen van de commissie

	1 <sup>e</sup> trim 04	2 <sup>e</sup> trim 04	3 <sup>e</sup> trim 04	4 <sup>e</sup> trim 04	Totaal (aantal)	Totaal (%)
aanvaarding zonder meer	59	69	61	78	267	77
opening van deel I voor opmerking(en)	6	3	2	4	15	4
opening van deel I voor preciseringen	10	16	19	22	67	19
overdracht aan justitie	0	0	0	0	0	-

Opmerkingen

1. *Eén aangifte is hier niet in opgenomen aangezien ze betrekking had op het stopzetten van een behandeling, gevolgd door sedatie.*
2. *Niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.*
3. *De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.*
4. *Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines per os of I.V. vóór de euthanasie toegepast.*
5. *Soms is de hoedanigheid van de eerste verplicht geraadpleegde arts niet duidelijk: in dit geval, wanneer bij de LEIF-artsen 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.*
6. *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.*
7. *De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.*
8. *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

2005

### Aantal aangiften

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
						tot op 1%
totaal	89	103	91	110	393	100
Nederl./ Franstalige	72/17	87/16	82/9	91/19	332/61	85/15

### Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
verzoek	89	97	90	109	385	98
wilsverklaring	0	6	1	1	8	2

### Geslacht van de patiënten

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
man	45	51	49	59	204	52
vrouw	44	52	42	51	189	48

### Leeftijd van de patiënten

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
<20	0	0	0	0	0	0
20-39	1	6	0	7	14	4
40-59	20	34	17	22	93	24
60-79	53	42	56	61	212	54
>of = 80	15	21	18	20	74	19

### Plaats van overlijden

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
ziekenhuis	50	49	42	62	203	52
thuis	34	44	40	41	159	41
rusthuis	5	6	4	7	22	5
andere	0	4	5	0	9	2

Te verwachten termijn voor overlijden

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
binnen afzienb. termijn	81	98	88	99	366	93
niet binnen afzienb. termijn	8	5	3	11	27	7

Diagnose

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	75	92	80	87	334	85
evolutieve neuromusc. aandoen.	7	1	2	6	16	4
niet-evol. neuromusc. aandoen.	1	2	0	3	6	2
neuropsych. aandoen.	0	0	0	3	3	<1
niet-maligne longaandoen.	1	2	5	5	13	3
cardiovasculaire aandoen.	0	3	0	2	5	1
nieraandoen.	0	0	0	0	0	-
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	1	0	0	0	1	<1
aids	1	0	0	0	1	<1
verschillende aandoen.	2	2	3	4	11	4
andere	1	1	1	0	3	1

1e consulent

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
palliatief arts	6	7	14	15	42	11
huisarts	29	47	41	49	166	42
specialist	54	49	34	46	183	47
niet gepre-ciseerd	0	0	2	0	2	<1

2e consulent (27 x overlijden niet binnen afzienbare termijn)

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
psychiater	7	2	2	7	18	65
specialist	1	3	1	4	9	35

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
	36	50	46	53	185	-

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

	1 <sup>e</sup> trimester	2 <sup>e</sup> trimester	3 <sup>e</sup> trimester	4 <sup>e</sup> trimester	totaal (aantal)	totaal (%)
	35	40	26	29	130	-

Opgegeven fysiek lijden

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
Totaal	85	93	83	105	366	-

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

Opgegeven psychisch lijden

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
Totaal	46	53	58	84	241	-

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

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

Gebruikte techniek en middelen

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
enkel barbituraat p.o.	0	2	0	1	3	<1
id.+ spierverslapper	0	1	0	0	1	<1
enkel pentothal of gelijkaardig middel I.V.	23	20	36	39	118	30
id. + spierverslapper I.V.	58	71	45	58	232	59
id. + spierverslapper + KCl	0	1	6	5	12	3
midazolam of gelijkaardig middel + spierverslapper I.V.	3	3	1	3	10	3
morfine al dan niet met sedativa	0	0	1	0	1	<1
id. + spierverslapper I.V.	0	2	1	3	6	2
Diverse middelen voor inductie van bewusteloosheid + KCl	0	0	0	0	0	0
enkel midazolam	0	0	1	0	1	<1
andere of onduidelijk	5	3	0	1	9	3

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

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn (27 gevallen)

