

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

DEUXIÈME RAPPORT AUX CHAMBRES LÉGISLATIVES

(Années 2004 et 2005)

INTRODUCTION

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement des euthanasies pratiquées entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005 examinés par la commission

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

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

Il comporte également 4 annexes :

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

SECTION 1

RAPPORT STATISTIQUE

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

ANNÉE 2004

Nombre de déclarations

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

Demande consciente ou déclaration anticipée

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
consciente	73	88	80	103	344	99
anticipée	2	0	2	1	5	1

Sexe des patient(e)s

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
masculin	42	44	43	53	182	52
féminin	33	44	39	51	167	48

Age des patient(e)s

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

Lieu du décès

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

Échéance prévisible du décès

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
brève	69	82	76	98	325	93
non brève	6	6	6	6	24	7

Diagnostics

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

1er consultant

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

2è consultant (24 décès à échéance non brève)

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	3	1	3	3	10	42
spécialiste	3	5	3	3	14	58

Autres médecins non obligatoires consultés

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)
	46	49	52	59	206

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

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)
	31	29	44	40	144

Souffrances physiques mentionnées

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
total	151	132	128	100	511	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	1 ^{er} trim 04	2 ^e trim 04	3 ^e trim 04	4 ^e trim 04	Total (nombre)	Total (%)
total	57	70	64	52	243	-

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

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

Technique et produits utilisés

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

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

Diagnostics des 24 décès non prévus à brève échéance

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

Décisions de la Commission

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

Remarques :

1. Une déclaration reçue n'a pas été incluse dans ce relevé car elle concernait un arrêt thérapeutique suivi de sédation
2. Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques
3. La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes
4. Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente
5. La qualification du premier médecin obligatoirement consulté est parfois imprécise : dans ce cas, les médecins «LEIF» ou «EOL» sont repris comme généralistes si la mention «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation spécialisée, sont repris comme spécialistes
6. Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève
7. Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause
8. Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

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

ANNÉE 2005

Nombre de déclarations

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

Demande consciente ou déclaration anticipée

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
consciente	89	97	90	109	385	98
anticipée	0	6	1	1	8	2

Sexe des patient(e)s

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
masculin	45	51	49	59	204	52
féminin	44	52	42	51	189	48

Age des patient(e)s

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

Lieu du décès

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

Échéance prévisible du décès

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
brève	81	98	88	99	366	93
non brève	8	5	3	11	27	7

Diagnosics

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

1^{er} consultant

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

2^e consultant (27 décès à échéance non brève)

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
psychiatre	7	2	2	7	18	65
spécialiste	1	3	1	4	9	35

Autres médecins non obligatoires consultés

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
	36	50	46	53	185	-

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

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
	35	40	26	29	130	-

Souffrances physiques mentionnées

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
total	85	93	83	105	366	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	1 ^{er} trim 05	2 ^e trim 05	3 ^e trim 05	4 ^e trim 05	Total (nombre)	Total (%)
total	46	53	58	84	241	-

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

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

Technique et produits utilisés

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

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

Diagnostics des 27 décès non prévus à brève échéance

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

Décisions de la commission

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

Remarques :

1. Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques
2. La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes
3. Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente
4. La qualification du premier médecin obligatoirement consulté est parfois imprécise : dans ce cas, les médecins «LEIF» ou «EOL» sont repris comme généralistes si la mention «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation spécialisée, sont repris comme spécialistes
5. Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève
6. Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause
7. Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

RÉCAPITULATIF GÉNÉRAL 2004-2005

Nombre de déclarations

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

Demande consciente ou déclaration anticipée

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

Sexe des patient(e)s

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

Age des patient(e)s

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

Lieu du décès

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

Échéance prévisible du décès

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

Diagnosics

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

1er consultant

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

2è consultant (51 décès à échéance non brève)

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

Autres médecins non obligatoires consultés

	2004	2005	Total	%
	206	185	391	-

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

	2004	2005	Total	%
	144	130	274	-

Souffrances physiques mentionnées

	2004	2005	Total	%
total	511	366	877	-

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

Souffrances psychiques mentionnées

	2004	2005	Total	%
total	243	241	484	-

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

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

Technique et produits utilisés

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

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

Diagnostics des 51 décès non prévus à brève échéance

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

Décisions de la commission

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

Remarques :

