

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 juillet 2012

24 juli 2012

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

**FEDERALE CONTROLE- EN
EVALUATIECOMMISSIE
EUTHANASIE**

Cinquième rapport aux Chambres législatives

Vijfde verslag aan de Wetgevende Kamers

(2010 - 2011)

(2010 - 2011)

N-VA	:	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
PS	:	<i>Parti Socialiste</i>
MR	:	<i>Mouvement Réformateur</i>
CD&V	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
sp.a	:	<i>socialistische partij anders</i>
Ecolo-Groen	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>
Open Vld	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>
VB	:	<i>Vlaams Belang</i>
cdH	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>
FDF	:	<i>Fédéralistes Démocrates Francophones</i>
LDD	:	<i>Lijst Dedecker</i>
MLD	:	<i>Mouvement pour la Liberté et la Démocratie</i>

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>		<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>	
<i>DOC 53 0000/000:</i>	<i>Document parlementaire de la 53^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>	<i>DOC 53 0000/000:</i>	<i>Parlementair document van de 53^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>
<i>QRVA:</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>	<i>QRVA:</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>
<i>CRIV:</i>	<i>Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)</i>	<i>CRIV:</i>	<i>Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>
<i>CRABV:</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>	<i>CRABV:</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>
<i>CRIV:</i>	<i>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)</i>	<i>CRIV:</i>	<i>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)</i>
<i>PLEN:</i>	<i>Séance plénière</i>	<i>PLEN:</i>	<i>Plenum</i>
<i>COM:</i>	<i>Réunion de commission</i>	<i>COM:</i>	<i>Commissievergadering</i>
<i>MOT:</i>	<i>Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>	<i>MOT:</i>	<i>Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</i>

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

INTRODUCTION

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2011 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 18 octobre 2011 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
- **Annexe 5** : le communiqué de l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé concernant la disponibilité du Thiopental

SECTION 1

RAPPORT STATISTIQUE

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

RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL 2010-2011

Nombre de déclarations

	2010	2011	Total	%
total	953	1133	2086	
néerl./franç.	809/144	918/215	1727/359	82/18

Demande consciente ou déclaration anticipée

	2010	2011	Total	%
consciente	929	1108	2037	98
anticipée	24	25	49	2

Sexe des patient(e)s

	2010	2011	Total	%
masculin	514	573	1087	52
féminin	439	560	999	48

Age des patient(e)s

	2010	2011	Total	%
<20	-	-	-	-
20-39	21	26	47	2
40-59	185	174	359	17
60-79	499	857	1086	52
>of = 80	248	346	594	27

Lieu du décès

	2010	2011	Total	%
hôpital	428	507	935	45
domicile	441	503	944	45
maison de repos et/ou de soins	60	101	161	7
autre	24	22	46	3

Échéance prévisible du décès

	2010	2011	Total	%
brève	873	1019	1892	91
non brève	80	114	194	9

Diagnostics

	2010	2011	Total	%
cancers	747	820	1567	75
aff. neuromusc. évolutives	65	77	142	7
aff. neuromusc. non évolutives	10	6	16	-
aff. pulm. non cancér.	16	44	60	3
aff. cardio-vasculaires	49	63	112	5
aff. rénales	3	7	10	-
aff. digest. non cancér.	3	6	9	-
sida	1	-	1	-
aff. neuro-psychiques	25	33	58	3
pathologies multiples	16	23	39	2
autres	18	54	72	4

1er consultant

	2010	2011	Total	%
formé en soins pall.	97	109	206	10
généraliste	475	575	1050	50
spécialiste	381	449	830	40
non précisé	-	-	-	-

2ème consultant (décès à échéance non brève)

	2010	2011	Total	%
psychiatre	55	78	133	68
spécialiste	25	36	61	32

Souffrances psychiques mentionnées

	2010	2011	Total	%
total	919	1093	2012	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	2010	2011	Total	%
total	740	830	1570	-

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

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

Technique et produits utilisés

	2010	2011	Total	%
barbiturique p.o. seul	2	6	8	-
id. + paralysant n-musc.	1	3	4	-
thiopental ou simil. I.V. (seul ou suivi d'un paralysant n-musc.)	945	1119	2064	99
autre ou mal précisé	5	5	10	1

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

Diagnostics des décès non prévus à brève échéance

	2010	2011	Total	%
cancers	7	10	17	9
aff. neuromusc. évolutives	17	22	39	20
aff. neuromusc. non évolutives	4	6	10	5
aff. pulm. non cancér.	9	2	11	5
aff. cardio-vasculaires	6	14	20	10
aff. rénales	-	-	-	-
aff. digest. non cancér.	-	-	-	-
sida	-	-	-	-
aff. neuro-psych.	20	27	47	24
pathologies multiples	11	7	18	9
autres	6	26	32	16

Décisions de la commission

	2010	2011	Total	%
acceptation simple	805	970	1775	86
ouv. de A pour simple remarque	9	25	34	2
ouv. de A pour précisions	96	138	234	12
transmission à la justice	0	0	0	-

Remarques :

Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques.

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

Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine I.V. est fréquente.

La qualification des médecins « LEIF » ou « EOL » est notée « généraliste » si une autre mention n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation sont notés comme spécialistes.

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

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

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

SECTION 2

DESCRIPTION ET ÉVALUATION
DE L'APPLICATION DE LA LOI

LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Le fonctionnement de la commission décrit dans les quatre précédents rapports aux Chambres législatives n'a pas subi de modification pendant la période couverte par le présent rapport. La commission s'est réunie une fois par mois, à l'exception d'un mois pendant les vacances d'été.

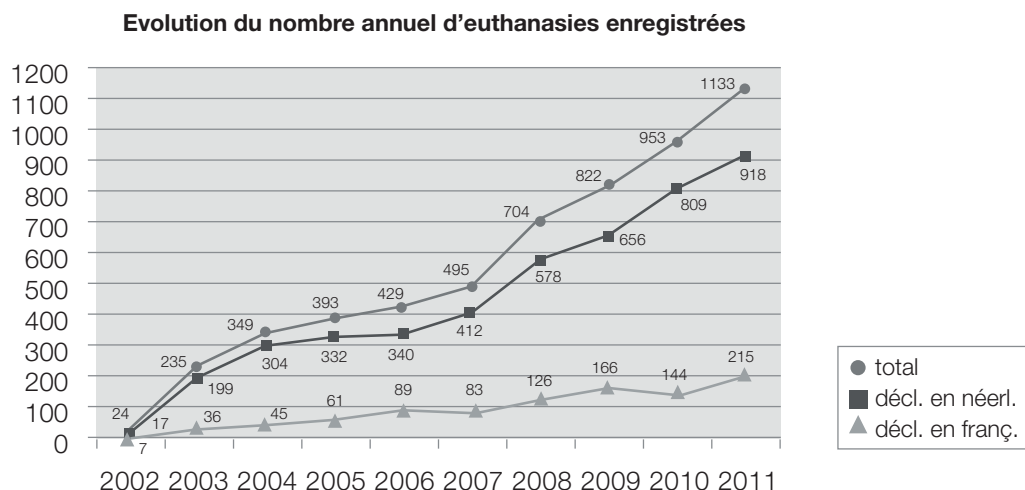
Ont pris part aux débats les membres effectifs et les membres suppléants en l'absence du membre effectif qu'ils suppléent ; tous les membres, effectifs et suppléants, ont reçu les documents de travail en temps utile pour les étudier et ont tous été convoqués aux réunions.

La qualité des documents d'enregistrement s'est encore améliorée par rapport au rapport précédent, ce qui a permis l'examen des documents sans nécessiter de réunions supplémentaires malgré l'augmentation du nombre de documents à examiner.

Le pourcentage des documents d'enregistrement qui ont nécessité l'ouverture du volet I a été de 14% au cours des deux années faisant l'objet du présent rapport. Il avait été de 20% pendant les années 2008 à 2009 (quatrième rapport de la commission). Le document explicatif destiné aux médecins précisant certains points de la loi qui ne paraissaient pas avoir toujours été bien compris a été systématiquement joint aux lettres adressées aux médecins lorsque l'ouverture du volet I du document d'enregistrement 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 2086, ce qui correspond à une moyenne annuelle de 1043 et une moyenne mensuelle de 87 déclarations. Ce nombre avait été de 1526 en 2008-2009. L'évolution du nombre de déclarations par an depuis l'entrée en vigueur de la loi montre une augmentation régulière et est représentée à la figure ci-dessous.