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
kankers	1	2	0	0	3	11
evolutieve neuromusc. aandoen.	5	0	1	1	7	26
niet-evol. neuromusc. aandoen.	1	1	0	3	5	19
neuropsych. aandoen.	0	0	0	2	2	7
niet-maligne longaandoen.	0	0	1	1	2	7
cardiovasculaire aandoen.	0	1	0	2	3	11
nieraandoen.	0	0	0	0	0	-
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	1	0	0	0	1	4
aids	0	0	0	0	0	0
verschillende aandoen.	0	0	1	2	3	11
andere	0	1	0	0	1	4

Beslissingen van de commissie

	1 <sup>e</sup> trim 05	2 <sup>e</sup> trim 05	3 <sup>e</sup> trim 05	4 <sup>e</sup> trim 05	Totaal (aantal)	Totaal (%)
aanvaarding zonder meer	71	74	79	89	313	80
opening van deel I voor opmerking(en)	6	7	1	7	21	5
opening van deel I voor preciseringen	12	22	11	14	59	15
overdracht aan justitie	0	0	0	0	0	0

Opmerkingen :

1. Niet-evolutieve neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.
2. De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.
3. Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines per os of i.v. vóór de euthanasie toegepast.
4. Soms is de hoedanigheid van de eerste verplicht geraadpleegde arts niet duidelijk: in dit geval, wanneer bij de LEIF-artsen 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.
5. 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.
6. De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.
7. De percentages zijn afgerond tot op de eenheden, waardoor het totaal aantal soms licht afwijkt van 100.



## ALGEMEEN OVERZICHT 2004-2005

### Aantal aangiften

	2004	2005	Totaal	%
totaal	349	393	742	100
Nederl./ Franstalige	304/45	332/61	636/106	86/14

### Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	2004	2005	Totaal	%
verzoek	344	385	729	98
wilsverklaring	5	8	13	2

### Geslacht van de patiënten

	2004	2005	Totaal	%
man	182	204	386	54
vrouw	167	189	356	46

### Leeftijd van de patiënten

	2004	2005	Totaal	%
<20	2	0	2	<1
20-39	31	14	45	6
40-59	116	93	209	28
60-79	150	212	362	49
>of = 80	50	74	124	17

### Plaats van overlijden

	2004	2005	Totaal	%
ziekenhuis	195	203	398	54
thuis	132	159	291	39
rusthuis	15	22	37	5
andere	7	9	16	2

### Te verwachten termijn voor overlijden

	2004	2005	Totaal	%
binnen afzienb. termijn	325	366	691	93
niet binnen afzienb. termijn	24	27	51	7

Diagnose

	2004	2005	Totaal	%
kankers	284	334	618	83
evolutieve neuromusc. aandoen.	27	16	43	6
niet-evol. neuromusc. aandoen.	1	6	7	<1
neuropsych. aandoen.	6	3	9	1
niet-maligne longaandoen.	4	13	17	2
cardiovasculaire aandoen.	12	5	17	2
nieraandoen.	1	0	1	<1
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	2	1	3	<1
aids	3	1	4	<1
verschillende aandoen.	9	11	20	3
andere	0	3	3	<1

1e consulent

	2004	2005	Totaal	%
palliatief arts	53	42	95	13
huisarts	143	166	309	42
specialist	147	183	330	44
niet gepreciseerd	6	2	8	1

2e consulent (51 x overlijden niet binnen afzienb. termijn)

	2004	2005	Totaal	%
psychiater	10	18	28	55
specialist	14	9	23	45

Andere niet-verplicht geraadpleegde artsen

	2004	2005	Totaal	%
	206	185	391	-

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

	2004	2005	Totaal	%
	144	130	274	-

Opgegeven fysiek lijden

	2004	2005	Totaal	%
Totaal	511	366	877	-

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

Opgegeven psychisch lijden

	2004	2005	Totaal	%
Totaal	243	241	484	-

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

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

Gebruikte techniek en middelen

	2004	2005	Totaal	%
enkel barbituraat p.o.	5	3	8	1
id.+ spierverslapper	1	1	2	<1
enkel pentothal of gelijkaardig middel I.V.	88	118	206	28
id. + spierverslapper I.V.	190	232	422	57
id. + spierverslapper + KCI	15	12	27	4
midazolam of gelijkaardig middel + spierverslapper I.V.	31	10	41	6
morfine al dan niet met sedativa	3	1	4	<1
id. + spierverslapper I.V.	4	6	10	1
Diverse middelen voor inductie van bewusteloosheid + KCI	4	0	4	<1
enkel midazolam	1	1	2	<1
andere of onduidelijk	7	9	16	2