1. Une déclaration n'a pas été incluse car elle concernait un arrêt thérapeutique suivi de sédation
2. Les affections neuromusculaires non évolutives sont des séquelles pathologiques ou traumatiques
3. La rubrique «cancers» inclut les tumeurs malignes et les affections sanguines malignes
4. Technique : une légère sédation préalable par benzodiazépine per os ou I.V. est fréquente
5. La qualification du premier médecin obligatoirement consulté est parfois imprécise : dans ce cas, les médecins «LEIF» ou «EOL» sont repris comme généralistes si la mention «formé en soins palliatifs» n'est pas explicitement signalée. Les médecins hospitaliers en formation, sont repris comme spécialistes.
6. Lorsque l'euthanasie a été pratiquée chez un patient inconscient sur déclaration anticipée, l'échéance du décès, si elle était indéterminée, a été classée brève
7. Les pourcentages sont exprimés en fonction du nombre de cas concernés par la rubrique en cause
8. Les pourcentages étant arrondis à l'unité, la somme peut légèrement différer de 100

SECTION 2

DESCRIPTION ET ÉVALUATION
DE L'APPLICATION DE LA LOI

LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION

Le fonctionnement de la commission décrit dans le premier rapport aux chambres législatives n'a pas subi de modification pendant la période couverte par le présent rapport. La commission s'est réunie une fois par mois, à l'exception d'un mois pendant les vacances d'été. Ont pris part aux débats les membres effectifs et les membres suppléants en l'absence du membre effectif qu'ils suppléent, tous les membres recevant les documents de travail et les convocations aux réunions.

Le pourcentage des documents d'enregistrement qui ont nécessité l'ouverture du volet I a été de 22% au cours des deux années faisant l'objet du présent rapport. Il avait été de 31,5% pendant les quinze premiers mois d'application de la loi (premier rapport de la commission). On peut interpréter ce fait comme témoignant d'une amélioration de la connaissance des exigences légales par le corps médical. Pour contribuer à cette amélioration, la commission a mis au point, comme elle l'avait proposé dans la section 3 « Recommandations » du premier rapport, un document explicatif destiné aux médecins concernant certaines de ses décisions et précisant certains points de la loi qui ne paraissaient pas avoir toujours été bien compris. Après son adoption par la commission en séance plénière, ce document a été systématiquement joint aux lettres adressées aux médecins lorsque l'ouverture du volet 1 du document d'enregistrement avait été nécessaire.

LE NOMBRE DE DÉCLARATIONS

Le nombre de documents d'enregistrement reçus pendant la période de 24 mois couverte par le présent rapport a été de **742**, ce qui correspond à une moyenne annuelle de **371** et une moyenne mensuelle de **31** déclarations. Ce nombre a été de **349** pendant l'année 2004 et de **393** pendant l'année 2005. Pendant les 15 premiers mois d'application de la loi qui ont fait l'objet du premier rapport de la commission, le nombre de documents reçus avait été de **259**, soit une moyenne annuelle de **207** déclarations et une moyenne mensuelle de **17** déclarations. Il y a donc une augmentation nette du nombre de déclarations d'euthanasie en 2004 par rapport à 2003, ce qui était attendu, compte tenu de la prise de connaissance de la loi tant de la part des citoyens que des médecins (il faut d'ailleurs noter que le nombre moyen mensuel de documents d'enregistrement reçus n'avait été que de 8 pendant le premier trimestre d'application de la loi). Si on compare les années de 2004 à 2005, on ne constate qu'une faible augmentation (**349** en 2004 et **393** en 2005).

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

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

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

La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Comme dans le rapport précédent, la commission relève la disproportion, nettement supérieure à la différence du nombre d'habitants des régions flamande et wallonne (compte non tenu de la région de Bruxelles-capitale), entre le nombre de documents d'enregistrement rédigés en langue néerlandaise et en langue française (respectivement 636 et 106, soit **86%** et **14%** du nombre total des déclarations).

Différentes raisons pouvant être invoquées pour expliquer cette disproportion ont été indiquées dans le premier rapport.

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

Comme signalé déjà dans le précédent rapport, la commission n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées. Les résultats de l'enquête récente relative aux décisions en fin de vie, menée par l'ULB et l'Université de Gand à la demande du SPF Santé publique, permettront peut-être des conclusions plus utiles. Il faut souligner cependant que les pratiques médicales en fin de vie créent certaines ambiguïtés qui peuvent expliquer d'éventuelles divergences entre le nombre d'euthanasies déclarées et le nombre d'actes médicaux en fin de vie susceptibles d'accélérer le décès (voir plus loin le paragraphe relatif à la manière dont ont été pratiquées les euthanasies).