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

La proportion du nombre de décès par euthanasies déclarées pendant la période couverte par le présent rapport a été en moyenne d'environ 1% de l'ensemble des décès dans notre pays.

La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Comme dans les rapports précédents, la commission relève la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (compte non tenu de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en langue néerlandaise et en langue française (respectivement 1727 et 359 soit 82% et 18% du nombre total des déclarations).

Les différentes raisons qui peuvent être invoquées pour expliquer cette disproportion ont été citées dans le premier rapport de la commission : différences dans l'information du public ou des médecins, attitudes socioculturelles différentes au Nord et au Sud du pays, différences dans les pratiques médicales en fin de vie.

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

Comme déjà signalé déjà dans les précédents rapports, la commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Il faut rappeler que seuls les actes ayant intentionnellement mis fin à la vie (art. 2 de la loi relative à l'euthanasie) répondent à la définition légale de l'euthanasie. L'utilisation en fin de vie de drogues diverses non létales ou dont la nature létale est douteuse (en particulier les morphiniques) dans le but de combattre la souffrance n'est donc pas une euthanasie, même si elle hâte le décès.

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 (1567 soit 75%) étaient, comme dans les rapports précédents, 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 (142 soit 7% du nombre d'euthanasies pratiquées) qui a été à l'origine des euthanasies est celui d'affections neuromusculaires évolutives (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, maladie de Parkinson, etc.). D'autres affections très diverses, bien entendu toujours incurables et graves, sont plus fréquemment à l'origine d'une euthanasie qu'antérieurement (377 cas, soit 18 % du nombre d'euthanasies).

Chez certains patients (2% des cas), la gravité de l'état pathologique et les souffrances résultaient non d'une pathologie unique mais de la coexistence de plusieurs pathologies incurables. Elles sont classées sous la rubrique « pathologies multiples ».

Des affections neuropsychiques (maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, démences vasculaires, psychoses irréductibles, etc.) ont été à l'origine de 3% des euthanasies. Elles ont fait l'objet d'un examen minutieux, en particulier des rapports psychiatriques, pour s'assurer que les conditions de la loi avaient été respectées.

Dans de rares cas de patients d'âge très avancé atteints de pathologies incurables multiples, certains membres de la commission ont estimé que la souffrance et la demande d'euthanasie étaient plutôt liées aux conséquences naturelles liées à l'âge qu'aux affections dont ils étaient atteints. Ces cas ont fait l'objet d'une discussion en séance et la décision a été prise par vote.

Dans certains cas de refus de traitement, un consensus s'est dégagé pour reconnaître la possibilité pour le patient d'obtenir l'euthanasie après un refus de traitement pour autant que ce refus porte sur un traitement non curatif de son affection ou sur un traitement qui aurait comporté des effets secondaires particulièrement lourds ou graves. Quand il s'agit d'un traitement palliatif, la commission rappelle qu'elle a précisé dans la brochure

jointe en annexe que le patient a également le droit de le refuser notamment parce qu'il juge insupportables les effets secondaires ou des modalités d'application.

L'ÂGE DES PATIENTS

69% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans et 27% chez des patients âgés de plus de 79 ans.

Comme il avait déjà été constaté dans les rapports précédents de la commission, ces données confirment que la grande majorité des euthanasies concernent des patients d'âge moyen, ce qui est à mettre en rapport avec la fréquence élevée des décès par cancer dans ce groupe d'âge. La proportion d'euthanasies pratiquées chez des patients de plus de 79 ans est plus élevée que dans les années antérieures mais reste relativement faible si on tient compte du fait que près de la moitié de l'ensemble des décès concerne cette tranche d'âge.

LES EUTHANASIES SUR DÉCLARATION ANTICIPÉE

49 euthanasies de patients inconscients soit 2% du total ont été pratiquées sur la base d'une déclaration anticipée. Comme noté dans les rapports précédents, ce nombre reste peu important. Malgré le domaine d'application étroit de la déclaration anticipée et la pratique encore peu répandue de cette déclaration, ces cas illustrent l'importance de la pratique des déclarations anticipées pour la prise des décisions médicales face aux situations d'inconscience irréversible.

Plusieurs membres de la commission ont regretté la complexité de la rédaction, des procédures d'enregistrement et de renouvellement de la déclaration qui limitent son usage.

LE LIEU OÙ L'EUTHANASIE A ÉTÉ PRATIQUÉE

Comme l'indiquaient les rapports antérieurs de la commission, une proportion importante (52%) des euthanasies ont été pratiquées à la résidence des patients (domicile ou maison de repos ou de repos et de soins), ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi. Cette proportion est similaire à celle relevée dans le rapport précédent.

La faible proportion des euthanasies pratiquées dans les maisons de repos ou de repos et de soins (7% des euthanasies), signalée dans les rapports antérieurs est confirmée et similaire au rapport précédent.

L'arrêt de la production de Pentothal et les problèmes liés à l'obtention de son générique (Thiopental), qui n'était disponible pendant quelques mois que chez un grossiste aux Pays-Bas, ont créé des difficultés notamment pour la pratique de l'euthanasie à domicile (voir le paragraphe concernant les techniques utilisées). Ces difficultés ont été levées en octobre 2011 par la mise sur le marché belge de Thiopental (Thiobarbital Braun).

L'ÉCHÉANCE PRÉVISIBLE DU DÉCÈS

91% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients dont le décès était prévisible à brève échéance. La grande majorité d'entre eux étaient atteints d'un cancer généralisé ou gravement mutilant. Ces données sont similaires à celles des rapports antérieurs de la commission.

Parmi les 9% d'euthanasies pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (194 cas), la plupart concernaient des affections neurologiques. Seules 17 euthanasies pour cancer ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. Ces constatations sont similaires à celles des rapports précédents.

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

LA NATURE DES SOUFFRANCES

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances les plus fréquentes, qui ont toutes été décrites comme constantes, insupportables et inapaisables, sont énumérées dans les tableaux statistiques de la section 1.

Il faut rappeler ici que la question de l'estimation du caractère insupportable ou inapaisable de la souffrance a fait l'objet d'une mise au point dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport. De plus, certains cas examinés par la commission ont fait apparaître que l'estimation du caractère insupportable et inapaisable de la souffrance devait parfois tenir compte de l'âge du patient.

Enfin, comme le rapport précédent l'avait déjà signalé, la question des limites de la notion de « souffrance psychique » a fait l'objet d'échange de vues au sein de la commission : certains membres ont estimé qu'une évolution dramatique prévisible ne pouvait être qualifiée « hic et nunc » de souffrance psychique insupportable et inapaisable selon les termes de la loi relative à l'euthanasie. Ce point de vue n'a pas été celui de la majorité de la commission.

Un consensus s'est en revanche dégagé pour reconnaître que le caractère inapaisable de la souffrance doit faire l'objet d'une concertation approfondie entre le patient et le médecin.

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

Le présent rapport confirme les données publiées dans le rapport précédent. Dans la très grande majorité des cas (99%), le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par anesthésie générale, le plus souvent par injection de 1 à 3 gr de Thiopental (anciennement commercialisé sous le nom Pentothal et récemment sous le nom de Thiobarbital) ou, plus rarement, par d'autres anesthésiques généraux en I.V. directe ou dans une perfusion. Sauf dans le cas où le décès survenait spontanément en quelques minutes, ce qui est fréquent avec le Thiopental, une injection I.V. d'un paralysant neuromusculaire (Norcuron 20 mgr, Tracrium 50 mgr, etc.) a été ensuite pratiquée. La mention d'un décès calme et rapide par arrêt respiratoire en quelques minutes, obtenu par cette technique, est fréquemment rapportée par le médecin dans la déclaration. Comme signalé plus haut l'arrêt de la production du Pentothal en janvier 2011 a créé pendant quelques mois

des difficultés d'approvisionnement de son générique le Thiopental. Depuis octobre 2011, l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé a pu trouver une solution rendant le Thiopental aisément disponible en Belgique (Thiobarbital Braun) : voir en annexe le communiqué de l'Agence fédérale.