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

Diagnoses bij overlijden niet binnen afzienbare termijn (51 gevallen)

	2004	2005	Totaal	%
kankers	1	3	4	8
evolutieve neuromusc. aandoen.	11	7	18	36
niet-evol. neuromusc. aandoen.	1	5	6	12
neuropsych. aandoen.	4	2	6	12
niet-maligne longaand.	0	2	2	4
cardiovasculaire aand.	2	3	5	10
nieraandoeningen	0	0	0	-
niet-maligne spijsverteringsaand.	0	1	1	2
aids	1	0	1	2
verschillende aandoeningen	4	3	7	12
andere	0	1	1	2

Beslissingen van de commissie

	2004	2005	Totaal	%
aanvaarding zonder meer	267	313	580	78
opening van deel I voor opmerking(en)	15	21	36	5
opening van deel I voor preciseringen	67	59	126	17
overdracht aan justitie	0	0	0	-

*Opmerkingen :*

1. *Eén aangifte is hier niet in opgenomen aangezien ze betrekking had op het stopzetten van een behandeling, gevolgd door sedatie.*
2. *Niet-evolutive neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letsels.*
3. *De categorie «kankers» omvat kwaadaardige tumors en kwaadaardige bloedaandoeningen.*
4. *Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines per os of I.V. vóór de euthanasie toegepast.*
5. *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.*
6. *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.*
7. *De opgegeven percentages hebben betrekking op het aantal gevallen onder de betreffende rubriek.*
8. *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 het eerste verslag aan de wetgevende kamers. Gedurende de periode waarop dit tweede 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 ontvingen steeds de werkdocumenten en de uitnodigingen voor de vergaderingen.

Gedurende de twee jaren waarop dit verslag betrekking heeft, moest bij 22 % van de gevallen deel I van de registratiedocumenten worden geopend. Voor de eerste vijftien maanden van de toepassing van de wet was dit 31,5 % (eerste verslag van de commissie). Hieruit kan worden afgeleid dat de artsen beter op de hoogte zijn van de wettelijke vereisten. Om daartoe bij te dragen heeft de commissie, zoals ze had voorgesteld in deel 3 van het eerste verslag aan de wetgevende kamers, een informatiebrochure voor de artsen uitgewerkt waarin ze toelichting geeft bij sommige van haar beslissingen en bij bepaalde punten van de wet die blijkbaar niet altijd duidelijk zijn. Nadat de commissie de tekst in plenaire vergadering had goedgekeurd, is deze brochure 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 **742** registratiedocumenten ontvangen, wat overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van **371** en een maandelijks gemiddelde van **31** aangiften. In 2004 ontving de commissie **349** registratiedocumenten, in 2005 **393**. Tijdens de 15 eerste maanden van de toepassing van de wet, de periode waarop het eerste verslag van de commissie betrekking had, had de commissie **259** registratiedocumenten ontvangen, hetgeen overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van **207** en een maandelijks gemiddelde van **17** aangiften. In 2004 is het aantal euthanasieaangiften dus duidelijk toegenomen ten opzichte van het jaar voordien: dit kon worden verwacht aangezien zowel burgers als artsen de tijd moesten hebben kennis te nemen van de wet (er dient trouwens opgemerkt dat in het eerste trimester van de toepassing van de wet het maandelijks gemiddelde slechts 8 bedroeg). Uit de vergelijking van de aantallen voor de jaren 2004 en 2005 blijkt een lichte toename (**349** in 2004 en **393** in 2005).

Verder dient opgemerkt dat één aangifte die de commissie heeft ontvangen niet in deze statistieken is opgenomen: de commissie heeft geoordeeld dat het hier niet om euthanasie ging, maar wel om het stopzetten van de behandeling, gevolgd door palliatieve zorg tot aan het overlijden.

### **Aantal overlijdens door aangegeven euthanasie ten opzichte van totaal aantal overlijdens**

Het aantal overlijdens door aangegeven euthanasie tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, ten opzichte van het totaal aantal overlijdens bedraagt 3,6 per duizend.

