

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS
EN SENAAT

7 oktober 2016

**FEDERALE CONTROLE- EN
EVALUATIECOMMISSIE
EUTHANASIE**

Zevende verslag aan de Wetgevende Kamers

(2014 - 2015)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS ET SÉNAT
DE BELGIQUE

7 octobre 2016

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

Septième rapport aux Chambres législatives

(2014 - 2015)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie
PS	:	Parti Socialiste
MR	:	Mouvement Réformateur
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten
sp.a	:	socialistische partij anders
Ecolo-Groen	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
cdH	:	centre démocrate Humaniste
VB	:	Vlaams Belang
PTB-GO!	:	Parti du Travail de Belgique – Gauche d'Ouverture
DéFI	:	Démocrate Fédéraliste Indépendant
PP	:	Parti Populaire
Onafh./Indép.	:	Onafhankelijk / Indépendant

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 54 0000/000:	Parlementair document van de 54 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000:	Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA:	Questions et Réponses écrites
CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag	CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV:	Beknopt Verslag	CRABV:	Compte Rendu Analytique
CRIV:	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	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:	Plenum	PLEN:	Séance plénière
COM:	Commissievergadering	COM:	Réunion de commission
MOT:	Moties tot besluit van interpellations (beigekleurig papier)	MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel : publications@lachambre.be
<i>De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier</i>	<i>Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC</i>

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

**Zevende verslag aan de wetgevende kamers,
jaren 2014-2015**



© kikkerdirk, Fotolia.fr





Inleiding

Dit verslag heeft betrekking op de door de Commissie onderzochte registratielijst die ingediend zijn voor patiënten bij wie euthanasie werd uitgevoerd in de periode tussen 1 januari 2014 en 31 december 2015.

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

1. Deel 1: statistieken gebaseerd op de inlichtingen die werden verzameld via het tweede luik van het registratielijst dat door de artsen werd ingevuld;
2. Deel 2: een beschrijving en een evaluatie van de toepassing van de wet;
3. Deel 3: aanbevelingen die kunnen resulteren in een wetgevend initiatief en/of in andere maatregelen met betrekking tot de uitvoering van de wet.

Dit verslag bevat ook een deel dat onder meer de vragen aan de Commissie over de toepassing van de wet inhoudt en 2 bijlagen.

- Bijlage 1: wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie
- Bijlage 2: lijst van de leden van de Commissie

Dit verslag is opgesteld door :

- F. Damas
- W. De Bondt
- W. Distelmans
- J. Herremans
- L. Proot
- Ch. Verslype

Het werd besproken in de plenaire vergadering van 9 augustus 2016 en het werd unaniem goedgekeurd.

[Terug naar inhoudsterk](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 3

Inhoudstafel

Deel 1 De euthanasie in cijfers	5
(A) Algemeen overzicht 2014-2015.....	5
Deel 2 Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet	11
(A) Werking van de Commissie (wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, art. 6-13).....	11
(B) De beslissingen van de Commissie	13
(C) Aantal aangiften	14
(D) Taal waarin de registratiедocumenten zijn opgesteld.....	17
(E) De leeftijd van de patiënten.....	19
(F) Aantal overlijdens op basis van euthanasie ten opzichte van totaal aantal overlijdens.....	19
(G) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd	20
(H) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie	20
1. De patiënten met een oncologische aandoening (Nieuwvormingen).....	23
2. Patiënten met polypathologie	26
3. Patiënten met een ziekte van het zenuwstelsel	30
4. De patiënten met ziektes van het hart en vaatstelsel	33
5. De patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen).....	36
6. Patiënten met een letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken.....	40
7. Weigeren van behandeling.....	41
(I) Euthanasie op grond van voorafgaande wilsverklaring.....	42
(J) De aard van het lijden	43
(K) Te verwachten termijn van overlijden	43
(L) De geraadpleegde artsen.....	46
1. Eerste verplicht geraadpleegde artsen.....	46
2. 2 ^{de} verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn).....	46
(M) Het advies van de geraadpleegde arts.....	47
(N) Wettelijk niet verplichte consultaties.....	48
(O) De wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd en de gebruikte middelen	49
(P) Bijkomende opmerkingen van sommige artsen in rubriek 12.....	50
Deel 3 Antwoorden op vragen gesteld door derden aan de Commissie over de wet betreffende euthanasie	52
(A) Vragen om uitleg over de wet betreffende euthanasie	52
1. De media	52
2. Advocaten	52
3. Artsen	53
(B) Euthanasie en psychiatrische patiënten.....	53
1. Euthanasie en psychisch lijden t.g.v. een psychiatrische aandoening	53
2. De bedenktijd en de wachttijd	54
(C) De commissie en de gevolgen van de anonimiteit	57
Deel 4 Aanbevelingen van de Commissie inzake de uitvoering van de wet	58
(A) Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie aan burgers en zorgverleners	58
(B) Met betrekking tot eventuele wijzigingen aan de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie	58
(C) Met betrekking tot de werking van de federale controle en evaluatiecommissie	58
Deel 5 Samenvatting en besluit	59
Deel 6 Bijlagen	60
(A) Bijlage 1: 28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie	60
(B) Bijlage 2 – Leden van de Commissie	64

[↑ terug naar inhoudstafel](#)

Deel 1

De euthanasie in cijfers

(A) Algemeen overzicht 2014-2015

Informatie verzameld op basis van deel II anoniem gedeelte van de registratiedocumenten die de Commissie ontvangen heeft.

Aantal uitgevoerde euthanasies en de taaldistributie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Totaal	1928		2022		3950	
Nederlands	1523	79	1629	80,6	3152	79,8
Frans	405	21	393	19,4	798	20,2
De aard van het verzoekschrift waarop de euthanasie werd uitgevoerd	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Actueel verzoek	1890	98	1993	98,6	3883	98,3
Voorafgaande wilsverklaring	38	2	29	1,4	67	1,7
Genderverdeling van de patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Mannelijk	977	50,7	1049	51,9	2026	51,3
Vrouwelijk	951	49,3	973	48,1	1924	48,7
Leeftijdsverdeling van de patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
<18	0	0	0	0	0	0
18-29	8	0,4	5	0,2	13	0,3
30-39	22	1,1	20	1	42	1,1
40-49	59	3,1	75	3,7	134	3,4
50-59	207	10,7	221	10,9	428	10,8
60-69	408	21,2	442	21,9	850	21,5
70-79	514	26,7	553	27,3	1067	27
80-89	548	28,4	543	26,9	1091	27,6
90-99	156	8,1	154	7,6	310	7,9
100 en meer	6	0,3	8	0,4	14	0,4
?*	0	0	1	0	1	1

*Eén dossier in 2015 werd naar de Commissie verstuurd zonder deel I met de gegevens van de meldende arts. Aangezien deel I de naam en het adres van de uitvoerende arts bevat was de Commissie niet in staat bijkomende inlichtingen te vragen.

Plaats van de uitvoering van de euthanasie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Thuis	835	43,3	901	44,6	1736	43,9
Ziekenhuis	817	42,4	840	41,5	1657	41,9
Woonzorgcentra (WZC)	241	12,5	244	12,1	485	12,3
Andere	35	1,8	37	1,8	72	1,8

[↑ terug naar inhoudstreef](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 5

Te verwachten termijn voor overlijden

In dit verslag zal de term binnen afzienbare termijn komen te overlijden worden vervangen door **terminaal (Term.)** En de term niet binnen afzienbare termijn komen te overlijden door **niet-terminaal (N-Term.)** Dit omwille van de overzichtelijkheid van de tabellen & grafieken.

Te verwachten termijn van overlijden	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Terminaal (Term.)	1633	84,7	1723	85,2	3356	85
Niet-terminaal (N-term.)	295	15,3	299	14,8	594	15

Aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek

Alle kwaadaardige aandoeningen (kancers) ongeacht het lichaamsstelsel waarin ze voorkomen zijn terug te vinden onder nieuwvormingen (kancers). Daarentegen zijn de niet-kwaadaardige aandoeningen gerangschikt volgens lichaamsstelsel of volgens etiologie.

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek, ongeacht patiënt terminaal (Term) of niet terminaal (N-Term) was.	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Nieuwvormingen (kancers)	1304	67,6	1371	67,8	2675	67,7
Polypathologie	176	9,1	209	10,3	385	9,7
Ziekten van het zenuwstelsel	134	7	140	6,9	274	6,9
Ziekten van hart en vaatstelsel	104	5,4	101	5	205	5,2
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	61	3,2	63	3,1	124	3,1
Ziekten van het ademhalingsstelsel	70	3,6	54	2,7	124	3,1
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	23	1,2	16	0,8	39	1
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	18	0,9	16	0,8	34	0,9
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	7	0,4	13	0,6	20	0,5
Ziekten van het urogenitaal stelsel	5	0,3	12	0,6	17	0,4
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	6	0,3	9	0,4	15	0,4
Bepaalde Infectieziekten en parasitaire aandoeningen	5	0,3	9	0,4	14	0,4
Ziekten van het oog en adnexen	6	0,3	2	0,1	8	0,2
Endocriniene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen.	4	0,2	3	0,1	7	0,2
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Ziekten van huid en subcutis	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0,1	0	0	1	0

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek bij niet-terminale patiënten	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Polyopathologie	86	29,2	107	35,8	193	32,5
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	56	19	57	19,1	113	19
Ziekten van het zenuwstelsel	57	19,3	52	17,4	109	18,4
Ziekten van hart en vaatstelsel	32	10,8	28	9,4	60	10,1
Nieuwvormingen (kancers)	14	4,7	13	4,3	27	4,5
Ziekten van het bot-spiervlees en bindweefsel	16	5,4	11	3,7	27	4,5
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	11	3,7	8	2,7	19	3,2
Ziekten van het ademhalingsstelsel	4	1,4	6	2	10	1,7
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	4	1,4	5	1,7	9	1,5
Bepaalde Infectieziekten en parasitaire aandoeningen	2	0,7	6	2	8	1,3
Aandoeningen van het oog en adnexen	5	1,7	1	0,3	6	1
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	3	1	1	0,3	4	0,7
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen.	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Ziekten van huid en subcutis	1	0,3	1	0,3	2	0,3
Ziekten van het urogenitaal stelsel	0	0	1	0,3	1	0,2
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	0	0		0	0	0

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 7

De categorieën van de aandoeningen die aan de basis lagen van het euthanasieverzoek volgens de te verwachten termijn voor overlijden; Term en N-Term	Term 2014	N-Term 2014	Term 2015	N- Term 2015	TOTAAL Term	TOTAAL N- Term	% totaal term	% totaal N-term
Nieuwvormingen (kankers)*	1290	14	1358	13	2648	27	78,9	4,5
Polypathologie**	90	86	102	107	192	193	5,7	32,5
Ziekten van het zenuwstelsel***	76	57	88	52	164	109	4,9	18,4
Ziekten van hart en vaatstelsel***	73	32	73	28	146	60	4,4	10,1
Ziekten van het ademhalingsstelsel ***	66	4	48	6	114	10	3,4	1,7
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	4	3	12	1	16	4	0,5	0,7
Ziekten van het urogenitaal stelsel	5	0	11	1	16	1	0,5	0,2
Letsel, vergiftelingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	7	11	8	9	15	20	0,4	3,4
Ziekten van het bot-spierstelsel en bindweefsel	7	16	5	10	12	26	0,4	4,4
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	5	56	6	57	11	113	0,3	19
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	2	4	4	5	6	9	0,2	1,5
Bepaalde infectieziekten en parasitaire aandoeningen	3	2	3	6	6	8	0,2	1,3
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	2	2	2	1	4	3	0,1	0,5
Aandoeningen van het oog en adnexen	1	5	1	1	2	6	0,1	1
Ziekten van huid en subcutis	1	1	1	1	2	2	0,1	0,3
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	0	0	1	0	0	0
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	0	2	1	1	1	3	0,0	0,5

*Onder de patiënten met een kwaadaardige aandoeningen (nieuwvormingen/kankers) was er een beperkt aantal waarvan de arts van oordeel was dat het overlijden niet-terminal was.

** In geval van polypathologie was de arts in iets minder dan 50% van de patiënten van mening dat de patiënt terminaal was.

*** Bij de niet kwaadaardige aandoeningen van het zenuwstelsel, hart en vaatstelsel en het ademhalingsstelsel was de meerderheid van de patiënten terminaal.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Hoedanigheid van de eerste verplicht te raadplegen arts	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Huisarts*	1031	53,5	1082	53,5	2113	53,5
Specialist**	747	38,7	791	39,1	1538	38,9
Palliatief arts***	150	7,8	149	7,4	299	7,6

*De kwalificatie « LEIF » of « EOL » arts wordt gerangschikt als « huisarts » indien er geen andere kwalificatie explicet werd vermeld.

**De ziekenhuisartsen en geneesheer specialisten in opleiding, worden beschouwd als specialisten.

***Palliatief arts is een specialist of een huisarts met een bijzondere bekwaming in de palliatieve zorg.

Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts i.g.v. een niet-terminale patiënt	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Psychiater	216	73,2	190	63,5	406	68,4
Specialist*	79	26,8	109	36,5	188	31,6

*In geval van polypathologie beschouwt de commissie de huisarts als een specialist en kan de 2de verplicht te raadplegen arts in dit geval een huisarts zijn.

Artsen en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen*	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Arts	528	48,8	997	50,28	1525	49,8
Palliatieve teams	554	51,2	986	49,72	1540	50,2

* Bij éénzelfde patiënt zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Geraadpleegde	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
2de verplicht geraadpleegde artsen	291	8,8	299	6,9	590	7,8
Andere artsen geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen	528	15,9	997	23,2	1523	20
Palliatieve teams	554	16,8	986	22,9	1540	20,3
1ste verplicht geraadpleegde arts	1928	58,4	2022	47	3950	51,9
Totaal van de geraadpleegde personen of instanties	3299	100	4303	100	7602	100

* Consultatie van ethische commissies werden niet specifiek bijgehouden omdat dit slechts sporadisch voorkwam.

Lijden

- Voorbeelden van fysiek lijden:
Pijn, dyspneu, dysfagie, uitputting, hemorragieën, darmobstructie, verlamming, wonden, herhaalde transfusies, enz.
- Voorbeelden van psychisch lijden:
Zorgafhankelijkheid, verlies aan autonomie, eenzaamheid, wanhoop, verlies van waardigheid, uitzichtloosheid, verlies aan vermogen sociale contacten te onderhouden enz.

[Terug naar inhoudsterm](#)

Opgegeven lijden	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Fysiek lijden	1846	60,6	1906	60,7	3752	60,6
Psychisch lijden	1201	39,4	1236	39,4	2437	39,4

Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie

- Vaak werd de eigenlijke levensbeëindiging voorafgegaan door het toedienen van een sedativum bestaande uit een IV of peroraal toegediend benzodiazepines zoals dit gebeurt bij een operatie.
- Per os (via de mond); I.V. = Intraveneus

Gebruikte techniek en middelen voor het uitvoeren van de euthanasie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Thiobarbital I.V. (al dan niet met spierslapper)	1885	97,8	1955	96,7	3840	97,2
Andere producten dan Thiobarbital+ spierslapper	19	1	54	2,7	73	1,8
Enkel barbituraat per os	18	0,9	11	0,5	29	0,7
Andere	6	0,3	2	0,1	8	0,2

Beslissingen van de Commissie

Aanvaarding zonder meer betekent dat volgens alle aanwezige leden van de Commissie het registratielidocument volledig was ingevuld en dat aan alle voorwaarden was voldaan en de procedure correct werd gevuld.

Opening van deel 1 voor precisering. De vraag voor bijkomende precisering betreft uitgebreidere en nauwkeuriger precisering van de diagnose, datum van het schriftelijk verzoek of de overlijdensdatum, precisering van de hoedanigheid en de besluiten van de verplicht te raadplegen artsen. Zolang op deze vragen geen bevredigend antwoord werd gegeven blijft het dossier in beraad. De opvolging van de ossiers waar nadere precisering van de uitvoerende arts werd gevraagd eisen veel bijkomend werk van het secretariaat en aandacht van de Commissie

Opening van deel 1 voor opmerkingen betekent dat in het registratielidocument de anonimiteit was geschonden enz.

Overdracht aan Justitie wil zeggen dat de Commissie na grondig onderzoek en na de betrokken arts gehoord te hebben van mening is dat niet aan de voorwaarden van de wet is voldaan en de procedure niet werd gevuld. De overdracht gebeurt slechts na stemming en met tweederde meerderheid van de aanwezige commissieleden.

Beslissingen van de Commissie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAAL	(%)
Aanvaarding zonder meer	1446	75	1528	75,6	2974	75,3
Opening van deel I voor preciseringen	390	20,2	344	17	734	18,6
Opening van deel I voor opmerking(en)	92	4,8	149	7,4	241	6,1
Overdracht aan Justitie	0	0	1	0	1	0,03

[↑ terug naar inhoudstafel](#)

Deel 2

Beschrijving en evaluatie van de toepassing van de wet

Opmerkingen

- Na de beschrijving van de werking van de Commissie, de analyse van de beslissingen genomen door de Commissie, het aantal registratiereportages (verder in het rapport aangeduid als aangiftes) in 2014 en 2015 en de taal waarin de aangiftes gebeuren volgt het rapport de indeling van deel 2 van het registratiereportage bij de gedetailleerde statistische analyse van de informatie verstrekt door de meldende artsen in luik 2.
- De classificering van de aandoeningen, zoals die door de arts in punt 3 van het registratiereportage is ingevuld, gebeurde voorheen niet volgens een internationaal erkend coderingssysteem. Daarom heeft de Commissie het initiatief genomen om de diagnoses van de voorbijgegaan 2 jaar te coderen volgens de ICD-10 codes, de "International Statistical Classification of Diseases" die bijgehouden wordt door de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).
Gezien de codering, zijn de weergegeven cijfers en percentage dus niet vergelijkbaar met de cijfers en percentage zoals vermeld in de voorgaande tweejaarlijkse verslagen. Dit is vooral duidelijk merkbaar bij de resultaten van de oncologische aandoeningen, de polypathologie en de psychiatrische aandoeningen die voorheen samen met de neurologische aandoeningen in één categorie neuropsychiatrie werden vermeld.
- Sinds de wetswijziging (februari 2014) ten einde euthanasie voor minderjarigen mogelijk te maken, heeft de Commissie eveneens een registratiereportage opgesteld om te voldoen aan de uitbreiding van de wet naar minderjarigen toe. In 2014 en 2015, heeft de Commissie geen enkel dossier m.b.t. euthanasie bij minderjarigen ontvangen.
- De Wet betreffende de euthanasie bepaalt dat, indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, m.a.w. niet-terminaal is, de arts minstens één maand moet laten verlopen tussen enerzijds de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan. Voor de grafeiken in dit verslag werd de wachttijd berekend op basis van de datum van het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie.
- De kernelementen van enkele dossiers worden hier ongewijzigd weergegeven. De beslissingen van de Commissie zijn echter gebaseerd op het geheel van de antwoorden van de arts in het registratiereportage en op de antwoorden van de arts op een eventueel bijkomende vragen.

(A) **Werkingsbeschrijving van de Commissie (wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, art. 6-13)**

De Commissie heeft als taak na te gaan of de euthanasie die werd toegepast door een arts, werd uitgevoerd volgens de voorwaarden en de procedure voorgeschreven door de wet.

Hiertoe onderzoekt zij de registratiereportages inzake euthanasie die de artsen dienen in te vullen telkens zij een euthanasie hebben uitgevoerd. Deze documenten moeten per aangetekend schrijven met ontvangstbewijs gestuurd worden naar het secretariaat van de Commissie. In geval van twijfel of onduidelijkheden kan de Commissie aan de meldende arts vragen sommige of alle elementen van het medisch dossier met betrekking tot de uitgevoerde euthanasie te bezorgen. Zonodig wordt de betrokken arts uitgenodigd om het medisch dossier te komen toelichten tijdens een bijeenkomst van de commissie.

[Terug naar inhoudsterpel](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 11

De Commissie spreekt zich binnen een termijn van twee maanden uit. Is de Commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweede meerderheid dat in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd dan maakt zij het dossier over aan de Procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

De Commissie bestaat uit zestien werkende en zestien plaatsvervangende leden. Deze leden worden bij een koninklijk besluit aangesteld na overleg in de Ministerraad, op basis van een lijst die is voorgesteld door de Kamer van Volksvertegenwoordigers. Voor de laatste staatshervorming was de Senaat belast met deze opdracht. Acht leden zijn dokter 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 ongeneeselijk zieke patiënten.

Deze leden zijn benoemd voor een hernieuwbare periode van vier jaar. De Commissie wordt voorgezeten door een Franstalige voorzitter en een Nederlandstalige voorzitter, verkozen door de leden van de Commissie van elke respectieve taalgroep. (zie bijlage 2: KB benoeming leden)

De Commissie publiceert tweejaarlijks een rapport aan de wetgevende kamers.

In 2014-2015 vergadert de Commissie maandelijks, met uitzondering van de maand november 2015 en dit naar aanleiding van de aanslag in Parijs en de daaropvolgende lock-out van Brussel.

Zowel effectieve leden als plaatsvervangende leden namen deel aan de debatten. Alle leden ontvingen voorafgaandelijk de registratieliedocumenten (per post of digitaal) en werden uitgenodigd voor de vergaderingen.

Er wordt van de commissieleden en het secretariaat verwacht dat ze in eer en geweten de dossiers grondig voorbereiden en dat ze voor zichzelf een selectie maken van de dossiers die volgens hen bijzondere aandacht vragen. Deze dossiers worden dan uitgebreid besproken tijdens de zitting. Elk aanwezig commissielid heeft het recht om opmerkingen te maken.

De kwaliteit van de registratieliedocumenten is duidelijk nog verbeterd in vergelijking met het vorige rapport. Ook de efficiëntie en de voorbereiding van de vergaderingen zijn veel verbeterd. Dit laat toe het stijgend aantal de documenten te analyseren zonder bijkomende vergaderingen.

Het percentage registratieliedocumenten waarvoor deel I diende te worden geopend, bedroeg 25% in 2014 en 25 % in 2015, het dubbele dus van de 2 voorgaande jaren.

Dit verduidelijkt de bereidheid van de Commissie om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen o.a. om statistische redenen. Zo werd bijvoorbeeld systematisch de datum van het schriftelijk verzoek opgevraagd, zelfs als het om een overlijden binnen afzienbare termijn gaat.

Om hieraan te verhelpen werd de informatiebrochure bestemd voor de artsen, waarin bepaalde punten van de wet die blijkbaar niet altijd goed worden begrepen zijn gepreciseerd, systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd wanneer deel I van het registratieliedocument diende te worden geopend.

Het creëren van een elektronisch inschrijvingsformulier zou zorgen voor een daling van de fouten en dus een gunstige invloed hebben op werk van de Commissie en het secretariaat.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



(B) De beslissingen van de Commissie

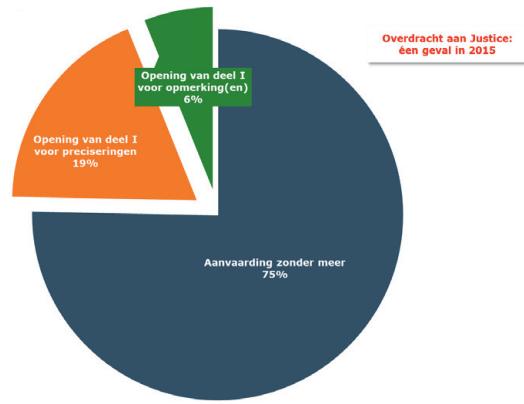
75 % van de aangiften waren van meet af aan correct ingevuld en voldeden aan de wettelijke voorwaarden en werden dan ook onmiddellijk aanvaard. In 25 % van de dossiers besloot de Commissie om de anonimitet op te heffen en deel I van de aangifte te openen om bijkomende informatie aan de meldende arts te vragen.

In 6% van de aangiften werd deel I enkel geopend omdat de Commissie de arts, voornamelijk ter informatie en pedagogie, wilde wijzen op een aantal onvolmaakthesen in zijn antwoorden of op interpretatiefouten met betrekking tot de gevolgde procedures. In deze gevallen voldoedt de aangifte echter nog steeds aan de wettelijke voorwaarden en diende de arts niet te antwoorden.

In 19% van de aangiften werd deel I geopend met de bedoeling de arts om bijkomende informatie te vragen over één of meerdere punten van het document die slecht, onvoldoende of niet waren ingevuld. De meeste van die punten hadden betrekking op ontbrekende administratieve gegevens of kleine onnauwkeurigheden met betrekking tot de procedure. De antwoorden bevatten telkens de nodige informatie, waardoor de aangiften konden worden aanvaard.

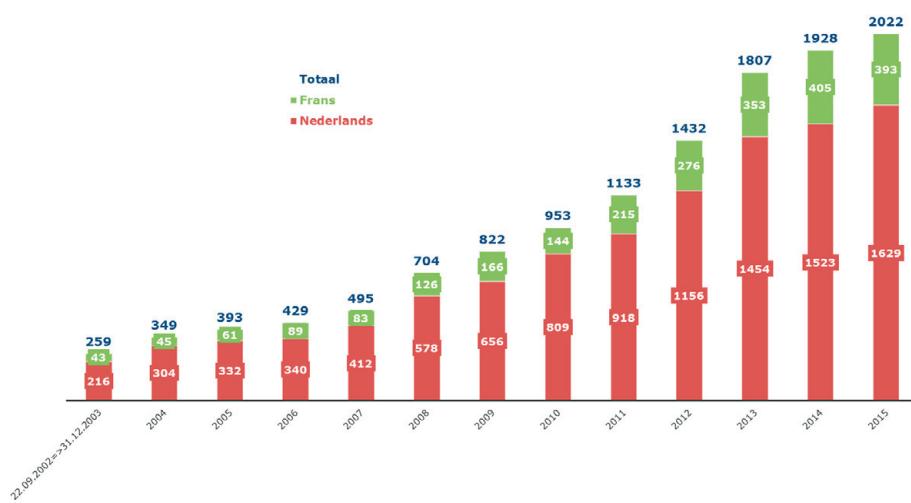
Hoewel in enkele zeldzame gevallen één of andere procedure vereiste niet correct gevolgd werd, werd de aangifte door de Commissie toch goedgekeurd na zich elke keer te hebben verzekerd van de correct naleving van de essentiële grondvooraarden van de wet (een wijsbekwame patiënt, een medisch uitzichtloze toestand, ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden en het gevolg van een ernstige en ongeneeslijke ziekte.) De Commissie heeft haar informatiebrochure voor de artsen systematisch bij de brieven aan de artsen gevoegd.

Eén enkel aangifte bevatte elementen waardoor kon worden getwijfeld aan de naleving van de grondvooraarden van de wet. Dit dossier werd aan het gerecht overgedaan.



(C) Aantal aangiften

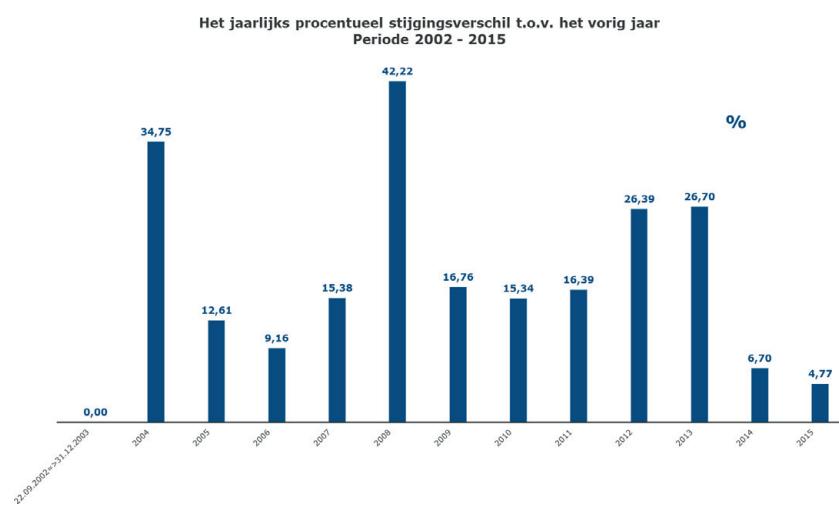
Aantal registraties en verdeling volgens taal



Tijdens de 24 maanden waarop dit verslag betrekking heeft, heeft de Commissie 3950 registratielijstjes ontvangen, wat overeenkomt met een jaarlijks gemiddelde van 1975 of een maandelijkse gemiddelde van 165 aangiften en een toename van 21,8% ten opzichte van de periode 2012 – 2013.

Sedert 2014 begint deze stijging af te vlakken. (zie grafiek 2: Het jaarlijks procentueel stijgingsverschil t.o.v. het vorig jaar – Periode 2002 – 2015).

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



In Nederland

Het enige vergelijkspunt waarover we beschikken is Nederland. Uit onderstaande tabel blijkt dat in Nederland dubbel zoveel euthanasies geregistreerd werden dan in België¹. Deze cijfers zijn de meldingen aan de Toetsingscommissies wat vergelijkbaar is met de meldingen aan de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie

Jaar	Nederland	België
2010	3 136	953
2011	3 695	1 133
2012	4 188	1 432
2013	4 428	1 807
2014	5 306	1 928
2015	5 570	2 022

[↑ terug naar inhoudstafel](#)

1 (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE) - Euthanasie in cijfers. 26/02/2016)



Het aantal aangegeven euthanasiegevallen ten opzichte van het aantal werkelijk uitgeoefende euthanasies

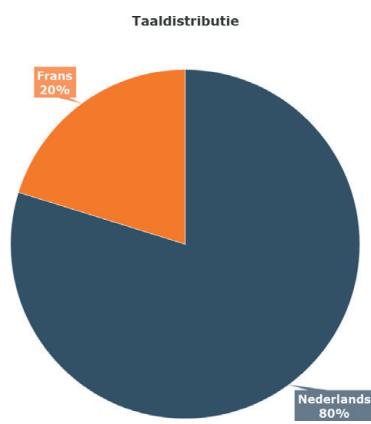
Zoals reeds vermeld in de vorige verslagen, heeft de Commissie niet de mogelijkheid om de verhouding van het aantal aangegeven euthanasies ten opzichte van het aantal werkelijk uitgeoefende euthanasies te evalueren.

In dit verband moet eraan herinnerd worden dat enkel het opzettelijk levensbeëindigend handelen op verzoek van de betrokkenen (art. 2 Wet betreffende de euthanasie) beschouwd wordt als euthanasie in de zin van de wet. Het gebruik van verschillende niet-lerale middelen met het opzet om het lijden te bestrijden is per definitie geen euthanasie, ook niet als dit handelen het overlijden van de patiënt bespoedigt.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



(D) Taal waarin de registratiedocumenten zijn opgesteld



Zoals reeds vermeld in de vorige tweejaarlijkse verslagen, stelt de Commissie opnieuw de wanverhouding vast tussen het aantal aangiften in het Nederlands en in het Frans (respectievelijk 3152 en 798) en dit rekening houdend met het aantal inwoners in Vlaanderen en Wallonië. Er werd geen rekening houdend met het Brussels Hoofdstedelijk gewest,

De redenen die deze wanverhouding kunnen verklaren blijven hypothetisch. Enkel een transversale studie kan meer duidelijkheid brengen omtrent deze wanverhouding.

Om op de vraag te kunnen antwoorden of er in ons land een verschil bestaat tussen de twee taalgroepen op gebied van de redenen waarom een euthanasieverzoek wordt ingewilligd, zijn de resultaten opgesplitst tussen Nederlandstalige en Franstalige registratiedocumenten.