L'induction de l'inconscience par administration d'un barbiturique par la bouche a été utilisée pour 12 euthanasies (moins de 1% des euthanasies). Dans 8 de ces cas, le décès s'est produit en quelques minutes sans autre intervention. Dans 4 cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience. La qualification de « suicide médicalement assisté » est adéquate lorsque le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique et qu'il n'y a donc pas eu d'injection consécutive d'un paralysant neuromusculaire. Cette question a fait l'objet d'une mise au point dans les rapports précédents et dans le document destiné au corps médical joint en annexe. Cette mise au point est en accord avec la position du Conseil national de l'Ordre des médecins⁽¹⁾.

Quelques euthanasies (classées sous la rubrique « autre ou mal précisé ») ont été pratiquées par des combinaisons de produits divers.

Les remarques ajoutées par certains médecins

Comme signalé dans les rapports précédents, on relève dans de nombreuses 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.

Aucune complication ou effet indésirable n'a été rapporté.

Certaines déclarations mentionnent des difficultés dans l'obtention des produits euthanasiques en pharmacie publique.

D'autres signalent des difficultés à la mise en œuvre d'une euthanasie liées soit à un problème de relation avec la direction des maisons de repos ou de repos et de soins soit à la nécessité d'un transfert du patient car l'institution qui l'hébergeait était opposée à la pratique de l'euthanasie en ses murs.

LES MEDECINS CONSULTÉS

Médecins consultés obligatoirement

La question de la qualification du médecin consulté est reprise dans la brochure d'information destinée au corps médical qui est jointe en annexe au présent rapport.

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

Médecins ou équipes palliatifs consultés en plus des obligations légales

Comme les rapports précédents l'avaient relevé, la commission constate que les médecins ont eu fréquemment recours à des consultations supplémentaires de spécialistes en plus des obligations légales. La commission considère le fait comme témoignant de la rigueur et du sérieux avec lesquels les médecins déclarants ont agi.

Comme déjà signalé dans le précédent rapport, certains membres ont insisté sur le fait 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.

¹ Avis du 22/03/2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie : Bulletin vol. XI, juin 2003.

L'AVIS DU MEDECIN CONSULTÉ

Comme déjà signalé dans les précédents rapports de la commission, l'avis de ce(s) médecin(s) tel qu'il est rapporté par le médecin déclarant a parfois été considéré par la commission comme trop peu explicite et a nécessité l'ouverture du volet I du document pour une demande de précision permettant de s'assurer que cette mission avait été remplie telle que la loi la prévoit. Dans quelques cas, bien que les informations apportées restaient imprécises, la commission a pu considérer que les conditions légales essentielles avaient manifestement été respectées.

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

LA PROCÉDURE SUIVIE PAR LE MÉDECIN

La procédure suivie par le médecin a généralement été correcte et conforme à la loi.

Un point qui reste sujet à des erreurs d'interprétation est la confusion, déjà signalée dans les rapports antérieurs, entre une « demande écrite » et une « déclaration anticipée ».

Parfois, lorsque la demande écrite précédait l'acte d'euthanasie de plusieurs jours ou semaines, elle a été considérée par le médecin comme une « déclaration anticipée », ce qui a entraîné une rédaction erronée du document d'enregistrement. La confusion a facilement pu être levée, les corrections nécessaires étant apportées par le médecin déclarant au document sans mettre en cause sa validité.

Dans d'autres cas, lorsqu'un patient conscient avait établi récemment une déclaration anticipée dans les formes légales, il est arrivé qu'un médecin considère superflu qu'il réitère une demande écrite. Il a fallu dans ce cas s'assurer du caractère volontaire et persistant de la demande par des précisions complémentaires demandées au médecin. Une mise au point détaillée se trouve dans la brochure d'information aux médecins pour éviter à l'avenir de telles confusions.

Les décisions de la commission

86% des déclarations ont été acceptées d'emblée ; dans 14% des dossiers, la commission a décidé la levée de l'anonymat par ouverture du volet I.

Cette ouverture a été, dans 2% 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 12% 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. Dans de rares cas les décisions ont été prises bien que l'un ou l'autre point de procédure n'avait pas été suivi à la lettre mais en s'assurant chaque fois du respect absolu des conditions essentielles de la loi. La brochure d'information rédigée par la commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins.

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

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

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

Cette question a été traitée dans les paragraphes consacrés au lieu où l'euthanasie a été pratiquée et à la technique utilisée. La commission insiste sur l'importance de la disponibilité aisée des produits nécessaires à l'euthanasie, notamment en officine publique.

Concernant la formation des médecins

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

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

La commission confirme ses avis antérieurs selon lesquels l'application de la loi n'a pas donné lieu à des difficultés majeures ou à des abus qui nécessiteraient des initiatives législatives. 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 apporter à la déclaration anticipée, 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 2010 et 2011 en moyenne de 87 par mois. Comme antérieurement, la grande majorité des documents d'enregistrement sont rédigés en néerlandais.
L'augmentation du nombre d'euthanasies par rapport à celui du rapport précédent s'explique vraisemblablement par la diffusion progressive de l'information relative aux décisions en fin de vie auprès du public et des médecins.
2. Les affections à l'origine des euthanasies ont toutes été, comme l'exige la loi, incurables et graves, sans issue médicale possible. Dans la très large majorité des cas, il s'agit de cancers généralisés ou gravement mutilants chez des patients dont le décès est attendu à brève échéance et, dans une moindre mesure, d'affections neuromusculaires évolutives mortelles. D'autres pathologies sont plus rarement en cause. Parfois, la gravité de la pathologie ou le caractère insupportable des souffrances résultent de la coexistence de plusieurs pathologies incurables. Chez les patients d'âge avancé, la distinction qui doit être faite entre les souffrances liées à ces pathologies et celles qui seraient « normales » pour l'âge, a parfois donné lieu à des divergences de vues entre la majorité de la commission et certains de ses membres.
Les euthanasies pratiquées 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.
3. Les souffrances insupportables et inapaisables dont font état les patients sont souvent multiples et concernent généralement à la fois les sphères physique et psychique. Comme mentionné plus haut, certains membres ont exprimé à l'égard de quelques déclarations une réserve quant à l'interprétation par la commission de la notion de « souffrance psychique insupportable et inapaisable ».
4. La majorité des euthanasies ont été pratiquées chez des patients d'âge moyen ; peu d'euthanasies ont été pratiquées en deçà de 40 ans et relativement peu au-delà de 80 ans.
5. 45% des euthanasies se pratiquent au domicile du patient et 7% en maison de repos ou de repos et de soins. Cette proportion est égale à celle du précédent rapport. La commission estime qu'il s'agit d'un progrès important compte tenu du souhait des patients de terminer leurs jours chez eux.
6. 49 euthanasies ont été pratiquées chez des patients inconscients sur la base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste faible en raison du champ d'application limité de cette déclaration puisqu'il ne concerne que les patients irréversiblement inconscients. La majorité des membres de la commission estiment que la procédure de renouvellement de la déclaration telle qu'elle est définie par l'A.R du 2 avril 2003 est inutilement lourde et devrait être remplacée par un simple écrit du déclarant.
La commission constate que la notion d'inconscience irréversible est interprétée par les médecins de façon restreinte (coma). Certains membres estiment que sa signification peut être interprétée de manière moins restrictive.

7. Dans la quasi-totalité des cas, l'euthanasie est pratiquée correctement et en accord avec les données disponibles de la littérature médicale, en induisant d'abord une inconscience profonde ; dans tous les cas où un commentaire accompagne la technique utilisée, il signale que le décès survient paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.
8. Aucune déclaration n'a mis en évidence de violation des conditions de fond de la loi. Les erreurs d'interprétation, qui ne portent que sur des points de procédure, sont rares et ont été résolues sans difficulté majeure.
9. En plus des consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été volontairement consultés, ce qui confirme le sérieux des décisions prises. Certains membres soulignent 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.

ANNEXES

ANNEXE 1

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

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 euthanasiantes, y compris dans les officines qui sont accessibles au public.