### **Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld**

Net zoals in het vorige verslag wijst de commissie op de wanverhouding tussen het aantal registratiedocumenten opgesteld in het Nederlands en het aantal ingevuld in het Frans (respectievelijk 636 en 106, ofwel 86% en 14% van het totaal aantal aangiften). Dit verschil is duidelijk groter dan het verschil tussen het inwonertal van het Vlaams en dat van het Waals Gewest (zonder rekening te houden met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest). Verschillende redenen die deze wanverhouding zouden kunnen verklaren, worden in het eerste verslag aangehaald.

### **Aantal aangegeven gevallen van euthanasie ten opzichte van het aantal werkelijke uitgevoerde gevallen**

Zoals reeds vermeld in het vorige verslag kan de commissie onmogelijk inschatten welke de verhouding is tussen het aantal aangegeven gevallen van euthanasie en het aantal werkelijk uitgevoerde gevallen. Onlangs werd een enquête gehouden door de Universiteit van Gent en de VUB in verband met beslissingen die genomen worden tijdens de laatste levensfase: op basis van deze resultaten zal men wellicht tot nuttige conclusies komen. Toch dient te worden benadrukt dat de medische beslissingen in de laatste levensfase soms dubbelzinnige situaties 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 (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 (**618** of **83 %**) ging het om kankers, (deze term omvat alle kwaadaardige aandoeningen (kwaadaardige vaste tumors, leukemieën, myelomen, enz.) die meestal op verschillende manieren, curatief en/of palliatief, behandeld waren. De tweede meest voorkomende diagnose die aanleiding heeft gegeven tot euthanasie is die van dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoening (**43** ofwel **6 %** van de euthanasiegevallen). Andere diagnoses waren slechts zelden of in uitzonderlijke gevallen reden tot euthanasie. Deze gegevens stemmen overeen met die van het eerste verslag.

Negen keer werd bij een neuropsychiatrische aandoening euthanasie uitgevoerd en aangegeven bij de commissie (zes gevallen in 2004 en drie in 2005): één keer ging het om de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, drie keer om de ziekte van Alzheimer, één keer om de ziekte van Huntington en vier keer om een ernstige en ongeneeslijke depressie. In deze gevallen is met bijzonder grote zorgvuldigheid onderzocht of aan alle wettelijke voorwaarden was voldaan: naar gelang het geval werd nagegaan of de aandoening ongeneeslijk en ernstig was, of het verzoek vrijwillig en weloverwogen was, of het lijden ondraaglijk was; soms ging het onderzoek over meerdere van de hierboven vermelde voorwaarden. Op basis van de uitvoerige medische verslagen die bij de registratiedocumenten werden gevoegd of die, na bespreking van de aangifte en opening van deel I, aan de arts werden gevraagd, heeft de commissie in alle gevallen kunnen vaststellen dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan.

## **DE LEEFTIJD VAN DE PATIËNTEN**

---

In **77 %** van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar. Minder dan **1 %** van de patiënten was jonger dan 20 en **17 %** van de patiënten was ouder dan 79 jaar ofschoon ongeveer 50% van het totaal aantal overlijdens zich in deze leeftijdscategorie bevindt.

Zoals reeds in het eerste verslag 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

---

13 keer werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren, op basis van een wilsverklaring. Dit aantal blijft beperkt maar ligt duidelijk hoger dan in het vorige verslag (daar was slechts sprake van één geval van euthanasie uitgevoerd op basis van een dergelijke verklaring). 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.

## DE PLAATS WAAR DE EUTHANASIE WERD UITGEVOERD

---

Zoals reeds aangegeven in het eerste verslag van de commissie, werd de euthanasie in veel gevallen (39 %) bij de patiënt thuis uitgevoerd, hetgeen overeenkomt met de veelvuldig uitgedrukte wens om zijn leven thuis te beëindigen. Dit percentage ligt ietwat lager dan het percentage uit het vorige verslag (41%).

Net zoals bij het eerste verslag werd de euthanasie slechts in 5 % van de gevallen in rust en verzorgings-tehuizen uitgevoerd.