LES AFFECTIONS A L'ORIGINE DES EUTHANASIES

Toutes les affections qui ont donné lieu à une euthanasie étaient, au moment de celle-ci, conformément aux exigences légales, incurables et graves.

La grande majorité d'entre elles (**618** soit **83%**) étaient des cancers (cette dénomination comporte toutes les affections malignes : tumeurs solides malignes, leucémies, myélomes, etc.). La plupart des patients avaient subi de multiples traitements à visée curative et/ou palliative. Le second diagnostic, en terme de fréquence, qui a été à l'origine des euthanasies est celui d'affection neuromusculaire évolutive mortelle (**43** soit **6%** du nombre d'euthanasies pratiquées). D'autres affections n'ont été que rarement ou exceptionnellement à l'origine d'une euthanasie. Ces données sont similaires à celles du premier rapport.

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

L'ÂGE DES PATIENTS

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

Comme il avait déjà été constaté dans le premier rapport de la commission, ces données confirment que l'âge avancé ne semble pas constituer en soi un facteur favorisant l'euthanasie.

LES EUTHANASIES SUR DÉCLARATION ANTICIPÉE

13 euthanasies de patients inconscients ont été pratiquées sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste peu important mais il est nettement plus élevé que celui du premier rapport (celui-ci n'avait enregistré qu'une seule euthanasie pratiquée sur base d'une telle déclaration). Malgré le domaine d'application étroit de la déclaration anticipée et la pratique encore peu répandue de cette déclaration, ces cas illustrent l'importance de la pratique des déclarations anticipées pour la prise des décisions médicales face aux situations d'inconscience irréversible.

LE LIEU OÙ L'EUTHANASIE A ÉTÉ PRATIQUÉE

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

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

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

L'ÉCHÉANCE PRÉVISIBLE DU DÉCÈS

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

Parmi les **7%** d'euthanasies pratiquées alors que le décès n'était pas prévisible à brève échéance (**51** cas), la plupart concernaient des affections neurologiques. Seules **4** euthanasies pour cancer ont été pratiquées chez des patients dont le décès n'était pas prévisible à brève échéance. Ces constatations sont similaires à celles du premier rapport.

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

LA NATURE DES SOUFFRANCES

Chez la plupart des malades, plusieurs types de souffrances, tant physiques que psychiques, étaient présents simultanément. Les souffrances les plus fréquentes, qui sont toutes décrites comme constantes, insupportables et inapaisables, sont énumérées dans les tableaux statistiques de la section 1 mais il n'est pas possible d'identifier celles qui ont été à l'origine de la demande d'euthanasie.

Il faut rappeler ici que la question de l'estimation du caractère insupportable ou inapaisable de la souffrance a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent de la commission. Cette mise au point est reprise dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe en annexe au présent rapport (point 3). Quelques membres de la commission estiment que dans certains dossiers une interprétation trop large a été donnée à la notion de souffrance psychique. Cette façon de voir n'a pas été acceptée par la majorité de la commission.

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

Le présent rapport confirme les données publiées dans le rapport précédent. Dans la très grande majorité des cas (**89%**), le décès a été obtenu en induisant d'abord une inconscience profonde par anesthésie générale, le plus souvent par injection I.V. de thiopental (Pentothal) ou similaires, et, sauf dans le cas où le décès survenait spontanément en quelques minutes¹, en injectant ensuite en I.V. un paralysant neuromusculaire (Pavulon, Norcuron, Tracrium, Nimbex, etc) provoquant un décès par arrêt respiratoire. La mention d'un décès calme et rapide en quelques minutes, obtenu par cette technique, est fréquemment rapportée par le médecin dans la déclaration. Dans quelques cas, le médecin a ajouté une injection de chlorure de potassium

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

La morphine, seule ou en association avec des sédatifs n'a été utilisée que rarement (**4 cas, soit moins de 1%** des euthanasies), ce qui est en accord avec les données de la littérature qui déconseillent l'utilisation de la morphine comme euthanasique en raison de son action inconstante, sa longue durée d'action, ses effets secondaires. Comme l'administration de fortes doses de morphine, susceptibles d'accélérer le décès, est un procédé très fréquent en extrême fin de vie, on peut supposer que cette manière d'agir, lorsqu'elle a été utilisée, a été considérée par le médecin comme un traitement des symptômes et non comme une euthanasie ; elle n'a donc généralement pas donné lieu à déclaration. La brochure d'information rédigée par la commission et reproduite en annexe précise cette question.

