

A photograph of a Zen garden featuring smooth, dark grey stones arranged on a bed of light-colored sand. The sand is meticulously raked into concentric, wavy patterns around the stones, creating a sense of calm and order. The lighting is soft, highlighting the textures of the sand and the smooth surfaces of the stones.

**Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation
de l'Euthanasie
Onzième rapport aux Chambres législatives
(années 2022-2023)**

Introduction

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement introduits durant la période du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2023 examinés par la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie.

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, il contient plusieurs sections :

1. Section 1 : des statistiques basées sur les informations recueillies dans le volet II du document d'enregistrement que les médecins déclarants ont complété pour la période de 2022 à 2023 ;
2. Section 2 : une description et une évaluation de l'application de la loi et de son évolution ;
3. Section 3 : des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou sur d'autres mesures concernant l'exécution de la loi ;
4. Section 4 : des annexes comprenant notamment la loi relative à l'euthanasie et la liste des membres de la Commission.

Le présent rapport a été préparé par

- Les membres de la Commission
 - Distelmans Wim
 - Hamarat Natasia
 - Herremans Jacqueline
 - Proot Luc
- Et les secrétaires de la Commission

Il a été discuté et unanimement approuvé en séance plénière du 10 décembre 2024 par les membres nommés en 2023. Vu leur désignation tardive, les membres nommés en novembre 2024 se sont abstenus.

Introduction	2
Section 1 L'euthanasie en chiffres (2022-2023)	4
Section 2 Description et évaluation de l'application de la loi (2022-2023)	10
A. Fonctionnement de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie	10
1) La composition de la Commission	10
2) La mission de la Commission	10
3) Le fonctionnement concret de la Commission	11
B. Évaluation de la pratique de l'euthanasie	12
1) Le nombre de déclarations	12
2) La langue de rédaction des documents d'enregistrement	14
3) L'âge des patients	15
4) Le lieu de l'euthanasie	17
5) L'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée	17
6) L'échéance prévisible du décès	18
7) Les affections à l'origine de l'euthanasie	19
8) Les souffrances mentionnées	21
9) L'approche multidisciplinaire du processus d'euthanasie	22
10) La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés	25
11) Les décisions de la Commission	27
C. Évaluation spécifique de certaines catégories de patients	28
1) Patients souffrant de polyopathologies	28
2) Patients atteints de démence	31
3) Patients atteints d'affections psychiatriques.	32
4) Patients résidant à l'étranger	34
5) Patients ayant fait un don d'organes	35
D. Modifications de la loi à la suite des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme et Cour constitutionnelle	35
E. Conclusion	35
Section 3 Recommandations de la Commission	37
A. Recommandations urgentes	37
B. Recommandation à long terme : un département dédié à l'euthanasie	38
Section 4 Annexes	40

Section 1

L'euthanasie en chiffres (2022-2023)

Informations recueillies à partir du volet II, anonyme, des documents d'enregistrement reçus par la Commission conformément à la loi relative à l'euthanasie (art. 9).

Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
NL	2089 (70,4%)	2422 (70,8%)	4511 (70,6%)
FR	877 (29,6%)	1001 (29,2%)	1878 (29,4%)

Répartition des patient(e)s par genre

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Masculin	1494 (50,4%)	1662 (48,5%)	3156 (49,4%)
Féminin	1472 (49,6%)	1761 (51,5%)	3233 (50,6%)

Répartition des patient(e)s par âge

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Moins de 18	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
18-29 ans	8 (0,3%)	8 (0,2%)	16 (0,3%)
30-39 ans	27 (0,9%)	30 (0,9%)	57 (0,9%)
40-49 ans	63 (2,1%)	83 (2,4%)	146 (2,3%)
50-59 ans	217 (7,3%)	256 (7,5%)	473 (7,4%)
60-69 ans	577 (19,5%)	625 (18,3%)	1202 (18,8%)
70-79 ans	823 (27,7%)	980 (28,6%)	1803 (28,2%)
80-89 ans	867 (29,2%)	952 (27,8%)	1819 (28,5%)
90-99 ans	370 (12,5%)	467 (13,6%)	837 (13,1%)
100 ans et plus	14 (0,5%)	21 (0,6%)	35 (0,5%)

Lieu de l'euthanasie

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Domicile	1498 (50,5%)	1664 (48,6%)	3162 (49,5%)
Hôpital	943 (31,8%)	1096 (32%)	2039 (31,9%)
<i>Dont unité de soins palliatifs*</i>	231 (7,8%)	209 (6,1%)	440 (6,9%)
Maison de repos - Maison de repos et de soins (MR- MRS)	486 (16,4%)	601 (17,6%)	1087 (17%)
Autre	39 (1,3%)	62 (1,8%)	101 (1,6%)

Base de la demande écrite

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Demande actuelle	2947 (99,4%)	3404 (99,4%)	6351 (99,4%)
Déclaration anticipée d'euthanasie	19 (0,6%)	19 (0,6%)	38 (0,6%)

Échéance prévisible du décès

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Attendu à brève échéance (Brève)	2453 (82,7%)	2710 (79,2%)	5163 (80,8%)
Pas attendu à brève échéance (Non brève)	513 (17,3%)	713 (20,8%)	1226 (19,2%)

Affections à l'origine de la demande d'euthanasie

	2022	2023	TOTAL
Répartition en % selon la catégorie des affections, toutes échéances de décès confondues			
TOTAL	2966	3423	6389
Tumeurs (cancers)	1776 (59,9%)	1899 (55,5%)	3675 (57,5%)
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	582 (19,6%)	793 (23,2%)	1375 (21,5%)
Maladies du système nerveux	264 (8,9%)	330 (9,6%)	594 (9,3%)
Maladies de l'appareil circulatoire	109 (3,7%)	110 (3,2%)	219 (3,4%)
Maladies de l'appareil respiratoire	88 (3%)	103 (3%)	191 (3%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	42 (1,4%)	41 (1,2%)	83 (1,3%)
Affections psychiatriques	26 (0,9%)	48 (1,4%)	74 (1,2%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	16 (0,5%)	23 (0,7%)	39 (0,6%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	13 (0,4%)	22 (0,6%)	35 (0,5%)
Maladies de l'appareil digestif	16 (0,5%)	12 (0,4%)	28 (0,4%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8 (0,3%)	11 (0,3%)	19 (0,3%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	5 (0,2%)	10 (0,3%)	15 (0,2%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	7 (0,2%)	4 (0,1%)	11 (0,2%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	3 (0,1%)	8 (0,2%)	11 (0,2%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 (0,1%)	4 (0,1%)	8 (0,1%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3 (0,1%)	4 (0,1%)	7 (0,1%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	3 (0,1%)	1 (0%)	4 (0,1%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 (0%)	0 (0%)	1 (0%)