[Terug naar inhoudsterk](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 17

Aandoeningen per taal, alle patiënten	NL	FR	% NL	% FR
Nieuwvormingen (kanker)	2137	538	67,8	67,4
Polypathologie	329	56	10,4	7,0
Ziekten van het zenuwstelsel	193	80	6,1	10
Ziekten van hart en vaatstelsel	161	45	5,1	5,6
Psychische stoornissen en gedragsstoornissen	113	11	3,6	1,4
Ziekten van het ademhalingsstelsel	99	25	3,1	3,1
Ziekten van het bot-spiervaststelsel en bindweefsel	29	9	0,9	1,1
Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken	22	13	0,7	1,6
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	16	4	0,5	0,5
Symptomen, afwijkende klinische bevindingen en laboratorium uitslagen niet elders geclassificeerd	14	1	0,4	0,1
Ziekten van het urogenitaal stelsel	10	7	0,3	0,9
Bepaalde infectieziekten en parasitaire ziekten.	9	5	0,3	0,6
Endocriene ziekten en voedings- en stofwisselingsstoornissen	7	0	0,2	0
Aandoeningen van het oog en adnexen	6	2	0,2	0,3
Congenitale afwijkingen, misvormingen en chromosoom afwijkingen	3	1	0,1	0,1
Ziekten van huid en subcutis	3	1	0,1	0,1
Ziekten van bloed, bloedvormende organen en bepaalde aandoeningen die het immuun systeem beïnvloeden	1	0	0	0

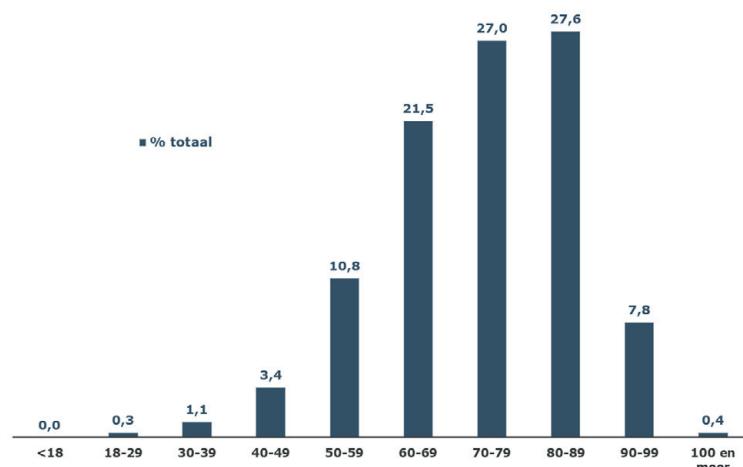
Deze analyse laat niet toe significantie verschillen tussen de Nederlandstaligen en Franstalige aangiften aan te duiden.

Tussen de beide taalgroepen zijn er geen opvallende verschillen waar te nemen in de aard van de aandoeningen die aanleiding geven tot euthanasie. De belangrijkste reden van ingewilligde euthanasieverzoeken betreft in beide taalgroepen oncologische patiënten. Vermeldenswaardig is het verschil voor polypathologie (10,4 % NL / 7% FR) en ziekten van het zenuwstelsel (6,1 %NL / 10% FR).

 terug naar inhoudstafel



(E) De leeftijd van de patiënten



In 63% van de gevallen werd de euthanasie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 36% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.

(F) Aantal overlijdens op basis van euthanasie ten opzichte van totaal aantal overlijdens

Het aantal overlijdens op basis van euthanasie tijdens de periode waarop dit verslag betrekking heeft, komt overeen met een gemiddelde van ongeveer 1,8% van alle overlijdens in ons land (1,8% in 2014 en in 2015²).

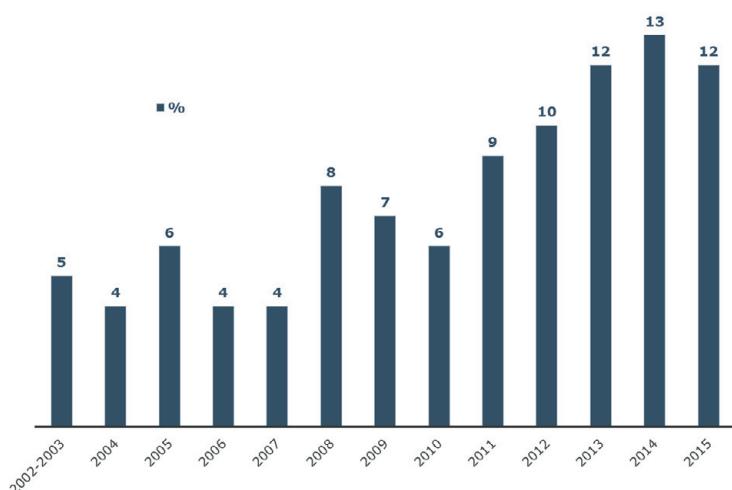
[↑ terug naar inhoudstafel](#)

² Bron van het aantal overlijdens in 2014 en 2015: de Algemene Directie Statistiek van de FOD Economie

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 19

(G) De plaats waar de euthanasie werd uitgevoerd

Evolutie van de euthanasie uitgevoerd in een woon en/of verzorgingscentrum sinds 2002



Zoals reeds aangegeven in de vorige verslagen van de Commissie, werd de euthanasie in veel gevallen (56%) thuis of in woon en/of verzorgingscentra uitgevoerd. Dit beantwoordt aan de veelvuldig uitgedrukte wens om zijn leven thuis te beëindigen.

Het aantal patiënten waarbij de euthanasie werd uitgevoerd in een woon en/of verzorgingscentrum neemt toe.

(H) De aandoeningen die aan de basis lagen van euthanasie

ICD-10-CM werd in de ziekenhuizen in ons land verplicht ingevoerd vanaf 1 januari 2015. De overlijdensattesten worden op dezelfde wijze gecodeerd. De ICD-10-CM is een gesloten classificatiesysteem dat één en slechts één plaats voorziet om elke aandoening te classificeren.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



De aandoeningen worden in eerste instantie gegroepeerd per categorie, daarna per subgroepen en uiteindelijk per diagnose Enkele vb.

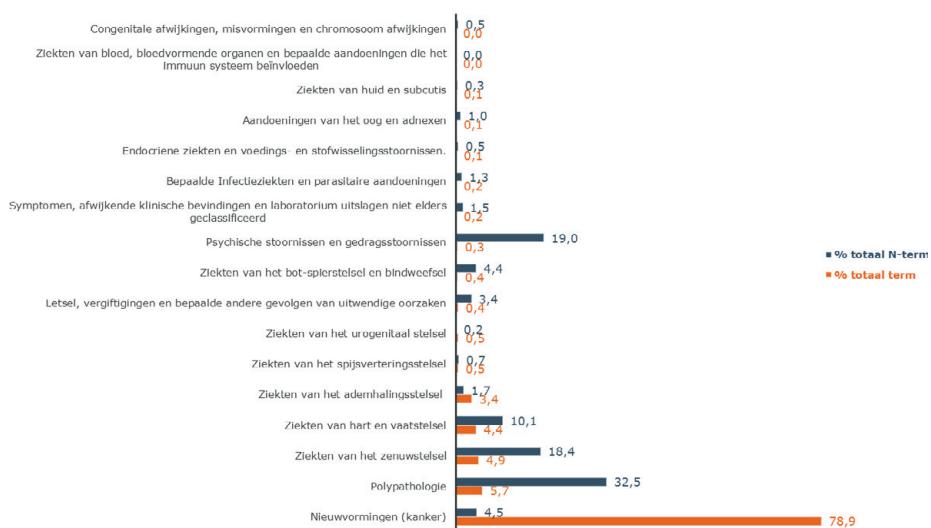
- De diagnose ALS: (amyotrofe laterale sclerose) valt onder de subgroep "Systeematrofieën die primair het centraal zenuwstelsel aantasten en aanverwante aandoeningen" en maakt deel uit van de categorie "Ziekten van het zenuwstelsel".
- De diagnose ziekte van Alzheimer valt onder de subgroep "Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen" en maakt deel uit van de categorie van "Psychische stoornissen en gedragsstoornissen" (zgn. psychiatrische aandoeningen). N.B.: ook andere oorzaken van dementie zoals vasculaire dementie, dementie a.g.v. hersenbeschadiging etc. vallen onder de subgroep "Organische, inclusief symptomatische, psychische stoornissen".
- De diagnose longkanker valt onder onder de subgroep "Maligne neoplasmata van ademhalingsstelsel en de intrathoracale organen" en maakt deel uit van de categorie "Nieuwvormingen".
- De diagnose depressie valt onder de subgroep "Stemningsstoornissen" en maakt deel uit van de categorie "Psychische stoornissen en gedragstoornissen". De subgroep "Stemningsstoornissen" wordt verder opgedeeld in "Unipolaire en bipolaire stemmingsstoornissen". De depressie valt dan onder "Unipolaire stemmingsstoornissen".

Categorie van de aandoeningen: alle patiënten



Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 21

Categorie van de aandoeningen volgens de te verwachten termijn van overlijden



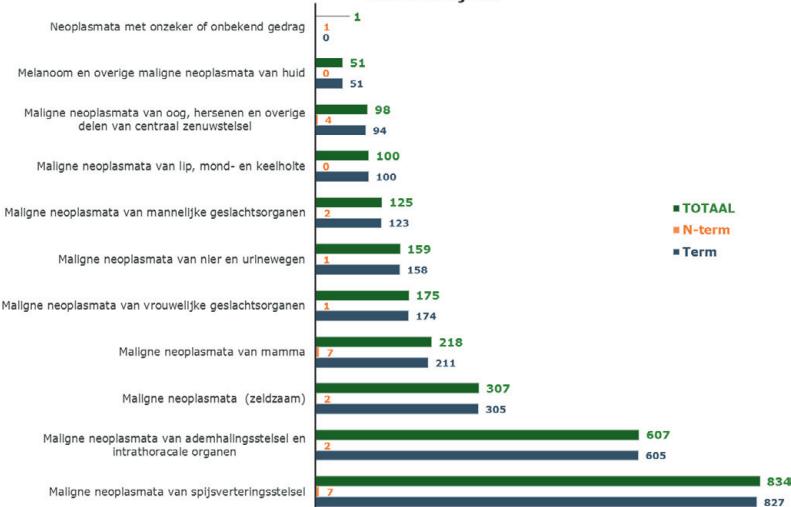
[⬆ terug naar inhoudstafel](#)



1. De patiënten met een oncologische aandoening (Nieuwvormingen)

Zoals te verwachten zijn oncologische aandoeningen de voornaamste medische reden waarom patiënten om euthanasie verzoeken nl. 2676 of 67,7%. Deze patiëntengroep omvat alle kwaadaardige aandoeningen: kwaadaardige vaste tumoren, leukemieën, myelomen, enz. Alle patiënten hadden meerdere behandelingen gekregen van curatieve en/of palliatieve aard zonder succes.

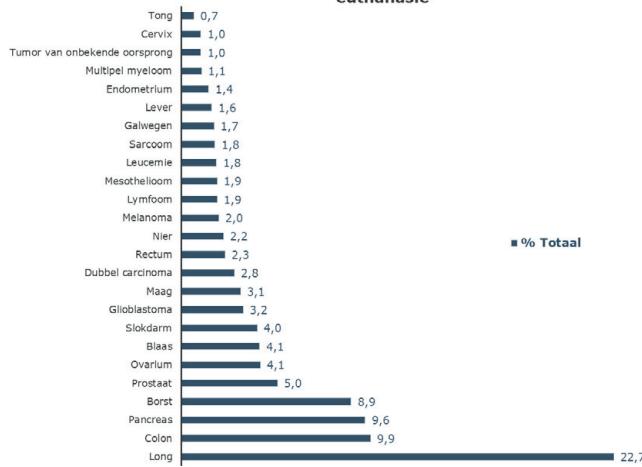
Nieuwvormingen volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



De oncologische patiënten hebben verschillende redenen om euthanasie te verzoeken. Ofwel omdat ze gemetastaseerd waren (colonkanker, maagkanker, longkanker, melanoom enz.) en hun behandelmogelijkheden onbestaande of zeer beperkt met slechts een geringe kans op slagen. Ofwel omwille van een uitgebreid recidief van hun kanker dat aanleiding gaf tot zeer ernstig fysiek lijden (hoofd- en halstumoren, hersentumoren enz.). Ofwel omdat ze in een onomkeerbare cachectische toestand verkeerden. Van de 2673 patiënten werden er slechts 27 patiënten als niet terminal beschouwd door de meldende arts. In praktisch alle gevallen geeft de arts aan dat het uitgesproken fysiek lijden aanleiding had gegeven tot ernstig psychisch lijden veelal van existentiële aard. Daarnaast wordt frequent aangegeven dat de palliatieve behandelingen niet in staat waren dit lijden op een voor de betrokkenen aanvaarbare manier onder controle te brengen.

[Terug naar inhoudsterm](#)

Voornaamste kwaadardige aandoeningen die aan de basis lagen van een euthanasie



Zoals te verwachten uit het KCE document gepubliceerd in 2015 "Cancer Burden in Belgium – Trends, incidence, survival, prevalence, mortality, projections", zijn longkanker, colonkanker, borst en prostaatkanker de voornaamste oncologische aandoeningen die aanleiding geven tot een euthanasieverzoek. Daarnaast zien we dat minder voorkomende tumoren zoals ovariumcarcinomen, blaascarcinomen, slokdarmcarcinomen en glioblastomen ook frequent aanleiding gaven tot euthanasie.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Voorbeelden

- In dit voorbeeld gaat het om een patiënt met een slokdarmtumor die én gemitastaseerd was én een uitgebreid locoregionaal recidief vertoonde. Dit alles ging gepaard met ondraaglijke pijn en slijkproblemen die niet meer voor behandeling vatbaar waren.

3. Precieze diagnose <i>Néoplasie œsophagienne avec métastases cervico-thoraciques</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<ul style="list-style-type: none">Douleurs cervicales sévère avec insomnie secondaire.Troubles de la déglutition avec fausses routes, crises de touxSouffrance psychique intolérable pour le patient.
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<ul style="list-style-type: none">Effet mitigé des antalgiques sur la douleur.Impossibilité de s'alimenter normalement.Anxiété permanente, troubles du sommeil très sévères.
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<ul style="list-style-type: none">Déclaration anticipée relative à l'euthanasie, signée par le patient en date du 1/5/2013.Demandes réitérées écrites formulées et signées par le patient sain d'esprit après avoir pris connaissance du diagnostic et du pronostic.Refus des soins palliatifs.

- Het volgend voorbeeld betreft een patiënt met een baarmoederhalskanker uitgezaaid naar de longen.

4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden: <i>Lymfangitis carcinomatosis met onhoudbare dyspneu en verstikkingsgevoel.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd: <i>Geen therapeutische opties betreffende de lymfangitis carcinomatosis. "Best supportive care" onvoldoende effectief om verstikkingsgevoel en dyspneu te verlichten</i>

- Het hiernavolgend voorbeeld betreft een patiënt waarbij het zeer ernstig en onbehandelbaar terminaal lijden secundair een zeer ernstig existentieel lijden had veroorzaakt.

3. Precieze diagnose <i>Gemetastaseerd coloncarcinooma uitbehandeld met chemotherapie. Massieve levermetastasering met galwegbloeding. Onuitstaanbaar existentieel lijden: heeft moeite met aftakeling.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraagelijk lijden: <i>Existentieel lijden omwille van aftakeling en gebrek aan uitzicht op verbetering, wel integendeel</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Ziekte was uitbehandeld. Deterioratie en aftakeling stonden verder toe te slaan.</i>

[↑ terug naar inhoudsterpel](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 25

2. Patiënten met polypathologie

De tweede meest voorkomende reden tot een euthanasieverzoek is polypathologie nl. 385 patiënten of 9,7% van het totaal aantal geregistreerde euthanasies. Bij deze patiënten was de ernst van de pathologische toestand en het lijden niet het gevolg van één enkele ziekte maar wel van de combinatie van verschillende ernstige en ongeneeslijke ziekten. Het aantal gevallen ligt duidelijk hoger dan in de periode 2012-2013 (nl. 166 patiënten of 5% van het totaal aantal uitgevoerde euthanasie). Het merendeel van deze patiënten is 70 jaar of ouder.

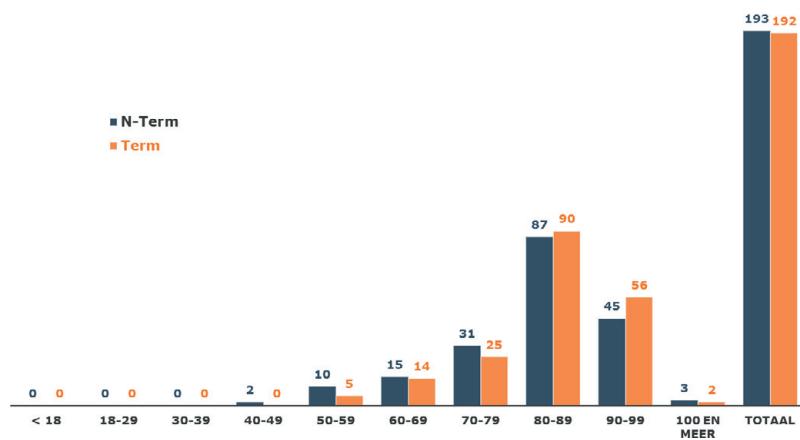
Een belangrijke reden van het verschil met de periode van 2012 – 2013 is de introductie van de ICD-10 codering. Een casus werd als polypathologie gecodeerd als in punt 3 van het registratiereport.

- De meldende arts expliciet vermeldt dat het gaat om een polypathologie of
- de meldende arts in punt 3 van het registratiereport verschillende diagnoses vermeldt en in punt 4, 5 en 6 duidelijk blijkt dat het lijden het gevolg is van de combinatie van de verschillende ziekten zoals:
 - *gang- en mobiliteitsstoornissen* a.g.v. polyartrose, wervelindeukingsfracturen, valneigingen enz. gepaard gaande met al of niet uitgesproken pijn en sterke beperking van de bewegingsmogelijkheden van de patiënt waardoor hij/zij zijn autonomie verliest.
 - *visusstoornissen* gaande tot bilaterale blindheid die maken dat de betrokkenen niet meer in staat is een dagblad of boek te lezen of televisie te kijken. Dit maakt hem in toenemende mate zorgafhankelijk en heeft een isolerend effect op het onderhouden van zijn sociale contacten.
 - *aandoeningen van het zenuwstelsel* zoals Parkinson of sequelen van een hersentrombose (CVA) verergeren de zorgafhankelijkheid en het sociaal isolement van de betrokkenen.
 - *gehoorstoornissen* tot complete doofheid die hem verhindert tot contact.
 - *gevorderd tot terminaal hartlijden en chronisch longlijden* (Gold standaard 3 tot 4) die de betrokkenen in zijn fysieke mogelijkheden beperkt en de levensruimte terug brengt tot één enkele ruimte. Het sociaal leven wordt hierdoor dusdanig beperkt dat er eenzaamheid ontstaat.
 - *incontinentie zowel urinair als fecaal* wat voor velen aangevoeld wordt als een aantasting in hun waardigheid.
 - beginnende dementie die de bejaarde angst voor een langzame mentale en cognitieve aftakeling inboezemt met uiteindelijk verlies van zijn eigen persoonlijkheid.
 - *cachexie en uitgesproken fysieke aftakeling* die onomkeerbaar en onbehandelbaar was en aanleiding gaf tot continue bedlegerigheid.

 [terug naar inhoudstafel](#)



Polypathologie volgens de leeftijd en de te verwachten termijn van overlijden



De combinatie van een aantal van deze aandoeningen en het feit dat er geen verbetering meer mogelijk is veroorzaakt permanente handicaps die maken dat het lijden ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen is. Hierdoor komen ze terecht in een uitzichtloze situatie die hen tot wanhoop drijft.

In de helft van de gevallen van een euthanasieverzoek op basis van een polypathologie beschouwd de meldende arts de patiënt als terminaal.

Het gaat in geval van polypathologie niet uitsluitend om bejaarde patiënten. Reeds in de leeftijds groep van 40 tot 49 jaar waren er twee patiënten die op basis van hun polypathologie een euthanasieverzoek zagen ingewilligd. De leeftijds groep van 40 tot 69 jaar maakt 12% van de totale groep uit. Het spreekt vanzelf dat hoe bejaarder een persoon wordt hoe meer kans hij heeft om een polypathologie te ontwikkelen die in toenemende mate een ondraaglijk aanhoudend en niet te lenigen lijden kan veroorzaken. Dit betekent helemaal niet dat de commissie hoge leeftijd als een ziekte beschouwt. Hoge leeftijd en levensmoeheid rechtvaardigen geen euthanasie in afwezigheid van een ernstige en ongeneeslijke aandoening.

[↑ terug naar inhoudsterpel](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 27

Voorbeelden

- Het betreft een 79-jarige patiënt bij wie de talrijke ongenezelijke ziekten aanleiding gegeven hadden tot een voor hem gebrekige levenskwaliteit. De ganse procedure heeft meer dan een jaar in beslag genomen voorealeer een definitief besluit genomen werd over de ontvankelijkheid van het euthanasieverzoek en men tot de uitvoering is overgegaan. Dit toont o.a. aan dat artsen bij een euthanasieverzoek niet onmiddellijk een schriftelijk verzoek eisen.

3. Precieze diagnose
<i>Uitgebreide locoregionale invasie van multipele superficieel spreidende basocellulaire carcinomata met metastasering naar de longen. Uitgebreide evoluerende radiodermatitis ulcus.</i>
<i>Bijkomende diagnostiek: evolutieve morbus Parkinson, blindheid, doofheid, ziekte van Ménière.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
Patiënt bevindt zich in een toestand van mentale en fysieke uitputting. Patiënt beschouwd zijn levenskwaliteit nog als zeer laag omwille van de multipele progressief evoluerende aandoeningen waaraan hij lijdt (o.a. blind, doof, toenemende symptomen van zijn morbus van Parkinson met veelvuldig vallen, huidercarcinoom, radiodermatitis ulcus rug, Ménière ziekte, intolerantie voor ziektetrouwende medicatie,) Hierdoor wordt hij voor zijn alledaags leven steeds meer afhankelijk van derden en hiermede kan hij zich niet verzorgen.
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
Psychisch en fysiek lijden dat niet meer kan gelenigd worden op een wijze die nog aanvaardbaar is voor de patiënt. Patiënt besefte ten volle de onomkeerbaarheid van zijn medische toestand en tevens de onvermijdelijke ziekteprogressie in de nabije toekomst.
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
Patiënt heeft reeds ongeveer 3 jaar geleden aangegeven dat hij niet wil afzien. Sinds ongeveer 1 jaar geleden is de concrete vraag naar euthanasie door de patiënt gesteld. Er werden sindsdien meermalen gesprekken gevoerd met de patiënt over mogelijke alternatieven. Naarmate zijn verzoek tot euthanasie nadrukkelijker werd zijn er gesprekken geweest met zijn enige zoon, schoondochter en nog enkele andere familieleden. Tijdens zijn laatste ziekenhuisopname werd zijn verzoek nog eens uitgebreid geëvalueerd door de ziekenhuispsycholoog en de dienst patiëntenbegeleiding. Patiënt is echter zeer nadrukkelijk achter zijn keuze blijven staan.
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden?
Neen

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



- Dit dossier van een 91-jarige patiënt is een illustratie van het feit dat bejaarde patiënten ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen kunnen lijden door de combinatie van een aantal zgn. ouderdomskwalen waardoor de levenskwaliteit zeer ernstig wordt aangetast. Bovendien is de medische toestand als uitzichtloos te beschouwen omdat er geen curatieve behandelingen meer mogelijk zijn. Patiënte werd door de uitvoerende arts als niet terminal beschouwd. Daarom werd het advies gevraagd van een LEIFarts – huisarts en een psychiater. De adviseuren benadrukkten dat het verzoek van de patiënt aan de voorwaarden van de wet betreffende euthanasie voldeed.

3. Precieze diagnose

- Uitgebreide polyarthrose gepaard gaande met veel pijn. Zou nieuwe heupen en knieën moeten krijgen. Gezien haar leeftijd en haar cardiale toestand komt ze hiervoor niet meer in aanmerking. Immobiel*
- Ernstige gezicht- en gehoorstoornissen die snel progressief zijn.*
- Beginnende mentale aftakeling gepaard gaande met desorientatie, angstreacties en paniek. Opgetreden na syncopes als gevolg van haar totale AV blok. Heeft daardoor sequelen en geheugenstoornissen, vooral voor het onmiddellijke geheugen*
- Patiënte is zeker wilsbekwaam.*
- Cardiovasculair: Total AV blok.*
- Toenemende incontinentie urinair.*
- Stoelgangsproblemen: regelmatig obstructie op basis van fecalomen*

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

Het feit dat ze continue pijn heeft ondanks behandeling en continu controle nodig heeft van derden en dat haar situatie niet beter zal worden maakt dat ze haar situatie uitzichtloos vindt. Ze heeft geen normaal leven meer, zeker niet in vergelijking met vroeger. Kan zelfs niet eten in het restaurant van de instelling. Is ook fel vermagerd wegens gebrek aan eetlust. Haar leven is vol stress en paniek. Het feit niet meer autonoom te zijn maakt dat ze van mening is dat ze geen toekomst meer heeft. Ze is al haar levenskwaliteit kwijt. Zo wil ze niet verder leven.

5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:

Ze zou nieuwe knieën en heupen moeten hebben. Haar cardiale toestand en haar leeftijd maakt dat ze inoperabel is. Ze moet dus verder leven met pijn. Het feit dat haar geheugen soms weg valt veroorzaakt zoveel paniek en stress. Ook hiervoor bestaat geen oplossing. Ze moet om verder te kunnen leven volledig steunen op haar echtgenoot. Al haar medicatie en andere verzorging ten spijt is ze al haar levenskwaliteit kwijt. Dit uitzichtloos leven en wachten op haar dood wil ze niet.

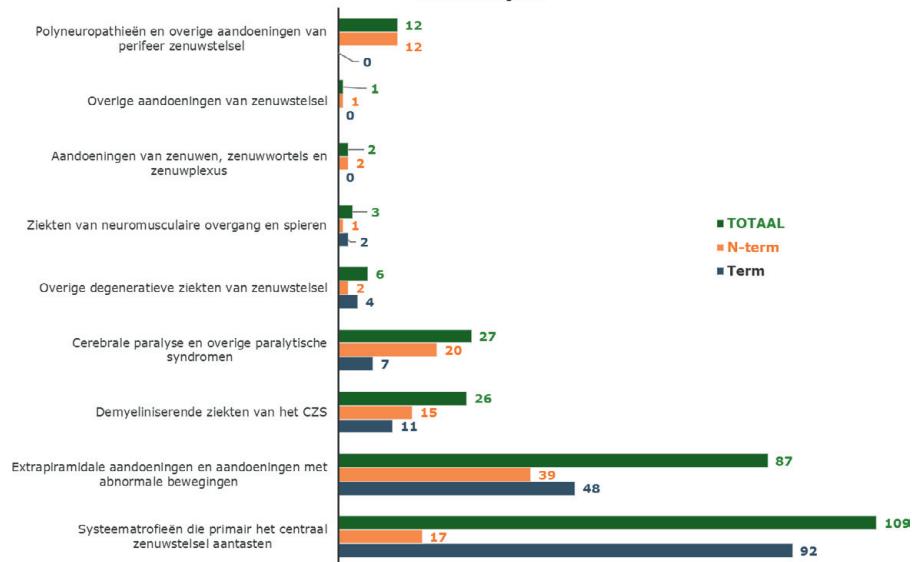
[Terug naar inhoudsterm](#)

3. Patiënten met een ziekte van het zenuwstelsel

274 of 6,9% van de patiënten die euthanasie ondergingen leden aan een ziekte van het zenuwstelsel.

De meest frequente aandoeningen waren ALS, Parkinson en multipel sclerose. Meer dan de helft van deze patiënten werden als terminaal beschouwd.

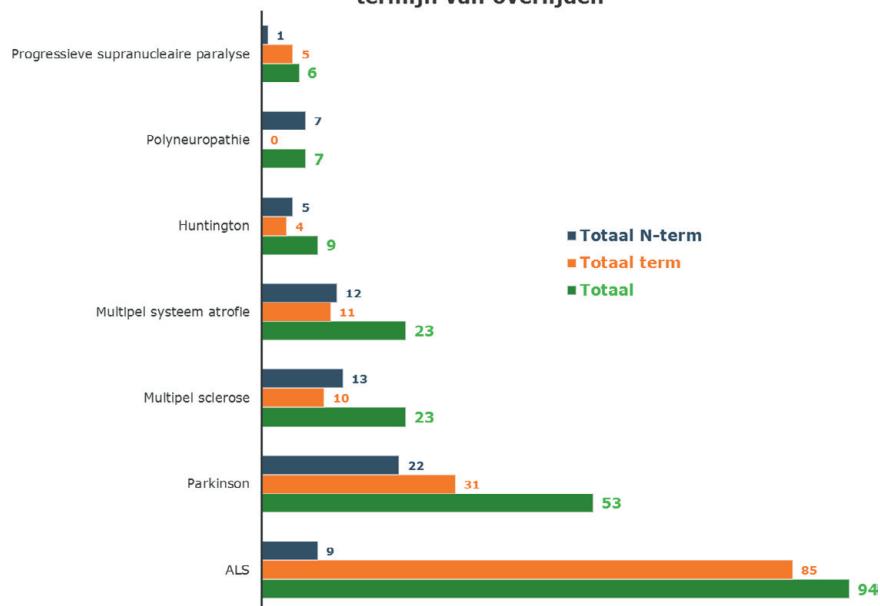
Ziekten van het zenuwstelsel volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



[⬆ terug naar inhoudstafel](#)



Voornaamste ziekte van het zenuwstelsel volgens de te verwachten termijn van overlijden



1. Tot de subgroep van de demyeliniserende ziekten van het centraal zenuwstelsel behoort multiple sclerose.
2. Tot de subgroep van de extrapiramidale bewegingsstoornissen behoren de ziekten zoals Parkinson, multipele systeem atrofie en de progressieve supranucleaire paralyse. De beide laatste aandoeningen zijn ook gekend als Parkinson plus.
3. Tot de subgroep van de hersenverlamming en andere paraplegische syndromen behoren o.a. allerlei aandoeningen die gepaard gaan met de verlamming van de ledematen.
4. Tot de subgroep van de systemische atrofie van het centraal zenuwstelsel behoort de ziekte van Huntington en ALS.

Voorbeeld

- Amyotrofe Laterale Sclerose (ALS) is een zeer ernstige, ongeneeslijke ziekte van het zenuwstelsel waarvan het belangrijkste kenmerk bestaat uit het afsterven van de motorische zenuwcellen in het ruggenmerg, de hersenstam en de hersenschors en die uiteindelijk tot de dood leidt door verlamming van de ademhalingsspieren en zo tot de verstikkingsdood. Sommigen patiënten (9) laten hun euthanasie uitvoeren voor de terminale fase anderen (85) wachten tot de ziekte in zijn eindfase is. Gezien de patiënt terminal was het advies van slechts één arts noodzakelijk. Deze arts bevestigde o.a. dat het overlijden te voorzien was binnen afzienbare termijn.

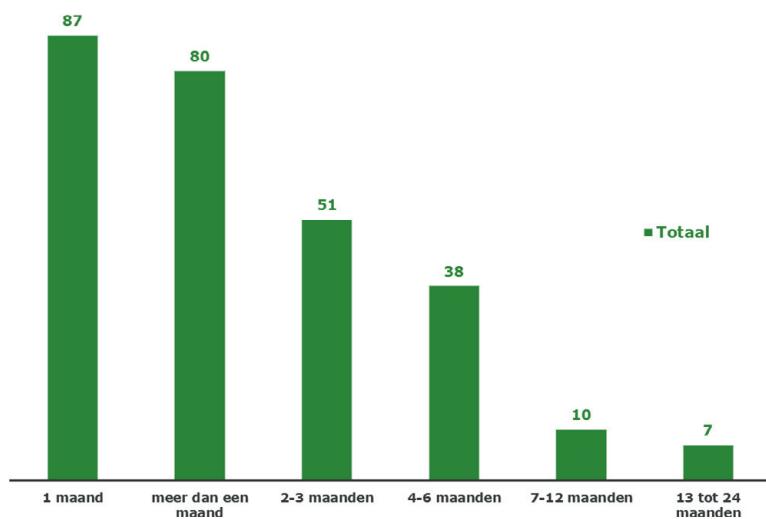
3. Precieze diagnose
<i>Sclérose latérale amyotrophique rapidement évolutive.</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden:
<i>Troubles de déglutition (même sur salive), impossibilité de boire ou de manger sans risquer de s'étouffer, dysarthrie impossibilité de s'exprimer verbalement.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:
<i>Pas de perspective thérapeutique. Refus d'une alimentation artificielle. Risque d'étouffer sur prise alimentaire ou eau.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Vue par 2 médecins (+ son médecin traitant), la psychologue. Demande répétée et déjà évoquée au début de la maladie avec famille. Pas de troubles cognitifs.</i>

 [terug naar inhoudstafel](#)



Wachttijd voor neurologische aandoeningen

De wachttijd voor neurologische aandoeningen is zeer variabel en is bij heel wat patiënten waarvan het overlijden wordt verwacht binnen afzienbare termijn frequent meer dan 1 maand.