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

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée

Art. 4.

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

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

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus,

d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance. 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;
- 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 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

Par arrêté royal du 18 octobre 2011 délibéré en Conseil des Ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, ont été nommés respectivement, pour un mandat de quatre ans :

1° en tant que docteurs en médecine :

- D'expression néerlandaise :

M. Verslype, Ch
(suppléant M. Declercq, F.)

M. Distelmans, W.
(suppléant M. Proot, L)

M. Rubens, R
(suppléant M. Mathys, R)

M. De Groot, E.
(suppléant M. Vankrunkelsven, P.)

- D'expression française :

M. Englert, M.
(suppléant M. Damas, F.)

M. Maassen, P.
(suppléant M. Danois, Th.)

M. Thomas, J-M.
(suppléante Mme Faymonville, M-E.)

Mme Nouwynck, C.
(suppléant M. Conesa, A.)

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

- D'expression néerlandaise :

de heer De Bondt, W.
(plaatsvervanger de heer Léarts, J.)

- D'expression française :

M . Lallemand, R.
(suppléant M.Genicot, G.)

Mme Gallus, N.
(suppléant M.Leleu, Y-H.)

Mme Herremans, J.
(suppléant M.d'Ath, D.)

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

- D'expression néerlandaise :

Mme Dijkhoffz, W.

(suppléant M.Destrooper, P.)

Mme De Roeck, J

(suppléante Mme Geuens, A.)

Mme De Jonghe, M.

(suppléante Mme De Maegd, M.)

- D'expression française :

M. Van Overstraeten, M.

(suppléante Mme Gilbert, CH.)

Remarque : la commission fédérale de contrôle qui a examiné les documents de déclaration était composée des membres nommés par l'AR du 28 mars 2007 (voir le rapport 2008-2009) jusqu'au mois d'octobre 2011.

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.belgium.be/euthanasie

ANNEXE 3

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

Il est disponible sur le site fédéral www.health.belgium.be/euthanasie

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 prénom :

1.3 domicile :

2. le médecin

2.1 nom:

2.2 prénom :

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 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 qualifiée 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, à l'exclusion de drogues létales, 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 et d'une demande du patient une euthanasie est pratiquée, 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 qu'exceptionnellement une euthanasie pratiquée par l'administration de morphine, couplée 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, à juste titre, 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 couplée à d'autres drogues et à 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, 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.

ANNEXE 5

Indisponibilité du Pentothal injectable : distribution en Belgique d'un médicament équivalent

Date : 13 septembre 2011

En mars 2011, la firme Hospira a demandé à l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) de procéder à la radiation de l'autorisation de mise sur le marché du médicament Pentothal, 1 gr de poudre pour solution IV.

Pour palier à l'indisponibilité de thiopental injectable en Belgique, une dérogation permettant l'importation et la distribution sur le marché belge de lots de Thiobarbital B.Braun (contenant bien du thiopental), médicament équivalent au Pentothal, a été accordée le 10 mai 2011.

Au début de l'année 2011, la firme Hospira a averti l'AFMPS de son intention d'arrêter définitivement la commercialisation du médicament Pentothal, 1 gr de poudre pour solution IV. Au mois de mars 2011, la firme a demandé la radiation de l'autorisation de mise sur le marché de ce médicament.

Dans un premier temps, l'AFMPS a proposé aux pharmaciens d'importer le médicament allemand Thiopental Inresa.

Pour faciliter la disponibilité en Belgique, après avis de la Commission Consultative instituée au sein de l'AFMPS, la Ministre de la Santé publique a accordé à la firme B.Braun une dérogation pour importer et distribuer en Belgique des lots de Thiobarbital B.Braun 1 x 1 gr (contenant bien du thiopental) destinés à l'origine au marché espagnol, ce qui permettra aux pharmaciens de rencontrer les besoins des patients.

Pour se procurer ce médicament, les pharmaciens peuvent d'adresser soit auprès de leur grossiste-répartiteur, soit directement à la firme B.Braun

fax: 070/22 33 88

mail: order.be@bbraun.com

tel: 070/22 33 00

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.belgium.be/euthanasie

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

Secrétariaat van de commissie:

Zelfbestuursstraat 4 – 1070 Brussel

Tel : 02 525 09 25/21

www.health.be/euthanasie

Onbeschikbaarheid van Pentothal voor injectie: distributie van een gelijkwaardig geneesmiddel in België

Datum: 13 september 2011

In maart 2011 vroeg de firma Hospira aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) om de schraping van de vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel Pentothal 1 g poeder voor IV-oplossing uit te voeren.

Om tegemoet te komen aan de onbeschikbaarheid van thiopental voor injectie in België, werd op 10 mei 2011 een afwijking toegestaan om de invoer en distributie in de Belgische handel van loten Thiobarbital B.Braun (die weldegeelijk thiopental bevat), een gelijkwaardig geneesmiddel, toe te laten.

Begint 2011 liet de firma Hospira het FAGG weten dat ze het geneesmiddel Pentothal 1 g poeder voor IV-oplossing niet langer op de markt zou brengen. In maart 2011 vroeg de firma de schraping van de vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel aan. Thiopental Inresa in te voeren. Om de beschikbaarheid in België te vergemakkelijken en na advies van de Commissie voor Advies van het FAGG, stond de Minister de firma B.Braun een afwijking toe om in België loten Thiobarbital B.Braun 1 x 1 g (die weldegeelijk thiopental bevat), die oorspronkelijk bedoeld waren voor de Spaanse markt, in te voeren en te distribueren. Hierdoor kunnen apothekers in de behoeften van hun patiënten voorzien.

Om dit geneesmiddel te krijgen, kunnen apothekers ofwel contact opnemen met hun groothandelaarverdelers ofwel rechtstreeks met de firma B.Braun:

fax: 070/22 33 88
mail: order.be@bbr Braun.com
tel: 070/22 33 00

BILAGE 5

De commissie heeft vastgesteld dat de aangiffte documenten zelden wazen 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 aangiffen in deze gevallen te verklaren is door het feit dat de artsen deze handwijze 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 aangiffte 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.

9. EUTHANASIE EN TOEDIENING VAN HOGЕ DOSSISSEN ANALGETICA EN SEDATIVA

De commissie heeft zich moeten uitspreken over een aangiffte 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.

8. EUTHANASIE EN STOPZETTING VAN DE BEHANDLING

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

7. EUTHANASIE EN MEDISCHE HULP BIJ ZELFDODING

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 consultant 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 adviseurs in het geval dat er problemen zouden zijn bij het beoordeelen 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.

6. DE VERPLICHTTE CONSULTANT MOET "BEVOEGD ZIJN OM OVER DE AANDOENING IN KWESTIE TE OORDELEN"

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

5. DE "ONAFHANKELIJKHEID" VAN DE CONSULTANT TEN OPZICHTE VAN DE PATIËNT EN DE BEHANDELLENDE ARTS

niet-evolutive 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 wachtijd 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 atzienbare 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 atzienbare termijn zal overlijden.

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

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

4. DE TAAK VAN DE CONSULENT(EN)

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

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

- a) de aandoening ongeneeslijk en ernstig is

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

Hij neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en stelt een verslag op van zijn bevindingen. Het punt 9.1 van het registratiedocument heeft betrekking op het advies van de geraadpleegde arts over de punten a/ en b/ in zijn verslag.

In de gevallen waarbij niet verwacht wordt dat de patiënt binnen atzienbare 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 heraald 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 uitgeoerd 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.

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

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

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.

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

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

In het eerste tweetaalige 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.

EEN WOORDJE TER INLEIDING

Informatiebrochure voor de artsen

BILAGE 4

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 medisch dossier (art. 4, § 2, 4°)

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

15. onafhankelijk geraadpleegde arts (art.4, § 2, 1°):
 hoedanigheid van de arts:
 datum van de raadpleging:

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

16. onderhoud met de eventueel in de voorafgaande wilsverklaring aangeduide vertrouwensperso(n)en(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:

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken:

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

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:

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 lijden:
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):

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 gezondheidsstoestand 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, 2°)

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 aangemeld 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)

DEEL II

Voorwaarden en procedure waaronder de euthanasie werd uitgevoerd

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

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

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

plaats en datum van geboorte:

geslacht:

2. het overlijden

datum van overlijden (d,m,j):

uur van overlijden: u

plaats van overlijden (aankruisen)

thuis

ouderenzorgvoorzienin

ziekenhuis

andere

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

Indien de euthanasie werd uitgevoerd bij een patiënt(e) die niet meer bij bewustzijn was, op

basis van een voorafgaande wilsverklaring, de punten 4 tot en met 12 overslaan en onmiddellijk naar punt 13 gaan.