	2022	2023	TOTAL
Répartition en % selon la catégorie des affections, Échéance NON brève			
TOTAL	513	713	1226
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	239 (46,6%)	372 (52,2%)	611 (49,9%)
Maladies du système nerveux	114 (22,2%)	141 (19,8%)	255 (20,8%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	41 (8%)	35 (4,9%)	76 (6,2%)
Affections psychiatriques	24 (4,7%)	48 (6,7%)	72 (5,9%)
Maladies de l'appareil circulatoire	33 (6,4%)	35 (4,9%)	68 (5,5%)
Tumeurs (cancers)	16 (3,1%)	18 (2,5%)	34 (2,8%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	15 (2,9%)	18 (2,5%)	33 (2,7%)
Maladies de l'appareil respiratoire	8 (1,6%)	15 (2,1%)	23 (1,9%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	7 (1,4%)	9 (1,3%)	16 (1,3%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 (0,2%)	8 (1,1%)	9 (0,7%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	3 (0,6%)	6 (0,8%)	9 (0,7%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	3 (0,6%)	3 (0,4%)	6 (0,5%)
Maladies de l'appareil digestif	3 (0,6%)	2 (0,3%)	5 (0,4%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	2 (0,4%)	1 (0,1%)	3 (0,2%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	1 (0,2%)	2 (0,3%)	3 (0,2%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,1%)

	Brève 2022	Non brève 2022	Brève 2023	Non brève 2023	Total brève	Total non brève
Répartition en % selon la catégorie des affections et selon l'échéance prévisible du décès						
TOTAL	2453	513	2710	713	5163	1226
Tumeurs (cancers)	1760 (99,1%)	16 (0,9%)	1881 (99,1%)	18 (0,9%)	3641 (99,1%)	34 (0,9%)
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	343 (58,9%)	239 (41,1%)	421 (53,1%)	372 (46,9%)	764 (55,6%)	611 (44,4%)
Maladies du système nerveux	150 (56,8%)	114 (43,2%)	189 (57,3%)	141 (42,7%)	339 (57,1%)	255 (42,9%)
Maladies de l'appareil circulatoire	76 (69,7%)	33 (30,3%)	75 (68,2%)	35 (31,8%)	151 (68,9%)	68 (31,1%)
Maladies de l'appareil respiratoire	80 (90,9%)	8 (9,1%)	88 (85,4%)	15 (14,6%)	168 (88%)	23 (12%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	1 (2,4%)	41 (97,6%)	6 (15%)	35 (85%)	7 (8,4%)	76 (91,6%)
Affections psychiatriques	2 (7,7%)	24 (92,3%)	0 (0%)	48 (100%)	2 (2,7%)	72 (97,3%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	1 (6,3%)	15 (93,8%)	5 (21,7%)	18 (78,3%)	6 (15,4%)	33 (84,6%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	6 (46,2%)	7 (53,8%)	13 (59,1%)	9 (40,9%)	19 (54,3%)	16 (45,7%)
Maladies de l'appareil digestif	13 (81,3%)	3 (18,8%)	10 (83,3%)	2 (16,7%)	23 (82,1%)	5 (17,9%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7 (87,5%)	1 (12,5%)	11 (100%)	0 (0%)	18 (94,7%)	1 (5,3%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	2 (40%)	3 (60%)	4 (40%)	6 (60%)	6 (40%)	9 (60%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	5 (71,4%)	2 (28,6%)	3 (75%)	1 (25%)	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	2 (66,7%)	1 (33,3%)	-	8 (100%)	2 (18,2%)	9 (81,8%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (75%)	1 (25%)	2 (50%)	2 (50%)	5 (62,5%)	3 (37,5%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-	3 (100%)	1 (25%)	3 (75%)	1 (14,3%)	6 (85,7%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (100%)	-	3 (75%)	1 (25%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	-	1 (100%)	-	-	-	1 (100%)

Souffrances mentionnées

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Souffrances physiques et psychiques signalées simultanément	2147 (72,4%)	2608 (76,2%)	4755 (74,4%)
Souffrances physiques uniquement	753 (25,4%)	749 (21,9%)	1502 (23,5%)
Souffrances psychiques uniquement* (résultant aussi bien d'affections psychiatriques que somatiques)	66 (2,2%)	66 (1,9%)	132 (2,1%)

* P.ex. : Un patient cancéreux dont les souffrances physiques sont apaisées par les antidouleurs peut ressentir uniquement de la souffrance psychique telle que la perte d'autonomie ou de dignité.

Qualification des médecins consultés obligatoirement

	2022	2023	TOTAL
Qualification du premier médecin consulté obligatoirement			
TOTAL	2966	3423	6389
Généraliste	1875 (63,2%)	2142 (62,6%)	4017 (62,9%)
Spécialiste	1031 (34,8%)	1194 (34,9%)	2225 (34,8%)
Psychiatre	60 (2%)	87 (2,5%)	147 (2,3%)

Formation fin de vie/% des premiers médecins consultés

EOL-LEIF	1112 (37,5%)	1313 (38,4%)	2425 (38%)
Formé en soins palliatifs	317 (10,7%)	362 (10,6%)	679 (10,6%)
EOL-LEIF et formé en soins palliatifs	146 (4,9%)	234 (6,8%)	380 (5,9%)

Qualification du second médecin consulté obligatoirement (décès non attendu à brève échéance)

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	512*	713	1225
Psychiatre	283 (55,2%)	365 (51,2%)	648 (52,9%)
Spécialiste	229 (44,6%)	348 (48,8%)	577 (47,1%)

*Un patient a formellement refusé de consulter un second médecin

Formation fin de vie/% des seconds médecins consultés

EOL-LEIF	168 (32,8%)	236 (33,1%)	404 (33%)
Formé en soins palliatifs	14 (2,7%)	23 (3,2%)	37 (3%)
EOL-LEIF et formé en soins palliatifs	12 (2,3%)	11 (1,5%)	23 (1,9%)

Produits utilisés*

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Thiopental + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	1844 (62,2%)	1246 (36,4%)	3090 (48,4%)
Thiopental par voie intraveineuse seul	936 (31,6%)	594 (17,4%)	1530 (23,9%)
Propofol + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	148 (5%)	1550 (45,3%)	1698 (26,6%)
Barbituriques par voie orale	16 (0,5%)	6 (0,2%)	22 (0,3%)
Morphinique et/ou anxiolytique + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	11 (0,4%)	20 (0,6%)	31 (0,5%)
Autres	11 (0,4%)	7 (0,2%)	18 (0,3%)

*L'euthanasie se déroule habituellement en plusieurs étapes. L'induction de l'inconscience, le plus souvent par un barbiturique (ex. : Thiopental ou Propofol), suivie éventuellement par un paralysant neuromusculaire (curare), précédé parfois par un sédatif (ex. : Midazolam; il s'ensuit un arrêt cardio-respiratoire.