Zoals reeds in het eerste verslag is gesignaleerd, vermelden sommige artsen op hun registratiedocument dat zij de nodige producten niet altijd zonder problemen kunnen verkrijgen in de openbare apotheken. Hierbij wordt verwezen naar de wet van 10 november 2005 tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met bepalingen over de rol van de apotheker en het gebruik en de beschikbaarheid van euthanatica, alsook naar de aanbevelingen van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren: de producten moeten in detail worden voorgeschreven op naam van de patiënt en de arts moet de levering persoonlijk gaan afhalen. Het is mogelijk dat deze problemen geleidelijk aan zullen verdwijnen, er werden reeds enkele initiatieven genomen om deze problemen te voorkomen, zowel door professionele organisaties als door overheidsinstanties.

## TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

---

In 93% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die binnen afzienbare termijn zouden zijn overleden. De overgrote meerderheid (83 %) had een uitgezaaide of zwaar verminkende kanker. Deze gegevens stemmen overeen met de bevindingen van het eerste verslag van de commissie.

Van de 7 % van de gevallen waarbij euthanasie werd toegepast op patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden zijn overleden (51 gevallen) hadden de meeste betrekking op neurologische aandoeningen. Er werd slechts 4 maal euthanasie uitgevoerd bij een kankerpatiënt die volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden. In het eerste verslag zijn gelijkaardige bevindingen gerapporteerd.

Er dient te worden aan herinnerd dat de beoordeling van de te verwachten termijn voor overlijden verduidelijkt is in het vorige verslag van de commissie. Deze toelichting is opgenomen in de informatiebrochure voor de artsen die als bijlage bij dit verslag is gevoegd. (punt 2)

## 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 lenigen, worden opgesomd in de statistische tabellen van deel 1 maar het is onmogelijk te bepalen welk soort lijden aanleiding heeft gegeven tot een verzoek tot euthanasie.

Er dient te worden aan herinnerd dat in het vorige verslag van de commissie toelichting is verstrekt bij de beoordeling van het ondraaglijk en niet te lenigen karakter van het lijden. Deze toelichting is opgenomen in de informatiebrochure voor de artsen die als bijlage bij dit verslag is gevoegd. (punt 3)

Enkele leden van de commissie zijn van oordeel dat in bepaalde dossiers aan het begrip psychisch lijden een te ruime interpretatie wordt gegeven. Deze zienswijze werd niet aanvaard door de meerderheid van de commissie.

## 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 (89 %) werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door intraveneuze inspuiting van thiopental (Pentothal) of gelijkaardige middelen en, behalve wanneer de patiënt spontaan na enkele minuten overleed<sup>1</sup>, vervolgens door intraveneuze inspuiting van een spierverslapper (Pavulon, Norcuron, Tracrium, Nimbex, 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.

**In 4 gevallen** werd het overlijden veroorzaakt, nadat de patiënt buiten bewustzijn was gebracht, door een inspuiting met kaliumchloride die leidde tot een hartstilstand.

**Morfine**, al dan niet in combinatie met kalmerende middelen, werd slechts zelden gebruikt (**in 4 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 10 gevallen (1 %) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van barbituraat.** In **8** 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 het vorige verslag evenals in de informatiebrochure bestemd voor het medische korps dat als bijlage bij dit verslag is gevoegd (punt 7). Deze toelichting is in overeenstemming met het standpunt van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Deze mogelijkheid wordt vaak vermeld wanneer de patiënt buiten bewustzijn werd gebracht via inspuiting van thiopental.

<sup>2</sup> 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 het vorige verslag 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 dat verduidelijkt is in het vorige verslag, is opgenomen in de informatiebrochure voor het medisch korps die als bijlage bij dit verslag is gevoegd (punt 6).

Wanneer de patiënt volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden, was de tweede verplichte consulent in **55 %** van de gevallen een psychiater en was dit in **45 %** van de gevallen een specialist in 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 specialisten hebben geraadpleegd (391 artsen en 274 palliatieve teams). Voor de commissie wijst dit op de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiftes hebben ingediend. Sommige leden zijn 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 het eerste verslag van de commissie, is een wijziging aangebracht aan het registratiedocument om artsen te herinneren aan de taak van de verplicht geraadpleegde arts(en). Ondanks deze wijziging 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 (punt 4). Ook de wijze waarop de commissie het begrip "onafhankelijkheid" van de geraadpleegde arts interpreteert, wordt in de informatiebrochure verduidelijkt. (punt 5).