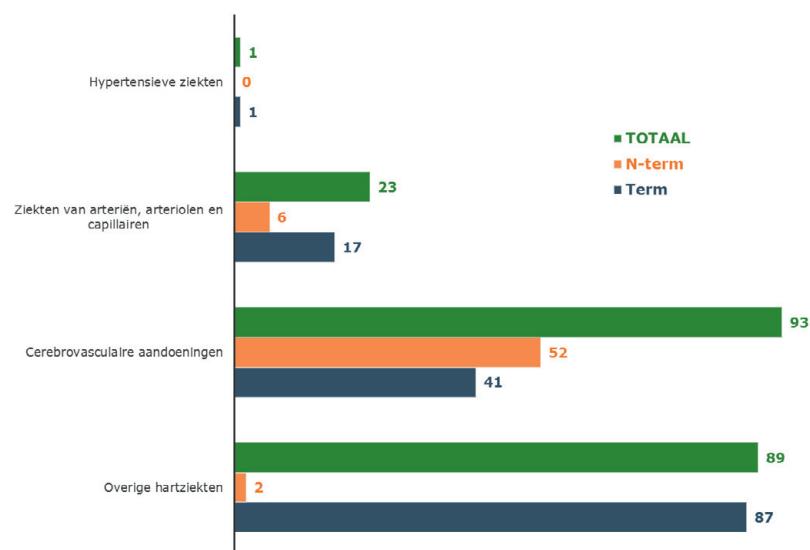
4. De patiënten met ziektes van het hart en vaatstelsel.

In 206 of 3,1% van euthanasie gevallen gaat het om ziektes van het hart- en vaatstelsel. Onder deze categorie vallen eveneens beroertes, (herseninfarcten a.g.v. een trombose van de bloedvaten) hartfalen en hartkleplijden en perifeer vaatlijden zoals aneurysmata en arteriële insufficiëntie.

Het meest frequent zijn de beroertes of CVA's (85 patiënten), terminaal hartfalen (83 patiënten) en complicaties van zgn. perifeer vaatlijden (18 patiënten).

[Terug naar inhoudsterk](#)

Ziekten van hart en vaatstelsel volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



- Onder de subgroep "Overige hartziekten" vindt men hartfalen en hartstilstand succesvol geraanimeerd.
- Onder de subgroep ""Cerebrovasculaire aandoeningen" vindt men CVA, spontane hersenbloedingen, trombose van de hersenarteries;
- Onder de subgroep "Ziekten van arteriën, arteriolen en capillairen" vindt men aorta aneurysma's, trombose van de arteria mesenterica met darminfarct en vaatlijden ter hoogte van de extremiteiten.

[⬆ terug naar inhoudstafel](#)



Voorbeeld

- Deze patiënt is een voorbeeld tot welke ernstige complicaties een hersentrombose of CVA aanleiding kan geven en hoe deze een ondraaglijk aanhoudend en niet te leningen fysiek en psychisch lijden veroorzaken zodat verder leven in die omstandigheden voor de betrokkene als zinloos wordt ervaren.

3. Precieze diagnose

24/12/2013: ischemisch CVA (infarct linker arteria cerebri media) met als sequelen: fatische stoornissen, uitdrukking- en begripstoornissen en continue invaliderende holocranische hoofdpijn.

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

Irreversibele fatische- en begripstoornissen.

Continue zeer hevige hoofdpijnen en "geras" in het hoofd

5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:

Logopedische revalidatie had beperkt resultaat maar was onvoldoende om vlot aan conversaties te kunnen deelnemen. De hoofdpijn blijkt resistent aan alle beproefde medicaties en combinaties hiervan (analgetica, antidepressiva, corticoiden, morfine, neuropathische medicatie).

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

Al tijdens de ziekenhuisopname gaf patiënt aan zo niet verder te willen leven (suicidepoging ondernomen). In de weken na het CVA, toen bleek dat er geen verdere recuperatie optrad, bracht hij vrijwel dagelijks zijn wens om te mogen sterven naar voor, bij elk bezoek van de huisarts herhaald.

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

Neen

- Deze patiënt is een voorbeeld van een zeer ernstig gecompliceerde terminale en irreversibel hartlijden.

3. Precieze diagnose

Terminale hartdecompensatie na multipele coronaire ingrepen met CVA na laatste coronaire bypass operatie. Meerdere opnames met longoedeem – nierinsufficiëntie. Toenemende angor pectoris waarvoor antistolling waarop patiënt recent meerdere gastro-intestinale bloedingen deed.

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

Irreversibele fatische- en begripstoornissen. Snelle deterioratie cardiorespiratoire toestand met dyspneu en orthopnoe. Volledig bedlegerig en permanent zuurstofdependent.

5. Redenen waarom dit lijden niet kon worden gelenigd:

Geen therapeutische mogelijkheden meer wegens terminale decompensatie. Wenst bewust en waardig afscheid van zijn familie te nemen.

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

Tot voor twee maanden nog behoorlijk en niet zuurstofdependent. Sindsdien snelle achteruitgang en voorbij de twee weken herhaaldelijk de vraag gesteld aan zijn artsen en familieleden.

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

Ja

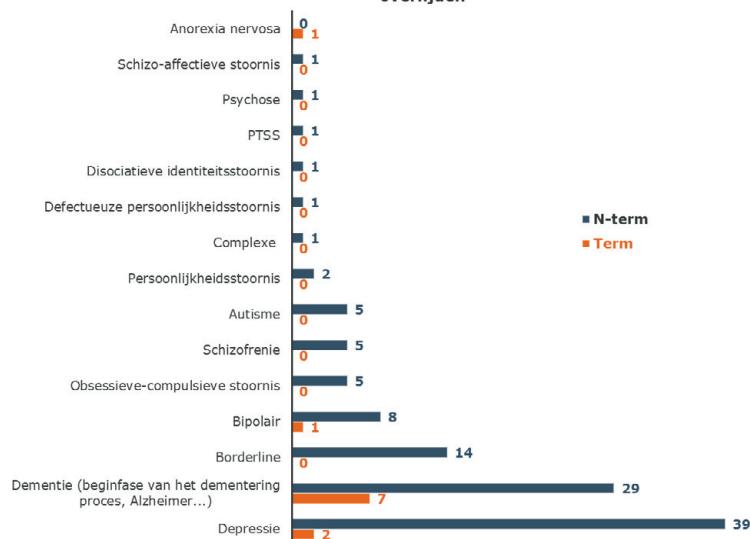
[↑ terug naar inhoudsterm](#)

5. De patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen (psychiatrische aandoeningen)

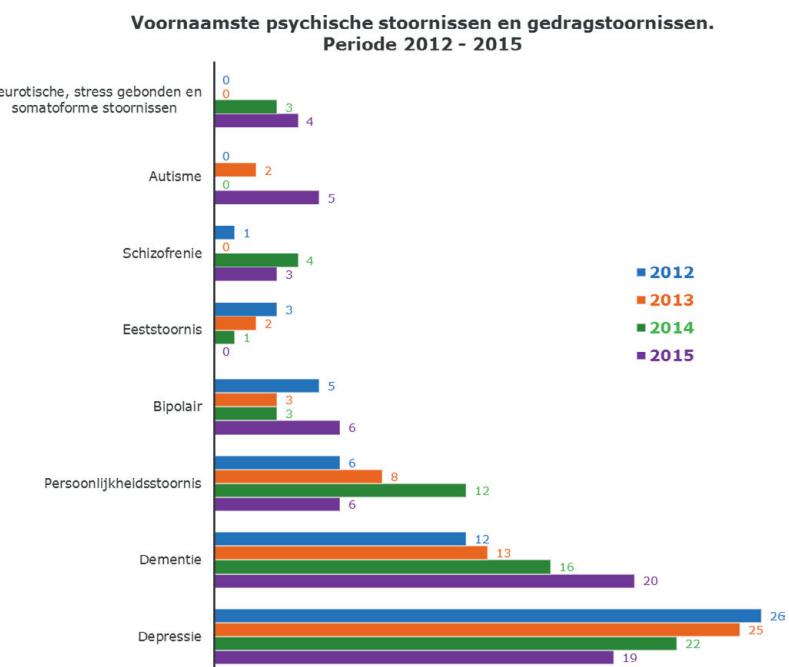
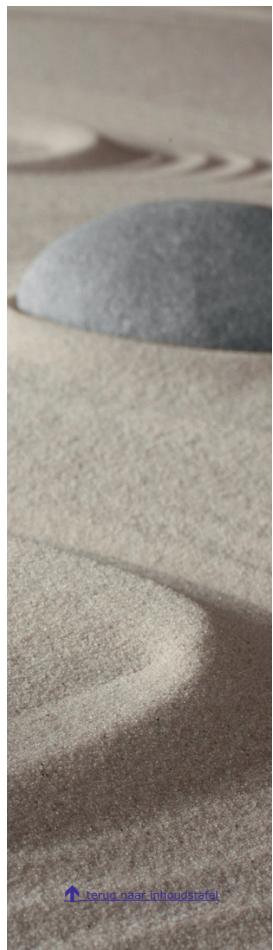
De groep van patiënten met psychische stoornissen en gedragsstoornissen of psychiatrische aandoeningen (dementie, onomkeerbare psychoses en wanen, stemmingstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, autisme etc.) is zeer beperkt en bedraagt 124 casussen op 3950 euthanasies of 3,1% van het aantal euthanasie gevallen in de voorbije twee jaar.

In de periode 2012 – 2016 trad geen stijging op in het aantal gevallen. In de hiernavolgende grafiek wordt de frequentie van de verschillende psychiatrische aandoeningen voor de periode 2012 – 2016 voorgesteld. Meest opvallend is de stijging van het aantal euthanasies bij patiënten lijdend aan dementie.

Psychische stoornissen en gedragsstoornissen volgens de te verwachten termijn van overlijden



[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Voorbeeld

- Dit dossier werd weerhouden door de Commissie als voorbeeld van ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen psychisch lijden bij een 26-jarige patiënt die leed aan een zeer ernstige en ongeneeslijke psychische stoornis.

Aan 2 psychiaters werd een advies gevraagd. Beide zagen patiënt meerdere malen op raadpleging vooraleer zij een gunstig advies formuleerden. De Belgische wet vereist het advies van minstens 1 psychiater terwijl de Nederlandse Wet dit niet vereist.

3. Precieze diagnose

- Psychiatrisch: dwangneurose of obsessieve-compulsieve stoornis en zware depressies gecompliceerd door een Body Dysmorphic Disorder, borderline persoonlijkheid met symptomen van zware zelfdepreciatie, dwangverschijnselen met o.a. Dwangmatige gedachten en dwangmatige handelingen.*
- Somatisch: hematologische aandoening: erfelijke trombofilie en auto-immuun problemen (APC factor 5 Leiden). Bij onderzoek kwam eer zeer ernstige genetische aandoening aan het licht nl. Antifosfolipiden syndroom zeer ernstig 18 jaar. Hersentrombose*

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

De ziekte heeft een grote impact op haar normaal functioneren. Heeft geen vrienden meer. Heeft haar school niet afgemaakt. Heel haar bestaan wordt hierdoor geterroriseerd. Heeft continu slechte gedachten over haar lichaamsbeleving. Ze geraakt deze gedachten niet kwijt. En deze gedachten verpesten gans haar leven op elk vlak en daarom wil ze er niet meer zijn. Leeft door haar ziekte in eenzelfopgelegde eenzaamheid. Ze is al haar waardigheid verloren.

5. Redenen waarom dit lijden niet kan worden gelenigd:

Het gebrek aan behandelingsresultaat in diverse ook universitaire instellingen en haar nu al 10 jaar lang toenemend psychisch lijden maakt haar toestand uitzichtloosheid. Ze is daarom ook chronische suïcidal. Individuele psychotherapie: is bij verschillende psychologen en psychiaters geweest. Helemaal geen hulp. Meerdere malen Residentiële behandelingen in universitaire en niet-universitaire psychiatrische diensten Medicatie: heel veel verschillende soorten zonder resultaat. Heeft weinig last van neveneffecten gehad. Zelfmoordpoging. Was geen impulsieve beslissing. Patiënte heeft een groot ziekte inzicht.

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

Het verzoek is vrijwillig en weloverwogen. Het is herhaaldelijk gesteld en er is geen externe druk. Patiënte beseft de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering.

Wachttijd

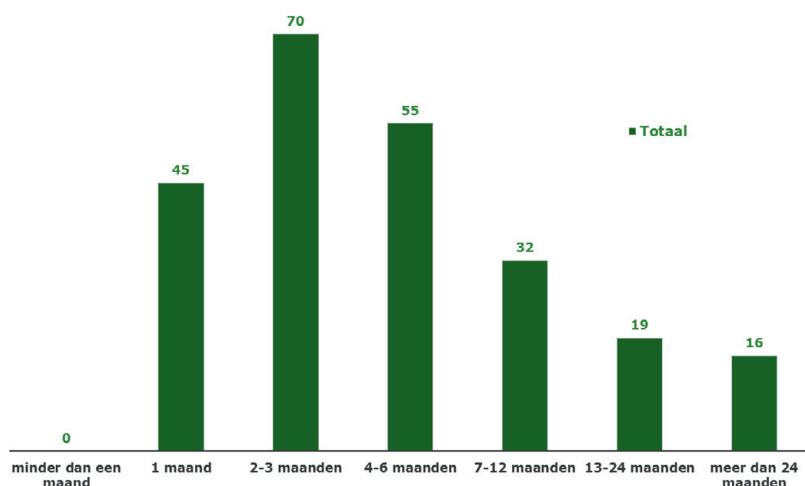
Aangezien de patiënt met psychische en gedragsstoornissen in de regel niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, dient de termijn van minstens één maand gerespecteerd te worden. Deze wachttijd begint te lopen vanaf de schriftelijke vaststelling van het verzoek om euthanasie. De studie van de concrete dossiers verduidelijkt dat in de praktijk meestal verscheidene maanden soms jaren wordt gewacht tussen enerzijds de (eerste) schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan.

Hieronder vindt men een grafisch overzicht van de in de praktijk in acht genomen wachttijden.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Wachttijd bij patiënten met een psychische stoornissen en gedragsstoornissen



In enkele uitzonderlijke gevallen verwachtte de arts dat de patiënt binnen afzienbare tijd zou overlijden. Ter illustratie twee voorbeelden.

- Een hoogbejaarde (90 jaar) zorgafhankelijke vrouw die omwille van een progressief dementieproces euthanasie vraagt sinds jaren. Het eerste schriftelijk verzoek dateert van 2007 en werd hernieuwd in 2013. Intussen was ze cachectisch geworden en verkeerde ze in een terminale levenssituatie.
- Het tweede voorbeeld betreft een patiënt met anorexia nervosa wat gepaard ging met ernstige somatische klachten die een onomkeerbare cachexie hadden veroorzaakt. Haar schriftelijke verzoek was meer dan 6 maand oud.

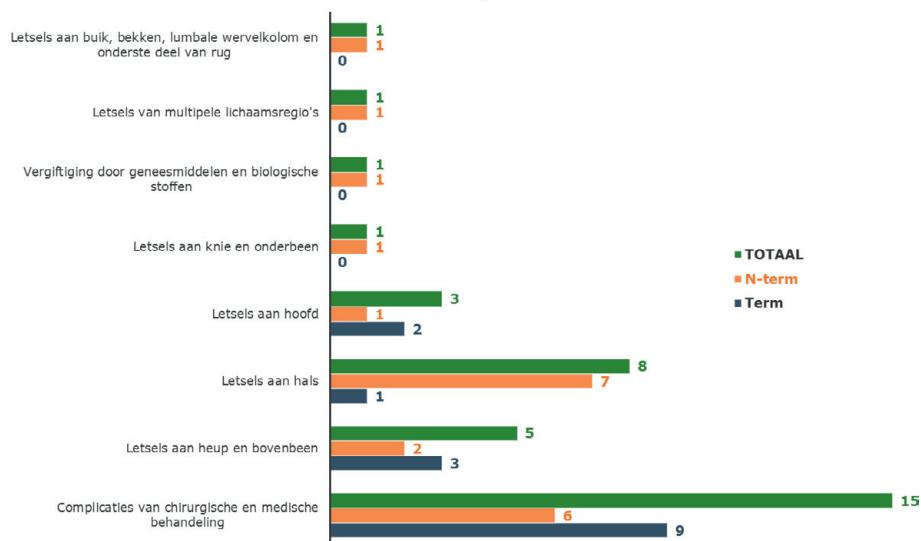
De analyse van de concrete dossiers en de grafiek hierboven wijzen duidelijk uit dat de wachttijd bij geen enkele patiënt korter was dan één maand, ook niet bij de patiënten waarvan de arts meldt dat het overlijden binnen afzienbare tijd zal plaatsvrijen.

Bij het merendeel van de psychiatrische patiënten is de wachttijd langer dan 2 maanden tot meer dan 24 maanden. Onder de patiënten bij wie de wachttijd 1 maand was zijn heel wat dementerende patiënten of psychiatrische patiënten die eveneens ernstig fysiek lijden vertoonden zoals i.g.v. anorexia nervosa.

6. Patiënten met een letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken

Door het gebruik van de ICD-10-CIM codes om de diagnoses te coderen kon deze groep van patiënten geïdentificeerd worden. In totaal gaat het om 34 patiënten waarvan de belangrijkste groep complicaties van medische zorg betreft.

Letsel, vergiftigingen en bepaalde andere gevolgen van uitwendige oorzaken volgens de subgroepen en de te verwachten termijn van overlijden



De groep complicatie na medische zorg bestaat vooral uit complicaties na chirurgie, zij het complexe heelkundige ingrepen die gepaard gaan met een belangrijke morbiditeit en mortaliteit;

[⬆ terug naar inhoudstafel](#)



Aard van de medische zorg	Aantal
Complicaties na transplantatiechirurgie	4
Complicaties na hartchirurgie	3
Complicaties na orthopedische chirurgie	3
Complicatie na oncologische chirurgie	2
Complicaties na medische behandeling	3
Totaal	15

Voorbeeld

- Een patiënt die als gevolg van complicaties na complexe chirurgie terecht kwam in een onomkeerbare terminale toestand.

3. Precieze diagnose <i>Greffé pulmonaire, nécrose bronchique avec sténoses multiétages, aspergillose invasive, zona siège</i>
4. Aard en beschrijving van het aanhoudend en ondraaglijk lijden: <i>Persistance de l'insuffisance respiratoire sévère, immunosuppression entraînant des infections sévères à répétitions.</i>
5. Redenen waarom dit lijden niet kan worden gelenigd: <i>Aucune perspective thérapeutique au niveau endobronchique. Insuffisance respiratoire irréversible.</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk <i>Entretiens fréquents, demande répétée à plusieurs reprises. Perte qualité vie, plus aucune autonomie</i>
7. Kon aangenomen worden dat de patiënt(e) binnen afzienbare termijn zou overlijden? <i>Oui</i>

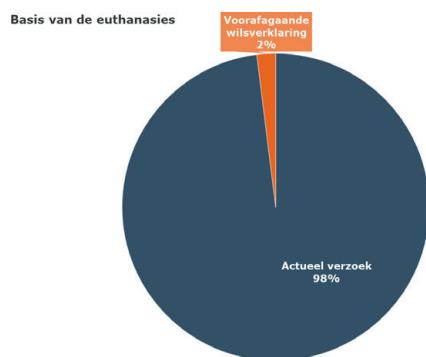
7. Weigeren van behandeling

In sommige gevallen was er sprake van een weigeren van behandeling: hierover werd een discussie gevoerd in de Commissie. Men kwam tot een consensus: de patiënt behoudt de mogelijkheid tot euthanasie op voorwaarde dat de weigeren van behandeling betrekking heeft op een niet-curatieve behandeling van de aandoening of op een behandeling die ernstige bijwerkingen heeft.

Het weigeren van een behandeling is immers wettelijk toegestaan bij de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. 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, hetzij voor de patiënt niet aanvaardbare bijwerkingen heeft.

[Terug naar inhoudsterk](#)

(I) Euthanasie op grond van voorafgaande wilsverklaring



67 keer 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 maar het toont aan hoe belangrijk de wilsverklaringen zijn in situaties waarbij de patiënt onomkeerbaar buiten bewustzijn is.

Zoals reeds vermeld in de verslagen 2012-2013 en 2010-2011 betreuren verschillende leden van de Commissie het feit dat het ingewikkeld is om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan omslachtig zijn, wat het gebruik ervan beperkt.

Voorbeeld

- Het voorbeeld betreft een 50 jarige patiënt die in een onomkeerbaar coma verkeerde na een zeer ernstig schedeltrauma.

3. Diagnostiek
<ul style="list-style-type: none"> Traumatisme crânien. Coma d'emblée Lésion axonale diffuse, IRM cérébrale, extension bi hémisphère + mésencéphale. Pronostic neurologique catastrophique.
9. Onafhankelijke artsen waarvan de raadpleging verplicht is (identiteit niet vermelden)
9.1 een andere arts (art.3, §2, 3°) <ul style="list-style-type: none"> Hoedanigheid: neurologue Advies van de geraadpleegde arts (volgens zijn geschreven verslag) wat betreft de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en het aanhoudend ondraaglijk en niet te lenigen lijden: coma irréversible suite à des lésions axonales diffuses.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



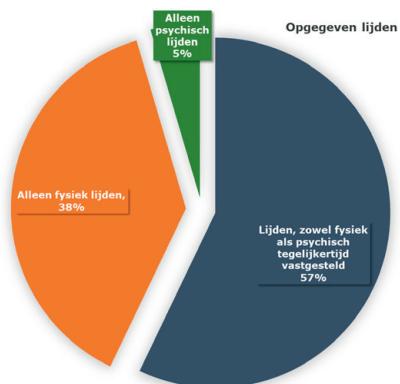
(J) De aard van het lijden

De vaakst voorkomende soorten van lijden, die steeds omschreven werden als ondraaglijk, aanhoudend en niet te leningen, worden opgesomd in de statistische tabellen van deel 1.

Bij de meeste patiënten werden verschillende soorten van lijden, zowel fysiek als psychisch, tegelijkertijd vastgesteld. Dit bevestigt de vaststelling dat fysiek lijden belangrijk psychisch lijden veroorzaakt dat door de uitvoerende arts als een bijkomend element in het ondraaglijk, aanhoudend en niet te leningen karakter van het lijden wordt beschouwd. Hoe dan ook het lijden zoals vermeld in de registratieregels gaat steeds uit van één of meerdere ernstige en ongeneeslijke aandoeningen.

De Commissie is van mening dat bepaalde objectieve factoren weliswaar kunnen wijzen op ondraaglijk lijden, maar dat dit grotendeels subjectief is en afhangt van de persoonlijkheid, de opvattingen en de eigen waarden van de patiënt.

Wat betreft de vraag of het lijden al dan niet gelenig 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.



(K) Te verwachten termijn van overlijden

De Commissie is van oordeel dat de patiënt "niet binnen afzienbare termijn" zal overlijden wanneer verwacht wordt dat de patiënt niet binnen de komende maanden zal overlijden. In de praktijk betekent dit dat enkel bij niet-evolutieve of erg langzaam evoluerende aandoeningen de specifieke procedure moet worden gevolgd (twee consulten van wie één psychiater of één specialist in de aandoening in kwestie; een maand wachttijd na de datum van het schriftelijk verzoek).

Wanneer verwacht wordt dat de patiënt binnen de komende dagen, weken of maanden zal overlijden, kan men spreken van een overlijden "binnen afzienbare termijn". Uit de besprekingen binnen de Commissie omtrent de inschatting van de datum van overlijden door de arts, is gebleken dat, buiten de evidente gevallen, de behandelende arts de enige is die in staat is te beoordelen of de patiënt al dan niet binnen afzienbare termijn zal overlijden.

Wanneer, op basis van een wilsverklaring inzake euthanasie, een levensbeëindiging werd uitgevoerd bij een patiënt die in een onomkeerbare bewusteloze toestand was en niets vermeld werd over de te verwachten termijn van overlijden, is men er bij het opmaken van deze statistiek er van uitgegaan dat de patiënt op korte termijn zou zijn overleden.

Bepalen of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn zal plaatsvinden of niet is niet altijd eenvoudig. Er dient te worden aan herinnerd dat de beoordeling van de te verwachten termijn voor overlijden verduidelijkt werd in de informatiebrochure voor de artsen die bij dit verslag is gevoegd.

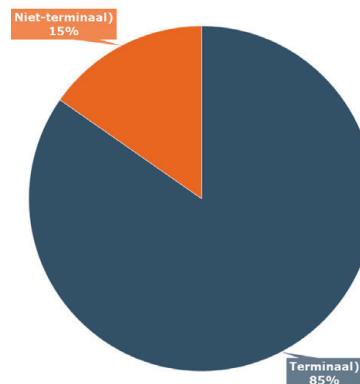
In 85% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die binnen afzienbare termijn zouden overlijden. De overgrote meerderheid had een uitgezaaide of zwaar vermindende kanker. Deze gegevens stemmen overeen met de bevindingen van de vorige verslagen van de Commissie.

In 15% van de gevallen werd euthanasie uitgevoerd bij patiënten die niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden (594 gevallen). Veelal ging het om patiënten die leden aan een ziekte van het zenuwstelsel, ziekte van het bot- spierweefsel en bindweefsel, psychische stoornissen en gedragsstoornissen of polyopathologieën. Er werd slechts 27 maal euthanasie uitgevoerd bij kankerpatiënten die volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zouden overlijden. In de vorige verslagen zijn gelijkaardige bevindingen gerapporteerd.

Er bestaan duidelijke voorbeelden. Zo zal een sterk vermagerde, bedlegerige uitgezaaide kankerpatient zonder meer als terminaal worden beschouwd. Daarentegen zal een psychiatrische patiënt die niet aan een somatische aandoening lijdt als niet-terminaal worden beschouwd. Tussen deze twee uiterste voorbeelden zijn er heel wat patiënten waarvan niemand met zekerheid de levensverwachting kan bepalen. Het is aan de uitvoerende arts om de klinische toestand van de patiënt te evalueren en te bepalen of het overlijden van de patiënt binnen afzienbare termijn zal plaatsvinden of niet. Deze vaststelling heeft zijn impact op de procedure.

- In geval van een overlijden binnen afzienbare termijn is één onafhankelijk advies van een arts, onafgezien van zijn specialisme, voldoende en is er geen wachttijd.
- In geval van een overlijden niet binnen afzienbare termijn is naast het eerste onafhankelijk advies een tweede onafhankelijk advies hetzij van een psychiater of van een specialist in de aandoening noodzakelijk en moet een wachttijd van minstens één maand tussen het verzoek en de uitvoering worden gerespecteerd.

Te verwachten termijn voor overlijden



[↑ terug naar inhoudstafel](#)



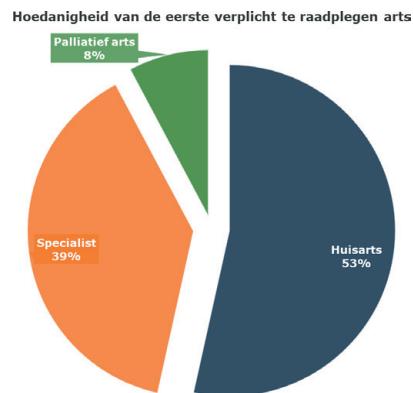
Categorie van de aandoeningen bij niet-terminale patiënten



(I) De geraadpleegde artsen

1. Eerste verplicht geraadpleegde artsen

In geval van een patiënt die binnen afzienbare tijd zal overlijden is één advies van een onafhankelijk arts voldoende en dit kan gegeven worden door elke arts ongeacht of hij huisarts of specialist is.



2. 2^{de} verplicht geraadpleegde arts (i.g.v. overlijdens niet binnen afzienbare termijn).

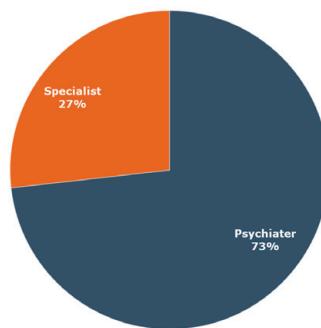
Indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden dan is een 2^{de} advies noodzakelijk van een specialist in de aandoening of van een psychiater. Zoals verder in het verslag zal worden aangegeven werd door de commissie aangenomen dat in gevallen waar het gaat om een onderzoek van een euthanasieverzoek bij een patiënt met polypathologie de tweede arts eveneens een huisarts mag zijn. De commissie beschouwt de huisarts in geval van polypathologie als een specialist in deze materie.

Wanneer de patiënt volgens de verwachtingen niet binnen afzienbare termijn zou zijn overleden, was de tweede verplichte consulent in 73% van de gevallen een psychiater en was dit in 27% van de gevallen een specialist inzake de betreffende aandoening.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Hoedanigheid van de tweede verplicht te raadplegen arts (i.g.v. overlijden niet te verwachten binnen afzienbare termijn)



(M) Het advies van de geraadpleegde arts

Zoals vermeld werd in de vorige verslagen van de Commissie, vond de Commissie het advies van deze arts(en), zoals het op de aangifte was verwoord, soms niet duidelijk genoeg was en diende deel 1 van het document te worden geopend zodat men de meldende arts om verduidelijking kon vragen teneinde zich ervan te vergewissen dat deze taak overeenkomstig de wet vervuld was (5,3% van het totaal aantal aangiften, en 10 % van de redenen van open van deel I).

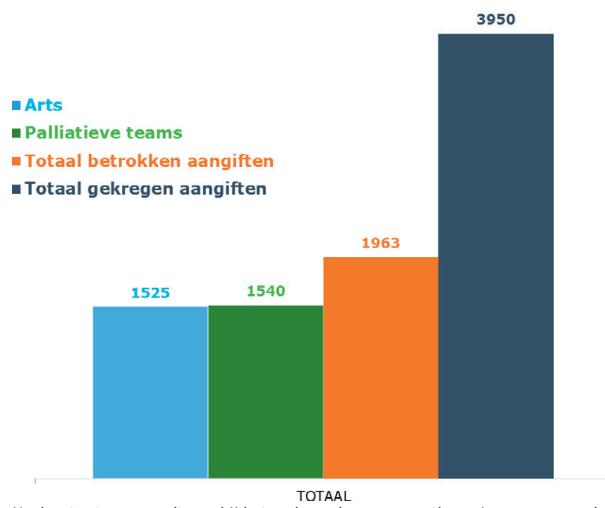
De wijze waarop de Commissie het begrip "onafhankelijkheid" van de geraadpleegde arts interpreteert, wordt in herinnering gebracht in de informatiebrochure voor de artsen, evenals de opdracht van de geraadpleegde arts waaraan in punt 9 van het aangiftedocument wordt herinnerd.

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 47

(N) **Wettelijk niet verplichte consultaties**

Artsen en palliatieve teams geraadpleegd buiten de wettelijke verplichtingen (1963 betrokken op 3950 aangiften)



Heel wat artsen consulteren bij het onderzoek van een euthanasievraag nog andere artsen alhoewel dit niet verplicht is.