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

5. redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:

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 uitgeoefend op basis van een voorafgaande wilsverklaring

naam van de eventueel aangeduide 1^{ste} vertrouwenspersoon:

voornaam:

datum raadpleging:

naam van de eventueel aangeduide 2^{ste} vertrouwenspersoon:

voornaam:

datum raadpleging:

DATUM, HANDTEKENING EN STEMPSEL VAN DE ARTS

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 verzegeled en mag slechts bij beslissing van de commissie worden geopend. Het mag in geen geval gebruikt worden voor de evaluatietask 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 atzienbare tijd zal overlijden, een tweede geraadpleegde arts (art.3, § 3,1°):
naam:
voornaam:
woonplaats:
registratienummer RIZIV:
datum van raadpleging:

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).

Het registratiedocument goedgekeurd op
17 februari 2004

BILAGE 3

www.health.fgov.be/euthanasie

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

Opmerking: de federale controle-en evaluatiecommissie die de aangiftes heeft onderzocht was samengesteld bij de leden benoemd bij het KB van 28 maart 2007 (zie het verslag 2009-2010) tot oktober 2011.

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

- Nederhandstallyg:
Mevr. Dijkhoffz, W.
(plaatsvervanger de heer Destrooper, P.)
Mevr. De Roeck, J
(plaatsvervanger Mevr Geuens, A.)
Mevr. De Jonghe, M.
(plaatsvervanger Mevr. De Maegd, M.)
- Franstallyg:
de heer Van Overstraeten, M.
(plaatsvervanger Mevr; Gilbert, CH.)

Verden respectievelijk benoemd voor een mandaat van vier jaar bij een koninklijk besluit van 18 oktober 2011 beraadslaagd in de Ministerraad op basis van een dubbele lijst voorgedragen door de Senaat:

1° in de hoedanigheid van doctor in de geneeskunde:

- Nederandstallig:

de heer Verslype, Ch

(plaatsvervanger de heer Declercq, F.)

de heer Distelmans, W.

(plaatsvervanger de heer Proot, L.)

de heer Rubens, R

(plaatsvervanger de heer Mathys, R)

de heer De Groot, E.

(plaatsvervanger de heer Vankrunkelsven, P.)

- Franstalig:

de heer Englet, M.

(plaatsvervanger de heer Damas, F.)

de heer Maassen, P.

(plaatsvervanger de heer Danois, Th.

de heer Thomas, J-M.

(plaatsvervanger de heer Mevr. Faymonville, M-E.)

Mevr. Nouwynck, C.

(plaatsvervanger de heer Conesa, A.)

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

- Nederandstallig:

de heer De Bondt, W.

(plaatsvervanger de heer Learts, J.)

- Franstalig:

de heer Lallemand, R.

(plaatsvervanger de heer Genicot, G.)

Mevr. Gallus, N.

(plaatsvervanger de heer Lelou, Y-H.)

Mevr. Herremans, J.

(plaatsvervanger de heer d'Ath, D.)

BILAGE 2

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 werkkosten 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. Kondingen 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 gezegeid : De Minister van Justitie, M. VERWILGHEN

5° indien er een wilsverklaring is waarin een of meer vertrouwenspersonen worden aangewezen, de naam en de voornamen van de betrokken vertrouwenspers(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 evaluatietask.

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 atzenbare 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 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 nageliefd, 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.

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 zetteit 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;

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 verangt 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 vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bij de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevraagd als bewijs dat de betrokkene fysiek bijvindt 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 meegegeeld. § 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 nageliefd. Overminderd 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. 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

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 atzienbare 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, gedaateerd 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 voorschrijf 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 voorschrijf 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.

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 handlingsbekwaam 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 nagelèefd.

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

1° de patiënt inlichten over zijn gezondheidsstoestand 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 gezondheidsstoestand 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;

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

BILAGE 1

BIJLAGEN

7. In de overgrote meerderheid van de gevallen wordt euthanasie correct toegepast en wordt de patiënt, overeenkomstig de gegevens van het vakliteratuur, eerst buiten bewustzijn gebracht. In de gevallen waarbij de arts een bijkomende inlichting geeft, wordt dikwijls vermeld dat de patiënt rustig en na enkele minuten is overleden, vaak in het bijzijn van naaste familieleden.
8. Uit geen enkele aangifte is gebleken dat niet voldaan was aan de principiële voorwaarden van de wet. De zeldzame interpretatieproblemen, die enkel betrekking hadden op procedurele aspecten, konden zonder noemenswaardige problemen worden opgelost.
9. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden vele artsen en palliatieve teams vrijwillig geraadpleegd, hetgeen bevestigt dat de beslissingen op een ernstige manier zijn genomen. Sommige leden zijn nochtans van mening dat erover gewaakt moet worden dat bijkomende medische raadplegingen er niet toe leiden dat in de praktijk voorwaarden worden tot stand gebracht waarin de wet niet voorziet, zulks ten koste van het respect voor de wil van de patiënt.

SAMENVATTING EN RESULT

1. In 2010 en 2011 bedroeg het aantal aangegeven euthanasiegevallen gemiddeld 87 per maand. Zoals tevoren, is de overgrote meerderheid van de aangiffen opgesteld in het Nederlands. De stijging van het aantal euthanasieaangiffes ten opzichte van het vorige verslag wordt waarschijnlijk verklaard door het feit dat de verspreiding van de informatie over de beslissingen in de laatste levensfase bij het publiek en de artsen geleidelijk toeneemt.

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

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

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

5. In 45% van de gevallen wordt de euthanasie bij de patiënt thuis uitgevoerd, in 7% van de gevallen in woonzorgcentra. Deze verhouding is gelijk aan het vorige rapport. De commissie is van mening dat het om een belangrijke vooruitgang gaat, rekening houdend met de wens van patiënten om hun laatste dagen thuis door te brengen.

6. In 49 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. De meerderheid van de leden van de commissie zijn van mening dat de procedure voor het hernieuwen wilsverklaring, zoals bepaald door het KB van 2 april 2003, onnodig zwaar is en dat het vervangen zou moeten worden door een eenvoudig geschritt van de aangever. De commissie stelt vast dat het begrip " onomkeerbaar en niet meer bij bewust zijn" door de artsen op beperkte wijze (coma) wordt geïnterpreteerd. Bepaalde leden zijn van mening dat dit minder eng kan geïnterpreteerd worden.

SAMENVATTING EN BESLUIT

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE

Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie

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

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

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

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

Dit punt is behandeld in de paragrafen "de plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd" en "de wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd en de gebruikte middelen". De commissie wijst op het belang van een eenvoudige beschikbaarheid van de producten die noodzakelijk zijn voor een euthanasie, met name in de openbare apotheek.

Met betrekking tot de opleiding van de artsen

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

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

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

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.

AANBEVELINGEN VAN DE COMMISSIE INZAKE
DE UITVOERING VAN DE WET

DEEL 3

de naleving van de principiële voorwaarden van de wet. Geen enkel dossier werd aan het gerecht overgemaakt. brieven aan de artsen gevoegd. Geen enkele aangifte bevatte elementen waarvan kan worden getwijfeld aan grondvoorwaarden van de wet. De commissie heeft haar informatiebrochure voor de artsen systematisch bij de een beslissing genomen door zich elke keer te verzekeren van de correcte naleving van de essentiële. Hoewel in enkele zeldzame gevallen één of andere procedurevereiste niet correct gevolgd werd, konden worden aanvaard.

betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiffen die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of kleine onnauwkeurigheden met over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van in 12% van de aangiffen werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen en diende de arts niet te antwoorden.

gevolgde procedures. In deze gevallen voldeed de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden wilde wijzen op een aantal onvolmaaktigheden in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de in 2% van de aangiffen werd deel I enkel geopend omdat de commissie de arts, voornamelijk ter informatie, anonimiteit op te heffen en deel I van de aangifte te openen.