## DE PROCEDURE GEVOLGD DOOR DE ARTS

---

Over het algemeen hebben de artsen de procedure, zoals herhaald in punt 8 van het registratiedocument, steeds correct en overeenkomstig de wet gevolgd. Dit geldt in het bijzonder voor de verplichting om een schriftelijk verzoek op te stellen. Daaraan werd in de eerste maanden van de toepassing van de wet niet steeds voldaan zoals vermeld werd in het eerste verslag.

Wat nog tot verwarring en interpretatiefouten leidt, zoals ook in het eerste verslag 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 kon in die gevallen echter gemakkelijk worden opgelost: door contact op te nemen met de arts zodat de nodige wijzigingen konden worden aangebracht en de aangifte geldig was.

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 (punt 1).

## DE BESLISSINGEN VAN DE COMMISSIE

---

**78 %** van de aangiftes werden onmiddellijk aanvaard. In **22 %** van de dossiers besloot de commissie om de anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen.

In **5 %** van de aangiftes 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 **17 %** van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over een 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 aangiftes konden worden aanvaard.

Vanaf november 2005 heeft de commissie 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 eerste verslag 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. Daarom heeft de commissie, zoals reeds vermeld in het vorige verslag, een informatiebrochure opgesteld voor het medische korps. Deze brochure is als bijlage bij dit verslag gevoegd. Zodra de brochure op 6 september 2005 door de commissie was goedgekeurd, werd ze 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.fov.be/euthanasie](http://www.health.fov.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. Ziekenfondsen en verenigingen hebben enkele initiatieven op dat vlak genomen maar een officieel document zoals in Nederland, dat zowel voor de burgers als voor de buitenlanders beschikbaar is, zou zeker nuttig zijn. 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.

### **Met betrekking tot de registratie van de voorafgaande wilsverklaring**

De commissie betreurt nogmaals dat de registratie van de wilsverklaring, zoals door de wet bepaald, nog steeds niet in praktijk is gebracht.

### **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 (pag. 23).

### **Met betrekking tot de opleiding van de artsen**

De commissie herinnert eraan dat ze in haar vorige verslag stelde 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 standpunt uit het eerste verslag: ondanks de opmerking die bepaalde leden hebben geformuleerd met betrekking tot de wijze waarop de commissie het begrip «psychisch lijden» interpreteert (zie bl. 24), is zij van mening dat de toepassing van de wet geen noemenswaardige problemen heeft opgeleverd of aanleiding heeft gegeven tot misbruiken die wetswijzigingen zouden noodzakelijk maken. De commissie neemt met name akte van de wetswijziging met betrekking tot de rol van de apothekers die goedgekeurd is op 10 november 2005.

De uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet naar minderjarigen en wijzigingen aan de wilsverklaring zijn kwesties waarover momenteel een ethisch en filosofisch debat wordt gevoerd. De commissie is van oordeel dat het noch tot haar taak noch tot haar bevoegdheid behoort om zich uit te spreken over deze materies die geen betrekking hebben op de toepassing van de wet van 28 mei 2002.





## **SAMENVATTING EN BESLUIT**

---



## SAMENVATTING EN BESLUIT

---

1. In 2004 en 2005 bedroeg het aantal aangegeven euthanasiegevallen gemiddeld 31 per maand. Het aantal gevallen is licht gestegen ten opzichte van het aantal uit het vorige verslag dat betrekking had op de eerste 15 maanden van de toepassing van de wet. Deze stijging kon worden verwacht en vindt haar 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. De overgrote meerderheid van de registratiedocumenten werden opgesteld in het Nederlands.
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 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. Negenmaal werd aangifte gedaan van euthanasie bij een neuropsychiatrische aandoening: de commissie heeft deze gevallen uiterst zorgvuldig onderzocht om zich ervan te vergewissen dat deze gevallen wel degelijk binnen het kader van de wet betreffende de euthanasie vielen en dat aan de wettelijke voorwaarden was voldaan.
3. 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 meerdere verlammingen en uitzonderlijk bij ernstige neurologische gevolgen van een pathologische aandoening of een ongeval.
4. Meerdere vormen van ondraaglijk lijden dat niet kan worden gelenigd, worden bij de betrokken patiënten vastgesteld, en meestal tegelijkertijd op fysiek en psychisch vlak.
5. Meestal werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten van middelbare leeftijd. Onder de 40 en boven de 80 jaar komt euthanasie niet vaak voor.
6. In 39 % van de gevallen wordt de euthanasie bij de patiënt thuis uitgevoerd. Zelden wordt euthanasie in de rust- en verzorgingstehuizen toegepast.
7. In 13 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. Toch is het aantal gevallen duidelijk toegenomen ten opzichte van de 15 maanden waarop het eerste verslag betrekking had (toen werd slechts één geval aangegeven). De commissie is van oordeel dat het gebruik van de wilsverklaring zou moeten worden aangemoedigd gelet op de moeilijke en zware medische beslissingen die genomen moeten worden in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar buiten bewustzijn is. Ze betreurt het feit dat de registratie van een dergelijke verklaring, zoals in de wet bepaald, nog steeds niet in praktijk is gebracht.
8. In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt euthanasie correct toegepast en wordt de patiënt, overeenkomstig de gegevens die beschikbaar zijn in de medische literatuur, 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.