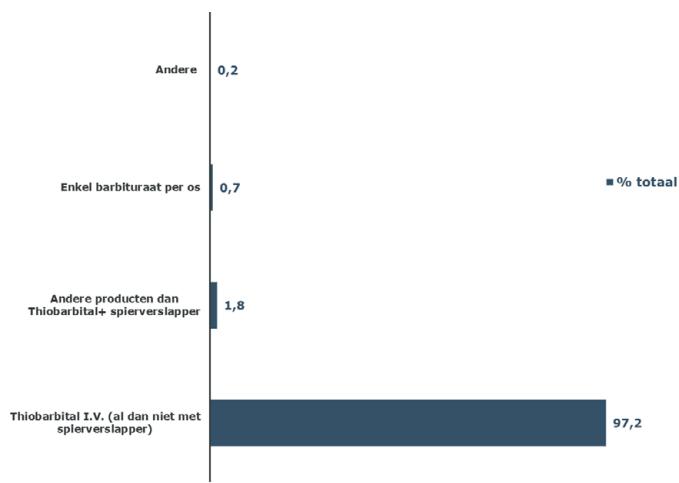
Zoals vermeld in het vorige verslag, stelt de Commissie vast dat de artsen naast de wettelijk verplichte consultaties vaak ook nog andere specialisten hebben geraadpleegd (in 49% van de gekregen aangiften). Voor de Commissie wijst dit op de nauwkeurigheid en de ernst van de artsen die de aangiften hebben ingediend en de euthanasie hebben uitgevoerd.

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.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



(O) De wijze waarop de euthanasie uitgevoerd werd en de gebruikte middelen



Dit verslag bevestigt de gegevens gepubliceerd in de vorige verslagen. In 99% van de sterfgevallen werd de patiënt eerst buiten bewustzijn gebracht via algemene anesthesie, meestal door een intraveneuze inspuiting of door infuus van 1 tot 3 gr Thiobarbital. Eerder zelden, werd gebruik gemaakt van andere algemene directe intraveneuze verdovingen of via perfusie. Door het toedienen van Thiobarbital gebeurt het overlijden spontaan in enkele minuten. Indien dit niet het geval is, wordt er vervolgens een injectie i.v. van een spierverlammand product gegeven. De vermelding van een kalm en snel overlijden door het stoppen van de ademhaling in enkele minuten, verkregen door deze techniek, wordt vaak door de arts in de aangifte vermeld. Bij 29 gevallen (minder dan 1% van de euthanasiegevallen) werd de patiënt buiten bewustzijn gebracht door orale inname van barbituraat.

Uit verschillende registratie-documenten is gebleken dat euthanasie uitgevoerd werd door toediening van een letale dosis barbituraat die de patiënt zelf innam, en dus niet door intraveneuze inspuiting van Thiopental of gelijkaardige middelen. In de meeste gevallen is de patiënt snel overleden zonder verdere tussenkomst; in een paar gevallen werd een spierverslapper ingespoten nadat de patiënt het bewustzijn had verloren. Dergelijke handelingen kunnen beschouwd worden als "medische hulp bij zelfdoding".

[Terug naar inhoudsterel](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 49

De Commissie is van oordeel dat de wet deze handelwijze toelaat mits de voorwaarden en de wettelijke procedures betreffende de euthanasie gerespecteerd werden en de handeling plaatsvond onder de constante verantwoordelijkheid van de arts. Deze arts moet tijdens de volledige procedure aanwezig zijn zodat hij kan ingrijpen indien nodig: de wet schrijft immers niet voor hoe de euthanasie moet worden toegepast.

Deze interpretatie stemt overeen met het advies van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, de dato 22 maart 2003³.

Er moet worden onderstreept dat de gebruikte technieken in bijna alle gevallen effectief deze zijn die in de medische literatuur⁴ worden beschreven als geschikt om een snelle dood zonder lijden te bewerkstelligen.

Enkele euthanasiegevallen (geklasseerd onder de rubriek "andere") werden uitgevoerd door middel van een combinatie van verschillende producten zoals benzodiazepines en opioïden. Met deze geneesheren werd contact opgenomen om hen er op te wijzen hier beter geen gebruik van te maken.

(P) **Bijkomende opmerkingen van sommige artsen in rubriek 12**

Dit is een facultatieve rubriek. Artsen kunnen daar zowel hun positieve als negatieve ervaringen kwijt over de uitvoering. Men onderscheidt grosso modo twee soorten commentaren. De overgrote meerderheid drukt de dankbaarheid uit die ze van de familie hebben ondervonden, de sereniteit waarmede de uitvoering is gebeurd of beschrijven bepaalde omstandigheden die door de uitvoerende arts als positief werden ervaren. Heel zeldzaam zijn het commentaren van problemen en moeilijkheden die artsen hebben ondervonden zowel in het kader van de uitvoering als vanwege de familie. Al deze informatie, afkomstig van beide taalgroepen in ons land, beschrijven niet alleen de emotionele maar even goed de diep menselijke omstandigheden waarmede de euthanasies worden uitgevoerd.

 terug naar inhoudstafel

³ Advies van 22/03/2003 betreffende palliatieve zorg, euthanasie en andere medische beslissingen omtrent het levenseinde. Tijdschrift Vol. XI juni 2003

⁴ Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematische/Levenseinde/Euthanasie-1.htm>



Voorbeelden

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- Sereen en dankbaar overleden in aanwezigheid van haar twee dochters en een nicht.
- Mevrouw is rustig ingeslapen in de armen van haar zoon, omringd door partner en andere familie.
- La patiente été rapidement endormie et a arrêté de respirer. Entouré de sa famille, amis, l'équipe médicale, sur un fond musical de son village.
- Le patient était serein et ravi de faire son départ. Il a souhaité que tous ses proches soit présent lors de l'euthanasie. Il est resté très digne et serein, comme à son habitude et il s'est endormi paisiblement. La famille a été ravie de notre intervention.
- Cette demande est très lourde pour le médecin qui l'a pratiquée ainsi que pour l'entourage même si cela se passe comme ici dans une grande sérénité.
- Patiënt is na sereen afscheid van moeder en zus en vrienden van moeder en zus en thuisbegeleidster, vastbesloten en sereen ingeslapen.

Patiënten hebben soms geen familie meer of naasten die aanwezig kunnen of willen zijn bij de uitvoering. Zorgverleners nemen heel dikwijls deze taak op zich om te voorkomen dat patiënten alleen zouden sterven. Dit feit onderstreept nogmaals het zeer humane karakter van heel wat uitvoeringen.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- De euthanasie werd uitgevoerd in aanwezigheid van de 2 thuisverpleegkundigen en de 3 familiale helpsters van patiënt. Erg sereen verlopen. De uitvoerder is Leifarts.
- Sereen verloop in aanwezigheid van de arts, sociaal assistent en familiehulp

Het begeleidingsproces van de familie rond het aanvaarden van een euthanasieverzoek en de uitvoering vraagt tijd.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- Het ganse proces van het overwegen tot euthanasie en gesprekken daarrond zijn ongeveer één jaar geleden begonnen. Laatste zes maanden is de familie van patiënt gegroeid in het proces en hebben ze de wil van patiënt aanvaard en kunnen waarderen.

Soms slaagt men er niet in de familie het verzoek van hun naaste te doen accepteren of minstens te respecteren. Een arts kan dan geconfronteerd worden met een verregaande agressie van familieleden of vrienden die de sereniteit van de uitvoering zowel bij de patiënt als bij de arts in het gedrang kunnen brengen.

12. Bijkomende inlichtingen die de arts wenst te verstrekken

- De dochter was absolut niet akkoord met de euthanasie. Zij noemt het moord. Ze kreeg maandelijks een som geld van de vader. De vader heeft mij op het einde verboden haar te informeren over de geplande euthanasie. Zij is het toch via het OCMW (thuiszorg) te weten gekomen. Ze heeft toen haar vader opgebeld en die heeft haar gezegd als ze heibel zou komen maken om de euthanasie te dwarsbomen dat hij de politie zou bellen om haar te laten verdwijnen! Het zou dus zeker mogelijk zijn dat zij een klacht gaat formuleren....)

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 51

Deel 3

Antwoorden op vragen gesteld door derden aan de Commissie over de wet betreffende euthanasie

(A) Vragen om uitleg over de wet betreffende euthanasie

De Commissie wordt meer en meer gecontacteerd door derden zoals binnenlandse en buitenlandse media, advocaten en artsen die vragen om uitleg. De vraagstelling is dikwijls het gevolg van een onvoldoende kennis van de wet. Bovendien is het begrip 'euthanasie' niet strikt gedefinieerd in landen zonder een euthanasiewet en omvat vaak ook "levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkenen".

1. De media

De aandacht van de binnenlandse media staat veelal in functie van de actualiteit van de dag. Zo is de voorbije maanden heel wat te doen geweest omtrent euthanasie bij psychiatrische patiënten. In de uitgezonden interviews of in de geschreven pers wordt duiding gegeven over de werking van de euthanasiewet in ons land, soms ten goede en soms ten kwade. Juist omdat euthanasie een uitzonderlijke handeling is, is maatschappelijke controle om misbruiken te voorkomen belangrijk. Hierin hebben de media hun rol te spelen.

De aandacht van de buitenlandse media staat veelal in functie van wetgevend werk in verband met euthanasie in het desbetreffende land. Men wil zich een beeld vormen van de toepassing van de euthanasiewet in ons land en in Nederland. Met deze rapportages proberen de makers ervan het wetgevend werk in hun eigen land te beïnvloeden. Dit kan zowel in de positieve als negatieve zin zijn.

2. Advocaten

De Commissie wordt regelmatig geconfronteerd met vragen van advocaten in verband met een specifiek dossier. Men wil weten of de Commissie dit dossier heeft goedgekeurd of verwezen naar het parket. De vragen van advocaten staan veelal in verband met juridische procedures aangespannen door de familie tegen de uitvoerende arts omdat deze niet akkoord gaan met de uitgevoerde euthanasie.

- Het is duidelijk dat de desbetreffende juristen de wet betreffende euthanasie onvoldoende kennen. Indien dit zo was dan zou den ze weten dat hun vraag onzinnig is omdat de commissie alleen deel 2, het anoniem gedeelte van het registratiedocument, ter inzage krijgt. Dit gedeelte bevat alle medische gegeven die nodig zijn om de na te gaan of de uitvoerende arts de euthanasie heeft uitgevoerd onder de voorwaarden en volgens de procedure bepaald in de wet en medisch zorgvuldig heeft gehandeld. De Commissie heeft normaliter geen inzage in deel 1.
- Deel 1 wordt alleen na een beslissing van de Commissie geopend teneinde de meldende arts om bijkomende informatie te vragen, dan wel te wijzen op één of andere onnauwkeurigheid.(cfr. deel 2 de werking van de Commissie) Bovendien zijn de leden van de Commissie tot geheimhouding verplicht. De wet betreffende euthanasie vermeldt in art 12 van hoofdstuk 5 over De Federale Controle- en Evaluatiecommissie dat: "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." Dit betekent dat de Commissie op dergelijke vragen niet kan antwoorden.
- Anderzijds wordt elke vraag van wie dan ook besproken in de schoot van de Commissie. Het is de commissie die beslist hoe geantwoord zal worden op een vraag en door wie. Dergelijke vragen worden veelal door de juristen die lid zijn van de Commissie beantwoord.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



3. **Artsen**

Soms vragen artsen advies in verband met een lopend onderzoek van een euthanasieverzoek.

- Het is duidelijk dat de Commissie geen adviezen kan geven over de beoordeling van een nog niet uitgevoerde euthanasie. Hiermede zou de mogelijkheid om naderhand een oordeel te vellen over deze casus de commissie uit de hand worden genomen. Deze artsen worden verwiesen naar andere artsen die meer ervaring hebben in de beoordeling van een euthanasieverzoek zoals artsen die een bijkomende opleiding hebben gekregen in levensindepzorg. Het is aan de betrokken arts om in zijn omgeving een dergelijke arts te zoeken.
- Ook deze vragen worden besproken in de schoot van de Commissie. Opnieuw is het de Commissie die beslist hoe geantwoord zal worden op een vraag en door wie. Dergelijke vragen worden veelal door de artsen die lid zijn van de Commissie beantwoord.

(B) **Euthanasie en psychiatrische patiënten**

De afgelopen twee jaar ontstond er een polemiek over euthanasie bij psychiatrische patiënten in de maatschappij. Wanneer de media de leden van de Commissie hierover interpellieren, kunnen deze, gebonden door het beroepsgeheim, slechts wijzen op de beginselen van de wet. Dit zonder de mogelijkheid om bezwaar te maken tegen de specifieke elementen in gemediapteerde casussen die zelden correct gedocumenteerd zijn.

We moeten er aan herinneren dat het voor elk dossier van uitermate belang is dat er wordt voldaan aan de voorwaarden van de wet : gaat het om een verzoek van een patiënt dat vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk èn de patiënt moet zich in een medisch uitzichtloze toestand van ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet kan gelenig worden bevinden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening. De wetgever heeft afgewezen van het opstellen van een exhaustive lijst van ernstige en ongeneeslijk medische aandoeningen.

1. **Euthanasie en psychisch lijden t.g.v. een psychiatrische aandoening**

Sommigen hebben betoogd dat het noodzakelijk was om het toepassingsgebied van de wet betreffende psychisch lijden uit te sluiten. Het is niet aan de Commissie om te beslissen over dit debat en over een eventuele uitbreiding of beperking van euthanasie wet.

Toch kan de Commissie hierop antwoorden dat, door middel van onderzoek van deze casussen, de angst dat euthanasie bij psychiatrische patiënten te snel en te lichtzinnig wordt toegekend zoals sommigen beweren, ongegrond is. Dit onderzoek baseert zich op de laatste 4 jaar en de resultaten hiervan worden verduidelijkt in de grafiek. « Verdeling van de psychische stoornissen en gedragsstoornissen – Periode 2012 -2015 » waar het aantal patiënten per psychiatrische diagnose werden gerangschikt. Hieruit blijkt dat het aantal patiënten die omwille van onbehandelbare chronische recidiverende depressies euthanasie kregen een dalende tendens heeft. Daarentegen is er een lichtjes stijgende tendens betreffende het aantal euthanasies bij dementerende patiënten. In Nederland werd in 2014 bij 91 en in 2015 bij 105 dementerende patiënten euthanasie uitgevoerd.⁵

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

5 [https://www.euthanasiecommissie.nl/Jaarverslag 2015](https://www.euthanasiecommissie.nl/Jaarverslag-2015)

2. De bedenktijd en de wachttijd.

De Wet betreffende de euthanasie bepaalt dat, indien de patiënt niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, m.a.w. niet-terminal is, de arts minstens één maand tijd moet laten verlopen tussen enerzijds de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie en anderzijds de uitvoering ervan.
In Nederland bestaat deze verplichting niet.

N.a.v. een geval van euthanasie bij een psychiatrisch patiënt werd er kritiek geuit op de zogenaamde «bedenktijd» van één maand. Deze termijn zou te kort zijn om met zekerheid te kunnen besluiten dat de patiënt daadwerkelijk euthanasie wenst. Een rijp en doordacht besluit zou een langere bedenktijd en een langere periode van overleg met de arts vereisen.

Deze kritiek overtuigt niet. Hij gaat uit van de foutieve veronderstelling dat de patiënt zijn wil vormt in de zogenaamde «bedenktijd» van één maand. In de werkelijkheid gebeurt het proces van de wilsvervorming vooraf aan de schriftelijke vaststelling van de vraag om euthanasie. Eerst vormt de patiënt zijn innerlijke wil om vervolgens zijn vraag om euthanasie te veruiterlijken in een geschrift. Na de opschriftstelling dient vervolgens, supplementair, een wachttijd van minimaal één maand in acht te worden genomen. De term «wachttijd» duidt wellicht beter het begrip aan dan de term «bedenktijd».

Op te merken valt dat de wetgever het proces van de wilsvervorming - dit is dus de periode die voorafgaat aan de opschriftstelling - omringt met tal van grond-, vorm- en procedurevooraarden. De wet vereist vooreerst dat de patiënt een «overwogen» verzoek zou formuleren. Uit de voorbereidende werken van de Wet betreffende de euthanasie en uit de rechtsleer blijkt dat «overwogen» o.a. inhoudt dat de patiënt wilsbekwaam of wilsgeschikt is. Dat de psychische ziekte m.a.w. geen hinderpaal zou vormen om op basis van een rationele gedachtegang tot een besluit te komen. De arts zal dus in concreto moeten vaststellen of de patiënt effectief tot een wils- of besluitvormingsproces in staat is en of een overwogen verzoek kan geformuleerd worden.

Daarnaast duidt de term «overwogen» verzoek ook op de werkelijkheid van het verzoek. De patiënt moet werkelijk, na een afweging van alle elementen, tot de beslissing komen dat euthanasie de enige ultieme oplossing is. In dit verband dient de arts een aantal informatieverplichtingen te vervullen. De arts moet de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventueel nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van palliatieve zorg en hun gevolgen, bespreken. De arts moet met de patiënt tot de overtuiging komen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevindt geen redelijke andere oplossing bestaat en dat het verzoek van de patiënt berust op volledige vrijwilligheid (art. 3, § 2, 1^o Wet betreffende de euthanasie). De arts dient er zich tevens van te vergewissen of de vraag om euthanasie geen andere lading dekt: een vraag om aandacht, om erkenning, om een ander leven, een sociaal probleem, ...De arts zal de vraag van de patiënt dus moeten «decoderen» en vaststellen dat de patiënt werkelijk een einde wenst te maken aan het leven. Enkel door de evolutie van de patiënt nauwgezet op te volgen en met hem verscheidene gesprekken te voeren, kan de arts achterhalen wat de werkelijke bedoeling van de patiënt is.

Het euthanasieverzoek moet tenslotte eveneens «herhaald» en «duurzaam» zijn (art. 3, §1 en art. 3 § 2,2^o Wet betreffende de euthanasie). Ook deze vereiste heeft als doel de werkelijke euthanasieverzoeken te onderscheiden van andere vragen om hulp. «Herhaald» houdt in dat de patiënt zijn verzoek - ofwel mondelijk, ofwel schriftelijk- verschillende malen moet herhalen. «Duurzaam» anderzijds betekent dat het verzoek, ook tussen de herhalingen door, blijft bestaan. Daartoe voert de arts meerdere gesprekken met de patiënt die, rekening houdende met de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke termijn worden gespreid.

De Commissie controleert één en ander. De arts dient in het registratieformulier waarmee hij de euthanasie aangeeft bij de Commissie, de elementen aan te duiden «...ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is...»(rubriek 6 van het registratieformulier).

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



Her registratieformulier bevat geen expliciete vraag naar de duur van het proces van innerlijke wilsvervorming. Toch vindt men in de gegevens die de arts vermeldt in de rubrieken 4,5 en 6 een aantal aanwijzingen. Tevens moet de arts verduidelijken welke elementen ter staving dienden dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk (rubriek 6 in het Registratiereport).

Dit wordt geïllustreerd aan de hand van volgende voorbeelden afkomstig uit registratiereporten van 2014 en 2015. De gegevens zijn integraal weergegeven zoals ze door de uitvoerende arts op het registratiereport werden ingevuld. De wachttijd anderzijds werd berekend op basis van de datum van het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie.

Voorbeelden

- Patiënt 1

3. Precieze diagnose
<i>Stemningsstoornis (depressie).</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Vraagt het al maanden. Wil niet opnieuw suicide plegen</i>

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 4 maanden

- Patiënt 2

3. Precieze diagnose
<i>Déménage</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>La demande d'euthanasie a été formulée à plusieurs reprises depuis l'annonce du diagnostic en septembre 2013 par le patient qui a maintenu ses capacités d'auto-jugement intactes.</i>

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 5 maanden.

- Patiënt 3

3. Precieze diagnose
<i>Stemningsstoornis (depressie)</i>
6. Elementen ter staving dat het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is en niet tot stand is gekomen als gevolg van externe druk
<i>Herhaalde vraag naar euthanasie tegenover arts, verpleging, kine, kinderen en familieleden. Dreiging met zelfmoord indien geen euthanasie. Dit alles gedurende vele maanden.</i>

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 2 maanden.

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

- Patiënt 4

3. Precieze diagnose

Dementie

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

Sedert meer dan één jaar herhaalde vraag naar euthanasie

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

- Patiënt 5

3. Precieze diagnose

Borderline

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

Het verzoek was vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk gesteld. Het is vrij van externe druk. Patiënte besefte zeer goed de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering. De ganse uitleg heeft meer dan 9 maanden geduurde. Ze heeft haar verzoek meerdere malen herhaald en uiteindelijk in mei neergeschreven.

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 3 maanden.

- Patiënt 6

3. Precieze diagnose

Dementie

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

Tientallen consultatie waarbij hijzelf vroeg voor euthanasie

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

- Patiënt 7

3. Precieze diagnose

Borderline persoonlijkheidsstoornis

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

Patiënt consulteerde herhaaldelijk en heeft geen twijfels. Zijn familie is ondersteunend in het proces aanwezig maar met veel verdriet

⇒ Wachtijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 1 maand.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



- Patiënt 8

3. Precieze diagnose

Schizofrenie

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

Meerdere consultatie over langere termijn; 23/07/2013; 24/09/2013; 13/01/2014; 8/04/2014; 2/09/2014. Patiënt was telkens zonder twijfel, vastbesloten. Een congruente vraag.

⇒ Wachttijd tussen het schriftelijk verzoek en de datum van de uitvoering van de euthanasie: 6 maanden.

De vorming van de werkelijke wil van de patiënt is dus een proces van lange adem, dat meerdere maanden, soms jaren vergt. Eens de patiënt innerlijk tot het besluit komt dat euthanasie voor hem is gewenst, stelt hij zijn vraag schriftelijk op. Vanaf dat ogenblik begint de wettelijke wachttijd van minimaal één maand te lopen. De analyse van de dossiers leert dat de wachttijd dikwijls de periode van één maand overschrijdt. In de praktijk wordt dikwijls verscheidene maanden gewacht tussen enerzijds het schriftelijk verzoek en anderzijds de uitvoering van de euthanasie.

(C) De commissie en de gevolgen van de anonimiteit

De wet legt op dat de Commissie bij de evaluatie van de dossiers de anonimiteit van de indiener moet respecteren. Het is eveneens wettelijk vastgelegd hoe en in welke omstandigheden deze anonimiteit kan worden opgegeven (artikel 8).

Deze anonimiteit maakt het de individuele commissieleden mogelijk om in de meerderheid van de dossiers een oordeel te vellen, en zich niet te laten beïnvloeden door de naam, faam of persoonlijke relatie met een collega die een dossier heeft ingediend.

In het geval een commissielid zelf een dossier heeft ingediend, wordt er een beroep gedaan op de deontologie van het betrokken commissielid om zich te onthouden van de discussie. In het gebeurlijk geval dat de anonimiteit moet worden opgegeven, is door de wet zelfs een wraking van dit commissielid geregeld artikel 8).

[↑ terug naar inhoudsterm](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 57

Deel 4

Aanbevelingen van de Commissie inzake de uitvoering van de wet

(A) Met betrekking tot de nood aan het verstrekken van informatie aan burgers en zorgverleners.

Zoals reeds benadrukt in haar vorige verslagen is de Commissie van oordeel dat met het oog op een wettelijk correcte toepassing van euthanasie zowel burgers als artsen en bij uitbreiding alle zorgverleners op degelijke wijze dienen te worden geïnformeerd. De overheid dient initiatieven dienaangaande te steunen. Daarnaast dienen medische faculteiten en hogescholen die instaan voor de opleiding van artsen en verpleegkundigen de opleiding in levensindezorg verplicht op te nemen in het curriculum.

De informatiebrochure opgesteld door de Commissie voor het medische korps werd dit jaar opnieuw aangepast en werd systematisch toegezonden aan de meldende arts telkens wanneer deel I van een registratieformulier geopend werd om ofwel opmerkingen te formuleren ofwel om bijkomende inlichtingen te vragen. Deze informatiebrochure is eveneens voor iedereen beschikbaar op de website van de Euthanasie commissie www.euthanasiecommissie.be, rubriek publicatie, waar eveneens het registratiедocument te vinden is.

Zoals voorheen pleit de Commissie opnieuw voor een informatiebrochure bestemd voor het publiek. In deze brochure moet niet alleen aandacht zijn voor de toepassing van de wet betreffende euthanasie maar evengoed voor de toepassing van de patiëntenrechtenwet en de wet betreffende palliatieve zorg dit alles in het kader van levensindezorg.

(B) 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 verreist zouden zijn.

In het bijzonder dient de wachttijd van minimaal één maand bij de patiënten waarvan het overlijden niet binnen afzienbare tijd wordt verwacht, niet gewijzigd te worden.

Wat betreft de eventuele aanpassingen betreffende de hernieuwing van de voorafgaande wilsverklaring euthanasie betreuren de leden van de commissie dat er geen oplossing is geboden aan de complexiteit om een wilsverklaring op te stellen en dat ook de procedures voor het registreren en hernieuwen ervan omslachtig zijn.

(C) Met betrekking tot de werking van de federale controle en evaluatiecommissie.

Net zoals in Nederland is het aangewezen een elektronisch registratiедocument te implementeren. Dit zal de werklast van de commissieleden en het secretariaat aanzienlijk verminderen en de electronische dataverwerking faciliteren, zeker met de toenemende trend van geregistreerde euthanasies. Een model van een digitaal registratiедocument werd door de commissie reeds opgesteld in 2013. Het project bleef echter zonder gevolg omwille van budgettaire redenen.

[↑ terug naar inhoudstafel](#)

Deel 5

Samenvatting en besluit

1. In 2014 en 2015 bedroeg het aantal aangegeven euthanasiegevallen gemiddeld 165 per maand. Zoals tevoren, is de overgrote meerderheid van de aangiften opgesteld in het Nederlands. De percentuele toename van het jaarlijks aantal geregistreerde euthanasies lijkt af te vlakken. Toch neemt zowel het aantal Nederlandstalige als Franstalige aangiften in absoluut aantal toe.
2. De Commissie besteedde heel veel aandacht aan de aard en de ernst van de ongeneeslijke aandoeningen die aanleiding hebben gegeven tot een euthanasieverzoek en de inwilliging ervan. Het gebruik van de ICD-10 codes om de precieze diagnoses te coderen zal wetenschappelijke vergelijkingen in de toekomst toelaten. Deze classificatie heeft onder andere toegelaten nieuwe groepen van patiënten te identificeren, nl. diegenen die euthanasie verzoeken omwille van ernstige complicaties van medische zorg.
3. Het ondraaglijk, aanhoudend en niet te lenigen lijden was vaak meervoudig en tast zowel het fysieke als psychische welzijn van de patiënt aan in die mate dat hij/zij een voor hem/haar onaanvaardbare levenskwaliteit ervaart.
4. De aandoeningen, die aan de basis lagen van een euthanasie waren in de overgrote meerderheid van de gevallen uitgezaaid of zwaar verminkeerde kankers. (67,7%), polypathologie (9,7%), ziekten van het zenuwstelsel (6,9%), ziekten van het hart-genevaatstelsel (5,2%), psychische stoornissen en gedragsstoornissen (3,1%) en ziekten van het ademhalingsstelsel (3,1%).
5. In 85% betrof het patiënten bij wie de arts van oordeel was dat het overlijden binnen afzienbare termijn werd voorzien.
6. In 63% van de gevallen werd de euthansie uitgevoerd bij patiënten tussen de 40 en 79 jaar, bij 36% van de gevallen was de patiënt ouder dan 79 jaar.
7. In 44% van de gevallen werd de euthanasie bij de patiënt thuis uitgevoerd, in 13% van de gevallen in woonzorgcentra. Men stelt een gestage toename vast van het aantal euthanasiegevallen in woonzorgcentra. Men
8. In 67 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 enkel gebruikt mag worden voor patiënten die onomkeerbaar buiten bewustzijn zijn.
9. In 99,8% werd de euthanasie medisch correct uitgevoerd, bij 0,2% van de gevallen werd contact opgenomen met de betrokken geneesheren om uitleg te bekomen over de gebruikte techniek.
10. In de gevallen waarbij de arts bijkomende inlichtingen gaf (rubriek 12), werd dikwijls vermeld dat de patiënt rustig en na enkele minuten was overleden, vaak in het bijzijn van naaste familieleden.
11. Slechts één aangifte voldeed volgens de commissie niet aan de zorgvuldigheidsvoorwaarden van de wet. Dit dossier werd aan het parket voor verder onderzoek overgemaakt.
12. Buiten de wettelijk verplichte consultaties werden bijkomend vele artsen en palliatieve teams geraadpleegd.

[Terug naar inhoudsterm](#)

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie | 59

Deel 6

Bijlagen

(A) Bijlage 1: 28 MEI 2002. - Wet betreffende de euthanasie

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 ander dan de betrokkenen, 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 handelingsbekwame meerderjarige, of een handelingsbekwame ontvoogde minderjarige, of nog een oordeelsbekwame minderjarige is en bewust is op het ogenblik van zijn verzoek;¹
- het verzoek vrijwillig, overwogen en herhaald is, en niet tot stand gekomen is als gevolg van enige externe druk;
- de [+] meerderjarige of ontvoogde minderjarige] patiënt zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenig kan worden, en dat het gevolg is van een ernstige en ongeneselijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;

[+] de minderjarige patiënt die oordeelsbekwama is, zich in een medisch uitzichtloze toestand bevindt van aanhoudend en ondraaglijk fysiek lijden dat niet gelenig kan worden en dat binnen afzienbare termijn het overlijden tot gevolg heeft, en dat het gevolg is van een ernstige en ongenesijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoe-ning!];¹

en hij de in deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

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

- 1º de patiënt inlichten over zijn gezondheidstoestand en zijn levensverwachting, met de patiënt overleg plegen over zijn verzoek tot euthanasie en met hem de eventuele nog resterende therapeutische mogelijkheden, evenals die van de palliatieve zorg, en hun gevonden 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;
- 2º zich verzekeren van het aanhoudend fysiek of psychisch lijden van de patiënt en van het duurzaam karakter van zijn verzoek.

Daartoe voert hij met de patiënt meerdere gesprekken die, rekening houdend met de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de patiënt, over een redelijke periode worden gespreid;

- 3º een andere arts raadplegen over de ernstige en ongenesijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzag van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich

vergissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenig 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 ordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

- 4º 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;

5º indien de patiënt dat wenst, het verzoek van de patiënt

bespreken met zijn naasten die hij aanwijst;

6º zich ervan verzekeren dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om over zijn verzoek te spreken met de personen die hij wenste te ontmoeten.

[7º indien de patiënt een niet-ontvoogde minderjarige is, bovendien een kinder- en Jeugdpsychiater of een psycholoog raadplegen en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

De geraadpleegde specialist neemt kennis van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt, vergewist zich van de oordeelsbekwaamheid van de minderjarige en attesteeft dat schriftelijk.

De behandelende arts brengt de patiënt en zijn wettelijke vertegenwoordigers op de hoogte van het resultaat van deze raadpleging.

Tijdens een onderhoud met de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige bezorgt de behandelende arts hen alle in § 2, 1º, bedoelde informatie, en vergewist hij zich ervan dat zij hun akkoord geven betreffende het verzoek van de minderjarige patiënt.]

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de [+] meerderjarige of ontvoogde minderjarig] patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

- 1º 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 inzag van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenig 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;
- 2º minstens één maand laten verlopen tussen het schriftelijke verzoek van de patiënt en het toepassen van de euthanasie.

§ 4. [+] Het verzoek van de patiënt, alsook de instemming van de wettelijke vertegenwoordigers indien de patiënt minderjarig is, worden op schrift gesteld].¹ Het document wordt opgesteld, gedateerd en getekend door de patiënt zelf. Indien de patiënt daartoe niet in staat is, gebeurt het op

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



[Terug naar inhoudstreef](#)

schrift stellen door een meerderjarige persoon die gekozen is door de patiënt en geen materieel belang mag hebben bij de dood van de patiënt.

Dit 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.

[§ 4/1. Nadat de arts het verzoek van de patiënt heeft behandeld, wordt aan de betrokkenen de mogelijkheid van psychologische bijstand geboden.]¹

§ 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.