Décisions de la Commission

	2022	2023	TOTAL
TOTAL	2966	3423	6389
Acceptation simple	2210 (74,5%)	2534 (74%)	4744 (74,3%)
Ouverture du volet I pour raisons administratives	339 (11,4%)	453 (13,2%)	792 (12,4%)
Ouverture du volet I pour simple(s) remarque(s)	264 (8,9%)	260 (7,6%)	524 (8,2%)
Ouverture du volet I pour précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions	153 (5,2%)	176 (5,1%)	329 (5,1%)
Transmission au procureur du Roi	0	0	0

- *Acceptation simple* signifie que, selon tous les membres présents de la Commission, le document d'enregistrement était complet, toutes les conditions étaient remplies et la procédure avait été correctement suivie.
- *Ouverture du volet I pour des raisons administratives* signifie que p.ex. la date et/ou le lieu du décès, la qualification des médecins consultés et/ou les produits utilisés pour l'euthanasie n'ont pas été mentionnés dans le document d'enregistrement, mais que toutes les conditions ont été remplies et que la procédure a correctement été suivie.
- *Ouverture du volet I pour précision sur le respect des conditions et sur la procédure suivie.* Ces précisions portent p.ex. sur le diagnostic, le caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande, la date de la demande écrite en cas de décès non attendu à brève échéance ou les conclusions des médecins consultés obligatoirement.
- *Ouverture du volet I pour simple remarque* signifie p.ex. que l'anonymat dans le volet II du document d'enregistrement n'a pas été respecté.
- *Transmission au procureur du Roi* 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

Section 2

Description et évaluation de l'application de la loi (2022-2023)

A. Fonctionnement de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie

La loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002 prévoit, dans son article 5, que le médecin qui a pratiqué une euthanasie complète un document d'enregistrement. Celui-ci doit être transmis, dans les quatre jours ouvrables, à la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (ci-après désignée sous le nom de Commission).

Ce document est divisé en deux volets.¹ Le volet I est la partie confidentielle qui reprend les données personnelles du patient, des médecins impliqués, du pharmacien et des éventuelles autres personnes consultées comme le personnel soignant, les membres de la famille ou les aidants proches. Cette partie ne peut être consultée qu'après une décision de la Commission. Le volet II est la partie anonyme qui comprend l'ensemble des données sur la base desquelles le médecin concerné a pratiqué l'euthanasie.

Le chapitre V de la loi relative à l'euthanasie précise la composition, la méthode de travail et la mission de la Commission.

1) La composition de la Commission

La Commission se compose de seize membres effectifs et de seize membres suppléants, répartis comme suit :

- Huit membres sont docteurs en médecine, dont deux au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge.
- Quatre membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites 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.

Lors de la composition de la Commission, la parité linguistique et le caractère pluraliste doivent être respectés. Par ailleurs, chaque groupe linguistique doit compter au moins trois membres de chaque sexe.

Les membres sont nommés par arrêté royal pour un mandat de quatre ans sur la base d'une liste double adoptée par la Chambre des représentants. La Commission est présidée par deux présidents : un président d'expression française et un président d'expression néerlandaise, élus par leur groupe linguistique respectif.

2) La mission de la Commission

Conformément à l'article 8 de la loi, la Commission traite les documents d'enregistrement qui lui sont transmis. Elle vérifie, sur la base du volet II (la partie anonyme), si l'euthanasie a été pratiquée conformément aux conditions essentielles et à la procédure prévues par la loi. En cas de doute, la Commission peut, après vote à la majorité simple, ouvrir la partie confidentielle (volet I). Sur la base des données figurant dans celui-ci, il est possible – le cas échéant – de demander des informations complémentaires auprès du médecin déclarant. Le médecin peut éventuellement être entendu par la Commission. Si les deux tiers des membres de la Commission décident que l'euthanasie pratiquée n'est pas conforme à la loi, le dossier est transmis au procureur du Roi.

La Commission a également pour mission légale de rédiger un rapport bisannuel qui est transmis à la Chambre des représentants.

¹ A la suite de la levée de l'anonymat actée par la modification de la loi relative à l'euthanasie (27 mars 2024), la structure de ce document d'enregistrement a changé (plus de séparation en deux volets et de fait, levée de l'anonymat des données personnelles pour les membres de la Commission). Cette modification ne concernant pas les données des années 2022-2023, la distinction entre volet I et II était toujours en vigueur. Ce sujet sera abordé plus en détail dans le prochain rapport bisannuel de la Commission.

Ce rapport doit comporter les éléments suivants :

- Un rapport statistique reprenant toutes les informations qui se trouvent dans le volet II du document d'enregistrement.
- Un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la loi.
- Le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative ou d'autres mesures en vue d'affiner l'exécution de la loi.

En conséquence, la Commission n'a pas légalement de pouvoir d'instruction ou de compétence pour évaluer le professionnalisme des médecins.

La Commission peut ainsi approuver dans sa globalité une euthanasie pratiquée malgré certaines lacunes de forme. Elle agit comme tampon entre les médecins et le pouvoir judiciaire.

3) Le fonctionnement concret de la Commission

L'évaluation des documents d'enregistrement – environ 300 à 350 par réunion - est réalisée en deux étapes : de façon préalable et individuelle et ensuite durant la réunion mensuelle. Cette méthode de travail garantit qu'ils soient tous examinés de façon approfondie.

a. L'évaluation préalable et individuelle

Tous les membres de la Commission, tant les effectifs que les suppléants, reçoivent par voie électronique ou par voie postale, à intervalles réguliers durant le mois qui précède la réunion, les volets II des documents d'enregistrement envoyés par les médecins. Ils ont ainsi la possibilité d'étudier et d'évaluer les dossiers avant la réunion mensuelle. De cette manière, chaque membre peut identifier les documents qui ne comporteraient pas, selon lui/elle, suffisamment d'informations ou qui pourraient ne pas être conformes à la loi. En outre, chaque membre peut à l'avance transmettre des remarques au secrétariat. De cette façon, les membres (effectifs ou suppléants) qui seraient absents à la réunion peuvent également faire part de leurs remarques. Un aperçu de l'ensemble des remarques formulées à propos de certains dossiers est joint à l'invitation à la réunion.

b. La réunion mensuelle de la Commission

Lors de cette réunion mensuelle, les membres abordent les documents d'enregistrement qui nécessitent une attention particulière. En effet, les déclarations qui ne posent aucun problème, tous les membres de la Commission convenant que la loi a été correctement appliquée, peuvent être approuvées sans autre discussion (74,3%).

Les cas qui sont discutés de façon approfondie sont, d'une part, les documents d'enregistrement qui comportent des informations imprécises ou insuffisantes, pour lesquels il faut s'assurer que les euthanasies sont conformes à la loi, et, d'autre part, des situations particulières telles qu'un don d'organes après euthanasie, une euthanasie d'un patient domicilié à l'étranger ou les cas d'euthanasies qui se sont heurtées à des obstacles au sein d'une institution de soins. La réunion débute par l'approbation du rapport de la réunion précédente et l'examen des réponses des médecins à qui des informations complémentaires ont été demandées. Si ces informations sont suffisantes, la déclaration est approuvée. Ensuite, sont examinés les nouveaux documents. Lors de cet examen, les membres présents peuvent apporter des précisions ou formuler des remarques en vue de l'évaluation correcte du dossier. Si un doute ou une imprécision persiste, la Commission peut décider, par consensus ou à la majorité simple, d'ouvrir le volet I afin d'obtenir de plus amples informations ou des précisions de la part du médecin déclarant. Si les réponses fournies ne sont toujours pas satisfaisantes, le médecin concerné peut être invité lors d'une réunion de la Commission à venir expliquer son dossier et répondre aux questions des membres. Si la Commission estime que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées, le dossier fait l'objet d'un vote en vue d'une éventuelle transmission au procureur du Roi. Au moins deux tiers des membres votants doivent marquer leur accord sur ce renvoi.