86% van de aangiffen werden onmiddellijk aanvaard. In 14% van de dossiers besloot de commissie om de

De beslissingen van de commissie

de toekomst te vermijden.

en herhaald was. Dit punt is verduidelijkt in de informatiebrochure voor de artsen om dergelijke verwarring in commissie de arts om bijkomende informatie vragen om zich ervan te vergewissen dat het verzoek vrijwillig bewustzijn onlangs een wilsverklaring had opgesteld volgens de wettelijke vereisten. In dat geval moest de in andere gevallen gebeurde het dat de arts het schriftelijk verzoek overbodig vond wanneer een patiënt bij document aan te tasten.

hadden opgesteld, werd gevraagd de nodige correcties aan te brengen, zonder daarbij de geldigheid van het ingevuld. De verwarring werd in deze gevallen gemakkelijk opgelost: aan de artsen die het registratiedocument schriftelijk verzoek soms als wilsverklaring beschouwd, waardoor het registratiedocument niet correct was. Wanneer het schriftelijk verzoek enkele dagen of weken vóór de euthanasie werd opgesteld, heeft de arts het verschil tussen een «schriftelijk verzoek» en een «wilsverklaring».

Wat nog tot verwarring en interpretatiefouten leidt, zoals ook in de vorige verslagen vermeld werd, is het Over het algemeen hebben de artsen de procedure steeds correct en overeenkomstig de wet nageleefd.

DE PROCEDURE GEVOLGD DOOR DE ARTS

„onafhankelijkheid” van de geraadpleegde arts.

Bijgevoegd bij het huidige verslag. Hetzelfde geldt voor de interpretatie door de commissie van het begrip De opdracht van de geraadpleegde arts werd verduidelijkt in de informatiebrochure voor de artsen, deze werd

commissie kunnen vaststellen dat de wettelijke voorwaarden werden gerespecteerd.

overeenkomstig de wet vervuld was. Hoewel de vermelde informatie in enkele gevallen vaag bleef, heeft de geopend zodat men de arts om verduidelijking kon vragen teneinde zich ervan te vergewissen dat deze taak zoals het op de aangifte was verwoord, soms niet duidelijk genoeg en moest deel 1 van het document worden. Zoals vermeld werd in de vorige verslagen van de commissie, vond de commissie het advies van deze arts(en),

HET ADVIES VAN DE GERAADPLEEGDE ARTS

verkrègen door deze techniek, wordt vaak door de arts in de aangifte vermeld. Zoals hierboven reeds vermeld werd, heeft de stopzetting van de productie van Pentotal in januari 2011 gedurende enkele maanden voorzieningsmoeilijkheden van het generische middel Thiopental gecreëerd. Sinds oktober 2011, heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) een oplossing kunnen vinden die Thiopental (Thiobarbital Braun) gemakkelijker beschikbaar maakt in België: zie bijlage het communiqué van het Federaal Agentschap.

Bij 12 gevallen (minder dan 1% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale innamè van barbitturaat. In 8 van deze gevallen is de patiënt in enkele minuten overleden zonder andere ingreep. In 4 gevallen werd een spierverlapper 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 barbitturaat en hij nadien dus geen insputting heeft gekregen met een spierverlapper.

Dit punt is verduidelijkt in de vorige verslagen en in de informatiebrochure bestemd voor het medische korps dat als bijlage bij dit verslag is gevoegd. Deze toelichting is in overeenstemming met het standpunt van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren¹.

Enkele euthanasiegevallen (geklassseerd onder de rubriek "andere of niet gepreciseerd") werden uitgeoerd door middel van een combinatie van verschillende producten.

Bijkomende opmerkingen van sommige artsen

Zoals ook opgemerkt in de vorige verslagen wordt er in vele aangiffen vermeld 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.

Geen enkele complicatie of ongewenst effecten werden gerapporteerd

Bepaalde verklaringen vermelden moeilijkheden bij het verkrijgen van de euthanasieproducten in de openbare apotheken. Andere wijzen op moeilijkheden bij het uitvoeren van een euthanasie, ofwel omwille van een communicatieprobleem met de directie van het woonzorgcentrum, ofwel omdat de patiënt naar een andere instelling moest worden overgebracht omdat de instelling waar hij verblijft de uitvoering van de euthanasie niet toestond.

DE GERAADPLEEGDE ARTSEN

Verplicht geraadpleegde artsen

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

Wettelijk niet verplichte consultaties

Zoals vermeld in het vorige verslag, stelt de commissie vast dat de artsen naast de wettelijk verplichte consultaties vaak ook nog andere specialisten hebben geraadpleegd.

Voor de commissie wijst dit op de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiffen hebben ingediend.

Zoals vermeld in het vorige verslag zijn sommige leden nochtans van mening dat erover gewaakt moet worden dat bijkomende medische raadplegingen er niet toe leiden dat in de praktijk voorwaarden tot stand komen die wettelijk niet vereist zijn, zulks ten koste van het respect voor de wil van de patiënt.

¹ 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.

Dit verslag bevestigt de gegevens gepubliceerd in het vorige verslag. In 99% van de sterfgevallen werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door intravenueuze inspuiting of door infuus van 1 tot 3 gr thiopental (dit werd vroeger gecommertialiseerd onder de naam Penthotal en recentelijk onder de naam Thiobarbital). Eerder zelden, werd gebruik gemaakt van andere algemene directe intravenueuze verdovingen of via perfusie. Door het toedienen van Thiopental gebeurt het overlijden spontaan in enkele minuten. Indien dit niet het geval is, wordt er vervolgens een injectie 1.V van een verlamrende neuromusculair product (Norcuron 20 mgr, Tracrium 50 mgr, enz) gegeven.

DE WIJZE WAAROP DE EUTHANASIE UITGEVOERD WERD EN DE GEBRUIKTE MIDDELEN

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

Zoals reeds in het vorige verslag werd gemeld, dient tenslotte herhaald te worden dat er binnen de commissie verschillende meningen werden uitgewisseld over de grenzen van het begrip „psychisch lijden”. Enkele leden meenden dat lijden wegens het vaststaand vooruitzicht op een dramatische afloop, „nic et nunc” niet mag worden beschouwd als een ondraaglijk niet te lenigen psychisch lijden, zoals bedoeld in de wet betreffende de euthanasie. Dit standpunt werd echter niet gedeeld door de meerderheid van de commissie.

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

DE AARD VAN HET LIJDEN

In 91% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die binnen atzienbare termijn zouden zijn overleden. De overgrote meerderheid had een uitgezaaide of zwaar vernikkende kanker. Deze gegevens stemmen overeen met de bevindingen van de vorige verslagen van de commissie.

Van de 9% van de gevallen waarbij euthanasie werd toegepast op patiënten die niet binnen atzienbare termijn zouden zijn overleden (194 gevallen) hadden de meeste betrekking op neurologische aandoeningen. Er werd slechts 17 maal euthanasie uitgevoerd bij een kankerpatiënt die volgens de verwachtingen niet binnen atzienbare termijn zou zijn overleden. In de vorige verslagen zijn gelijkaardige bevindingen gerapporteerd.

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

TE VERWACHTEN TERMIJN VAN OVERLIJDEN

voorwaarde dat de weigering van behandeling betrekking heeft op een niet curatieve behandeling van de aandoening of op een behandeling die ernstige bijwerkingen heeft.

Als het een palliatieve behandeling betreft heeft de patiënt ook het recht deze te weigeren namelijk als deze behandeling bijvoorbeeld als ondraaglijk wordt ervaren door de patiënt, netzij voor de patiënt niet aanvaardbare bijwerkingen heeft.

DE LEEFTIJD VAN DE PATIËNTEN

In 69% van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 27% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.

Zoals reeds in de vorige verslagen van de commissie is vastgesteld, bevestigen deze gegevens dat de overgrote meerderheid van de euthanasies gaat om patiënten met een middelbare leeftijd, wat gezien moet worden in het licht van de hoge frequentie aan overlijdens door kanker in die leeftijdsgroep. De verhouding aan uitgevoerde euthanasies bij patiënten van meer dan 79 jaar is hoger dan voorgaande jaren maar blijft betrekkelijk zwak als men rekening houdt met het feit dat ongeveer de helft van de overlijdens deze leeftijdsgroep betreft.