(1)<W 2014-02-28/03, art. 2, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

Art. 3bis. <ingevoegd bij W 2005-11-10/68, art. 2; Inwerkingtreding : 23-12-2005> De apotheker die een euthanaticum afveert, pleegt geen misdrijf wanneer hij handelt op basis van een voorschrift waarop de arts uitdrukkelijk vermeldt dat hij handelt in overeenstemming met deze wet.

De apotheker levert persoonlijk het voorgeschreven euthanaticum aan de arts af. De Koning bepaalt de zorgvuldigheidsregels en voorwaarden waaraan het 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.

HOOFDSTUK III. - De wilsverklaring.

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

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

In de wilsverklaring kunnen één of meer meerderjarige vertrouwenspersonen in volgorde van voorkeur aangewezen worden, die de behandelende arts op de hoogte brengen van de wil van de patiënt. Elke vertrouwenspersoon vervangt zijn of haar in de wilsverklaring vermelde voorganger in geval van weigering, verhindering, onbekwaamheid of overlijden. De behandelende arts

van de patiënt, de geraadpleegde arts en de leden van het verplegend team kunnen niet als vertrouwenspersoon optreden.

De wilsverklaring kan op elk moment worden opgesteld. Zij moet schriftelijk worden opgemaakt ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt en moet gedateerd en ondertekend worden door degene die de verklaring aflegt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon(en).

Indien de persoon die een wilsverklaring wenst op te stellen fysiek blijvend niet in staat is om een wilsverklaring op te stellen en te tekenen, kan hij een meerderjarig persoon, die geen enkel materieel belang heeft bij het overlijden van de betrokkenen, aanwijzen, die zijn verzoek schriftelijk opstelt, ten overstaan van twee meerderjarige getuigen, van wie er minstens een geen materieel belang heeft bij het overlijden van de patiënt. De wilsverklaring vermeldt dat de betrokkenen niet in staat is te tekenen en waarom. De wilsverklaring moet gedateerd en ondertekend worden door degene die het verzoek schriftelijk opstelt, door de getuigen en, in voorkomend geval, door de vertrouwenspersoon of vertrouwenspersonen.

Bijs de wilsverklaring wordt een medisch getuigschrift gevogd als bewijs dat de betrokkenen fysiek blijvend niet in staat is de wilsverklaring op te stellen en te tekenen.

Met de wilsverklaring kan alleen rekening gehouden worden indien zij minder dan vijf jaar vóór het moment waarop betrokkenen 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 Riksregister aan de betrokkenen artsen wordt meegedeeld.

§ 2. De arts die euthanasie toepast, tengevolge een wilsverklaring zoals voorzien in § 1, pleegt geen misdrijf indien deze arts er zich van verzekerd heeft dat de patiënt :

- lijdt aan een ernstige en ongeneeslijke, door ongeval of ziekte veroorzaakte aandoening;
- hij niet meer bij bewustzijn is;
- en deze toestand volgens de stand van de wetenschap onomkeerbaar is;
- en hij in de deze wet voorgeschreven voorwaarden en procedures heeft nageleefd.

Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te ordelen;

2° indien er een verpleggen team is dat in regelmatig contact staat

met de patiënt, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met het team of leden van dat team;

3° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, het verzoek van de patiënt met hem bespreken;
4° indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen, de inhoud van de wilsverklaring bespreken met de naasten van de patiënt die door de vertrouwenspersoon zijn aangewezen.

De wilsverklaring en, alsook alle handelingen van de behandelende arts en hun resultaat, met inbegrip van het verslag van de geraadpleegde arts, worden regelmatig opgetekend in het medisch dossier van de patiënt.

HOOFDSTUK IV. - Aangifte.

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

HOOFDSTUK V. - De Federale Controle- en Evaluatiecommissie.

Art. 6. § 1. Er wordt de 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 wettelijke 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 [1] Kamer van volksvertegenwoordigers], voor een termijn van vier jaar, die kan worden verlengd. Het mandaat wordt van rechtswege beëindigd indien het lid de hoedanigheid waarin hij zetelt verliest. De kandidaten die niet als effectief lid zijn aangewezen, worden tot plaatsvervanger benoemd, in de orde van opvolging die volgens een lijst bepaald wordt. De commissie wordt voorzorgsgetuige 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.

(1)<W 2014-01-06/63, art. 21, 002; Inwerkingtreding : 25-05-

2004>

Art. 7. De commissie stelt een registratieliddocument op dat door de arts, telkens wanneer hij euthanasie toepast, ingevuld moet worden. Dit document bestaat uit twee delen. Het DEEL I moet door de arts worden verzegeld. Het bevat de volgende gegevens :

1° de naam, de voornamen en de woonplaats van de patiënt;
2° de naam, de voornamen, het registratienummer bij het RIZIV en de woonplaats van de behandelende arts;

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

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

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

Dit DEEL I is vertrouwelijk en wordt door de arts aan de commissie overgezonden. Er kan alleen inzage van worden genomen na beslissing van de commissie. In geen geval kan de commissie zich hierop baseren voor haar evaluatietaak.

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

1° het geslacht, de geboortedatum en de geboorteplaats van de patiënt [en, met betrekking tot de minderjarige patiënt, of hij ontvoogd was];
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 geneigd 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 kan worden dat de patiënt binnen afzienbare termijn zou overlijden;

8° of er een wilsverklaring is opgemaakt;

9° de procedure die de arts gevuld heeft;

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

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

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

(1)<W 2014-02-28/03, art. 3, 003; Inwerkingtreding : 22-03-2014>

Art. 8. De commissie onderzoekt het volledig ingevulde registratieliddocument dat haar door de behandelende arts is overgezonden. Zij gaat op basis van het tweede deel van het registratieliddocument 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

[↑ terug naar inhoudstafel](#)



[Terug naar inhoudstafel](#)

de anonimiteit op te heffen. Zij neemt dan kennis van het DEEL I van het registratiegedocument. De commissie kan aan de behandelende arts elk element uit het medisch dossier dat betrekking heeft op de euthanasie oprovragen.

De commissie spreekt zich binnen twee maanden uit.

Is de commissie van oordeel bij beslissing genomen door een tweederde meerderheid dat de in deze wet bepaalde voorwaarden niet zijn nageleefd, dan zendt zij het dossier over aan de procureur des Konings van de plaats van overlijden van de patiënt.

Als bij het ophaffen 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 tweemaaljaars :

- a) een statistisch verslag op waarin de informatie is verwerkt uit het tweede deel van het volledig ingevulde registratiegedocument dat de artsen haar overeenkomstig artikel 8 hebben overgezonden;
- b) een verslag op waarin de toepassing van de wet wordt aangegeven en geëvalueerd;
- c) in voorkomend geval, aanbevelingen op die kunnen leiden tot een wetgevend initiatief en/of andere maatregelen inzake de uitvoering van deze wet.

Teneinde deze opdrachten te vervullen, kan de commissie alle bijkomende inlichtingen inwinnen bij de diverse overheidsdiensten en instellingen. De inlichtingen die de commissie inwint zijn vertrouwelijk.

Geen van deze documenten mag de identiteit vermelden van personen die genoemd worden in de dossiers die aan de commissie zijn overgezonden in het kader van haar controletaak zoals bepaald in artikel 8.

De commissie kan besluiten om aan universitaire onderzoeksteams die een gemotiveerd verzoek daartoe doen, statistische en zuiver technische gegevens mee te delen, met uitsluiting van alle persoonsgegevens. Zij kan deskundigen horen.

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

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

Art. 12. Eenieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, is verplicht tot

geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Art. 13.⁽¹⁾ Binnen zes maanden na het indienen van het eerste verslag en, in voorbeeld geval, van de aanbevelingen van de commissie, bedoeld in artikel 9, vindt hierover een debat plaats in de Kamer van volksvertegenwoordigers. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Kamer van volksvertegenwoordigers is ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Kamer van volksvertegenwoordigers.]

⁽¹⁾<W 2014-01-06/63, art. 22, 002; Inwerkingtreding : 25-05-2004>

HOOFDSTUK VI. - Bijzondere bepalingen.

Art. 14. Het verzoek en de wilsverklaring bedoeld in de artikelen 3 en 4 van deze wet hebben geen dwingende waarde.

Geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen.

Geen andere persoon kan worden gedwongen mee te werken aan het toepassen van euthanasie.

Weigert de geraadpleegde arts euthanasie toe te passen, dan moet hij dit de patiënt of de eventuele vertrouwenspersoon tijdig laten weten waarbij hij de redenen van zijn weigering toelicht. Berust zijn weigering op een medische grond dan wordt die in het medisch dossier van de patiënt opgetekend.

De arts die weigert in te gaan op een euthanasieverzoek moet, op verzoek van de patiënt of de vertrouwenspersoon, het medisch dossier van de patiënt meedelen aan de arts die is aangewezen door de patiënt of de vertrouwenspersoon.

Art. 15. Een persoon die overlijdt ten gevolge van euthanasie toegepast met toepassing van de voorwaarden gesteld door deze wet, wordt geacht een natuurlijke dood te zijn gestorven wat betreft de uitvoering van de overeenkomsten waarbij hij partij was, en met name de verzekeringsovereenkomsten.

De bepalingen van artikel 909 van het Burgerlijk Wetboek zijn mede van toepassing op de in artikel 3 bedoelde leden van het verplegend team.

Art. 16. Deze wet treedt in werking ten laatste drie maanden nadat ze in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Brussel, 28 mei 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN.

(A) Bijlage 2 – Leden van de Commissie

Werkende leden	Plaatsvervangende leden
Als dokter in de geneeskunde	
<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig: M. De Groot, E. M. Distelmans, W (Nederlandstalig voorzitter) M. Rubens R. M. Verslype, Ch. Franstalig : Engleert, M. Maassen, P (décédé) Mw. Nouwynck, C. M. Thomas, J-M. 	<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig: M. Vankrunskelsven P. M. Proot, L M. Mathys, R M. Declercq, F Franstalig: M. Damas, F M. Danois, Th M. Conesa, A Mw. Faymonville, M-E
Als professor in de rechten aan een Belgische universiteit als advocaat :	
<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig : M. De Bondt, W. Franstalig : Mw. Gallus, N. Mw. Herremans, J. M. Lallemand, R. 	<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig: M. Léarts, J. Franstalig: M. Leleu, Y-H. M. d'Ath, D. M. Genicot, G. (Franstalig voorzitter)
Als leden uit kringen die belast zijn met de problematiek van ongeneeslijk zieke patiënten:	
<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig : Mw. De Jonghe, M. Mw. De Roeck, J. Mw. Dijkhoffz, W. Franstalig: M. Van Overstraeten, M. 	<ul style="list-style-type: none"> Nederlandstalig: Mw. De Maegd, M. Mw. Geuens, A. M. Destrooper, P.) Franstalig: Mw. Gilbert, CH.

 [terug naar inhoudstafel](#)

FCEE

Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie
Secretariaat van de Commissie.
Victor Hortaplein 40/10
1060 Brussel - Belgïë

Tel: +32 (0)2 524 92 63/64

www.euthanasiecommissie.be
www.gezondheid.belgie.be/gezondheid/euthanasie

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie

**Septième rapport aux Chambres législatives,
années 2014-2015**



© kikkerdirk, Fotolia.fr





Introduction

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2015 examinés par la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (ici désignée sous le nom de Commission).

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

1. Une section reprenant des statistiques basées sur les informations recueillies dans le volet II du document d'enregistrement que les médecins remettent complété ;
2. Une section présentant une description et une évaluation de l'application de la loi ;
3. Une section proposant des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la loi.

Ce rapport présente aussi dans des sections séparées, les questions posées à la Commission sur l'application de la Loi ainsi que deux annexes :

- Annexe 1 : loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie
- Annexe 2 : liste des membres de la Commission

Le présent rapport a été préparé par :

- F. Damas
- W. De Bondt
- W. Distelmans
- J. Herremans
- L. Proot
- Ch. Verslype

Il a été discuté en séance plénière et adopté le 9 août 2016.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 3

Table des matières

Section 1 L'euthanasie en chiffres	5
(A) Récapitulatif général 2014 – 2015	5
Section 2 Description et évaluation de l'application de la loi	11
(A) Le fonctionnement de la Commission (loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, articles 6-13)	11
(B) Les décisions de la Commission.....	13
(C) Le nombre de déclarations	14
(D) La langue de rédaction des documents d'enregistrement	17
(E) L'âge des patients	19
(F) Le nombre de décès par euthanasie déclarés par rapport au nombre total de décès	19
(G) Le lieu de l'euthanasie	20
(H) Les affections à l'origine de la demande d'euthanasie.....	21
1. Patients atteints d'une affection oncologique (tumeurs)	23
2. Patients souffrant de polyopathologies	26
3. Patients souffrant de maladies du système nerveux	30
4. Patients souffrant de maladies de l'appareil circulatoire	33
5. Patients souffrant de troubles mentaux et du comportement (affections psychiatriques)	36
6. Patients souffrant de lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes.....	40
7. Refus de traitement.....	41
(I) Les euthanasies sur la base d'une déclaration anticipée	42
(J) La nature des souffrances	43
(K) L'échéance prévisible du décès	43
(L) Les médecins consultés.....	46
1. Premier médecin consulté obligatoirement.....	46
2. Second médecin consulté (en cas de décès non prévus à brève échéance)	46
(M) L'avavis du médecin consulté	47
(N) Médecins ou équipes palliatives consultés en plus des obligations légales.....	48
(O) La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés.....	49
(P) Les remarques ajoutées par certains médecins dans la rubrique 12.....	50
Section 3 Réponses aux questions posées à la Commission sur l'application de la loi	52
(A) Demandes d'explications sur l'application de la loi	52
1. Les médias.....	52
2. Les avocats	52
3. Les médecins.....	53
(B) Euthanasie et patients psychiatriques	53
1. Euthanasie et souffrances psychiques consécutives à une affection psychiatrique.....	53
2. Défai d'attente et temps de réflexion	53
(C) La Commission et les conséquences de l'anonymat	57
Section 4 Recommandations de la Commission concernant l'exécution de la loi	58
(A) Concernant la nécessité d'un effort d'information aux citoyens et prestataires de soins.....	58
(B) Concernant des modifications éventuelles à apporter à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie	58
(C) Concernant le fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation	58
Section 5 Résumé et conclusions.....	59
Section 6 Annexes.....	60
(A) Annexe 1 : 28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie.....	60
(B) Annexe 2 : liste des membres de la Commission	64

[↑ retour table des matières](#)

Section 1

L'euthanasie en chiffres

(A) Récapitulatif général 2014 – 2015

Informations recueillies à partir du volet II, la partie anonyme, des documents d'enregistrement reçus par la Commission.

Nombre total d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Total	1 928		2 022		3 950	
Néerlandais	1 523	79	1 629	80,6	3 152	79,8
Français	405	21	393	19,4	798	20,2
Base de l'euthanasie						
Demande actuelle	1 890	98,0	1993	98,6	3 883	98,3
Déclaration anticipée	38	2,0	29	1,4	67	1,7
Sexe des patient(e)s	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Masculin	977	50,7	1049	51,9	2026	51,3
Féminin	951	49,3	973	48,1	1924	48,7
Age des patient(e)s	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
<18	0	0	0	0	0	0
18-29	8	0,4	5	0,2	13	0,3
30-39	22	1,1	20	1	42	1,1
40-49	59	3,1	75	3,7	134	3,4
50-59	207	10,7	221	10,9	428	10,8
60-69	408	21,2	442	21,9	850	21,5
70-79	514	26,7	553	27,3	1 067	27
80-89	548	28,4	543	26,9	1 091	27,6
90-99	156	8,1	154	7,6	310	7,8
100 et plus	6	0,3	8	0,4	14	0,4
?*			1		1	0

*En 2015, un dossier a été envoyé à la Commission sans le volet I qui comporte les données – nom et adresse - du médecin déclarant. En l'absence de celles-ci, la Commission n'a pas été en mesure d'écrire au médecin, resté inconnu.

Lieu de l'euthanasie	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Domicile	835	43,3	901	44,6	1 736	43,9
Hôpital	817	42,4	840	41,5	1 657	41,9
Maison de repos et maison de repos et de soin (MR-RS)	241	12,5	244	12,1	485	12,3
Autre	35	1,8	37	1,8	72	1,8

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 5

Échéance prévisible du décès

L'expression « décès prévu à brève échéance » est remplacée par « Brève » et l'expression « décès non prévu à brève échéance » par «Non brève»

Échéance prévisible du décès	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Brève	1 633	84,7	1723	85,2	3 356	85
Non brève	295	15,3	299	14,8	594	15

Affections à l'origine de la demande d'euthanasie

Tous les cancers ou tumeurs malignes, quelle que soit la partie du corps affectée, sont rassemblés dans l'appellation « Tumeurs ». Les affections non malignes ont été classées selon la partie du corps concernée ou l'étiologie.

Catégories des afflictions à l'origine de la demande d'euthanasie, toutes échéances de décès confondues	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Tumeurs (cancers)	1 304	67,6	1 371	67,8	2 675	67,7
Polypathologies	176	9,1	209	10,3	385	9,7
Maladies du système nerveux	134	7	140	6,9	274	6,9
Maladies de l'appareil circulatoire	104	5,4	101	5	205	5,2
Troubles mentaux et du comportement	61	3,2	63	3,1	124	3,1
Maladies de l'appareil respiratoire	70	3,6	54	2,7	124	3,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	23	1,2	16	0,8	39	1
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	18	0,9	16	0,8	34	0,9
Maladies de l'appareil digestif	7	0,4	13	0,6	20	0,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5	0,3	12	0,6	17	0,4
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	6	0,3	9	0,4	15	0,4
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5	0,3	9	0,4	14	0,4
Maladies de l'œil et de ses annexes	6	0,3	2	0,1	8	0,2
Maladies endocrinianes, nutritionnelles et métaboliques	4	0,2	3	0,1	7	0,2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2	0,1	2	0,1	4	0,1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	0,1	0	0	1	0

[↑ retour table des matières](#)



Catégories des affections à l'origine de la demande d'euthanasie en cas de décès non prévu à brève échéance	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Polypathologies	86	29,2	107	35,8	193	32,5
Troubles mentaux et du comportement	56	19	57	19,1	113	19
Maladies du système nerveux	57	19,3	52	17,4	109	18,4
Maladies de l'appareil circulatoire	32	10,8	28	9,4	60	10,1
Tumeurs (cancers)	14	4,7	13	4,3	27	4,5
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	16	5,4	11	3,7	27	4,5
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	11	3,7	8	2,7	19	3,2
Maladies de l'appareil respiratoire	4	1,4	6	2,0	10	1,7
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	4	1,4	5	1,7	9	1,5
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2	0,7	6	2	8	1,3
Maladies de l'œil et de ses annexes	5	1,7	1	0,3	6	1
Maladies de l'appareil digestif	3	1	1	0,3	4	0,7
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2	0,7	1	0,3	3	0,5
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	0,3	1	0,3	2	0,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0	0	1	0,3	1	0,2
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0	0	0	0	0	0

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 7

Catégories des affections à l'origine de la demande d'euthanasie selon l'échéance prévisible du décès (Brève et Non brève)	Brève 2014	Non brève 2014	Brève 2015	Non brève 2015	TOTAL brève	TOTAL non brève	% brève	% non brève
Tumeurs (cancers)*	1 290	14	1 358	13	2 648	27	78,9	4,5
Polypathologies**	90	86	102	107	192	193	5,7	32,5
Maladies du système nerveux***	76	57	88	52	164	109	4,9	18,4
Maladies de l'appareil circulatoire	73	32	73	28	146	60	4,4	10,1
Maladies de l'appareil respiratoire	66	4	48	6	114	10	3,4	1,7
Maladies de l'appareil digestif	4	3	12	1	16	4	0,5	0,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	5	0	11	1	16	1	0,5	0,2
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	7	11	8	9	15	20	0,4	3,4
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7	16	5	10	12	26	0,4	4,4
Troubles mentaux et du comportement	5	56	6	57	11	113	0,3	19
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	2	4	4	5	6	9	0,2	1,5
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	3	2	3	6	6	8	0,2	1,3
Maladies endocrinianes, nutritionnelles et métaboliques	2	2	2	1	4	3	0,1	0,5
Maladies de l'œil et de ses annexes	1	5	1	1	2	6	0,1	1
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	1	1	1	2	2	0,1	0,3
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	0	0	0	1	0	0	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0	2	1	1	1	3	0	0,5

* Dans le cas de cancers ou d'affections malignes (tumeurs), il y a eu un nombre limité de patients pour lesquels le médecin estimait que le décès n'interviendrait pas à brève échéance.

** Dans le cas d'une polypathologie, le médecin a jugé que pour 50% des patients, le décès était prévisible à brève échéance.

*** En ce qui concerne les affections non malignes du système nerveux, du système cardiovasculaire et du système respiratoire, le décès était attendu à brève échéance chez la grande majorité des cas.

[↑ retour table des matières](#)



Qualification du premier médecin consulté obligatoirement	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Généraliste*	1 031	53,5	1 082	53,5	2 113	53,5
Spécialiste**	747	38,7	791	39,1	1538	38,9
Formé en soins palliatifs***	150	7,8	149	7,4	299	7,6

*La qualification des médecins indiqués comme « LEIF » ou « EOL » est notée « Généraliste » si une autre mention n'est pas explicitement signalée.

**Les médecins hospitaliers et les spécialistes en formation sont notés comme « Spécialistes ».

***Un médecin « Formé en soins palliatifs » est un spécialiste ou un généraliste ayant suivi une formation spécifique en soins palliatifs.

Qualification du second médecin consulté obligatoirement (décès non prévus à brève échéance)	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Psychiatre	216	73,2	190	63,5	406	68,4
Spécialiste*	79	26,8	109	36,5	188	31,6

* Pour les cas de polyopathologies, la Commission considère les généralistes comme des spécialistes, et donc que le second médecin obligatoirement consulté en cas de décès non prévu à brève échéance peut être un généraliste.

Médecins ou équipes palliatives consultés en plus des obligations légales 1963 euthanasies concernées sur 3950*	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Médecins	528	48,8	997	50,28	1525	49,8
Équipes palliatives	554	51,2	986	49,72	1540	50,2

* Plusieurs réponses sont possibles pour le même patient.

Personnes ou instances consultées*	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Seconds médecins consultés obligatoirement en cas d'échéance non brève de décès	291	8,8	299	6,9	590	7,8
Autres médecins en plus des obligations légales	528	15,9	997	23,2	1 523	20,0
Équipes palliatives consultées	554	16,8	986	22,9	1 540	20,3
Premiers médecins consultés obligatoirement	1 928	58,4	2 022	47	3 950	51,9
Total des personnes ou instances consultées	3 299	100	4 303	100	7 602	100

*La consultation d'un Comité d'éthique n'a pas été spécifiquement enregistrée car survenue de manière trop sporadique.
Souffrances

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 9

Exemples de souffrances :

- physiques : douleurs, dyspnée, dysphagie, épuisement, hémorragies, obstruction digestive, paralysies, plaies, transfusions répétées, etc.
- psychiques : dépendance, perte d'autonomie, solitude, désespérance, perte de dignité, désespoir à l'idée de perdre sa capacité à entretenir des contacts sociaux, etc.

Souffrances mentionnées	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Souffrances physiques	1 846	60,6	1 906	60,7	3 752	60,6
Souffrances psychiques	1 201	39,4	1 236	39,3	2 437	39,4

Moyens et produits utilisés :

- Une légère sédation préalable par benzodiazépine via I.V. est fréquente, comme pour une opération.
- p.o. = per os (par la bouche) ; I.V.= intraveineux

Moyens et produits utilisés	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Thiobarbital IV (seul ou suivi d'un paralysant neuromusculaire)	1 885	97,8	1 955	96,7	3 840	97,2
Anesthésiques autres que le Thiobarbital + paralysant neuromusculaire	19	1	54	2,7	73	1,8
Barbiturique p.o. seul	18	0,9	11	0,5	29	0,7
Autre	6	0,3	2	0,1	8	0,2

Décisions de la Commission

- « Acceptation simple » signifie que selon tous les membres présents de la Commission, le document d'enregistrement était entièrement complété, toutes les conditions étaient remplies et la procédure avait été correctement suivie.
- « Ouverture du volet I pour précisions » Les demandes de précisions complémentaires concernent généralement le diagnostic, la date de la demande écrite, la date de décès, la qualification et les conclusions des médecins consultés obligatoirement. Tant qu'aucune réponse satisfaisante n'est donnée à ces questions, le dossier demeure en suspens. C'est surtout le suivi des dossiers où des précisions ont été demandées qui exige une importante charge de travail supplémentaire de la part du secrétariat et l'attention de la Commission.
- « Ouverture du volet I pour simple remarque » signifie p. ex. que l'anonymat n'a pas été respecté dans le document d'enregistrement.
- « Transmission à la Justice » signifie que la Commission estime, après avoir examiné le dossier de manière approfondie et après avoir entendu le médecin concerné, que les conditions de la loi n'étaient pas remplies et ce, après un vote à la majorité des deux tiers.

Décisions de la Commission	2014	(%)	2015	(%)	TOTAL	(%)
Acceptation simple	1 446	75	1 528	75,6	2 974	75,3
Ouverture du volet I pour précisions	390	20,2	344	17	734	18,6
Ouverture du volet I pour simple remarque	92	4,8	149	7,4	241	6,1
Transmission à la Justice	0	0	1	0	1	0,03

[↑ retour table des matières](#)

Section 2

Description et évaluation de l'application de la loi

Remarques préalables

- Après une description du fonctionnement de la Commission et une analyse de ses décisions, du nombre de documents d'enregistrement (appelés déclarations dans ce rapport) reçus en 2014-2015 et de leur langue de rédaction, ce rapport suivra la structure du volet II du document d'enregistrement pour analyser plus en détails les statistiques faites à partir des informations renseignées par les médecins déclarants dans le volet II.
- La classification des affections à l'origine de l'euthanasie, renseignées par le médecin dans le point 3 du volet II, n'est pas effectuée selon un système de classification international reconnu. La Commission a pris l'initiative de classer les diagnostics des deux dernières années selon les codes ICD-10-CM, « Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes » élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Étant donné cette codification, les chiffres et pourcentages présentés ne sont pas exactement comparables à ceux mentionnés dans les rapports bisannuels précédents. Cela se marque essentiellement pour les résultats des affections oncologiques, les polyopathologies et pour les affections psychiatriques, autrefois rassemblées avec les affections neurologiques dans une seule catégorie « affection neuropsychiques ».
- Suite à l'extension de la loi aux mineurs, la Commission a établi un formulaire *ad hoc* pour répondre aux conditions supplémentaires exigées pour l'euthanasie de mineurs non émancipés. Aucune déclaration n'a cependant été enregistrée par la Commission en 2014 et 2015.
- Lorsque le décès du patient n'est pas prévu à brève échéance, la loi relative à l'euthanasie impose le respect d'un délai d'au moins un mois entre la demande écrite du patient et l'euthanasie. Dans les graphiques de ce rapport, le délai d'attente est calculé selon le temps écoulé entre la date de la demande écrite et l'euthanasie.
- Dans les exemples donnés, les éléments essentiels sont retrançerts tels quels (sans modification ou traduction). Les décisions de la Commission sont en réalité fondées sur l'ensemble des informations du médecin données dans le dossier d'enregistrement, et sur les réponses du médecin aux éventuelles questions complémentaires de la Commission.

(A) Le fonctionnement de la Commission (loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, articles 6-13)

La Commission est chargée de vérifier si les euthanasies pratiquées par les médecins ont été effectuées selon les conditions et la procédure prévues par la loi. Pour ce faire, elle examine les documents d'enregistrement d'euthanasie complétés et communiqués par les médecins chaque fois qu'ils ont pratiqué une euthanasie. Ces documents doivent être envoyés par courrier recommandé avec accusé de réception au secrétariat de la Commission. En cas de doute ou d'imprécision, la Commission peut demander au médecin de lui communiquer quelques ou tous les éléments du dossier médical relatifs à l'euthanasie. Si nécessaire, le médecin concerné peut être convié à venir commenter le dossier médical lors d'une séance de la Commission.

La Commission doit se prononcer dans un délai de deux mois. Si elle estime que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées, suite à un vote à la majorité des deux tiers, elle doit envoyer le dossier au Procureur du Roi du lieu du décès du patient.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 11

La Commission se compose de seize membres titulaires et seize membres suppléants nommés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur la base d'une liste présentée par la Chambre des représentants (avant la 6^e réforme institutionnelle, le Sénat était chargé de cette compétence). Huit sont docteurs en médecine, dont quatre au moins sont professeurs dans une université belge, quatre sont professeurs de droit dans une université belge ou avocats, et quatre sont issus des milieux chargés de la problématique des malades atteints d'une maladie incurable.

Ces membres sont nommés pour une période renouvelable de quatre ans. La Commission est présidée par un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise, élus par les membres de la Commission de chaque groupe linguistique respectif. (Voir annexe 2 : liste des membres)

La Commission établit tous les deux ans un rapport à l'intention des Chambres législatives.

En 2014 et 2015, la Commission s'est réunie une fois par mois, à l'exception d'un mois (en novembre 2015, suite aux attentats de Paris et à la mise en alerte niveau 4 de Bruxelles).

Ont pris part aux débats des membres effectifs et des membres suppléants; tous les membres, effectifs et suppléants, ont reçu une copie des déclarations (par poste ou par courriel) au fur et à mesure de leur réception par le secrétariat, et ont été convoqués aux réunions.

Pour chaque séance plénière mensuelle, il est attendu des membres de la Commission et du secrétariat qu'ils étudient préalablement les dossiers, en honneur et conscience, et qu'ils sélectionnent ceux qui, selon eux, demanderont une attention particulière lors de l'évaluation. Ces dossiers sont ensuite longuement discutés pendant la réunion de la Commission. Chaque membre présent a le droit de faire des remarques.

La qualité des documents d'enregistrement s'est encore améliorée par rapport aux années précédentes, ainsi que la préparation et l'efficacité des réunions. L'examen des documents n'a de ce fait pas nécessité de réunion supplémentaire, malgré l'augmentation du nombre de documents à examiner.

Cependant, le pourcentage d'ouverture du volet I a été de 25% en 2014 et de 25 % en 2015, soit le double des deux années précédentes. Ceci s'explique par la volonté de la Commission d'obtenir, pour des raisons statistiques, le maximum d'informations possible. Il est par exemple systématiquement exigé de connaître la date de la demande écrite, même si le décès est prévisible à brève échéance.

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 projet de formulaire d'enregistrement électronique aurait pour effet de diminuer le risque d'erreurs, et dès lors allégerait le travail de la Commission et de son secrétariat.

[↑ retour table des matières](#)



(B) Les décisions de la Commission

75 % des déclarations étaient correctement remplies, respectaient les conditions légales et ont donc été acceptées d'emblée.

Dans 25 % des cas, la Commission a décidé la levée de l'anonymat par ouverture du volet I, afin de demander un complément d'information.

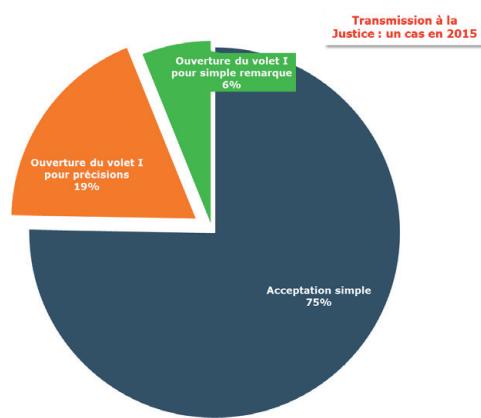
Cette ouverture était, dans 6% des déclarations, uniquement justifiée par la volonté de la Commission de faire remarquer au médecin, essentiellement dans un but d'information et de pédagogie, des imperfections dans ses réponses ou des erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies. Ces dernières ne mettaient cependant pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.