L'induction de l'inconscience par administration d'un barbiturique par la bouche a été utilisée pour **10 euthanasies (1%** des euthanasies). Dans **8** de ces cas, le décès s'est produit rapidement sans autre intervention. Dans **2** cas, un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience.

La qualification de « suicide médicalement assisté » est adéquate lorsque le décès s'est produit rapidement après l'ingestion du barbiturique et qu'il n'y a donc pas eu d'injection consécutive d'un paralysant neuromusculaire. Cette question a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent qui est reprise dans le document destiné au corps médical joint en annexe (point 7). Cette mise au point est en accord avec la position du Conseil national de l'Ordre des médecins².

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

² Avis du 22/03/2003 relatif aux soins palliatifs, à l'euthanasie et à d'autres décisions médicales concernant la fin de vie : Bulletin vol. XI, juin 2003.

Les remarques ajoutées par certains médecins

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

LES MEDECINS CONSULTÉS

Médecins consultés obligatoirement

Aucun manquement aux prescriptions légales n'a été constaté. La question de la qualification du médecin consulté qui a fait l'objet d'une mise au point dans le rapport précédent est reprise dans la brochure d'information destinée au corps médical qui est jointe en annexe au présent rapport (point 6).

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

Médecins ou équipes palliatives consultées en plus des obligations légales

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

Certains membres estiment cependant qu'il convient de veiller à ce que des consultations médicales supplémentaires n'aboutissent en fait à créer des conditions non prévues par la loi au détriment du respect de la volonté du patient.

L'AVIS DU MEDECIN CONSULTÉ

Comme il a été signalé dans le premier rapport de la commission, une modification a été apportée au document d'enregistrement pour rappeler la mission du (des) médecin(s) consulté(s) obligatoirement. Malgré cette modification, l'avis de ce(s) médecin(s) tel qu'il est rapporté par le médecin déclarant a parfois été considéré par la commission comme trop peu explicite et a nécessité l'ouverture du volet 1 du document pour une demande de précision permettant de s'assurer que cette mission avait été remplie telle que la loi la prévoit.

Cette mission est rappelée dans la brochure d'information destinée aux médecins qui est jointe au présent rapport (point 4). Il en est de même de l'interprétation par la commission de la notion d' « indépendance » du médecin consulté (point 5).

LA PROCÉDURE SUIVIE PAR LE MÉDECIN

La procédure suivie par le médecin, telle qu'elle est rappelée dans le point 8 du document d'enregistrement, a généralement été correcte et conforme à la loi. Il en est ainsi en particulier de l'obligation d'une demande écrite qui n'avait pas toujours été correctement respectée dans les premiers mois d'application de la loi comme l'avait signalé le premier rapport.

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

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

Dans d'autres cas, lorsqu'un patient conscient avait établi récemment une déclaration anticipée dans les formes légales, il est arrivé qu'un médecin considère superflu que le patient réitère une demande écrite. Il a fallu dans ce cas s'assurer du caractère volontaire et persistant de la demande par des précisions complémentaires demandées au médecin.

Une mise au point détaillée a été rédigée dans la brochure d'information aux médecins pour éviter à l'avenir de telles confusions (point 1).

LES DÉCISIONS DE LA COMMISSION

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

Cette ouverture a été, dans **5%** des déclarations, uniquement justifiée par la volonté de la commission de faire remarquer au médecin, essentiellement dans un but d'information, des imperfections dans ses réponses ou des erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies qui ne mettaient pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.

Dans **17%** des déclarations, l'ouverture du volet I a été destinée à obtenir du médecin des renseignements complémentaires souhaités par la commission concernant un ou plusieurs points du document mal, insuffisamment, ou non complétés. La plupart de ces points concernaient des informations administratives manquantes ou des détails de procédure ; les réponses apportées ont chaque fois donné les informations utiles et les déclarations ont pu être acceptées.

À dater du mois de novembre 2005, la brochure d'information rédigée par la commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins.

Aucune déclaration ne comportait d'éléments faisant douter du respect des conditions de fond de la loi et aucun dossier n'a donc été transmis à la justice.