Il y a lieu d'insister sur le fait que les membres de la Commission sont soumis au devoir de confidentialité. Cela signifie que les données qui leur sont confiées dans l'exercice de leur mission et qui y sont liées ne peuvent être rendues publiques (art. 12 de la loi).

Un membre de la Commission qui a été impliqué dans une euthanasie à évaluer n'est pas présent au moment de l'examen du dossier et ne participe pas au processus décisionnel. L'article 8 en sa version en vigueur avant avril 2024 prévoit que « 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 ».

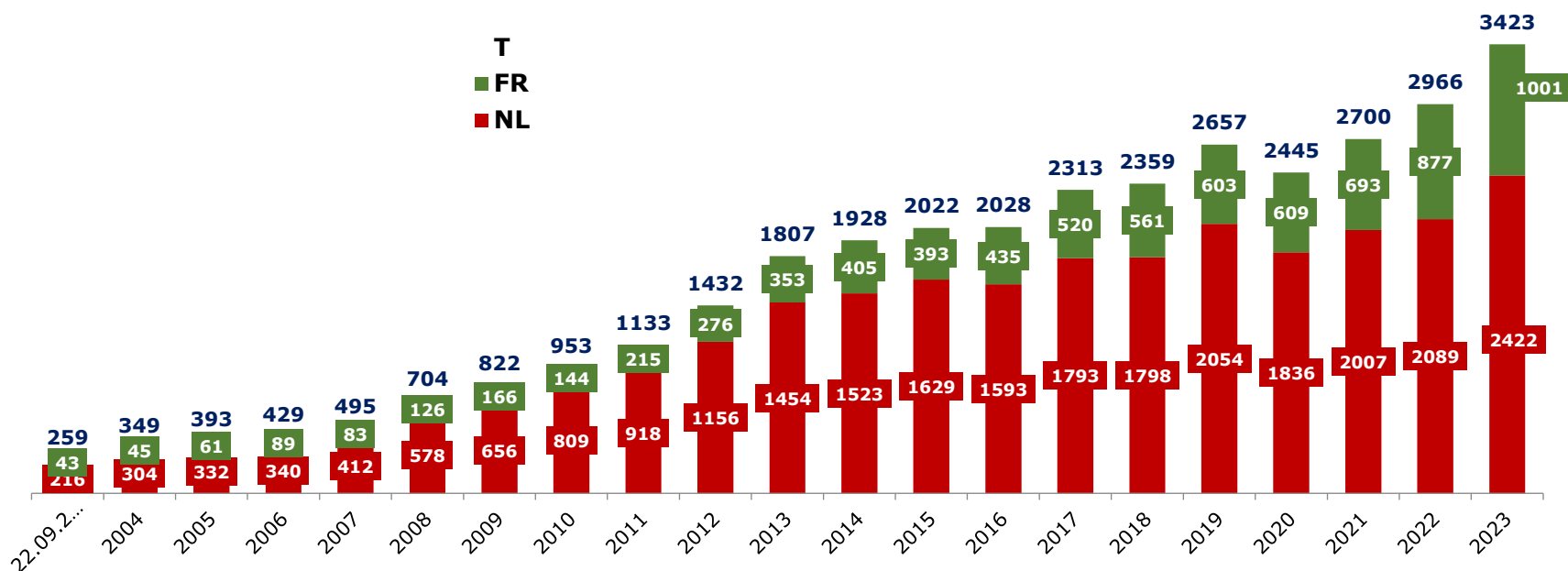
En 2022-2023, la Commission s'est réunie mensuellement, à l'exception des vacances d'été au cours desquelles une seule réunion a eu lieu.

c. Règlement d'ordre intérieur

Le fonctionnement interne de la Commission est également régi par le règlement d'ordre intérieur. Celui-ci est [disponible sur le site www.commissionneuthanasie.be](http://www.commissionneuthanasie.be), Rubrique Fonctionnement, Règlement interne.

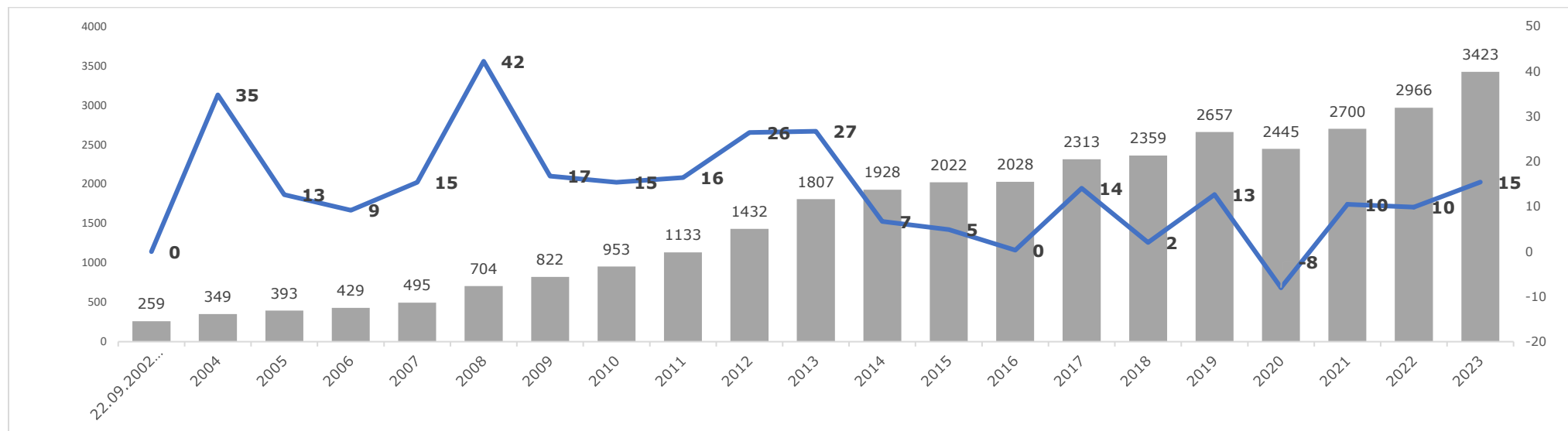
B. Évaluation de la pratique de l'euthanasie

1) Le nombre de déclarations



La Commission ne dispose pas de chiffres selon les régions du pays, mais uniquement selon la langue de rédaction du document d'enregistrement. En effet, comme le prévoit la loi relative à l'euthanasie (art. 7), le second volet du document d'enregistrement n'indique que le lieu de naissance du patient, mais pas son domicile. Celui-ci est repris dans le volet I, qui ne peut être ouvert que lorsque des informations complémentaires sont demandées au médecin déclarant. L'indication du lieu de résidence (Belgique, province ou pays) est cependant demandée depuis 2021 dans le volet II. Remplir cette rubrique n'étant pas obligatoire dans ce volet, il est impossible d'en tirer des statistiques exactes (certains médecins choisissant de ne pas répondre à cette question).