Dans 19% des déclarations, l'ouverture du volet I était 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 déclarations ont été acceptées par la Commission bien que l'un ou l'autre point de procédure n'avait pas été suivi à la lettre, mais en s'assurant à chaque fois du respect absolu des conditions essentielles de la loi (patient conscient et capable, existence d'une demande volontaire, réfléchie et répétée, situation médicale sans issue et souffrance constante, insupportable et inapaisable, résultant d'une affection grave ou incurable)

La brochure d'information rédigée par la Commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins concernés.

Une seule déclaration comportait des éléments faisant douter du respect des conditions essentielles de la loi; ce dossier a été transmis à la Justice.

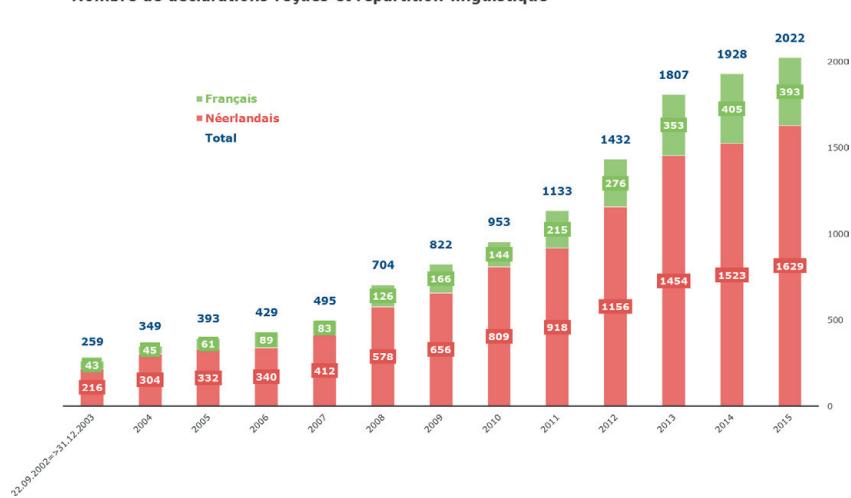


[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 13

(C) Le nombre de déclarations

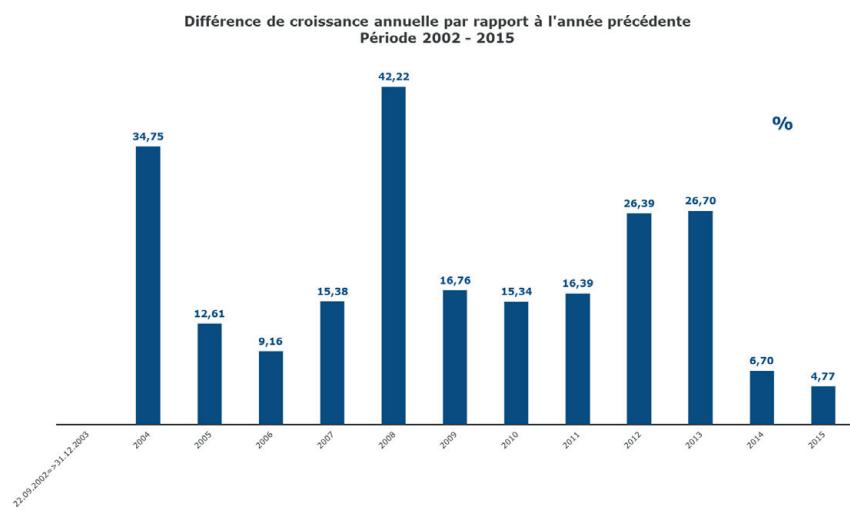
Nombre de déclarations reçues et répartition linguistique



Le nombre de déclarations reçues pendant la période de 24 mois couverte par le présent rapport a été de 3950, soit une moyenne annuelle de 1975 et une moyenne mensuelle de 165 déclarations, représentant une augmentation de 21,9 % par rapport à 2012-2013.

Depuis 2014, l'augmentation des déclarations tend cependant à décroître. (Voir graphique 2 : Différence de croissance annuelle en pourcentage par rapport à l'année précédente – Période 2002 – 2015).

[↑ retour table des matières](#)



Aux Pays-Bas

Les Pays-Bas sont le seul point de comparaison dont nous disposons. Le tableau¹ ci-dessous montre qu'il y a deux fois plus d'euthanasies enregistrées aux Pays-Bas qu'en Belgique. Ces chiffres proviennent des rapports des Commissions régionales de contrôle de l'euthanasie aux Pays-Bas, ce qui est comparable aux déclarations faites à la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie en Belgique.

Année	Pays-Bas	Belgique
2010	3 136	953
2011	3 695	1 133
2012	4 188	1 432
2013	4 428	1 807
2014	5 306	1 928
2015	5 570	2 022

[↑ retour table des matières](#)

1 RTE, Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, Euthanasie in cijfers, 26 février 2016



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

Comme déjà signalé dans les précédents rapports, la Commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées.

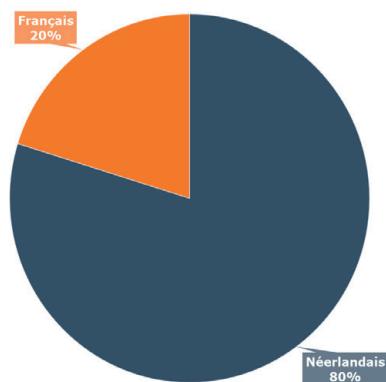
Il faut rappeler que seuls les actes ayant intentionnellement mis fin à la vie suite à la demande d'un patient (art. 2 de la loi relative à l'euthanasie) répondent à la définition légale de l'euthanasie. L'utilisation en fin de vie de drogues diverses non létales ou dont la nature létale est douteuse (en particulier les morphiniques), dans le but de combattre la souffrance, n'est donc, par définition, pas une euthanasie, même si elle peut hâter le décès.

[↑ retour table des matières](#)



(D) La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Répartition linguistique



Comme dans les rapports précédents, la Commission relève à nouveau la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (sans tenir compte de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de déclarations rédigées en Néerlandaise et en Français (respectivement 3152 et 798).

Les raisons qui peuvent expliquer cette disproportion demeurent hypothétiques. Seule une étude transversale pourrait les expliquer.

Afin de répondre à la question de savoir s'il existe, en Belgique, selon le rôle linguistique, une différence dans les affections à la base de l'euthanasie, celles-ci sont présentées ci-dessous selon la langue des documents d'enregistrement.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 17

Affections par langue toutes échéances confondues	NL	FR	% NL	% FR
Tumeurs (cancers)	2 137	538	67,8	67,4
Polypathologies	329	56	10,4	7
Maladies du système nerveux	193	80	6,1	10
Maladies de l'appareil circulatoire	161	45	5,1	5,6
Troubles mentaux et du comportement	113	11	3,6	1,4
Maladies de l'appareil respiratoire	99	25	3,1	3,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	29	9	0,9	1,1
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	22	13	0,7	1,6
Maladies de l'appareil digestif	16	4	0,5	0,5
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	14	1	0,4	0,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10	7	0,3	0,9
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	9	5	0,3	0,6
Maladies endocrinianes, nutritionnelles et métaboliques	7	0	0,2	0
Maladies de l'œil et de ses annexes	6	2	0,2	0,3
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3	1	0,1	0,1
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	3	1	0,1	0,1
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1	0	0	0

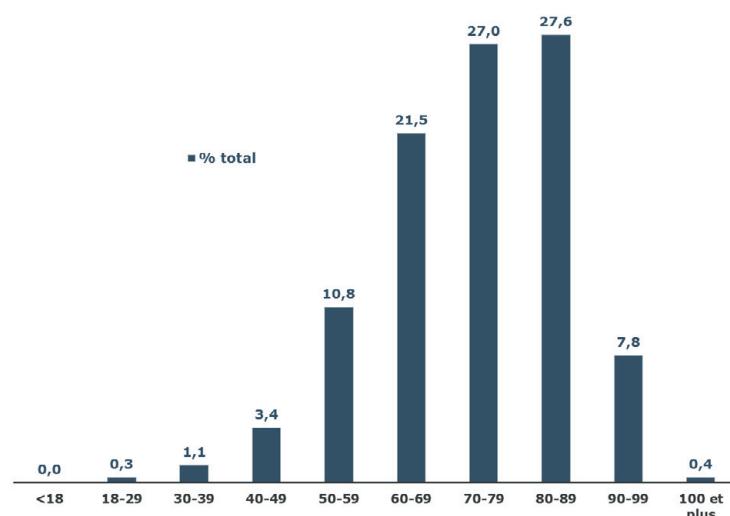
Cette analyse ne permet pas d'observer de différences significatives entre les déclarations en néerlandais et celles en français.

Dans les deux groupes linguistiques, la raison majeure des demandes d'euthanasie concerne des patients oncologiques. Certes, une légère différence se note pour les polypathologies (10,4 %NL/7 %FR) ainsi que pour les maladies du système nerveux (10 %FR/6,1 %NL).

[↑ retour table des matières](#)



(E) L'âge des patient(e)s



63% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans, 36% chez des patients de plus de 79 ans.

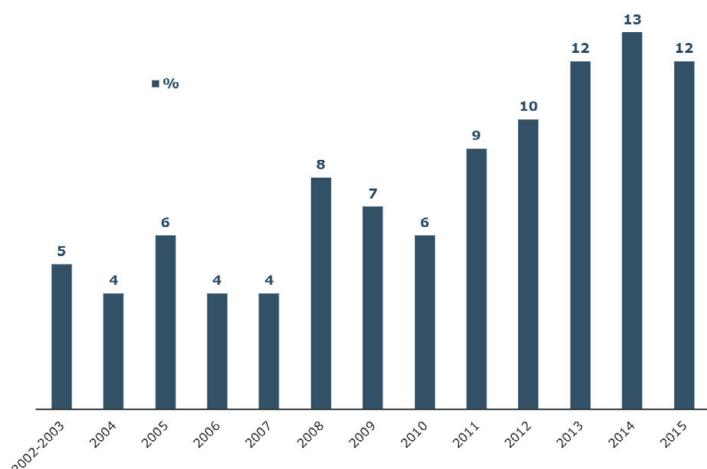
(F) Le nombre de décès par euthanasie déclarés par rapport au nombre total de décès

La proportion du nombre de décès par euthanasies déclarées pendant la période couverte par le présent rapport a été en moyenne d'environ 1,8% de l'ensemble des décès dans notre pays (1,8% en 2014 et en 2015²).

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 19

(G) Le lieu de l'euthanasie

Evolution des euthanasies ayant eu lieu en maison de repos ou maison de repos et de soins depuis 2002

Comme l'indiquaient les rapports antérieurs, une proportion importante des euthanasies (56%) ont été pratiquées à domicile ou en maison de repos ou de repos et de soins, ce qui correspond au désir fréquemment exprimé de terminer sa vie chez soi. Le nombre de patients ayant subi une euthanasie dans une maison de repos ou une maison de repos et de soin continue à augmenter.

[↑ retour table des matières](#)

20 |

2 Données issues des statistiques du SPF Économie



(H) Les affections à l'origine de la demande d'euthanasie

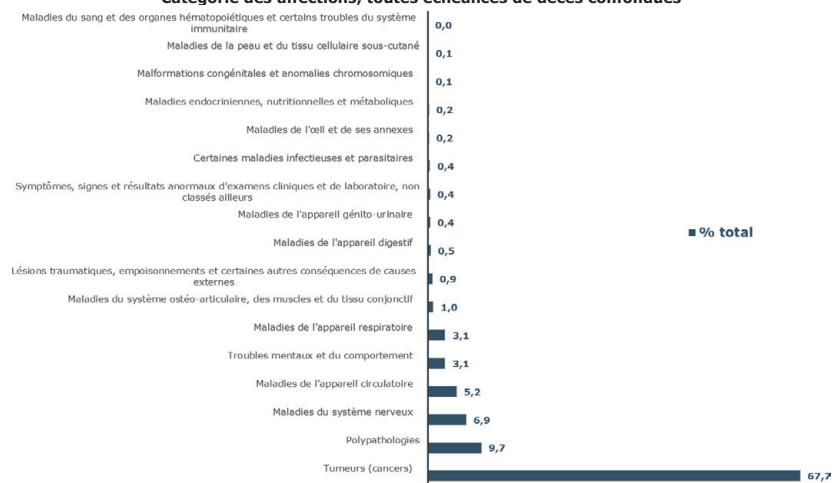
En Belgique, la classification des affections selon les codes ICD-10-CM est obligatoire dans les hôpitaux depuis le 1^{er} janvier 2015 et est également utilisée pour les certificats de décès. Le codage ICD-10-CM est un système de classification fermé qui classe dans un seul emplacement chaque affection.

Les affections sont regroupées d'abord par catégorie, ensuite par sous-catégorie et, enfin, par diagnostic.

Quelques exemples :

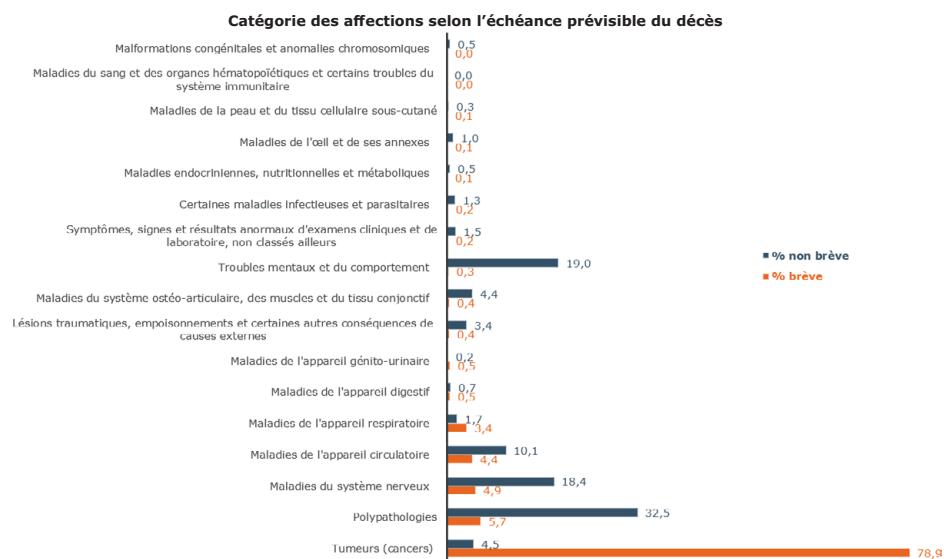
- Le diagnostic « SLA » (sclérose latérale amyotrophique) fait partie de la catégorie « Maladies du système nerveux », et du sous-groupe « Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central ».
- Le diagnostic « Maladie d'Alzheimer » relève de la catégorie des « Troubles mentaux et du comportement » (ndlr : les affections psychiatriques) et du sous-groupe des « Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques ». Remarque : à ce niveau, d'autres causes de démence sont également reprises dans ce sous-groupe, comme la démence vasculaire, la démence consécutive à une lésion cérébrale, etc.
- Le diagnostic du « Cancer du poumon » appartient à la catégorie des « Tumeurs », et du sous-groupe des « Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques ».
- Le diagnostic « Dépression » appartient à la catégorie des « Troubles mentaux et du comportement » et du sous-groupe des « Troubles de l'humeur ».

Catégorie des affections, toutes échéances de décès confondues



[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 21



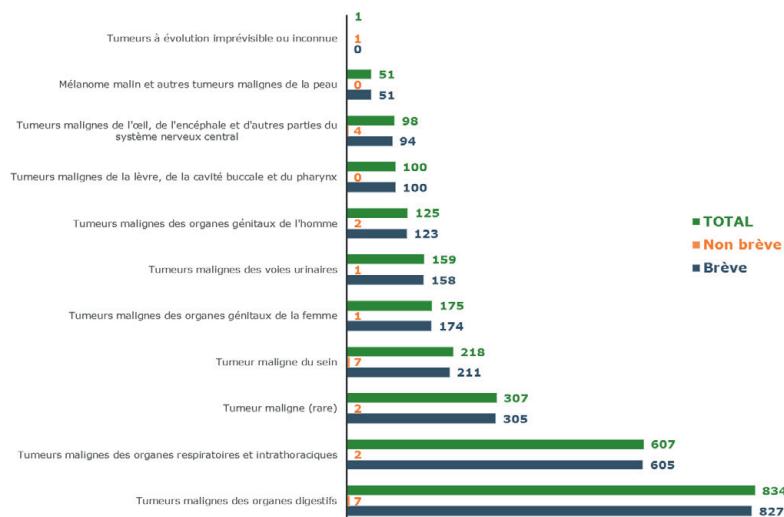
[↑ retour table des matières](#)



1. Patients atteints d'une affection oncologique (tumeurs)

La principale raison médicale pour laquelle un patient demande l'euthanasie reste une affection oncologique (2 675 déclarations ou 67,7%). Le groupe de patients oncologiques est classé sous l'appellation tumeurs (cancers) qui comprend toutes les affections malignes : tumeurs solides malignes, leucémies, myélomes, etc. Tous les patients avaient subi sans succès de multiples traitements à visée curative et/ou palliative.

Tumeurs selon les sous-groupes et l'échéance du décès



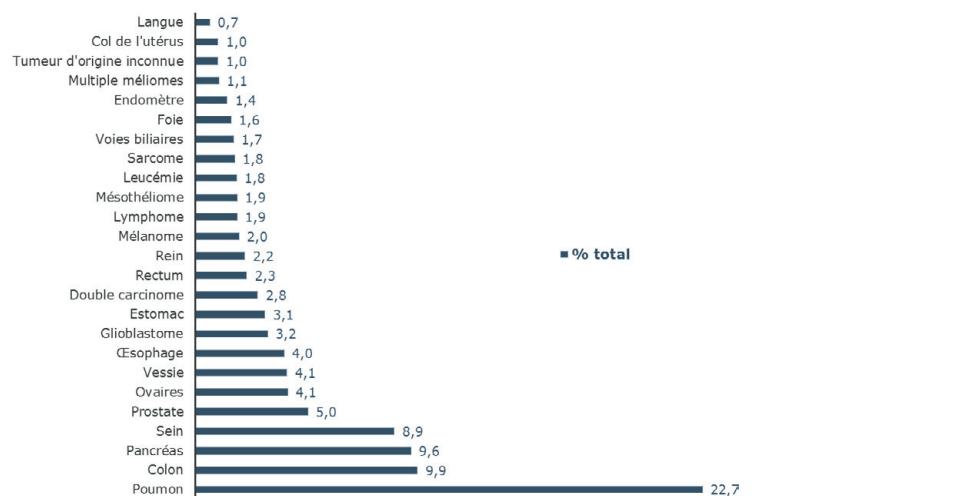
Les motivations des patients oncologiques pour demander l'euthanasie sont diverses : soit parce qu'ils souffraient de métastases (cancer du côlon, de l'estomac, du poumon, mélanome, etc.) et que les opportunités thérapeutiques étaient très limitées avec un taux de réussite minime voire inexistant, soit en raison d'une importante récidive de leur cancer à l'origine d'une souffrance physique très grave (tumeurs de la tête et du cou, tumeurs cérébrales, etc.), soit pour cause d'état cachexique irréversible. Sur les 2 675 patients oncologiques, seuls 27 ont été considérés par le médecin déclarant comme n'allant pas décéder à brève échéance.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 23

Dans pratiquement tous les cas, le médecin indique que la souffrance physique exprimée avait engendré une souffrance psychique grave qui était en grande partie de nature existentielle. Il est en outre fréquemment signalé que les traitements palliatifs n'étaient pas en mesure de maîtriser cette souffrance d'une manière acceptable pour le patient.

Principaux carcinomes à l'origine de l'euthanasie



Comme on pouvait le prévoir à la lecture du document du Centre fédéral d'expertise « Cancer Burden in Belgium – Trends, incidence, survival, prevalence, mortality, projections », publié en 2015, vu leur fréquence, les cancers du poumon, du côlon, du sein et de la prostate sont les principales pathologies oncologiques qui conduisent à une demande d'euthanasie. Des tumeurs moins fréquentes, telles que les carcinomes de l'ovaire, de la vessie, de l'œsophage et les glioblastomes ont également souvent donné lieu à une euthanasie.

[↑ retour table des matières](#)



Exemples

- Patiente souffrant d'une tumeur de l'œsophage, avec métastases et importante rechute locorégionale, le tout associé à des douleurs insupportables et des troubles de la déglutition devenus intraitables.

3. Diagnostic
<i>Néoplasie œsophagienne avec métastases cervico-thoraciques</i>
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable :
<ul style="list-style-type: none">- Douleurs cervicales sévères avec insomnie secondaire.- Troubles de la déglutition avec fausses routes, crises de toux.- Souffrance psychique intolérable pour le patient.
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :
<ul style="list-style-type: none">- Effet mitigé des antalgiques sur la douleur.- Impossibilité de s'alimenter normalement.- Anxiété permanente, troubles du sommeil très sévères.
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<ul style="list-style-type: none">- Déclaration anticipée relative à l'euthanasie, signée par la patiente en date du 1/5/2013.- Demandes réitérées écrites formulées et signées par la patiente saine d'esprit après avoir pris connaissance du diagnostic et du pronostic.- Refus des soins palliatifs.

- Patiente atteinte d'un cancer du col de l'utérus qui s'était généralisé aux poumons.

4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable :
<i>Lymfangitis carcinomatosis met onhoudbare dyspneu en verstikkingsgevoel</i>
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :

Geen therapeutische opties betreffende de lymfangitis carcinomatosis. "Best supportive care" onvoldoende effectief om verstikkingsgevoel en dyspneu te verlichten

- Patient dont la souffrance terminale très grave et inapaisable engendre une souffrance existentielle très sévère.

3. Diagnostic
<i>Gemetastaseerd coloncarcinooma uitbehandeld met chemotherapie. Massieve levermetastasering met galwegbloeding. Onuitstaanbaar existentiell lijden: heeft moeite met aftakeling.</i>
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable :
<i>Existentiell lijden omwille van aftakeling en gebrek aan uitzicht op verbetering, wel integendeel</i>
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :

Ziekte was uitbehandeld. Deterioratie en aftakeling stonden verder toe te slaan.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 25

2. Patients souffrant de polypathologies

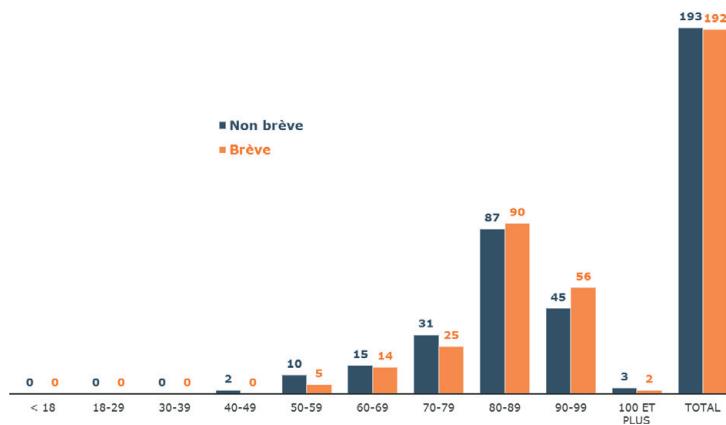
Le deuxième diagnostic, en termes de fréquence (385 cas, soit 9,7% du nombre d'euthanasies pratiquées), à l'origine de la demande d'euthanasie est celui des polypathologies. Chez ces patients, la gravité de l'état pathologique et les souffrances résultent non d'une pathologie unique mais de la coexistence de plusieurs affections graves et incurables. Le nombre de ces cas est plus élevé qu'en 2012-2013 (166, soit 5% du nombre d'euthanasies pratiquées). La majorité de ces patients sont âgés de 70 ans et plus. Une des raisons qui explique la différence avec la période 2012-2013 est l'introduction du codage. Un cas est codé comme polypathologie si au point 3 du document d'enregistrement :

- le médecin déclarant a indiqué de manière explicite qu'il s'agit d'une polypathologie ou
- le médecin déclarant y a mentionné différents diagnostics et qu'il ressort clairement des points 4, 5 et 6 que la souffrance résulte de la combinaison de différentes maladies comme :
 - les troubles de la marche et de la mobilité consécutifs à une polyostéoporose, fractures par compression (tassemement) des vertèbres, chutes, etc. qui s'accompagnent de douleurs prononcées ou non et d'une forte limitation des mouvements du patient, résultant en une perte d'autonomie ;
 - les troubles de la vue, allant jusqu'à une cécité bilatérale, avec pour conséquence que le patient n'est plus en mesure de lire un journal ou un livre ou de regarder la télévision, qu'il devient de plus en plus dépendant des soins et que cela a pour effet de l'isoler de ses contacts sociaux ;
 - les maladies du système nerveux telles que la maladie de Parkinson ou les séquelles d'une thrombose (AVC) aggravant la dépendance aux soins des patients concernés ;
 - les troubles de l'audition, allant jusqu'à une surdité complète, qui empêchent le patient d'avoir des contacts ;
 - les pathologies cardiaques avancées à terminales et les affections pulmonaires chroniques (classée « GOLD » 3 à 4) qui limitent les capacités physiques du patient concerné et réduisent l'espace de vie à une seule pièce. La vie sociale s'en trouve réduite à un tel point que la solitude s'installe ;
 - l'incontinence à la fois urinaire et fécale, ce qui est ressentir pour certains comme une atteinte à leur dignité ;
 - le début de démente qui fait craindre à la personne âgée un long déclin mental et cognitif avec, au final, la perte de sa personnalité ;
 - la cachexie et le dépérississement physique marqués irréversibles et intraîtables donnant lieu à un alitement continu.

[↑ retour table des matières](#)



Polypathologie selon l'âge et l'échéance du décès



La combinaison d'un certain nombre de ces affections et le fait qu'il n'y a plus d'amélioration possible entraînent des handicaps permanents qui font que la souffrance est insupportable, persistante et inapaisable. Les patients se retrouvent par conséquent dans une situation sans issue qui les conduit au désespoir.

Dans la moitié des cas des demandes d'euthanasie basées sur une polypathologie, le médecin déclarant a considéré que le décès du patient interviendrait à brève échéance.

Les demandes d'euthanasie basées sur une polypathologie ne concernent pas uniquement des patients âgés. La demande d'euthanasie formulée en raison d'une polypathologie a été acceptée chez deux patients de la tranche d'âge de 40-49 ans. La tranche d'âge des 40-69 ans représente 12% du groupe total. Il va de soi que plus la personne est âgée, plus elle court le risque de développer une polypathologie pouvant engendrer progressivement une souffrance constante et inapaisable. Cela ne signifie absolument pas que la Commission considère l'âge avancé comme étant une maladie ! En l'absence d'affections médicales graves et incurables, l'âge avancé ou la fatigue de vivre ne justifient pas l'euthanasie.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 27

Exemples

- Patient de 79 ans dont les nombreuses maladies incurables ont conduit à une qualité de vie mauvaise pour lui. L'ensemble de la procédure a duré plus d'un an avant qu'une décision définitive soit prise quant à la recevabilité de la demande d'euthanasie et que l'acte soit réalisé. Cela démontre que lors d'une demande d'euthanasie, les médecins n'exigent pas immédiatement une demande écrite.

3. Diagnostic
<i>Uitgebreide locoregionale invasie van multipele superficieel spreidende basocellulaire carcinomata met metastasering naar de longen. Uitgebreide evoluerende radiodermatitis ulcus.</i>
<i>Bijkomende diagnostiek: evolutieve morbus Parkinson, blindheid, doofheid, ziekte van Ménière.</i>
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable :
<i>Patiënt bevindt zich in een toestand van mentale en fysieke uitputting. Patiënt beschouwd zijn levenskwaliteit nog als zeer laag omwille van de multipele progressief evoluerende aandoeningen waaraan hij lijdt (o.a. blind, doof, toenemende symptomen van zijn morbus van Parkinson met veelvuldig vallen, huidcarcinoom, radiodermatitis ulcus rug, Ménière ziekte, intolerantie voor ziektetrouwende medicatie,) Hierdoor wordt hij voor zijn alledaags leven steeds meer afhankelijk van derden en hiermede kan hij zich niet verzoenen.</i>
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :
<i>Psychisch en fysiek lijden dat niet meer kan gelenig worden op een wijze die nog aanvaardbaar is voor de patiënt. Patiënt beseft ten volle de onomkeerbaarheid van zijn medische toestand en tevens de onvermijdelijke ziekteprogressie in de nabije toekomst.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Patiënt heeft reeds ongeveer 3 jaar geleden aangegeven dat hij niet wil afzien. Sinds ongeveer 1 jaar geleden is de concrete vraag naar euthanasie door de patiënt gesteld. Er werden sindsdien meermalen gesprekken gevoerd met de patiënt over mogelijke alternatieven. Naarmate zijn verzoek tot euthanasie nadrukkelijker werd zijn er gesprekken geweest met zijn enige zoon, schoondochter en nog enkele andere familieleden. Tijdens zijn laatste ziekenhuisopname werd zijn verzoek nog eens uitgebreid geëvalueerd door de ziekenhuispsycholoog en de dienst patiëntenbegeleiding. Patiënt is echter zeer nadrukkelijk achter zijn keuze blijven staan.</i>
7. Pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ?
<i>Nee</i>

[↑ retour table des matières](#)



- Ce dossier d'une patiente de 91 ans illustre le fait que des patients âgés peuvent souffrir de manière insupportable, constante et inapaisable en combinant une série de maux dits de vieillesse qui peuvent nuire gravement à la qualité de vie, l'état médical pouvant de plus être considéré comme sans issue puisqu'il n'y a plus de traitement curatif possible. Le médecin ayant reçu la demande a considéré que le décès de la patiente n'était pas attendu à brève échéance. C'est pourquoi l'avis d'un médecin LEIF généraliste et d'un psychiatre ont été sollicités. Les avis ont souligné que la situation était conforme aux critères de la loi relative à l'euthanasie.

3. Diagnostic

- *Uitgebreide polyartrose gepaard gaande met veel pijn. Zou nieuwe heupen en knieën moeten krijgen. Gezien haar leeftijd en haar cardiale toestand komt ze hiervoor niet meer in aanmerking. Immobiel*
- *Eernstige gezicht- en gehoorstoornissen die snel progressief zijn.*
- *Beginnende mentale aftakeling gepaard gaande met desorientatie, angstreacties en paniek. Opgetreden na syncopes als gevolg van haar totale AV blok. Heeft daardoor sequelen en geheugenstoornissen, vooral voor het onmiddellijke geheugen*
- *Patiënte is zeker wilsbekwaam.*
- *Cardiovasculair: Total AV blok.*
- *Toenemende incontinentie urinair.*
- *Stoelgangsproblemen: regelmatig obstructie op basis van fecalomen*

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

Het feit dat ze continue pijn heeft ondanks behandeling en continu controle nodig heeft van derden en dat haar situatie niet beter zal worden maakt dat ze haar situatie uitzichtloos vindt. Ze heeft geen normaal leven meer, zeker niet in vergelijking met vroeger. Kan zelfs niet eten in het restaurant van de instelling. Is ook fel vermagerd wegens gebrek aan eetlust. Haar leven is vol stress en paniek. Het feit niet meer autonoom te zijn maakt dat ze van mening is dat ze geen toekomst meer heeft. Ze is al haar levenskwaliteit kwijt. Zo wil ze niet verder leven.

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

Ze zou nieuwe knieën en heupen moeten hebben. Haar cardiale toestand en haar leeftijd maakt dat ze inoperabel is. Ze moet dus verder leven met pijn. Het feit dat haar geheugen soms weg valt veroorzaakt zoveel paniek en stress. Ook hiervoor bestaat geen oplossing. Ze moet om verder te kunnen leven volledig steunen op haar echtgenoot. Al haar medicatie en andere verzorging ten spijt is ze al haar levenskwaliteit kwijt. Dit uitzichtloos leven en wachten op haar dood wil ze niet.