9. Uit geen enkele aangifte bleek dat niet voldaan was aan de principiële voorwaarden van de wet. Er zijn duidelijk minder louter procedurele interpretatiefouten gemaakt dan in het begin van de toepassing van de wet. De interpretatiefouten zijn zonder noemenswaardige problemen opgelost. De commissie hoopt dat de interpretatiefouten die nog steeds worden gemaakt voortaan tot het verleden zullen behoren dankzij de informatiebrochure voor de artsen die ze, overeenkomstig de conclusies van haar eerste verslag, heeft opgesteld.
10. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden vele artsen en palliatieve teams vrijwillig geraadpleegd.
11. De commissie doet geen voorstellen inzake initiatieven op wetgevend vlak. Binnen het kader van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 waartoe haar bevoegdheid en opdracht zich beperken, meent de commissie geen elementen te hebben gevonden die initiatieven op wetgevend vlak zouden rechtvaardigen.  
De commissie neemt akte van de wijziging aangebracht door de wet van 10 november 2005 tot aanvulling van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie met bepalingen over de rol van de apotheker en het gebruik en de beschikbaarheid van euthanatica.
12. Op vraag van de FOD Volksgezondheid werd er een enquête uitgevoerd in verband met de medische beslissingen die genomen worden tijdens de laatste levensfase. De Commissie hoopt dat deze resultaten een duidelijker beeld zullen geven van de wijze waarop er gehandeld wordt tijdens de laatste levensfase.

*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.*

## 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 evaluatietoets.



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 2 augustus 2002 houdende benoeming van de leden van de federale controle- en evaluatie-commissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie





**2 AUGUSTUS 2002. - 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 de dubbele lijst van kandidaten, voorgedragen door de Senaat, dd. 18 juli 2002;

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;
- Vermeylen, J. (NL), Winksele;
- Englert, M. (FR), Brussel;
- Bron, D. (FR), Linkebeek;
- Mathys, R. (NL), Antwerpen;
- Maassen, P. (FR), Luik;
- Van de Vloed, O. (NL), Houthalen;
- 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 :

- Mabrouk, F.F. (FR), Brussel;
- Bauwens, S. (NL), Meise;
- Ter Heerdt, J. (NL), Antwerpen;
- 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 Eynden, B. (NL), Mortsel;
- Clumeck, N. (FR), Brussel;
- Figa, B. (FR), Brussel;
- Proot, L. (NL), Oostkamp;
- Bury, J. (FR), Luik;
- Van Emelen, M. (NL), Genk;
- Bouckenaere, D. (FR), Bruxelles.

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;
- Gothot, P. (FR), Luik.

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

- Magnette, G. (FR), Brussel;
- Geuens, A. (NL), Lommel;
- Van Houdt, M.-L. (NL), Peer;
- De Voght, N. (FR), Warisoulx.

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

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de dag waarop de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie in werking treedt.

Gegeven te Punat, 2 augustus 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid, Mevr. M. AELVOET

De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

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 naam :

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 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 :                    h

plaats van overlijden (aankruisen) :

thuis                                             ouderenzorgvoorziening

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.  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

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 vertrouwensperso(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 tijdspanne 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) principiële 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 BEHANDELLENDE 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 zelfdoding". 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 Geneesheren, 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 mogelijk 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.

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](http://www.health.fgov.be/euthanasie)