% en plus du nombre de documents d'enregistrement reçus par rapport à l'année précédente



La proportion de décès par euthanasie déclarés en 2022-2023 a été de 2,8% de l'ensemble des décès dans notre pays (T=227 756 source StatBel).

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Ensemble des décès dans notre pays	104.509	105.094	104.247	109.034	109.295	104.723	110.508	108.056	109.629	110.645	108.745	126.850	112.291	116.380	111.376
Nombre de documents d'enregistrement d'une euthanasie reçu	822	953	1133	1432	1807	1928	2022	2028	2313	2359	2657	2444	2700	2966	3423
Proportion de décès par euthanasie	0,8	0,9	1,1	1,3	1,7	1,8	1,8	1,9	2,1	2,1	2,4	1,9	2,4	2,5	3,1

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'euthanasie (le 22 septembre 2002), une augmentation significative du nombre de documents d'enregistrement a été observée, en particulier, en 2023 (20 ans après 2003, année au cours de laquelle une année complète a été enregistrée pour la première fois). Cette tendance à la hausse a été interrompue à deux reprises : en 2016, où aucun accroissement n'a été observé (2028 documents, contre 2022 en 2015), et en 2020, où une diminution a été constatée (2444 documents contre 2567 en 2019). La stagnation en 2016 pourrait être attribuée au renvoi, pour la première et jusqu'à présent unique fois, d'un dossier litigieux à la justice par la Commission. La baisse en 2020 pourrait être expliquée par les mesures de restriction liées au confinement instaurées début mars durant la crise sanitaire du COVID-19, mais aussi peut-être par les répercussions médiatiques du procès d'assises « Tine Nys » 2.

² Vande Castele, L, Distelmans, W. [Is de houding van LEIFartsen veranderd na het euthanasieproces? Bevraging van LEIFartsen in februari 2021 na het proces Tine Nys](https://forum-palliatieve-zorg-website.cdn.prismic.io/forum-palliatieve-zorg-website/81913c70-6538-4756-bfe4-cd0283a1b475_PEILER18_APR2021_lowres.pdf). Huisartsnu, 1, 2022. https://forum-palliatieve-zorg-website.cdn.prismic.io/forum-palliatieve-zorg-website/81913c70-6538-4756-bfe4-cd0283a1b475_PEILER18_APR2021_lowres.pdf

Malgré ces observations, il est toutefois important de noter qu'aucune étude scientifique n'a, jusqu'à présent, exploré en détail les facteurs de ces variations. Les perceptions publiques et les impacts sociaux de ces événements juridiques nécessitent une analyse approfondie pour mieux comprendre les dynamiques en jeu. Au vu de la crise du covid19, il est également essentiel d'évaluer dans quelle mesure les droits des patients sont respectés en période de crise, soulignant la nécessité d'une réflexion sur les pratiques médicales et juridiques afin de garantir, en toutes circonstances, le respect des décisions et volontés en matière de fin de vie.

Concernant l'augmentation générale des euthanasies, on notera que celle-ci est également observée aux Pays-Bas, seul pays à disposer d'une loi similaire sur l'euthanasie qui, de surcroît, est entrée en vigueur la même année qu'en Belgique (2002). En 2023, le nombre de documents d'enregistrement d'euthanasie était de 9068, ce qui correspond à 5,4 % des décès. En Belgique, il s'agissait de 3,1% de tous les décès en 2023 (3423 euthanasies enregistrées sur 111.255 décès).³

Bien que certaines études aient examiné ces augmentations, les facteurs complexes à l'origine de cette hausse n'ont pas encore été pleinement élucidés. Celle-ci pourrait en partie résulter d'une connaissance croissante parmi les citoyens et les professionnels de santé des dispositions légales relatives à la fin de vie permettant aux personnes gravement malades de faire ce choix pour éviter des souffrances insupportables et incurables. Cet intérêt accru pour des options de fin de vie contrôlée peut être également lié, par exemple, à une augmentation notable du nombre de sédations palliatives, qui est pratiquée beaucoup plus fréquemment que l'euthanasie. Ces évolutions mettent en évidence la nécessité d'une analyse approfondie pour mieux cerner ces pratiques et leurs particularités.

2) La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Le delta entre les déclarations rédigées en néerlandais et en français demeure important : 70,6% et 29,4 %, même si les euthanasies continuent d'augmenter du côté francophone. Le total des euthanasies enregistrées en néerlandais est passé de 2.007 en 2021 à 2422 en 2023, tandis que le nombre de documents d'enregistrement en français est passé de 693 en 2021 à 1001 en 2023

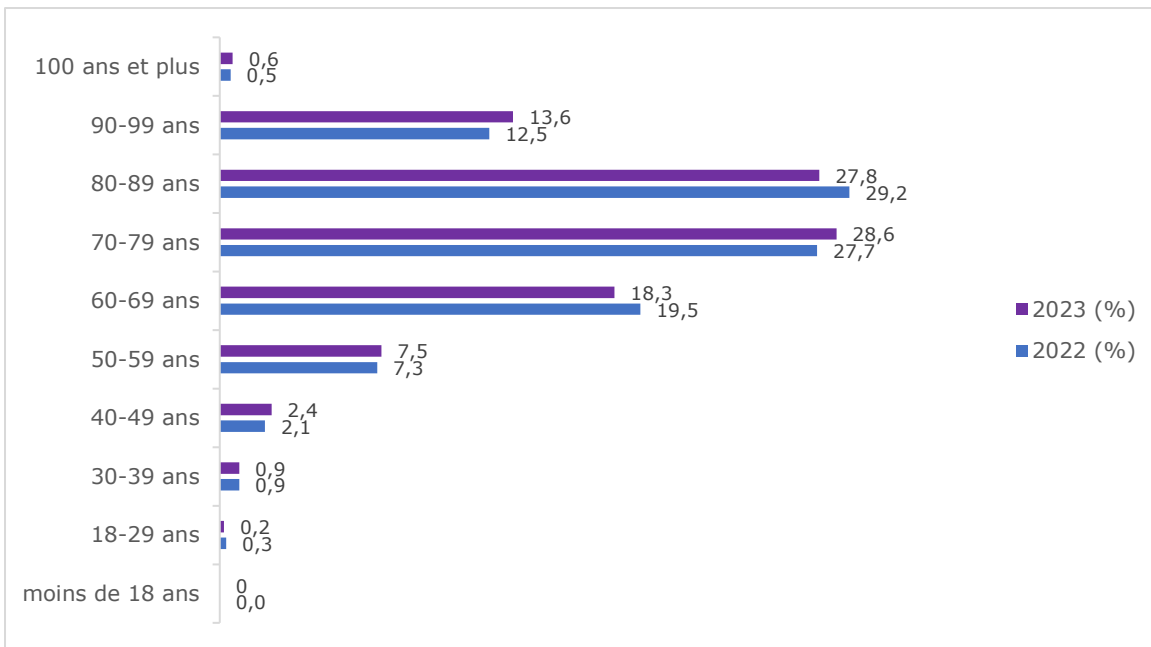
La grande disparité entre le nombre de déclarations en néerlandais et le nombre de déclarations en français a déjà été mentionnée par la Commission dans ses précédents rapports.