[↑ retour table des matières](#)

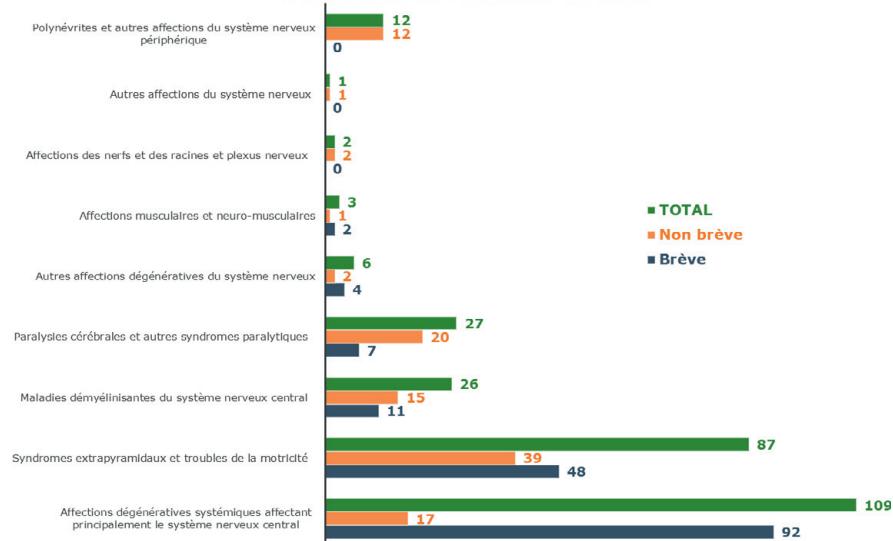
Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 29

3. Patients souffrant de maladies du système nerveux

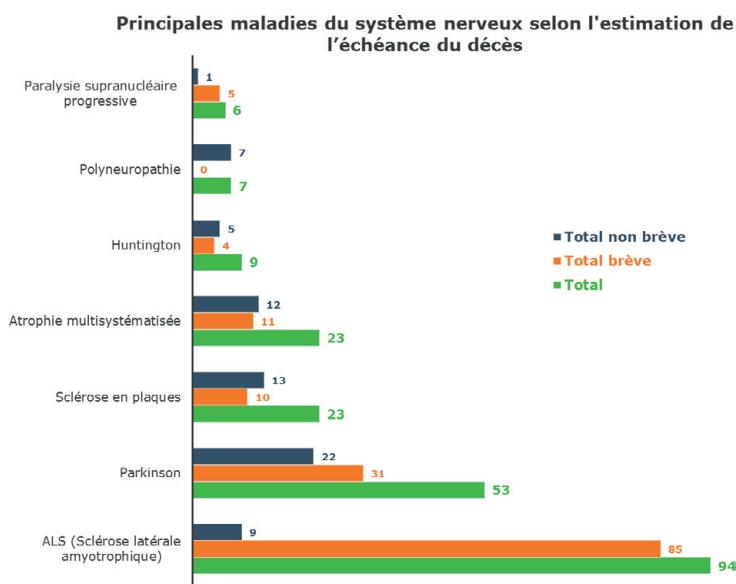
274 patients, soit 6,9%, souffraient d'une maladie du système nerveux.

Les maladies les plus fréquentes étaient la SLA, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques. Plus de la moitié de ces patients étaient considérés comme allant décéder à brève échéance.

Répartition des maladies du système nerveux selon les sous-groupes et l'estimation de l'échéance du décès



[↑ retour table des matières](#)



1. La sclérose en plaques appartient au sous-groupe des « Maladies démyélinisantes du système nerveux central ».
2. Les maladies telles que le Parkinson, l'atrophie multisystématisée et la paralysie supranucléaire progressive appartiennent au sous-groupe des « Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité ». Les deux dernières maladies sont également connues sous le nom de Parkinson plus.
3. Le sous-groupe des « Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques » inclut notamment toutes sortes de pathologies allant de pair avec une paralysie des membres.
4. La SLA et la maladie de Huntington appartiennent au sous-groupe des « Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central ».

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 31

Exemple

- Patient souffrant de SLA. La sclérose latérale amyotrophique (SLA) est une maladie incurable très grave du système nerveux, qui se caractérise principalement par la dégénérescence des cellules nerveuses motrices de la moelle épinière, du tronc cérébral et du cortex cérébral, et dont l'issue est la mort par suffocation en raison de la paralysie des muscles respiratoires. Certains patients (9) demandent l'euthanasie avant la phase terminale mais la grande majorité (85) préfère attendre la phase finale.

Dans ce cas, étant donné que le décès du patient était attendu à brève échéance, l'avis d'un seul médecin était nécessaire. Ce médecin a confirmé entre autres cette échéance.

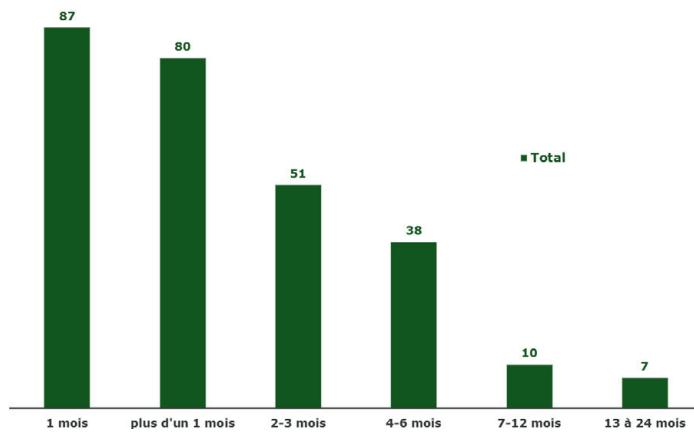
3. Diagnostic
<i>Sclérose latérale amyotrophique rapidement évolutive.</i>
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable :
<i>Troubles de déglutition (même sur salive), impossibilité de boire ou de manger sans risquer de s'étouffer, dysarthrie, impossibilité de s'exprimer verbalement.</i>
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable :
<i>Pas de perspective thérapeutique. Refus d'une alimentation artificielle. Risque d'étouffer sur prise alimentaire ou eau.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Vue par 2 médecins (+ son médecin traitant), la psychologue. Demande répétée et déjà évoquée au début de la maladie avec famille. Pas de troubles cognitifs.</i>

[↑ retour table des matières](#)



Délai d'attente pour les patients neurologiques

Le délai d'attente pour les affections neurologiques est très variable et est souvent supérieur à 1 mois chez de nombreux patients dont le décès est prévisible à brève échéance.



4. Patients souffrant de maladies de l'appareil circulatoire

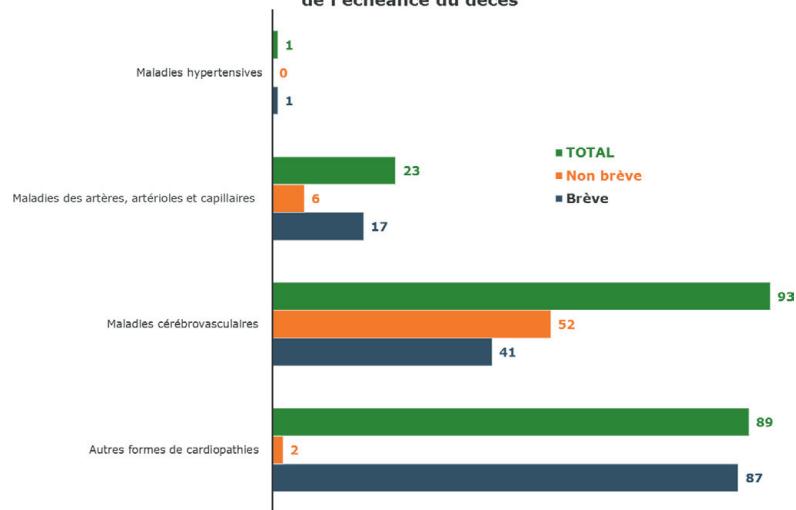
Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire : 206 soit 3,1% des euthanasies. Dans cette catégorie sont repris les AVC (infarctus cérébraux consécutifs à une thrombose des vaisseaux sanguins à destination cérébrale), l'insuffisance cardiaque, les valvulopathies cardiaques et les artériopathies périphériques comme les anévrismes et l'insuffisance artérielle.

Les plus fréquentes sont les AVC (85 patients), l'insuffisance cardiaque terminale (83 patients) et les complications d'artériopathies périphériques (18 patients).

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 33

Maladies de l'appareil circulatoire selon les sous-groupes et l'estimation de l'échéance du décès



- Parmi le sous-groupe « Autres formes de cardiopathies », on trouve l'insuffisance cardiaque et l'arrêt cardiaque réanimé avec succès.
- Parmi le sous-groupe « Maladies cérébrovasculaires », on trouve les hémorragies cérébrales spontanées et les thromboses des artères cérébrales.
- Parmi le sous-groupe « Maladies des artères, artéries et capillaires », on retrouve les anévrismes aortiques, la thrombose de l'artère mésentérique avec infarctus de l'intestin et l'artériopathie au niveau des extrémités.

Exemples

- Ce patient est l'exemple des complications graves que peut engendrer une thrombose cérébrale ou un AVC, et illustre le caractère insupportable, persistant et inapaisable de la souffrance physique et psychique, à un point tel que continuer à vivre dans ces conditions est perçu par le patient comme inutile.

[↑ retour table des matières](#)



3. Diagnostic 24/12/2013: ischemisch CVA (<i>infarct linker arteria cerebri media</i>) met als sequelen: fatische stoornissen, uitdrukking- en begripsmoeilijkheden en continue invaliderende holocraniële hoofdpijn.
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable : Irreversibele fatische- en begrijptoornissen. Continue zeer hevige hoofdpijnen en "geraas" in het hoofd
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable : Logopedische revalidatie had beperkt resultaat maar was voldoende om vlot aan conversaties te kunnen deelnemen. De hoofdpijn blijkt resistent aan alle beproefde medicaties en combinaties hiervan (analgetica, antidepressiva, corticoiden, morfine, neuropathische medicatie).
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure : Al tijdens de ziekenhuisopname gaf patiënt aan zo niet verder te willen leven (<i>suïcidepoging ondernomen</i>). In de weken na het CVA, toen bleek dat er geen verdere recuperatie optrad, bracht hij vrijwel dagelijks haar wens om te mogen sterven naar voor, bij elk bezoek van de huisarts herhaald.
7. Pouvoit-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ? Nee
<ul style="list-style-type: none">• Un autre exemple est celui d'un patient souffrant d'une cardiopathie compliquée très grave, terminale et irréversible.
3. Diagnostic Terminale hartdecompensatie na multipele coronaire ingrepen met CVA na laatste coronaire bypass operatie. Meerdere opnames met longoedeem - nierinsufficiëntie. Toenemende angor pectoris waarvoor antistolling waarop patiënt recent meerdere gastro-intestinale bloedingen deed.
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable : Irreversibele fatische- en begrijptoornissen. Snelle deterioratie cardiorespiratoire toestand met dyspneu en orthopnoe. Volledig bedlegerig en permanent zuurstofdependent.
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable : Geen therapeutische mogelijkheden meer wegens terminale decompensatie. Wenst bewust en waardig afscheid van zijn familie te nemen.
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure : Tot voor twee maanden nog behoorlijk en niet zuurstofdependent. Sindsdien snelle achteruitgang en voorbij de twee weken herhaaldelijk de vraag gesteld aan zijn artsen en familieleden.
7. Pouvoit-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ? Ja

[↑ retour table des matières](#)

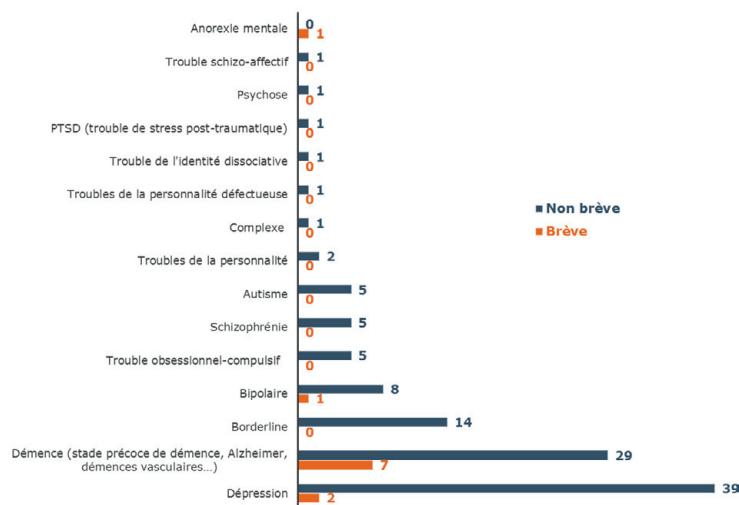
Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 35

5. Patients souffrant de troubles mentaux et du comportement (affections psychiatriques)

Le groupe des patients souffrant de troubles mentaux et du comportement ou affections psychiatriques (démences, psychoses irréductibles, hallucinations, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité, autisme, ...) est très restreint, soit, sur deux ans, 124 cas sur 3 950 euthanasies représentant 3,1% des déclarations.

Au cours de la période 2012-2015, il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre de patients souffrant d'affections psychiatriques. Dans le tableau ci-dessous, on retrouve la répartition des principales affections psychiatriques sur 4 ans (2012-2015). L'augmentation la plus notable est celle des euthanasies de patients souffrant de démence.

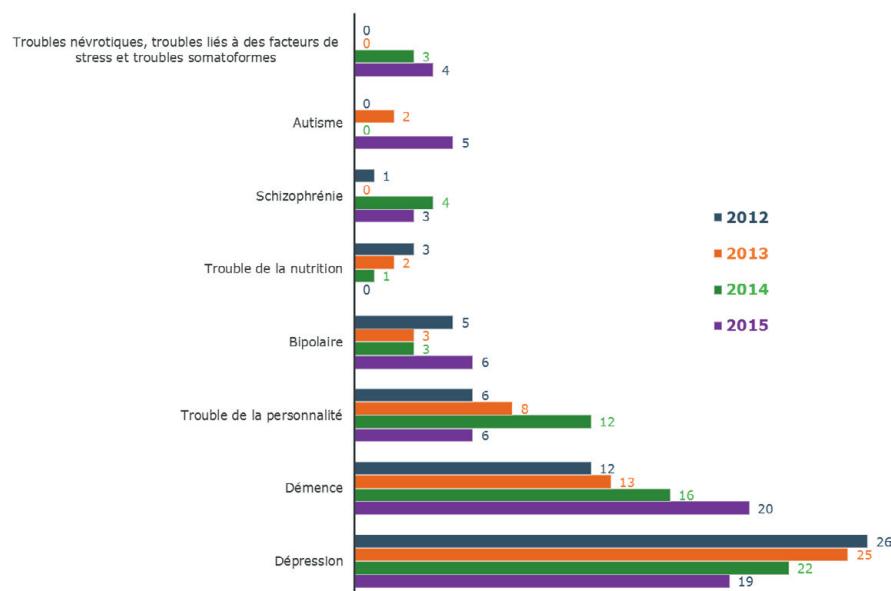
Troubles mentaux et du comportement selon les sous-groupes et l'échéance du décès



[↑ retour table des matières](#)



Principaux troubles mentaux et du comportement,
période de 2012 à 2015



[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 37

Exemple

- La Commission a retenu ce dossier pour illustrer la notion de souffrance psychique insupportable, constante et inapaisable chez une patiente de 26 ans atteinte d'un trouble mental très grave et incurable. Il a été demandé à deux psychiatres de rendre un avis sur la demande d'euthanasie. Tous deux ont vu la patiente en consultation à plusieurs reprises avant de rendre leur avis. La loi belge exige la consultation d'un psychiatre tandis que les Pays-Bas ne l'exigent pas.

3. Diagnostic

- *Psychiatrisch: dwangneurose of obsessieve-compulsieve stoornis en zware depressies gecompliceerd door een Body Dysmorphic Disorder, borderline persoonlijkheid met symptomen van zware zelfdepreciatie, dwangverschijnselen met o.a. Dwangmatige gedachten en dwangmatige handelingen.*
- *Somatisch: hematologische aandoening: erfelijke trombofilie en auto-immuun problemen (APC factor 5 Leiden. Bij onderzoek kwam eer zeer ernstige genetische aandoening aan het licht nl. Antifosfolipiden syndroom zeer ernstig 18 jaar. Hersentrombose*

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

De ziekte heeft een grote impact op haar normaal functioneren. Heeft geen vrienden meer. Heeft haar school niet afgemaakt. Heel haar bestaan wordt hierdoor geterroriseerd. Heeft continu slechte gedachten over haar lichaamsbeleving. Ze geraakt deze gedachten niet kwijt. En deze gedachten verpesten gans haar leven op elk vlak en daarom wil ze er niet meer zijn. Leeft door haar ziekte in eenzelfopgelegde eenzaamheid. Ze is al haar waardigheid verloren.

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

Het gebrek aan behandelingsresultaat in diverse ook universitaire instellingen en haar nu al 10 jaar lang toenemend psychisch lijden maakt haar toestand uitzichtloosheid. Ze is daarom ook chronische suicidaal.

Individuele psychotherapie: is bij verschillende psychologen en psychiaters geweest. Helemaal geen hulp. Meerdere malen

Residentiële behandelingen in universitaire en niet-universitaire psychiatrische diensten

Medicatie: heel veel verschillende soorten zonder resultaat. Heeft weinig last van neveneffecten gehad.

Zelfmoordpoging. Was geen impulsieve beslissing.

Patiënte heeft een groot ziekte inzicht.

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

Het verzoek is vrijwillig en weloverwogen. Het is herhaaldelijk gesteld en er is geen externe druk. Patiënte beseft de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering.

Délai d'attente

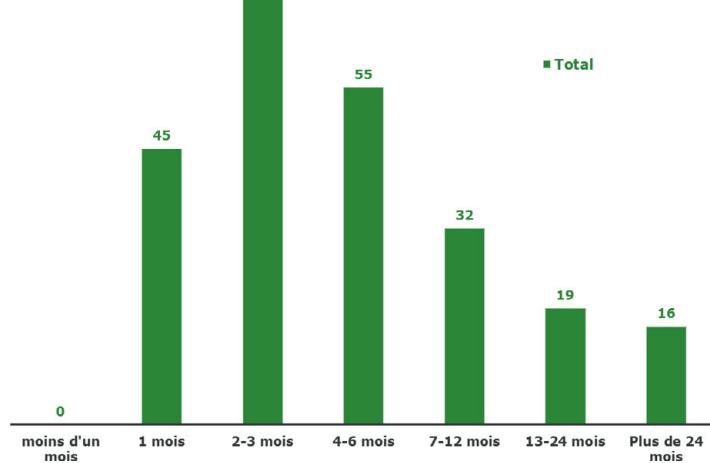
Vu que les patients souffrant de troubles mentaux et du comportement ne sont en général pas en fin de vie, le délai d'attente d'un mois minimum entre la demande écrite et l'euthanasie doit être respecté. L'étude des dossiers démontre qu'il s'écoule généralement des mois voire des années entre la (première) mise par écrit de la demande et l'euthanasie.

Ci-après un aperçu graphique du délai d'attente observé dans la pratique.

[↑ retour table des matières](#)



Délai d'attente pour les patients souffrant de troubles mentaux et du comportement



Dans certains cas exceptionnels, le médecin estime le décès à brève échéance. Voici deux exemples :

- patiente âgée (90 ans), très dépendante des soins, qui demande l'euthanasie depuis des années en raison d'un processus de démence progressif. Sa première demande écrite datait de 2007 et a été renouvelée en 2013. Elle était entre-temps devenue cachectique et s'était retrouvée dans une situation de vie en phase terminale.
- patiente souffrant d'anorexie mentale, allant de pair avec des troubles somatiques graves ayant provoqué une cachexie irréversible. Sa demande écrite datait de plus de 6 mois.

L'analyse concrète des documents d'enregistrement et le graphique ci-dessus montrent clairement que le délai d'attente n'a jamais été inférieur à un mois pour aucun patient, pas même chez les patients pour lesquels le médecin signale que le décès interviendra à brève échéance. Chez la majorité des patients psychiatriques, le délai d'attente est supérieur à deux mois et peut même aller au-delà de 24 mois. Parmi les patients chez qui le délai d'attente était d'un mois, on compte de nombreux patients déments ou patients psychiatriques qui présentaient aussi une souffrance physique grave comme un cas d'anorexie nerveuse.

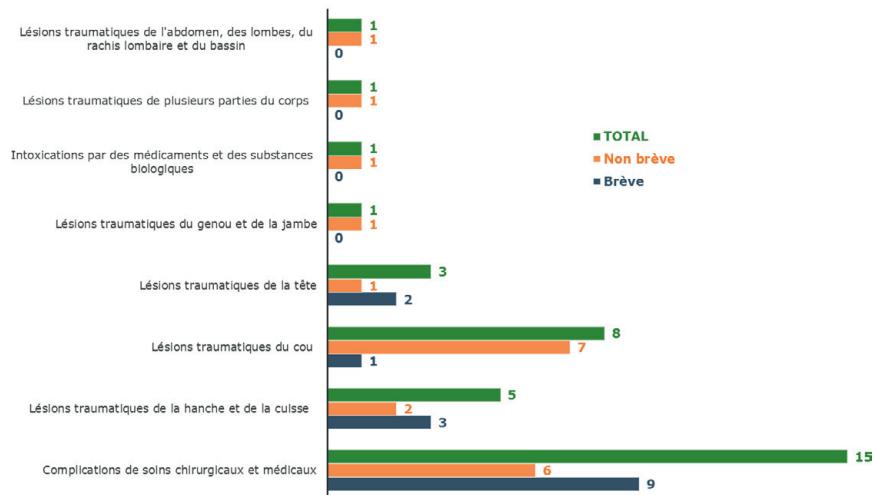
[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 39

6. Patients souffrant de lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes

L'utilisation de la classification ICD-10-CIM pour coder les diagnostics a permis d'identifier ce groupe de patients. Il s'agit au total de 34 patients, dont le groupe le plus important concerne des complications de soins médicaux.

Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes selon les sous-groupes et l'estimation de l'échéance du décès



Le groupe des complications post-soins médicaux se compose principalement de complications post-chirurgie, soit des interventions chirurgicales complexes qui s'accompagnent d'une morbidité et d'une mortalité importantes.

[↑ retour table des matières](#)



Nature des soins médicaux	Nombre
Complications post-chirurgie de transplantation	4
Complications post-chirurgie cardiaque	3
Complications post-chirurgie orthopédique	3
Complications post-chirurgie oncologique	2
Complications post-traitement médical	3
Total	15

Exemple

- Patient qui, suite à des complications survenues après une intervention chirurgicale complexe, s'est retrouvé en phase terminale irréversible.

3. Diagnostic <i>Greffé pulmonaire, nécrose bronchique avec sténoses multiétagées, aspergillose invasive, zona siège</i>
4. Nature et description de la souffrance constante et insupportable : <i>Persistante de l'insuffisance respiratoire sévère, immunosuppresseur entraînant des infections sévères à répétitions.</i>
5. Raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inapaisable : <i>Aucune perspective thérapeutique au niveau endobronchique. Insuffisance respiratoire irréversible.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure : <i>Entretiens fréquents, demande répétée à plusieurs reprises. Perte qualité vie, plus aucune autonomie</i>
7. Pouvait-on estimer que le/la patient(e) allait décéder à brève échéance ? <i>Oui</i>

7. Refus de traitement

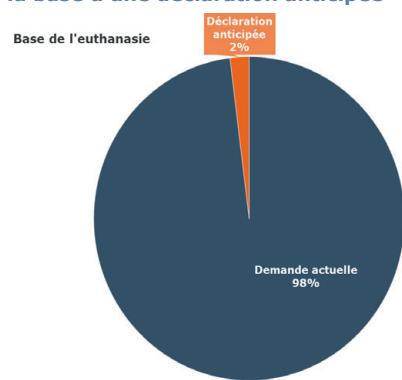
Dans certains cas, un consensus s'est dégagé pour reconnaître la possibilité pour le patient d'obtenir l'euthanasie après un refus de traitement, pour autant que ce refus porte sur un traitement non curatif de l'affection ou sur un traitement qui aurait comporté des effets secondaires particulièrement lourds.

Le refus de traitement est en effet légalement autorisé par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Quand il s'agit d'un traitement palliatif, le patient a également le droit de le refuser, notamment s'il juge insupportables les effets secondaires ou les modalités d'application.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 41

(I) Les euthanasies sur la base d'une déclaration anticipée



67 euthanasies de patients inconscients ont été pratiquées sur la base d'une déclaration anticipée. Comme noté dans les rapports précédents, ces cas demeurent peu nombreux, mais leur existence démontre l'importance des déclarations anticipées en cas d'inconscience irréversible.

Comme les rapports 2012-2013 et 2010-2011 le signalent déjà, plusieurs membres de la Commission ont regretté la complexité de la rédaction, des procédures d'enregistrement et de renouvellement de la déclaration anticipée, complexité qui limite son usage.

Exemple

- Patient de 50 ans qui a sombré dans un coma irréversible après un traumatisme crânien.

3. Diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatisme crânien. Coma d'emblée • Lésion axonale diffuse, IRM cérébrale, extension bi hémisphère + mésencéphale. • Pronostic neurologique catastrophique.
9. médecins indépendants à consulter obligatoirement (ne pas mentionner leur identité) :
9.1 un autre médecin (dans tous les cas, art 3, §2, 3°)
<ul style="list-style-type: none"> • qualification du médecin : neurologue • avis du médecin consulté (selon son rapport écrit) quant au caractère grave et incurable de l'affection et au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance: <i>coma irréversible suite à des lésions axonales diffuses.</i>

[↑ retour table des matières](#)



(J) La nature des souffrances

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.

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Cela confirme le constat selon lequel la souffrance physique peut engendrer une souffrance psychique importante considérée par le médecin qui pratique l'euthanasie comme un élément supplémentaire dans le caractère insupportable, persistant et inapaisable de la souffrance. La souffrance signalée dans les documents d'enregistrement émane toujours d'une ou de plusieurs pathologies graves et incurables.

La Commission considère 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, de ses conceptions et valeurs.

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 celui-ci 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.

(K) L'échéance prévisible du décès

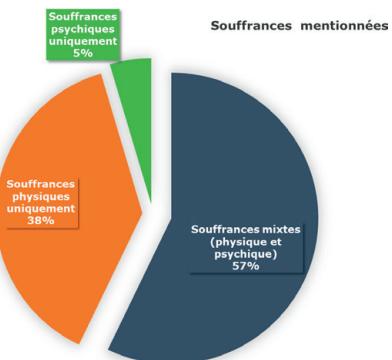
La Commission considère que l'échéance du décès doit être estimée « non brève » si la mort n'est pas attendue dans les mois qui viennent. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée (deux consultants dont l'un est un psychiatre ou un spécialiste de l'affection en cause et un mois d'attente à respecter 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 prévisibilité 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.

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 dans les cas de décès à brève échéance.

Déterminer si le patient va décéder à brève ou longue échéance n'est pas toujours facile. La question de l'appréciation de l'échéance prévisible du décès a d'ailleurs fait l'objet d'une mise au point reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins.

85% 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.

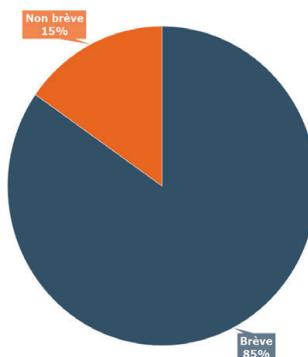


[↑ retour table des matières](#)

15% des euthanasies ont été pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (594 cas). La plupart concernaient des patients qui souffraient de maladie du système nerveux, du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, de troubles mentaux du comportement ou de polyopathologies. Seules 27 euthanasies pour cancer ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. Les rapports précédents mentionnaient des résultats similaires.

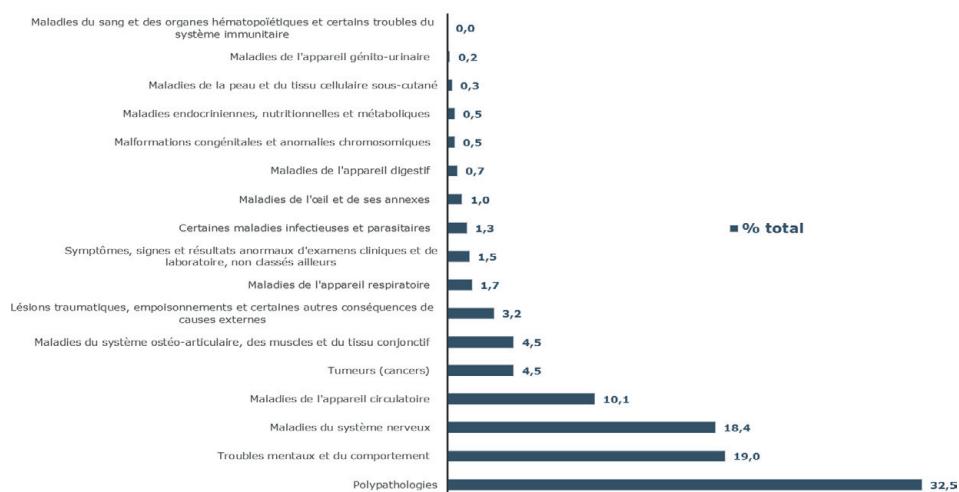
Il existe des exemples évidents. Ainsi un patient cancéreux métastasique très amaigri et alité sera d'office considéré comme allant décéder à brève échéance. A l'opposé, un patient psychiatrique qui ne se plaint pas de souffrances somatiques sera considéré comme n'allant pas décéder à brève échéance. Entre ces deux exemples extrêmes, il reste encore beaucoup de patients dont on ne peut déterminer avec certitude l'échéance du décès. C'est pourquoi il revient au médecin d'évaluer l'état clinique du patient et de déterminer si le décès du patient est prévisible à brève échéance ou non. Cette évaluation influence la procédure :

- en cas de décès à brève échéance, un seul avis d'un médecin indépendant, quelle que soit sa spécialité, suffit et il n'y a pas de délai d'attente,
- en cas de décès à échéance non brève, un second avis indépendant est nécessaire, soit d'un psychiatre, soit d'un médecin spécialisé dans la pathologie concernée, et un délai d'attente d'au moins un mois doit être respecté entre la demande écrite et l'euthanasie.



[↑ retour table des matières](#)

Catégorie des affections en cas de décès non prévu à brève échéance



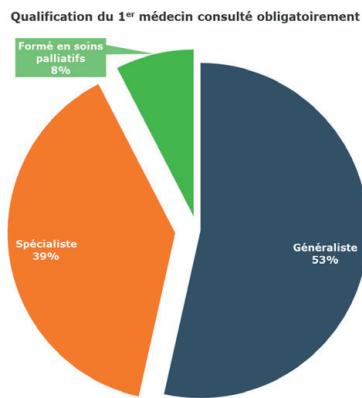
[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 45

(I) Les médecins consultés

1. Premier médecin consulté obligatoirement

Dans le cas d'un patient dont le décès est prévu à brève échéance, un seul avis suffit et il peut être rendu par tout médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste.



2. Second médecin consulté (en cas de décès non prévu à brève échéance)

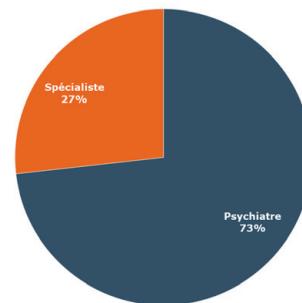
Si le décès n'est pas prévu à brève échéance, un second avis est indispensable et il doit être donné par un spécialiste dans la pathologie concernée ou un psychiatre. Comme on le signalera plus loin dans le rapport, la Commission a accepté que dans le cas de l'examen d'une demande d'euthanasie d'un patient atteint d'une polyopathologie, le second médecin puisse également être un médecin généraliste. Dans le cas d'une polyopathologie, la Commission considère le médecin généraliste comme un spécialiste en matière.

Dans les cas où le décès n'était pas prévisible à brève échéance, le second consultant obligatoire a été un psychiatre dans 73% des cas et un spécialiste de l'affection en cause dans 27% des cas.