SECTION 3

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION
CONCERNANT L'EXÉCUTION DE LA LOI

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION

Concernant la nécessité d'un effort d'information

Comme elle l'avait déjà souligné dans le premier rapport, la commission estime qu'une pratique correcte de l'euthanasie dans le respect de la loi nécessite avant tout un effort d'information tant vis-à-vis des citoyens que des médecins. Dans ce but, comme prévu dans le rapport précédent, la commission a rédigé une brochure d'information destinée au corps médical. Elle est jointe en annexe au présent rapport. Adoptée par la commission le 6 septembre 2005, elle a, à partir de cette date, été systématiquement adressée aux médecins dont le volet I du formulaire d'enregistrement a été ouvert soit pour de simples remarques soit pour demander des explications complémentaires. Elle est également disponible sur le site Internet du Service public fédéral Santé publique en regard du document d'enregistrement (www.health.fgov.be/euthanasie). Le souhait exprimé dans le premier rapport d'une brochure d'information destinée au public est répété par la commission. Quelques initiatives dans ce domaine ont été prises par des mutualités ou des associations diverses mais un document officiel similaire à celui mis à la disposition des citoyens et de l'étranger par le gouvernement des Pays-Bas serait certainement utile. Outre les clarifications utiles pour le public concernant le champ d'application de la loi, ce document devrait attirer l'attention sur l'importance de la déclaration anticipée d'euthanasie pour les cas d'inconscience irréversible où les décisions médicales sont particulièrement difficiles à prendre.

Concernant l'enregistrement des déclarations anticipées auprès du registre national

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

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

Cette question a été traitée dans le paragraphe consacré au lieu où l'euthanasie a été pratiquée (page 23).

Concernant la formation des médecins

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

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

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

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

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

1. Le nombre d'euthanasies déclarées a été pendant les années 2004 et 2005 en moyenne de 31 par mois ; l'augmentation de ce nombre par rapport à celui du rapport précédent qui concernait les 15 premiers mois d'application de la loi est modérée ; elle était prévisible et s'explique vraisemblablement par la diffusion progressive de l'information relative aux décisions en fin de vie auprès du public et des médecins. La grande majorité des documents d'enregistrement sont rédigés en néerlandais.
2. Les affections à l'origine des euthanasies ont toutes été, comme l'exige la loi, incurables et graves, sans issue médicale possible. Dans la très large majorité des cas, il s'agit de cancers généralisés ou gravement mutilants dont le décès est attendu à brève échéance et, dans une moindre mesure, d'affections neuromusculaires évolutives mortelles. D'autres pathologies sont rarement en cause. Neuf cas de pathologies neuro-psychiatriques ont fait l'objet d'une déclaration : ces cas ont donné lieu à un examen particulièrement minutieux de la commission pour s'assurer qu'ils entraient effectivement dans le cadre de la loi et que les conditions légales avaient été respectées
3. Les euthanasies pratiquées pour des affections dont le décès n'est pas attendu à brève échéance sont relativement rares et concernent essentiellement des affections neuromusculaires évolutives mortelles avec tétraplégies ou paralysies graves multiples et exceptionnellement des séquelles neurologiques graves consécutives à une affection pathologique ou à un accident.
4. Les souffrances insupportables et inapaisables dont font état les patients sont souvent multiples et concernent généralement à la fois les sphères physique et psychique.
5. La majorité des euthanasies ont été pratiquées chez des patients d'âge moyen ; les euthanasies sont peu fréquentes en deçà de 40 ans et au-delà de 80 ans.
6. 39 % des euthanasies se pratiquent au domicile du patient. Elle sont rarement pratiquées dans les maisons de repos et de soins.
7. 13 euthanasies ont été pratiquées chez des patients inconscients sur base d'une déclaration anticipée. Ce nombre reste faible en raison du champ d'application limité de cette déclaration puisqu'il ne concerne que les patients irréversiblement inconscients mais est nettement plus élevé que pendant les quinze mois qui ont fait l'objet du premier rapport (un seul cas avait été rapporté). La commission estime que la pratique de la déclaration anticipée devrait être encouragée étant donné la difficulté et la gravité des décisions médicales dans les situations d'inconscience irréversible. Elle regrette que l'enregistrement d'une telle déclaration, prévu par la loi, n'ait toujours pas été mis en pratique.
8. Dans la très grande majorité des cas, l'euthanasie est pratiquée correctement et en accord avec les données disponibles de la littérature médicale, en induisant d'abord une inconscience profonde ; dans les cas où le médecin formule une remarque complémentaire, il signale souvent que le décès survient paisiblement en quelques minutes, fréquemment en présence de proches.
9. Aucune déclaration n'a mis en évidence de violation des conditions de fond de la loi. Les erreurs d'interprétation portant uniquement sur des points de procédure sont nettement plus rares qu'au début de l'application de la loi ; elle ont été résolues sans difficulté majeure. La commission espère que la brochure explicative destinée au corps médical qu'elle a rédigée conformément aux conclusions du premier rapport corrigera les erreurs d'interprétation qui subsistent.