La Commission ne dispose pas des éléments ou des ressources nécessaires pour enquêter ou expliquer cette disproportion. Elle suppose que la population et les médecins sont informés de différentes manières. Les explications possibles seraient le fait que du côté francophone les cours universitaires et postuniversitaires relatifs à la fin de vie ont été organisés plus tard que du côté néerlandophone et/ou qu'il existerait des différences d'attitudes socioculturelles au nord et au sud du pays, ce qui a entraîné des différences dans les soins de fin de vie.

À ce sujet, la Commission ne peut que réitérer sa demande à la Chambre des représentants que soit financée une étude transversale qui viserait à mettre au jour et expliquer les différentes raisons de la disproportion entre les déclarations néerlandophones et francophones.

³ Il est aussi intéressant de se pencher sur le cas du Québec (loi adoptée en 2014 et entrée en vigueur en 2015) et du Canada (loi adoptée en 2016) où il est question de l'aide médicale à mourir, terminologie couvrant la notion d'euthanasie. L'on constate une évolution des aides médicales à mourir parfois plus importante qu'en Belgique ou aux Pays-Bas. Par exemple, en 2019, les aides médicales à mourir (MAID acronyme anglais, AMM en français) représentait 2% de l'ensemble des décès et en 2022, 4,1 %. Au Québec, l'augmentation est encore plus importante : elle est passée de 0,3% pour la période de 2015-2016 à 6,8% pour la période 2022-2023.

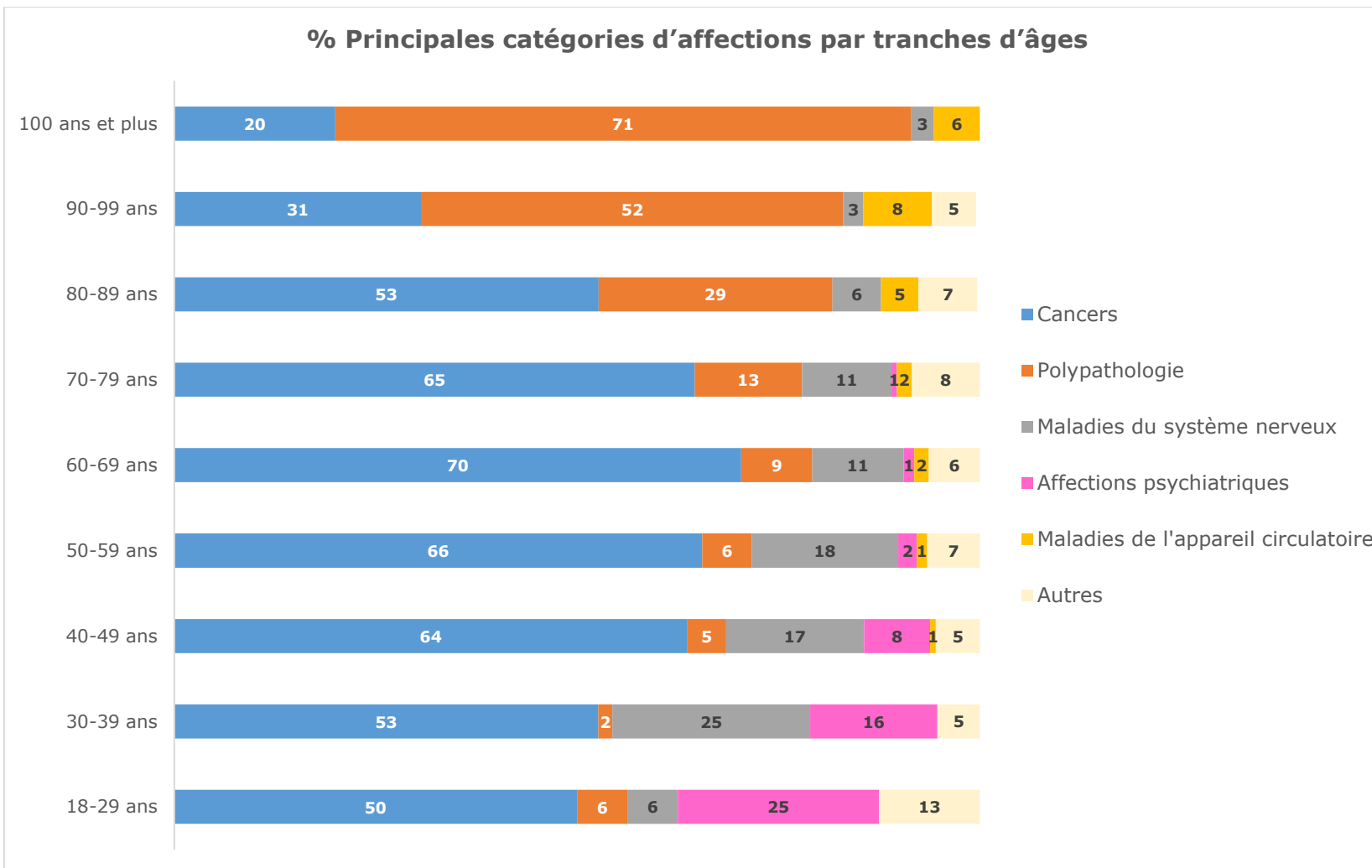
3) L'âge des patients



L'euthanasie chez les patients de moins de 40 ans reste très peu fréquente. Ce sont surtout les patients des tranches d'âge 60, 70 et 80 ans qui demandent l'euthanasie. Le groupe le plus important reste celui des patients âgés de plus de 80 ans, ce qui correspond également au taux important de décès dans ces catégories d'âge (chiffres 2022-2023, source StatBel).

Principales catégories d'affections par tranches d'âges

	Tumeurs (cancers)		Polypathologies		Maladies du système nerveux		Affections psychiatriques		Maladies de l'appareil circulatoire		Autres	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
18-29 ans	8	50	1	6	1	6	4	25	0	0	2	13
30-39 ans	30	53	1	2	14	25	9	16	0	0	3	5
40-49 ans	93	64	7	5	25	17	12	8	1	1	8	5
50-59 ans	310	66	29	6	86	18	11	2	6	1	31	7
60-69 ans	846	70	106	9	136	11	16	1	22	2	76	6
70-79 ans	1165	65	240	13	200	11	12	1	33	2	153	8
80-89 ans	958	53	528	29	110	6	6	0	84	5	133	7
90-99 ans	257	31	438	52	21	3	4	0	71	8	46	5
100 ans et plus	7	20	25	71	1	3	0	0	2	6	0	0