EUTHANASIE OP GROND VAN

VOORAFGANDE WILSVERKLARING

49 keer (2% van de gevallen) werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet meer bij bewustzijn waren, op basis van een wilsverklaring. Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen blijft dit aantal beperkt.

Ondanks het beperkte toepassingsgebied van de wilsverklaring en het feit dat deze verklaring nog niet vaak gebruikt wordt, tonen deze gevallen aan hoe belangrijk de wilsverklaringen zijn voor het nemen van medische beslissingen in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar buiten bewustzijn is.

Meerdere leden van de commissie betrouden het feit dat het ingewikkeld is om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan complex zijn, hetgeen het gebruik ervan beperkt.

DE PLAATS WAAR DE EUTHANASIE WERD UITGEVOERD

Zoals reeds aangegeven in de vorige verslagen van de commissie, werd de euthanasie in veel gevallen (52%) thuis of in woonzorgcentra uitgevoerd; dit beantwoordt aan de veelvuldig uitgedrukte wens om zijn leven thuis te beëindigen. Dit percentage is gelijkwaardig aan het percentage uit het vorige verslag.

Het verhoudingsgewijs kleine aantal euthanasiegevallen uitgevoerd in woonzorgcentra wordt zoals in de vorige verslagen bevestigd, (7% van de aangiffes)

Wegens de stopzetting van de productie van Fentothal en de problemen in verband met het verkrijgen van het geneesmiddel, (Thiopental), dat gedurende slechts enkele maanden beschikbaar was bij een groothandelaar in Nederland, hebben er zich moeilijkheden voorgedaan in verband met het uitvoeren van een euthanasie op de woonplaats (zie de paragraaf betreffende de gebruikte technieken). Deze moeilijkheden werden in oktober 2011, door het in de handel brengen op de Belgische markt van Thiopental (Thiobarbital Braun), opgeheven.

in de commissie. Men kwam tot een consensus: de patiënt behoudt de mogelijkheid tot euthanasie op in sommige gevallen was er sprake van een weigering van behandeling: hierover werd een discussie gevoerd beslist bij stemming.

Deze gevallen waren het voorwerp van discussie tijdens de vergaderingen en er werd er euthanasie eerder samenhang met de natuurlijke gevolgen van de leeftijd van deze patiënten, en niet met getroffen waren, waren sommige leden van de commissie van oordeel dat het lijden en het verzoek tot Bij een aantal zeldzame gevallen van patiënten van erg gevorderde leeftijd die door verschillende aandoeningen te verzekeren dat de voorwaarden van de wet werden gerespecteerd.

Deze aangiffes werden minütieus nagekeken, en in het bijzonder de psychiatrische verslagen, om zich ervan Huntington, vasculaire dementie, onomkeerbare psychoses, ...)

In 3% van de gevallen ging het om neuro-psychische aandoeningen (ziekte van Alzheimer, ziekte van gevallen werden ondergebracht in de rubriek "verschillende aandoeningen".

het gevolg van één enkele ziekte maar wel van de combinatie van verschillende ongeneeslijke ziekten. Deze Bij bepaalde patiënten (2% van de gevallen) was de ernst van de pathologische toestand en het lijden niet van een euthanasie dan dat dit eerder het geval was (377 gevallen, dus 18 % van het aantal euthanasies)

Anderen, zeer verschillende, die natuurlijk ook ongeneeslijk en ernstig zijn, vormden vaker de oorzaak Parkinson, etc...).

tot euthanasie is die van dodelijke evolutieve neuromusculaire aandoening (multiple sclerose, ALS, Ziekte van De tweede meest voorkomende diagnose (142 of 7% van de euthanasiegevallen) die aanleiding heeft gegeven meesten van deze patiënten hadden meerdere behandelingen gekregen van curatieve en/of palliatieve aard.

De term omvat alle kwaadaardige aandoeningen: kwaadaardige grote tumoren, leukemieën, myelomen, enz.). In de meeste gevallen (1567 of 75% of 75%) ging het om kankers, zoals reeds vermeld in de vorige verslagen, (deze overeenkomstig de wettelijke vereisten, ongeneeslijk en ernstig.

Alle aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie waren op het ogenblik van de euthanasie,

DE AANDOENINGEN DIE AAN DE BASIS LAGEN VAN EUTHANASIE

als dit handelen het overlijden van de patiënt bespoedigt. verschillende niet-letale middelen met het opzet om het lijden te bestrijden is dus geen euthanasie, ook niet (art. 2 wet betreffende de euthanasie) beschouwd wordt als euthanasie in de zin van de wet. Het gebruik van In dit verband moet eraan herinnerd worden dat enkel het opzettelijk levensbeëindigend handelen tussen het aantal aangegeven gevallen van euthanasie en het aantal werkelijk uitgevoerde gevallen.

Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen kan de commissie onmogelijk inschatten welke de verhouding is

gevallen

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

het zuiden van het land, verschillen in de medische praktijk bij het levenseinde. misschillen anders geïnformeerd, er zijn mogelijk verschillende sociaal-culturele attitudes in het noorden en zouden kunnen verklaren, werden in de vorige verslagen aangehaald: de bevolking of de artsen werden en 359, of 82% en 18% van het totaal aantal aangiffen). Verschillende redenen die deze wanverhouding registratiedocumenten opgesteld in het Nederlands en het aantal ingevuld in het Frans (respectievelijk 1727 Net zoals in de vorige verslagen wijst de commissie op de wanverhouding tussen het aantal

Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld

WERKING VAN DE COMMISSIE

De werking van de commissie is reeds beschreven in de vier vorige verslagen aan de Wetgevende Kamers. Gedurende de periode waarop dit huidige verslag betrekking heeft, is de werkwijze van de commissie onveranderd gebleven. De commissie vergadert maandelijks, met uitzondering van één maand tijdens de zomervakantie. Zowel de effectieve leden als de plaatsvervangende leden (bij afwezigheid van het effectief lid dat ze vervangen) namen deel aan de debatten. Alle leden hebben steeds de werkdocumenten ontvangen en werden uitgenodigd voor de vergaderingen.

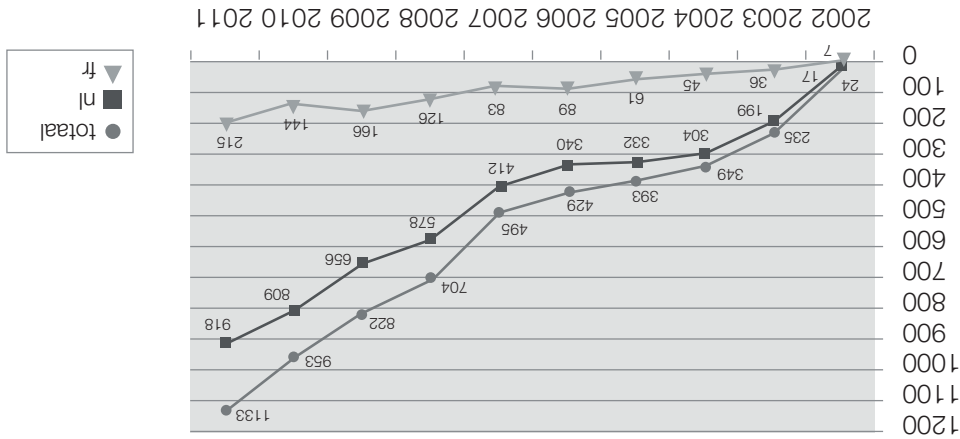
De kwaliteit van de registratiedocumenten is duidelijk nog verbeterd in vergelijking met het vorige rapport; dit laat toe de documenten te analyseren zonder bijkomende vergaderingen, en dit ondanks de stijging van het aantal documenten.