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

Les membres de la commission tiennent à souligner qu'ils ont apprécié l'attitude des médecins qui, en complétant le document d'enregistrement, ont tenu, tout en respectant la volonté de leur patient, à se conformer à la loi.

ANNEXES

ANNEXE 1

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

28 MAI 2002. - Loi relative à l'euthanasie

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

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

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

CHAPITRE Ier. - Dispositions générales

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

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure

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

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

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

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

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

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation;

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

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

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

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

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

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

§ 4. La demande du patient doit être actée par écrit. Le document est rédigé, daté et signé par le patient lui-même. S'il n'est pas en état de le faire, sa demande est actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du patient. Cette personne mentionne le fait que le patient n'est pas en état de formuler sa demande par écrit et en indique les raisons. Dans ce cas, la demande est actée par écrit en présence du médecin, et ladite personne mentionne le nom de ce médecin dans le document. Ce document doit être versé au dossier médical.

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée

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

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

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

d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance. La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

Si la personne qui souhaite faire une déclaration anticipée, est physiquement dans l'impossibilité permanente de rédiger et de signer, sa déclaration peut être actée par écrit par une personne majeure de son choix qui ne peut avoir aucun intérêt matériel au décès du déclarant, en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant. La déclaration doit alors préciser que le déclarant ne peut pas rédiger et signer, et en énoncer les raisons. La déclaration doit être datée et signée par la personne qui a acté par écrit la déclaration, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

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

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

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

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au

§ 1^{er}, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

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

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention,

il doit préalablement :

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE IV. - De la déclaration

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1° les nom, prénoms et domicile du patient;
- 2° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
- 3° les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
- 4° les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
5. s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de

confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s). Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

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

- 1° le sexe et les date et lieu de naissance du patient;
- 2° la date, le lieu et l'heure du décès;
- 3° la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
- 4° la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
- 5° les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffaisable;
- 6° les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
- 7° si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;
- 8° s'il existe une déclaration de volonté;
- 9° la procédure suivie par le médecin;
- 10° la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
- 11° la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
- 12° la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

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

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

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

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

- a) un rapport statistique basé sur les informations recueillies dans le second volet du document d'enregistrement que les médecins lui remettent complété en vertu de l'article 8;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

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

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de

recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10. Le Roi met un cadre administratif à la disposition de la commission en vue de l'accomplissement de ses missions légales. Les effectifs et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, sur proposition des ministres qui ont la Santé publique et la Justice dans leurs attributions.

Art. 11. Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la commission, ainsi que la rétribution de ses membres sont imputés par moitié aux budgets des ministres qui ont la Justice et la Santé publique dans leurs attributions.

Art. 12. Quiconque prête son concours, en quelque qualité que ce soit, à l'application de la présente loi, est tenu de respecter la confidentialité des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de celle-ci. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 13. Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, les Chambres législatives organisent un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période de dissolution des Chambres législatives et/ou d'absence de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières

Art. 14. La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante. Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient. Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

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

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

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

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

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'Etat :

Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN

ANNEXE 2

Arrêté royal du 2 août 2002 portant nomination des membres de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

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

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

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

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

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de Notre Ministre de la Justice et de l'avis de Nos Ministres qui ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Sont nommés en qualité de membres effectifs de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, ci-après dénommée « la Commission » :

1° en tant que docteurs en médecine :

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

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

- Van Neste, F. (NL), Anvers;
- De Bondt, W. (NL), Gand;
- Lallemand, R. (FR), Bruxelles;
- Leleu, Y.H. (FR), Liège.

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

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

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

1° en tant que docteurs en médecine :

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

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

- Keuleneer, F. (NL), Bruxelles;
- Magits, M. (NL), Bruxelles;
- Panier, Chr. (FR), Floreffe;
- Gothot, P. (FR), Liège.