[↑ retour table des matières](#)



Qualification du second médecin consulté obligatoirement en cas de décès non prévus à brève échéance



(M) L'avis du médecin consulté

Comme il a été signalé dans les rapports précédents de la Commission, l'avis de ce(s) médecin(s), tel qu'il est rapporté par le médecin déclarant, a parfois été considéré par la Commission comme trop peu explicite. L'ouverture du volet I du document a alors été décidée pour demander des précisions permettant de s'assurer que cette mission avait été remplie telle que la loi la prévoit (10% des raisons d'ouverture, 5,3% des déclarations).

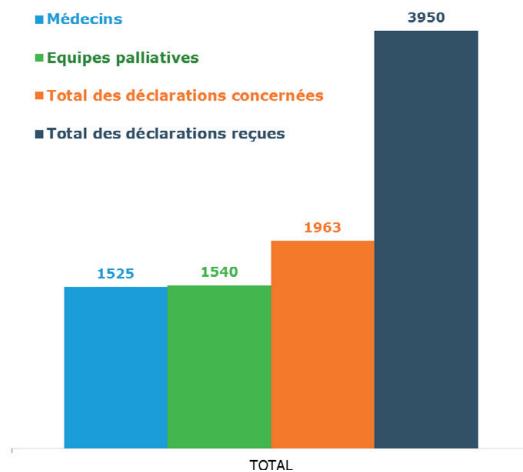
L'interprétation par la Commission de la notion d'« indépendance » du médecin consulté est rappelée dans la brochure d'information destinée aux médecins, de même que la mission du médecin consulté.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 47

(N) Médecins ou équipes palliatives consultés en plus des obligations légales

(1963 concernées sur 3950 déclarations)



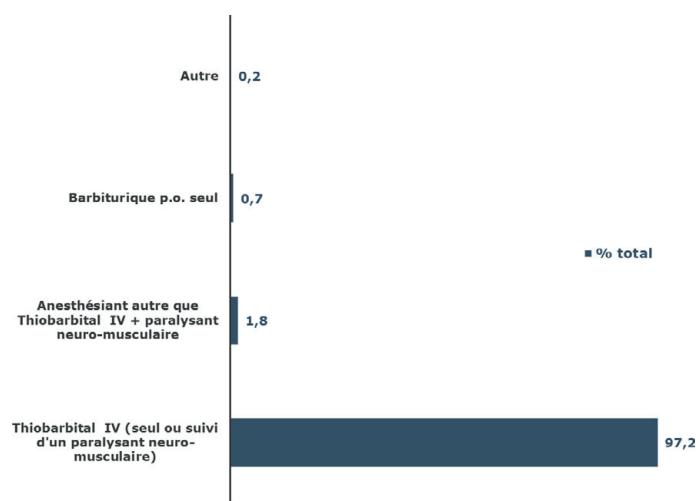
Dans le cadre de l'examen d'une demande d'euthanasie, bon nombre de médecins consultent encore d'autres confrères, bien que cela ne soit pas obligatoire.

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 (dans 49% des déclarations reçues), ce qui, selon la Commission, témoigne de la rigueur et du sérieux avec lesquels les médecins déclarants ont agi et rempli la déclaration. Certains membres ont à nouveau rappelé qu'il convient d'éviter que des consultations médicales supplémentaires n'aboutissent en fait à créer des conditions non prévues par la loi, au détriment du respect de la volonté du patient.

[↑ retour table des matières](#)



(O) La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés



Le présent rapport confirme les données publiées dans les rapports précédents. 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 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 Thiobarbital, une injection I.V. d'un paralysant neuromusculaire 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.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 49

L'induction de l'inconscience par administration d'un barbiturique par la bouche a été utilisée pour 29 euthanasies (moins de 1% des euthanasies).

Plusieurs documents d'enregistrement indiquaient que la technique utilisée pour l'euthanasie avait consisté non en l'injection I.V. de Thiobarbital ou similaire, mais en l'administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a déglutie lui-même. Dans la majorité de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention; dans certains cas, 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 considère 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 constante du médecin, présent de manière ininterrompue et prêt à intervenir jusqu'au terme du processus. En effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée.

Cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son avis daté du 22 mars 2003³. Cette question a fait l'objet d'une mise au point dans les rapports précédents et dans le document destiné au corps médical.

Il faut souligner que les techniques utilisées dans la quasi-totalité des cas sont effectivement celles décrites dans la littérature médicale⁴ comme aptes à provoquer une mort rapide et sans souffrances.

Quelques euthanasies (classées sous la rubrique « Autre ») ont été pratiquées par des combinaisons de produits divers tels des benzodiazépines et des morphiniques. Contact a été pris avec ces médecins pour leur conseiller de ne pas recourir à ce type de méthode.

(P) Les remarques ajoutées par certains médecins dans la rubrique 12

Il s'agit d'une rubrique facultative. Les médecins peuvent y faire part de leurs expériences, tant positives que négatives. On distingue en gros deux types de commentaires. La très grande majorité des commentaires expriment la gratitude témoignée par la famille, la sérénité avec laquelle l'euthanasie a été pratiquée, ou décrivent certaines circonstances jugées positives par le médecin exécutant. Très rares sont les commentaires faisant état de problèmes ou difficultés rencontrés par les médecins, aussi bien dans le cadre de l'exécution de l'euthanasie qu'avec la famille. Toutes ces informations, provenant des deux groupes linguistiques du pays, décrivent non seulement les conditions émotionnelles mais aussi profondément humaines dans lesquelles les euthanasies sont pratiquées.

[↑ retour table des matières](#)

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

4 Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, <http://www.knmg.nl/Dossiers-9/Dossiers-thematrefwoord/levenseinde/Euthanasie-1.htm>



Exemples

12. Informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner

- *Serein en dankbaar overleden in aanwezigheid van haar twee dochters en een nicht.*
- *Mevrouw is rustig ingeslapen in de armen van haar zoon, omringd door partner en andere familie.*
- *La patiente a été rapidement endormie et a arrêté de respirer. Entourée de sa famille, amis, équipe médicale sur un fond musical de son village.*
- *Le patient était serein et ravi de faire son départ. Il a souhaité que tous ses proches soient présents lors de l'euthanasie. Il est resté très digne et serein, comme à son habitude et il s'est endormi paisiblement. La famille a été ravie de notre intervention.*
- *Cette démarche est très lourde à porter pour médecin qui la pratique ainsi que pour l'entourage du patient même si cela se passe comme ici dans une grande sérénité.*
- *Patiënt is na sereen afscheid van moeder en zus en vrienden van moeder en zus en thuisbegeleidster, vastbesloten en sereen ingeslapen.*

Il peut arriver que des patients n'aient plus de famille ou que des proches ne puissent ou ne veuillent pas être présents au moment de l'euthanasie. Les prestataires de soins occupent très souvent ce rôle pour éviter que des patients ne meurent seuls. Cela souligne une nouvelle fois le caractère très humain de bon nombre d'euthanasies.

12. Informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner

- *De euthanasie werd uitgevoerd in aanwezigheid van de 2 thuisverpleegkundigen en de 3 familiële helpsters van patiënt. Erg sereen verlopen. De uitvoerder is Leifarts.*
- *Sereen verloop in aanwezigheid van de arts, sociaal assistent en familiehulp*

L'accompagnement de la famille afin de les aider à accepter la demande d'euthanasie et sa réalisation demande du temps.

12. Informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner

- *Het ganse proces van het overwegen tot euthanasie en gesprekken daarrond zijn ongeveer één jaar geleden begonnen. Laatste zes maanden is de familie van patiënt gegroeid in het proces en hebben ze de wil van patiënte aanvaard en kunnen waarderen.*

On ne réussit pas toujours à faire accepter ou du moins faire respecter par la famille la demande de leur proche. Un médecin peut être confronté à l'agressivité poussée de la famille ou des amis qui mettent en péril la sérénité de la mise en œuvre pour le patient ou pour le médecin.

12. Informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner

- *De dochter was absoluut niet akkoord met de euthanasie. Zij noemt het moord. Ze kreeg maandelijks een som geld van de vader. De vader heeft mij op het einde verboden haar te informeren over de geplande euthanasie. Zij is het toch via het OCMW (thuiszorg) te weten gekomen. Ze heeft toen haar vader opgebeld en die heeft haar gezegd als ze heikel zou komen maken om de euthanasie te dwarsbomen dat hij de politie zou bellen om haar te laten verdwijnen! Het zou dus zeker mogelijk zijn dat zij een klacht gaat formuleren...*

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 51

Section 3

Réponses aux questions posées à la Commission sur l'application de la loi

(A) Demandes d'explications sur l'application de la loi

La Commission est de plus en plus souvent contactée par des tiers tels que des médias nationaux et étrangers, des avocats et des médecins, qui demandent de plus amples explications. Leurs questions sont souvent la conséquence d'une connaissance insuffisante de la loi. Par ailleurs, dans les pays sans législation sur l'euthanasie, le terme euthanasie n'est pas strictement défini et englobe aussi souvent le fait de « mettre fin à la vie sans la demande de la personne concernée ».

1. Les médias

L'attention que portent les médias nationaux dépend en grande partie de l'actualité du jour. Au cours de ces derniers mois, il a beaucoup été question de l'euthanasie chez les patients psychiatriques. Dans les interviews diffusées ou dans la presse écrite, des explications sont données sur le fonctionnement de la loi relative à l'euthanasie dans notre pays, parfois en bien et parfois en mal. C'est justement parce que l'euthanasie est un acte exceptionnel, que le contrôle social visant à prévenir tout abus est primordial. Les médias ont un rôle à jouer dans ce cadre.

L'attention que portent les médias étrangers dépend en grande partie du travail législatif sur l'euthanasie dans leur pays. Ils souhaitent se faire une idée de l'application de la loi relative à l'euthanasie dans notre pays et aux Pays-Bas. À l'aide de ces reportages, les réalisateurs essaient d'influencer le travail législatif dans leur propre pays, ce qui peut aller dans le sens positif ou négatif.

2. Les avocats

La Commission est régulièrement confrontée à des questions posées par des avocats au sujet d'un dossier spécifique. Ceux-ci souhaitent savoir si la Commission a approuvé le dossier ou l'a renvoyé au parquet. Les questions posées par les avocats se rapportent généralement aux procédures juridiques intentées par la famille à l'encontre du médecin exécutant car elle n'est pas d'accord avec l'euthanasie pratiquée.

- Il est clair que les juristes en question ne connaissent pas suffisamment la loi relative à l'euthanasie. Si c'était le cas, ils sauraient que leur demande est sans pertinence car la Commission reçoit seulement la partie 2 - la partie anonyme du document d'enregistrement - pour examen. Cette partie reprend toutes les données médicales nécessaires afin de vérifier si le médecin exécutant a pratiqué l'euthanasie en respectant les conditions et en suivant la procédure prévue par la loi, et s'il l'a pratiquée avec prudence du point de vue médical. En temps normal, la Commission n'a aucun regard sur la partie 1.
- La partie 1 ne peut être consultée qu'après décision de la Commission en vue de demander des informations complémentaires au médecin déclarant ou d'attirer l'attention sur l'une ou l'autre imprécision (voir section 2, le fonctionnement de la Commission). Les membres de la Commission sont en outre tenus au secret. À l'article 12 du chapitre 5 sur la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation, la loi relative à l'euthanasie dispose ce qui suit : « 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. ». Cela signifie que la Commission ne peut pas répondre à la demande de l'intéressé.
- D'un autre côté, toute question émanant d'une personne quelle qu'elle soit est examinée par la Commission. Il revient à la Commission de décider comment répondre à une question et qui y répond. Ce sont généralement les juristes membres de la Commission qui répondent à ces questions.

[↑ retour table des matières](#)



3. Les médecins

Certains médecins demandent parfois l'avis de la Commission au sujet de l'examen en cours d'une demande d'euthanasie.

- Il est évident que la Commission ne peut donner aucun avis sur l'évaluation d'une euthanasie qui n'a pas encore été pratiquée. En donnant son avis, la Commission serait privée de la possibilité de rendre un verdict ultérieur sur ce cas. Ces médecins sont renvoyés vers d'autres médecins qui ont une plus grande expérience dans l'évaluation d'une demande d'euthanasie, p. ex. les médecins ayant suivi une formation complémentaire en soins de fin de vie. Il appartient au médecin concerné de trouver un tel médecin dans son entourage.
- Ces questions sont elles aussi examinées au sein de la Commission. C'est à nouveau la Commission qui décide comment répondre à une question et qui y répond. Ce sont généralement les médecins membres de la Commission qui répondent à ces questions.

(B) Euthanasie et patients psychiatriques

Au cours des deux dernières années, la question de l'euthanasie de patients psychiatriques a été l'objet de polémiques dans la société. Lorsque les médias interpellent les membres de la Commission, ceux-ci, liés par le secret professionnel, ne peuvent que rappeler les principes posés par la loi sans pouvoir opposer des éléments propres aux cas médiatisés, rarement correctement documentés.

Rappelons que pour chaque cas, il importe d'examiner si les conditions de la loi sont remplies, à savoir une demande volontaire, consciente et répétée sans pression extérieure d'un patient qui exprime des souffrances inapaisables physiques ou psychiques à la suite d'une affection médicale grave et incurable. Le législateur s'est gardé de donner une liste exhaustive des affections médicales graves et incurables.

1. Euthanasie et souffrances psychiques consécutives à une affection psychiatrique

D'aucuns ont soutenu qu'il fallait exclure du champ de la loi les souffrances psychiques. Il n'appartient pas à la Commission de se prononcer sur ce débat qui porte sur l'extension voire la restriction de la loi relative à l'euthanasie. En revanche, la Commission peut apporter une réponse, grâce à l'examen de ces déclarations relatives à des cas psychiatriques, quant à la crainte exprimée par certains que l'euthanasie chez les patients psychiatriques soit accordée trop rapidement et trop à la légère comme le prétendent certains.

L'examen porte sur les quatre dernières années. Les résultats sont notamment illustrés dans le graphique « Répartition des troubles de l'humeur et du comportement – Période 2012-2015 » où le nombre de patients a été réparti par diagnostic psychiatrique. Il ressort de ce graphique que le nombre de patients souffrant de dépressions résistantes à tout traitement tend à diminuer. En revanche, le nombre d'euthanasies chez les patients atteints de démence tend à légèrement augmenter. À noter qu'aux Pays-Bas, l'euthanasie a été pratiquée sur 91 patients atteints de démence en 2014 et sur 105 en 2015⁵.

2. Délai d'attente et temps de réflexion

La loi sur l'euthanasie prévoit que si le décès du patient n'est pas prévu à brève échéance, le médecin doit attendre au minimum un mois entre d'une part la demande écrite et l'euthanasie. Aux Pays-Bas, cette obligation n'existe pas.

5 <https://www.euthanasiecommissie.nl/>, Jaarverslag 2015

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 53

À la suite d'un cas d'euthanasie chez un patient psychiatrique, ce délai d'attente d'un mois a fait l'objet de critiques : ce délai serait trop court pour pouvoir conclure avec certitude que le patient souhaite réellement l'euthanasie, une décision mûre et réfléchie nécessiterait un plus long délai de réflexion et de consultation avec le médecin.

Cette critique est sans fondement car elle part de l'hypothèse – erronée – que le patient forme sa décision durant ce délai d'attente d'un mois. En réalité, le processus de décision (et donc le temps de réflexion) commence bien avant la concrétisation de la demande de l'euthanasie par un écrit. Tout d'abord, le patient mûrit sa réflexion pour ensuite seulement la confirmer par un écrit. Après cette mise par écrit explicite, un délai d'un mois minimum d'attente supplémentaire doit être respecté. L'expression « délai d'attente » donne de ce fait une meilleure compréhension du « temps de réflexion ».

Le législateur a par ailleurs entouré le processus décisionnel – qui est donc la période qui précède la mise par écrit de la demande – de conditions essentielles, de forme et de procédure.

Tout d'abord, la loi exige que le patient formule une demande « réfléchi ». Il ressort des travaux préparatoires de la loi sur l'euthanasie et de la doctrine que « réfléchi » implique entre autres que le patient soit capable ou apte à exprimer sa volonté. En d'autres termes, sa maladie, surtout si elle est psychique, ne doit pas être un obstacle pour prendre une décision sur la base d'un raisonnement rationnel. Le médecin devra donc constater *in concreto* que le patient est effectivement en mesure de prendre une décision ou d'exprimer sa volonté, et qu'une demande réfléchie peut être formulée.

Ensuite, le terme « réfléchi » exige aussi la réalité de la demande. Après avoir pesé tous les éléments, le patient doit arriver à la conclusion que l'euthanasie est la seule et ultime solution pour lui. A cet égard, pèsent sur le médecin diverses obligations d'information. Il doit éclairer le patient sur son état de santé et 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 (art. 3, § 2, 1^o, de la loi relative à l'euthanasie). Le médecin doit également déterminer si la demande d'euthanasie n'a pas en réalité une autre portée : une demande d'attention, de reconnaissance, la demande d'une vie autre, un problème social, etc. Le médecin devra donc « décoder » la demande du patient et constater que le patient souhaite effectivement mettre fin à sa vie. Ce n'est qu'en suivant minutieusement l'évolution du patient et en s'entretenant avec lui à diverses reprises que le médecin pourra s'assurer des véritables intentions du patient.

Enfin, la demande d'euthanasie doit également être « répétée », « réitérée » (art. 3, § 1^{er} et art. 3 § 2, 2^o, de la loi relative à l'euthanasie). Ce critère a lui aussi pour but de distinguer les véritables demandes d'euthanasie. Une demande « répétée » implique que le patient doit formuler sa demande plusieurs fois, soit oralement, soit par écrit. Une demande réitérée, en néerlandais « duurzaam », signifie que la demande persiste, y compris entre les répétitions. À cette fin, le médecin mène plusieurs entretiens avec le patient qui s'étalement sur un délai raisonnable, compte tenu de l'état de santé du patient.

La Commission contrôle plusieurs points. Dans le formulaire d'enregistrement, le médecin doit indiquer les éléments « qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée » (rubrique 6 du document d'enregistrement).

Le document d'enregistrement ne comprend pas de question spécifique quant à la durée du processus interne de décision. On retrouve cependant dans les données transmises par les médecins, dans les rubriques 4, 5 et 6, quelques indices à ce sujet. Nous pouvons illustrer cela au moyen des quelques exemples anonymisés extraits des documents d'enregistrement reçus en 2014-2015. Ces données sont retranscrites telles qu'elles ont été reçues. Les délais d'attente sont calculés selon le temps écoulé entre la date de la demande écrite et l'euthanasie.

[↑ retour table des matières](#)



Exemples

- Patient 1.

3. Diagnostic

Stemmingstoornis (dépression).

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

Vraagt het al maanden. Wil niet opnieuw suicide plegen

⇒ Délai d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 4 mois.

- Patient 2

3. Diagnostic

Démence.

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

La demande d'euthanasie a été formulée à plusieurs reprises depuis l'annonce du diagnostic en septembre 2013 par le patient qui a maintenu ses capacités d'auto jugement intactes.

⇒ Délai d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 5 mois.

- Patient 3

3. Diagnostic

Stemmingstoornis (dépression)

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

Herhaalde vraag naar euthanasie tegenover arts, verpleging, kine, kinderen en familieleden. Dreiging met zelfmoord indien geen euthanasie. Dit alles gedurende vele maanden.

⇒ Délai d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 2 mois.

- Patient 4

3. Diagnostic

Dementie

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

Sedert meer dan één jaar herhaalde vraag naar euthanasie

⇒ Délai d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 1 mois.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 55

- Patient 5

3. Diagnostic
<i>Borderline.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Het verzoek was vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk gesteld. Het is vrij van externe druk. Patiënte besefte zeer goed de onherroepelijkheid van een eventuele uitvoering. De ganse uitklaring heeft meer dan 9 maanden geduurde. Ze heeft haar verzoek meerdere malen herhaald en uiteindelijk in mei neergeschreven.</i>

⇒ Délay d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 3 mois.

- Patient 6

3. Diagnostic
<i>Dementie.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Tientallen consultatie waarbij hijzelf vroeg voor euthanasie</i>

⇒ Délay d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 1 mois.

- Patient 7

3. Diagnostic
<i>Borderline persoonlijkheidsstoornis</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Patiënt consulteerde herhaaldelijk en heeft geen twijfels. Zijn familie is ondersteunend in het proces aanwezig maar met veel verdriet</i>

⇒ Délay d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 1 mois.

- Patient 8

3. Diagnostic
<i>Schizofrenie.</i>
6. Éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure :
<i>Meerdere consultatie over langere termijn; 23/07/2013; 24/09/2013; 13/01/2014; 8/04/2014; 2/09/2014. Patiënt was telkens zonder twijfel, vastbesloten. Een congruente vraag.</i>

⇒ Délay d'attente entre date demande écrite et euthanasie : 6 mois.

[↑ retour table des matières](#)



Formuler une demande d'euthanasie requiert chez le patient un long processus qui peut durer plusieurs mois, voire parfois plusieurs années.

Une fois que le patient est arrivé à l'intime conviction que l'euthanasie est souhaitable pour lui, il doit mettre sa demande par écrit. Dès ce moment commence la période d'attente légale d'au moins un mois. L'analyse des documents d'enregistrement prouve que ce délai d'attente dépasse souvent la période d'un mois. En pratique, on attend souvent plusieurs mois entre, d'une part, la demande écrite et, d'autre part, l'euthanasie.

(C) La Commission et les conséquences de l'anonymat

La loi impose à la Commission de respecter l'anonymat de l'auteur de la demande lors de l'évaluation des documents d'enregistrement. La loi définit aussi comment et dans quelles circonstances cet anonymat peut être levé (article 8).

Cet anonymat permet aux membres individuels de la Commission de rendre un avis dans la majorité des dossiers, et de ne pas se laisser influencer par le nom, la réputation ou la relation personnelle avec un collègue qui a introduit un dossier.

Dans le cas où un membre de la Commission a lui-même introduit un dossier, il est fait appel à la déontologie du membre concerné pour s'abstenir de participer à la discussion. Dans le cas où l'anonymat doit être levé, la loi prévoit même la récusation dudit membre de la Commission (article 8).

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 57

Section 4

Recommandations de la Commission concernant l'exécution de la loi

(A) Concernant la nécessité d'un effort d'information aux citoyens et prestataires de soins

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 et, par extension, des prestataires de soins. Les autorités doivent soutenir toutes les initiatives en la matière. Il s'agit également d'encourager les Universités et Hautes écoles en charge de la formation du personnel soignant d'inscrire dans leurs cursus l'enseignement des questions concernant la fin de vie des patients.

La brochure d'information destinée au corps médical rédigée par la Commission a été actualisée cette année et est systématiquement adressée aux médecins dont le volet I du document d'enregistrement a été ouvert, soit pour de simples remarques soit pour demander des explications complémentaires. Elle est également disponible pour le public sur le site de la Commission euthanasie www.Commissioneuthanasie.be, rubrique publications, où on retrouve également les documents d'enregistrement.

Le souhait d'une brochure d'information destinée au public est répété par la Commission. Cette brochure doit traiter non seulement de l'application de la loi relative à l'euthanasie, mais aussi de l'application des lois relatives aux droits du patient et aux soins palliatifs, et ce dans le cadre des soins en fin de vie.

(B) 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 particulier en ce qui concerne le délai légal d'attente d'un mois imposé pour les décès non prévus à brève échéance, la Commission estime qu'il n'y a pas lieu de modifier la loi.

Quant aux modifications à apporter aux formalités de renouvellement de la déclaration anticipée, déjà évoquées dans les rapports antérieurs, pour rendre celle-ci plus effective, la Commission regrette qu'aucune solution n'ait été apportée quant à la complexité de la rédaction, des procédures d'enregistrement et de renouvellement de la déclaration, qui limitent son usage.

(C) Concernant le fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation

Tout comme aux Pays-Bas, il serait opportun de mettre en place un document d'enregistrement électronique. Vu l'augmentation du nombre d'euthanasies déclarées, cela permettrait non seulement d'alléger la charge de travail des membres de la Commission et du secrétariat, mais cela faciliterait aussi le traitement électronique des données. En 2013, la Commission a conçu un modèle de document d'enregistrement électronique, mais ce projet est resté sans suite, faute de moyens budgétaires.

[↑ retour table des matières](#)

Section 5

Résumé et conclusions

1. Le nombre d'euthanasies déclarées a été pendant les années 2014 et 2015 en moyenne de 165 par mois. Comme antérieurement, la grande majorité des documents d'enregistrement est rédigée en néerlandais. L'augmentation en % du nombre annuel d'euthanasies déclarées semble se tasser. Il n'empêche que le nombre de déclarations tant en français qu'en néerlandais augmente en nombre absolu.
2. La Commission a consacré beaucoup d'attention à la nature des affections graves et incurables à l'origine d'une demande d'euthanasie et de son acceptation. L'utilisation des codes ICD-10 pour classer les diagnostics exacts permettra des comparaisons plus précises dans le futur. Cette classification a permis entre autres d'identifier un nouveau groupe de patients, à savoir ceux qui demandent l'euthanasie pour cause de complications graves de soins médicaux.
3. La souffrance insupportable, constante et inapaisable se présente souvent sous des formes multiples et affecte le bien-être aussi bien physique que mental du patient, de façon telle à rendre la qualité de vie ressentie par le patient médiocre voire inexisteante.
4. Les affections à l'origine des euthanasies étaient dans la très large majorité des cas des cancers généralisés ou gravement mutilants (67,7%), des polypathologies (9,7%), des maladies du système nerveux (6,9%), des maladies de l'appareil circulatoire (5,2%), des troubles mentaux et du comportement (3,1%) et des maladies de l'appareil respiratoire (3,1%).
5. Dans 85% des cas, le médecin estimait que le décès des patients était prévisible à brève échéance.
6. 63% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés de 40 à 79 ans, 36% chez des patients de plus de 79 ans.
7. 44% des euthanasies ont eu lieu au domicile du patient et 13% en maison de repos ou de repos et de soins. On note une légère augmentation des euthanasies dans les MR et MRS.
8. 67 euthanasies concernaient des patients inconscients ayant fait une déclaration anticipée. Ce nombre reste faible, en raison du champ d'application limité de cette déclaration puisqu'elle ne concerne que les patients irréversiblement inconscients.
9. Dans 99,8% des cas, l'euthanasie a été médicalement correctement pratiquée. Dans 0,2% des cas, contact a été pris avec les médecins en question pour avoir plus d'explications sur la technique utilisée.
10. Dans les commentaires faits par les médecins à la rubrique 12, il est souvent signalé que le décès est survenu paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.
11. La Commission a estimé qu'une déclaration ne répondait pas aux conditions essentielles de la loi et a transmis le dossier au Procureur du Roi.
12. En plus des consultations imposées par la loi, de nombreux médecins et équipes palliatives ont été consultés.

[↑ retour table des matières](#)

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie | 59

Section 6

[↑ retour table des matières](#)

Annexes

(A) Annexe 1 : 28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie

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

CHAPITRE I. - 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 :

- [1] le patient est majeur ou mineur émancipé, capable ou encore mineur doté de la capacité de discernement et est 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 [1] majeur ou mineur émancipé] 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;
- [1] - le patient mineur doté de la capacité de discernement se trouve dans une situation médicale sans issue de souffrance physique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui entraîne le décès à brève échéance, 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° si 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.

[1] 7° en outre, lorsque le patient est mineur non émancipé, consulter un pédiopsychiatre ou un psychologue, en précisant les raisons de cette consultation.

Le spécialiste consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure de la capacité de discernement du mineur, et l'atteste par écrit.

Le médecin traitant informe le patient et ses représentants légaux du résultat de cette consultation.

Le médecin traitant s'entretenir avec les représentants légaux du mineur en leur apportant toutes les informations visées au § 2, 1°, et s'assure qu'ils marquent leur accord sur la demande du patient mineur.]

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès [1] du patient majeur ou mineur émancipé] 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. [1] La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés par écrit.[1] 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.

[§ 4/1. Après que la demande du patient a été traitée par le médecin, la possibilité d'accompagnement psychologique est offerte aux personnes concernées.]

§ 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.

(1)<L 2014-02-28/03, art. 2, 003; En vigueur : 22-03-2014>

Art. 3bis. <inséré par L 2005-11-10/68, art. 2; En vigueur : 23-12-2005> Le pharmacien qui délivre une substance euthanasiantne 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 euthanasiantne 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 euthanasiantne.

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

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée.

Art. 4. § 1er. Tout majeur ou mineur émancipé capable peut, pour le cas où il ne pourra 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 échète, 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,

rant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'a 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 échète, par la ou les personnes de confiance.

Une attestation médicale certifiant cette impossibilité physique permanente est jointe à la déclaration.

La déclaration ne peut être prise en compte que si elle a été établie ou confirmée moins de cinq ans avant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

Le Roi détermine les modalités relatives à la présentation, à la conservation, à la confirmation, au retrait et à la communication de la déclaration aux médecins concernés, via les services du Registre national.

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

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

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

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

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée;

2° si l'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 du 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 com-munauté 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 [l^e] la Chambre des représentants], 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.

(1)<L 2014-01-06/63, art. 21, 002; En vigueur : 25-05-2004>

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^o les nom, prénom et domicile du patient;
- 2^o les nom, prénom, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3^o les nom, prénom, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domi-

cile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;

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

5^o s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénom 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^o le sexe et les date et lieu de naissance du patient [l^e et, en ce qui concerne le patient mineur, s'il était émancipé];

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

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

4^o la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;

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

6^o 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^o si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;

8^o s'il existe une déclaration de volonté;

9^o la procédure suivie par le médecin;

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

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

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

(1)<L 2014-02-28/03, art. 3, 003; En vigueur : 22-03-2014>

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

[retour table des matières](#)



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.[¹] Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la Commission, visés à l'article 9, la Chambre des représentants organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle la Chambre des représentants est dissoute et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des représentants.]

(1)<L 2014-01-06/63, art. 22, 002; En vigueur : 25-05-2004>

[↑ retour table des matières](#)

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières.

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

Art. 15. La personne décédée à la suite d'une euthanasie dans le respect des conditions imposées par la présente loi est réputée décédée de mort naturelle pour ce qui concerne l'exécution des contrats auxquels elle était partie, en particulier les contrats d'assurance.

Les dispositions de l'article 909 du Code civil sont applicables aux membres de l'équipe soignante visés à l'article 3.

Art. 16. La présente loi entre en vigueur au plus tard trois mois après sa publication au Moniteur belge.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Bruxelles, le 28 mai 2002.
ALBERT
Par le Roi :
Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN
Scellé du sceau de l'Etat :
Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN.

(B) Annexe 2 : liste des membres de la Commission

Membres titulaires	Membres suppléants correspondants
En tant que docteurs en médecine :	
<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : M. De Groot, E. M. Distelmans, W. (Président néerlandophone) M. Robert Rubens M. Verslype, Ch. d'expression française : M. Englert, M. M. Maassen, P (décédé) Mme Nouwynck, C. M. Thomas, J-M. 	<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : M. Vankrunskelsven P. M. Proot, L. M. Mathys, R. M. Declercq, F. d'expression française : M. Damas, F. M. Danois, Th. M. Conesa, A. Mme Faymonville, M-E
En tant que professeurs de droit dans une université belge, ou avocats :	
<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : M. De Bondt, W. d'expression française : Mme Gallus, N. Mme Herremans, J. M. Lallemand, R. 	<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : M. Léarts, J. d'expression française : M. Leleu, Y-H. M. d'Ath, D. M. Genicot, G. (Président francophone)
En tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :	
<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : Mme De Jonghe, M. Mme De Roeck, J. Mme Dijkhoffz, W. d'expression française : M. Van Overstraeten, M. 	<ul style="list-style-type: none"> d'expression néerlandaise : Mme De Maegd, M. Mme Geuens, A. M. Destrooper, P.) d'expression française : Mme Gilbert, CH

 [retour table des matières](#)

CFCEE

Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie
Secrétariat de la Commission.
Place Victor Horta 40/10
1060 Bruxelles - Belgique

Tel: +32 (0)2 524 92 63/64

www.commissioneuthanasie.be
www.sante.belgique.be/santé/euthanasie