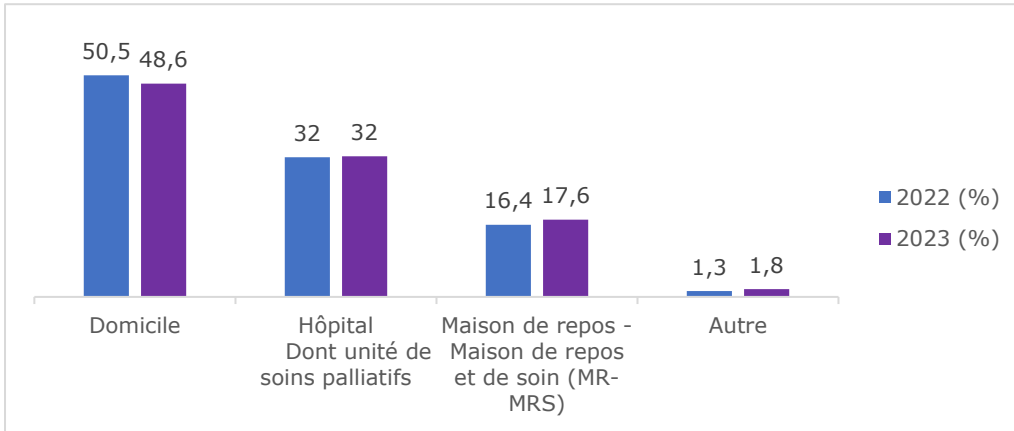


L'euthanasie chez les patients mineurs

Pour les patients mineurs, un certain nombre de conditions supplémentaires sont exigées par la loi, dont la principale est la capacité de discernement du patient. Il faut par ailleurs recueillir l'accord des représentants légaux, seule la demande actuelle est envisageable et la seule souffrance psychique (à comprendre comme résultant d'une affection psychiatrique) est exclue. L'euthanasie n'est possible que si le décès du mineur est attendu à brève échéance.

Au cours de la période de deux ans couverte par le présent rapport, la Commission a reçu une déclaration relative à l'euthanasie d'un(e) patient(e) mineur(e) ce qui porte au nombre total de 5 mineurs depuis l'élargissement de la loi en 2014.

4) Le lieu de l'euthanasie



En chiffres absolus, les euthanasies ayant eu lieu au domicile ainsi que celles pratiquées dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins continuent à progresser. Ceci correspond au souhait du patient de terminer sa vie chez lui. Cela explique pourquoi le médecin généraliste occupe une place prépondérante tant pour l'examen de la demande d'euthanasie que pour l'acte proprement dit.

Depuis 2022, le pourcentage d'euthanasies ayant eu lieu à l'hôpital et les unités de soins palliatifs progresse (31,9% contre 30,4%). En revanche, la proportion d'euthanasies pratiquées à domicile diminue (49 % contre 54,3%), tandis que celle des euthanasies ayant lieu dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins continue d'augmenter (17 % contre 13,4%).

5) L'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée

La demande actuelle d'euthanasie est le cas de loin le plus fréquent. Il s'agit de la demande exprimée par un majeur ou mineur émancipé, capable, ou encore un mineur doté de la capacité de discernement et conscient, qui se trouve dans une situation médicale sans issue où les conditions requises par la loi pour pouvoir obtenir une euthanasie sont réunies.

La demande doit être confirmée par un écrit du patient, qui doit être signé et daté par lui ; s'il n'est pas en état de le faire physiquement, elle peut être transcrite et signée par un tiers majeur choisi par le patient, qui n'a pas d'intérêt matériel à son décès, 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 l'examen de la demande d'euthanasie et à la mise en œuvre de celle-ci, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

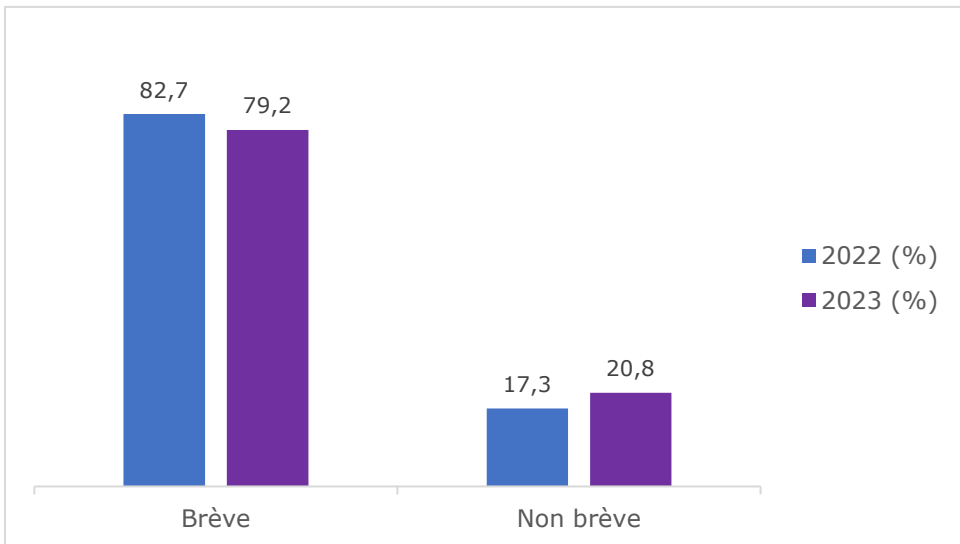
Dans certains cas, l'euthanasie est pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée. Cette éventualité concerne un patient atteint d'une affection grave et incurable, inconscient, cette situation étant irréversible selon l'état actuel de la science, et qui a rédigé antérieurement une déclaration suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.).

Un exemple de déclaration anticipée est disponible sur le site www.commissionneuthanasie.be, rubrique formulaires.

À titre d'exemples d'affections pouvant entraîner que le patient soit inconscient et que cette situation soit irréversible dans l'état actuel de la science, on peut relever les tumeurs malignes cérébrales primitives ou métastatiques, les AVC par thrombose ou hémorragies, les hémorragies cérébrales post-traumatiques ou l'état d'éveil non-répondant.

En 2022-2023, la Commission a reçu 38 déclarations d'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée, ce qui correspond à moins de 1 % des euthanasies déclarées sur cette période. La majorité des affections dont souffraient ces patients étaient des tumeurs malignes ou des affections cérébrales vasculaires (thromboses et hémorragies cérébrales).

6) L'échéance prévisible du décès



La loi relative à l'euthanasie prévoit, si le décès n'est raisonnablement pas prévisible à brève échéance, une procédure renforcée, à savoir la consultation d'un médecin supplémentaire qui devra être soit spécialiste de l'affection concernée, soit psychiatre, ainsi que le respect d'un délai minimum d'un mois d'attente entre la demande écrite et l'euthanasie.