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

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

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

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

Donné à Punat, le 2 août 2002.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Santé Publique, Mme M. AELVOET

Le Ministre de la Justice, M. VERWILGHEN

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

ANNEXE 3

Le document d'enregistrement adopté le 17 février 2004

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT EUTHANASIE

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

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

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

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

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

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

VOLET I

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

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

1. le/la patient(e)

1.1 nom :

1.2 prénoms :

1.3 domicile :

2. le médecin

2.1 nom :

2.2 prénoms :

2.3 numéro d'enregistrement INAMI :

2.4 domicile :

3. médecins consultés obligatoirement :

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

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

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

nom :

prénom :

domicile :

numéro d'enregistrement INAMI :

date de la consultation :

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

4.1 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.2 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.3 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.4 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

4.5 nom :

prénom :

qualité :

domicile :

date de la consultation :

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

nom de la 1ère personne de confiance éventuellement désignée :

prénom :

date de la consultation :

nom de la 2e personne de confiance éventuellement désignée :

prénom :

date de la consultation :

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

VOLET II

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

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

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

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

lieu et date de naissance :

sexe :

2. le décès

date du décès (j,m,a) :

heure du décès : h

lieu du décès (cocher la case qui convient) :

domicile

maison de repos et de soins

hôpital

autre

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

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

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

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

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

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

oui

non

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

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

date de la demande :

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

ou

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

qualification du médecin :

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

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

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

qualification du médecin :

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

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

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

10.1 qualité :

date de la consultation :

10.2 qualité :

date de la consultation :

10.3 qualité :

date de la consultation :

10.4 qualité :

date de la consultation :

10.5 qualité :

date de la consultation :

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

12. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :

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

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

date de cette déclaration :

établie par le déclarant lui-même

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

les raisons de cette incapacité sont données

une attestation médicale certifiant cette incapacité est jointe

une ou plusieurs personnes de confiance sont désignées

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

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

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

qualification du médecin :

date de la consultation :

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

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

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

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

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

17.1 qualité :

date de la consultation :

17.2 qualité :

date de la consultation :

17.3 qualité :

date de la consultation :

17.4 qualité :

date de la consultation :

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

19. informations complémentaires que le médecin souhaiterait donner :

ANNEXE 4

Brochure d'information à l'intention du corps médical

UN MOT D'INTRODUCTION

Le premier rapport bisannuel de la commission fait mention de quelques difficultés rencontrées par des médecins dans l'interprétation de certains termes de la loi.

La commission a estimé que ses délibérations et les discussions qui ont eu lieu en son sein concernant ces points pourraient être utiles pour lever ces difficultés. La présente brochure répond à cette intention.

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

La demande d'euthanasie est le cas habituel. C'est une demande exprimée par un patient capable et conscient qui se trouve dans une situation médicale où les conditions mises par la loi pour pratiquer une euthanasie sont réunies. La demande doit être confirmée par un écrit du patient qui doit mentionner la demande, être signée et datée par lui ; s'il en est physiquement incapable (par paralysie par exemple), elle peut être transcrite et signée par un tiers choisi par le patient, en présence du médecin. Les raisons pour lesquelles le patient n'est pas en état de l'écrire de sa main doivent y être indiquées. La demande reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

Les points 1 à 12 du volet II du document d'enregistrement ont trait à ce type d'euthanasie.

L'euthanasie pratiquée sur base d'une déclaration anticipée est une éventualité qui concerne un patient inconscient dont l'inconscience est irréversible et qui a rédigé antérieurement (endéans les 5 années précédant le début de l'impossibilité de manifester sa volonté) une déclaration suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc) où il demande qu'une euthanasie soit pratiquée dans le cas où, atteint d'une affection incurable grave à un moment ultérieur de la vie, il ne serait pas capable d'en faire la demande. Une telle déclaration ne peut être prise en considération que si le patient est dans un état d'inconscience irréversible.

Les points 1 à 3 et les points 13 à 19 du volet II du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

2. INTERPRÉTATION DES TERMES «DÉCÈS À BRÈVE ÉCHÉANCE» (POINT 7 DU VOLET II DU FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT)

La commission a considéré que l'échéance du décès doit être estimée «non brève» si la mort n'est pas attendue *dans les mois qui viennent*. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée (deux

consultants dont l'un est un psychiatre ou un spécialiste de l'affection en cause et un mois d'attente après la date de la demande écrite).

Quand le décès est attendu *dans les jours, semaines ou mois qui viennent*, il peut être considéré comme *prévisible à brève échéance*. Lors des discussions qui ont eu lieu au sein de la commission concernant l'estimation faite par le médecin de la prévision du décès, il est apparu qu'en dehors de cas évidents, le médecin qui a le patient en charge est seul à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès.

3. INTERPRÉTATION DES TERMES «SOUFFRANCES INSUPPORTABLES ET INAPAISABLES»

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

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

Le(s) médecin(s) que le médecin en charge du patient doit obligatoirement consulter avant de procéder à une euthanasie ont une mission bien définie par la loi. *Il(s) n'a (n'ont) pas à émettre de jugement quant à leur position de principe vis-à-vis de l'euthanasie.*

En ce qui concerne le consultant obligatoire dans tous les cas, sa mission est de s'assurer

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

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constatations.