Gedurende de twee jaren waarop dit verslag betrekking heeft, moest bij 14% van de gevallen deel I van de registratiedocumenten worden geopend. Voor de jaren 2008 en 2009 was dit 20% (vierde verslag van de commissie). De informatiebrochure bestemd voor de artsen preciseert bepaalde punten van de wet die bijkbaar niet altijd goed werden begrepen. Deze brochure werd systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd wanneer deel I van het registratiedocument moest worden geopend.

AANTAL AANGIFTEN

Tijdens de 24 maanden waarop dit verslag betrekking heeft, heeft de commissie 2086 registratiedocumenten ontvangen, wat overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van 1043 en een maandelijks gemiddelde van 87 aangiffen. In 2008 en 2009 ontving de commissie 1526 registratiedocumenten. De evolutie van het aantal aangiffen per jaar sinds de inwerkingtreding van de wet, toont een gestage stijging en wordt hieronder weergegeven.

Evolutie van het jaarlijks aantal geregistreerde euthanasies



Aantal overlijdens op basis van euthanasiegevallen ten opzichte van totaal aantal overlijdens
Het aantal overlijdens op basis van de registratiedocumenten tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, komt overeen met een gemiddelde van ongeveer 1% van alle overlijdens in ons land.

BESCHRIJVING EN EVALUATIE
VAN DE TOEPASSING VAN DE WET

DEEL 2

Diagnoses bij overlijdens niet binnen atziënbare termijn (vervolg)

	2010	2011	Totaal	%
neuropych. aandoen.	20	27	47	24
verschillende aandoen.	11	7	18	9
andere	6	26	32	16

Beslissingen van de commissie

	2010	2011	Totaal	%
aanvaarding zonder meer	805	970	1775	86
opening van deel I voor opmerking(en)	9	25	34	2
opening van deel I voor preciseringen	96	138	234	12
overdracht aan Justitie	0	0	0	-

Opmerkingen:

Niet-evolutive neuromusculaire aandoeningen zijn pathologische of traumatische letfels.

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

Techniek: vaak werd een lichte sedatie met benzodiazepines i.v. toegepast.

De kwalificatie « Leif » of « Eol » arts wordt vaak aangemerkt als « huisarts » als er geen andere kwalificatie expliciet werd vermeld. De ziekenhuisartsen in opleiding worden beschouwd als specialisten.

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

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

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

Opgegeven fysiek lijden

	2010	2011	2012	%
totaal	919	1093	2012	-

(cachexie, pijn, dyspneu, dystagie, uitputting, hemorragiën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.)

Opgegeven psychisch lijden

	2010	2011	1570	%
totaal	740	830	1570	-

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

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

Gebruikte techniek en middelen

	2010	2011	Totaal	%
enkel barbituraat p.o.	2	6	8	-
id. + spierslapper	1	3	4	-
Thiopental of gelijkaardig middel i.v. (al dan niet met spierslapper)	945	1119	2064	99
andere of onduidelijk	5	5	10	1

p.o. = per os (via de mond); i.v. = intraveneus

Diagnoses bij overlijdens niet binnen atzierbare termijn

	2010	2011	Totaal	%
kankers	7	10	17	9
evolutive neuro-musc. aandoen.	17	22	39	20
niet-evol. neuro-musc. aandoen.	4	6	10	5
niet-maligne longaandoen.	9	2	11	5
cardiovasculaire aandoen.	6	14	20	10
nieraandoen.	-	-	-	-
niet-maligne spijsverteringsaandoen.	-	-	-	-
aids	-	-	-	-

	2010	2011	2012	
totaal	919	1093	2012	-
	2010	2011	Totaal	%

Opgegeven fysiek lijden

	2010	2011	Totaal	%
psychiater	55	78	133	68
specialist	25	36	61	32

2e consult (overlijdens niet binnen atzenbare termijn)

	2010	2011	Totaal	%
palliatief arts	97	109	206	10
huisarts	475	575	1050	50
specialist	381	449	830	40
niet gepreciseerd	-	-	-	-

1e consult

	2010	2011	Totaal	%
kankeers	747	820	1567	75
evolutive neuro-musc. aandoen.	65	77	142	7
niet-evol. neuro-musc. aandoen.	10	6	16	-
niet-maligne longaandoen.	16	44	60	3
cardiovasculaire aandoen.	49	63	112	5
nieraandoen.	3	7	10	-
niet-maligne spijsverterings aandoen.	3	6	9	-
aids	1	-	1	-
neuropsych. aandoen	25	33	58	3
verschillende aandoen.	16	23	39	2
andere	18	54	72	4

Diagnose

	2010	2011	Totaal	%
binnen atzenb. termijn	873	1019	1892	91
niet binnen atzenb. termijn	80	114	194	9

Te verwachten termijn voor overlijden

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

ALGEMEEN OVERZICHT 2010-2011

Aantal aangiften

	2010	2011	Totaal	%
totaal	953	1133	2086	
ndl./frs.	809/144	918/215	1727/359	82/18

Actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring

	2010	2011	Totaal	%
verzoek	929	1108	2037	98
wilsverklaring	24	25	49	2

Geslacht van de patiënten

	2010	2011	Totaal	%
man	514	573	1087	52
vrouw	439	560	999	48

Leeftijd van de patiënten

	2010	2011	Totaal	%
<20	-	-	-	-
20-39	21	26	47	2
40-59	185	174	359	17
60-79	499	857	1086	52
>of = 80	248	346	594	27

Plaats van overlijden

	2010	2011	Totaal	%
ziekenhuis	428	507	935	45
thuis	441	503	944	45
rusthuis	60	101	161	7
andere	24	22	46	3

STATISTISCH VERSLAG

DEEL 1

INLEIDING

Dit verslag heeft betrekking op de door de commissie onderzochte registratiedocumenten die ingediend zijn voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgeoefend in de periode tussen 1 januari 2010 en 31 december 2011.

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

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

Het verslag bevat ook 4 bijlagen:

- Bijlage 1: wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 aanvullend door de wet van 10 november 2005; Bijlage 2: het Koninklijk Besluit van 18 oktober 2011 houdende benoeming van de leden van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie ingesteld inzake de toepassing van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie; het adres en de website van de commissie;
- Bijlage 3: het registratiedocument dat de artsen moeten invullen en dat de commissie op 17 februari 2004 heeft goedgekeurd;
- Bijlage 4: de informatiebrochure voor de artsen waarin bepaalde interpretaties en beslissingen van de commissie worden toegelicht.
- Bijlage 5: Mededeling van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) betreffende de beschikbaarheid van het geneesmiddel Thiopental.

<p>N-VA PS MR CD&V sp.a Ecolo-Groen Open Vld VB Vlaams Belang : : centre démocrate Humaniste : Fédéralistes Démocrates Francophones : List Dedeker : MLD</p>	<p>Nieuw-Vlaamse Alliantie : Parti Socialiste : Mouvement Réformateur : Christen-Democratisch en Vlaams : socialistische partij anders : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen : Open Vlaamse liberalen en democraten : Vlaams Belang : Vlaams Democrate Humaniste : Fédéralistes Démocrates Francophones : List Dedeker : MLD</p>	<p>Abréviations dans la numérotation des publications: DOC 53 0000/000: Document parlementaire de la 53^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif : Questions et Réponses écrites : CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu Intégral (ouverture verte) : CRABV: Compte Rendu Analytique (ouverture 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 belge)</p>
<p>Parlementaire document van de 53^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer : Schriftelijke Vragen en Antwoorden : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kati) : Beknopt Verslag (blauwe kati) : CRABV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) : (PLEN: witte kati; COM: zalmkleurige kati) : Plenum : Commissievergadering : MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)</p>	<p>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</p>	<p>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants : Commandes: : Place de la Nation 2 : 1008 Bruxelles : Tél.: 02/549 81 60 : Fax: 02/549 82 74 : www.lachambre.be : e-mail: publicatons@lachambre.be</p>

DOC 53 2391/001 (Chambre)
5-1718/1 (Sénat)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

24 juillet 2012

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

Cinquième rapport aux Chambres législatives

(2010 - 2011)

DOC 53 2391/001 (Kamer)
5-1718/1 (Sénat)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 juli 2012

FEDERALE CONTROLE- EN
EVALUATIECOMMISSIE
EUTHANASIE

Vijfde verslag aan de Wetgevende Kamers

(2010 - 2011)