Le point 9.1 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.

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

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

Il prend connaissance du dossier médical, examine le patient et établit un rapport concernant ses constatations.

Le point 9.2 du document d'enregistrement concerne l'avis du médecin consulté sur les points a) et b) selon son rapport.

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

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

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

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

La commission a discuté la notion de compétence parce que certains membres ont parfois émis des réserves quant à la compétence d'un généraliste ou de certains spécialistes pour cette mission. La commission estime qu'un médecin généraliste a la compétence nécessaire pour remplir la mission telle qu'elle est définie par la loi (*voir le point 4*)

En ce qui concerne les spécialistes éventuellement consultés, la commission a discuté cette compétence au cas par cas. Elle a chaque fois estimé que le médecin concerné avait la compétence nécessaire pour s'assurer, par son examen, la consultation du dossier et l'interrogatoire, que l'affection était incurable et grave et que la souffrance était constante, insupportable et inapaisable, mission du médecin consultant fixée par la loi. D'une manière générale, il va de soi que le choix d'un consultant spécialiste doit se faire d'une manière responsable et conforme à une pratique médicale correcte.

Dans les cas où des difficultés existeraient dans l'appréciation soit du caractère incurable de l'affection, soit du caractère insupportable et inapaisable de la souffrance, soit du caractère volontaire et réfléchi de la demande, la commission rappelle qu'il peut être utile de recourir à plusieurs avis spécialisés.

7. EUTHANASIE ET SUICIDE MÉDICALEMENT ASSISTÉ

Plusieurs documents d'enregistrement indiquaient que la technique utilisée pour l'euthanasie avait consisté à obtenir l'inconscience non par injection I.V de Thiopental ou similaires mais par administration d'une dose létale d'un barbiturique en potion que le malade a dégluti lui-même. Dans la majorité de ces cas, le décès

s'est produit rapidement sans autre intervention et dans certains un paralysant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience.

Une telle manière d'agir peut être qualifié de «suicide médicalement assisté». La commission a cependant considéré que cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité du médecin présent et prêt à intervenir : en effet, la loi n'impose pas la manière dont l'euthanasie doit être pratiquée. Il faut noter que cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre dans son avis daté du 22 mars 2003.

8. EUTHANASIE ET ARRÊT DE TRAITEMENT

La commission a été amenée à prendre position sur un document d'enregistrement déclarant une euthanasie dans un cas où l'arrêt d'un traitement vital pratiqué à la demande du patient atteint d'une affection incurable avait entraîné le décès en quelques jours sans que des drogues létales aient été administrées.

La commission a estimé qu'un tel arrêt n'entre pas dans le cadre de l'euthanasie et n'impose pas de déclaration obligatoire pour autant que le décès résulte uniquement de l'arrêt du traitement et que seuls des soins de confort aient été utilisés entre le moment de l'arrêt thérapeutique et le décès. Le refus de traitement est en effet légalement autorisé par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Cependant, si à la suite de l'arrêt d'un traitement vital, la situation entraîne une demande claire d'euthanasie de la part du patient, la procédure légale doit alors être suivie.

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

La commission a relevé que les formulaires de déclaration ne mentionnaient que rarement une euthanasie pratiquée par l'administration de morphine, couplée ou non à d'autres drogues. Comme l'administration de fortes doses de morphine est fréquente dans les derniers moments de vie pour apaiser les souffrances, la commission a interprété l'absence de déclaration dans ces cas par le fait que les médecins ont considéré cette manière d'agir comme un traitement de la souffrance et non comme une euthanasie, même si elle a pu accélérer le décès. Dans ce cas, il s'agit effectivement d'une attitude médicale normale .

La commission souligne cependant que si l'administration de doses élevées de morphiniques et de sédatifs n'est pas justifiée par le besoin d'apaiser les souffrances du patient mais fait suite à une demande du patient de mettre fin à sa vie, il s'agit d'une euthanasie au sens légal du terme : elle est alors soumise aux conditions et procédures légales, y compris l'obligation de déclaration. Si une telle technique ne semble pas, d'après les données de la littérature, la plus adéquate pour entraîner une mort calme, rapide et sans souffrances, la commission rappelle que la loi n'impose pas de technique médicale particulière pour la pratique de l'euthanasie et qu'elle n'a pas qualité pour émettre une opinion à ce sujet.

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

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