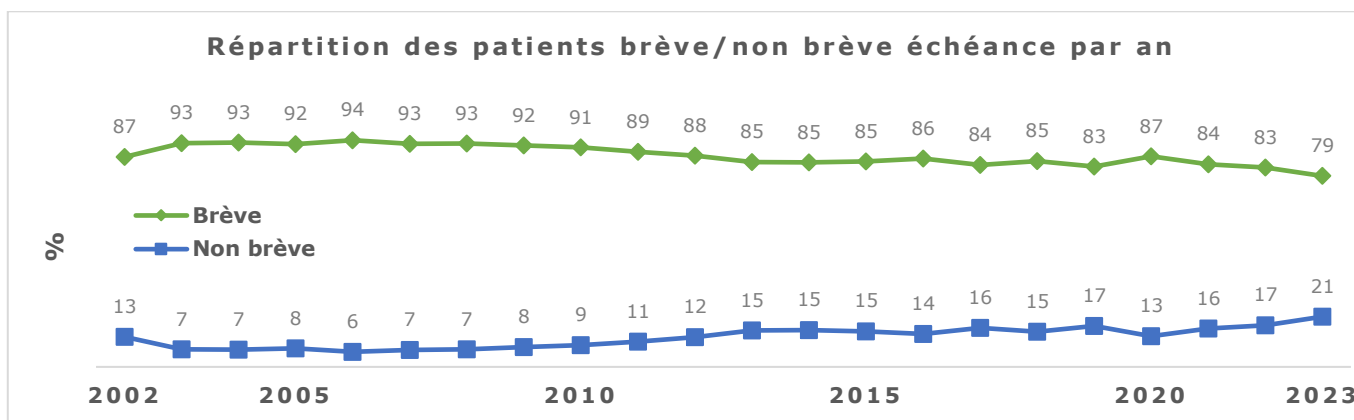
La Commission considère que l'échéance du décès doit être estimée « non brève » si la mort n'est pas attendue dans les semaines ou mois qui viennent. En pratique, ceci signifie que seules les affections non évolutives ou très lentement évolutives doivent être considérées comme exigeant la procédure renforcée. Quand le décès est attendu dans les jours, semaines ou mois qui viennent, il peut être considéré comme prévisible à brève échéance.

Déterminer si le patient va décéder à brève ou longue échéance n'est pas toujours aisé. 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 que le médecin qui a le patient en charge est seul à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès. Les éléments qui ont conduit à cette estimation doivent ressortir des informations fournies dans le volet II.

Lorsque l'euthanasie a été pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée, l'échéance du décès a été classée dans la catégorie statistique des décès attendus à brève échéance.

Le nombre de patients qui ne vont pas décéder à brève échéance

En 2022 et 2023, on observe une lente augmentation du nombre de patients considérés comme ne devant pas décéder dans un avenir proche. En 2022, cela représentait 17 % des patients ayant bénéficié d'une euthanasie, et en 2023, ce pourcentage est passé à 21 %.



Depuis l'entrée en vigueur de la loi, on constate que le nombre de patients dont le décès n'était pas prévu à brève échéance et qui ont bénéficié d'une euthanasie a triplé, passant de 7 % en 2003 à 21 % en 2023⁴.

La moitié des patients considérés comme ne devant pas décéder à brève échéance souffre de polyopathologies, tandis que les patients atteints de cancer (classés comme ne devant pas mourir à brève échéance) ne représentent que 2,8 % (soit 34 patients, ou 0,5 % du total des patients ayant reçu une euthanasie entre 2022 et 2023).

7) Les affections à l'origine de l'euthanasie

Rappel

Depuis 2014, la classification des affections à l'origine de l'euthanasie est réalisée selon les codes internationaux et obligatoires dans les hôpitaux de notre pays ICD-10-CM, "Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes". L'ICD-10-CM est un système de classification fermé qui fournit un seul classement pour chaque affection.

Dans un premier temps, les affections sont groupées par catégorie, ensuite par sous-groupe et finalement par diagnostic.

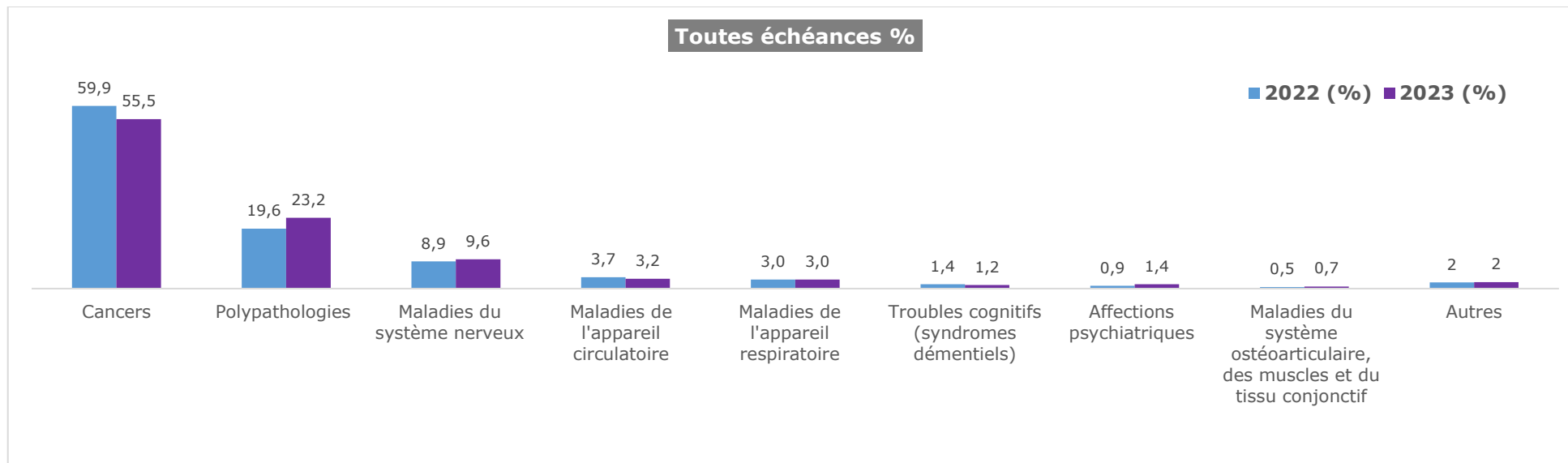
Exemples :

- Le diagnostic AVC (accident vasculaire cérébral) relève de la catégorie *Maladies de l'appareil circulatoire* étant donné que l'affection est provoquée par une perturbation du flux sanguin dans le cerveau. Dans cette catégorie de maladies, l'AVC fait partie du sous-groupe des *Maladies cérébrovasculaires*.
- La fibrose pulmonaire est une affection qui entraîne une insuffisance respiratoire et qui relève de la catégorie des *Maladies de l'appareil respiratoire*. La fibrose pulmonaire appartient au sous-groupe des *Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel*.
- Le diagnostic de cancer du poumon fait partie de la catégorie des *Tumeurs (cancers)* et ne relève pas de la catégorie des maladies pulmonaires. Dans cette catégorie, le cancer pulmonaire fait partie du sous-groupe *Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques*.
- L'insuffisance cardiaque, une affection où la fonction de pompe cardiaque est affaiblie, relève bien entendu de la catégorie des *Maladies de l'appareil circulatoire* et de la sous-catégorie des *Autres affections cardiaques*.
- En cas d'affections multiples, il faudrait classer chaque maladie séparément. Étant donné qu'il faut se limiter à un seul code par document d'enregistrement, la Commission a décidé de désormais toujours classer ces patients dans la catégorie « polyopathologies ».
- Les *Troubles mentaux et du comportement* sont maintenant divisés en *Affections psychiatriques* (ex. : troubles de la personnalité, dépression, stress post-traumatique, schizophrénie, autisme...) et *Troubles cognitifs* (ex. : différentes formes de démence comme la maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy...). Les troubles cognitifs font partie du sous-groupe *Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques*.

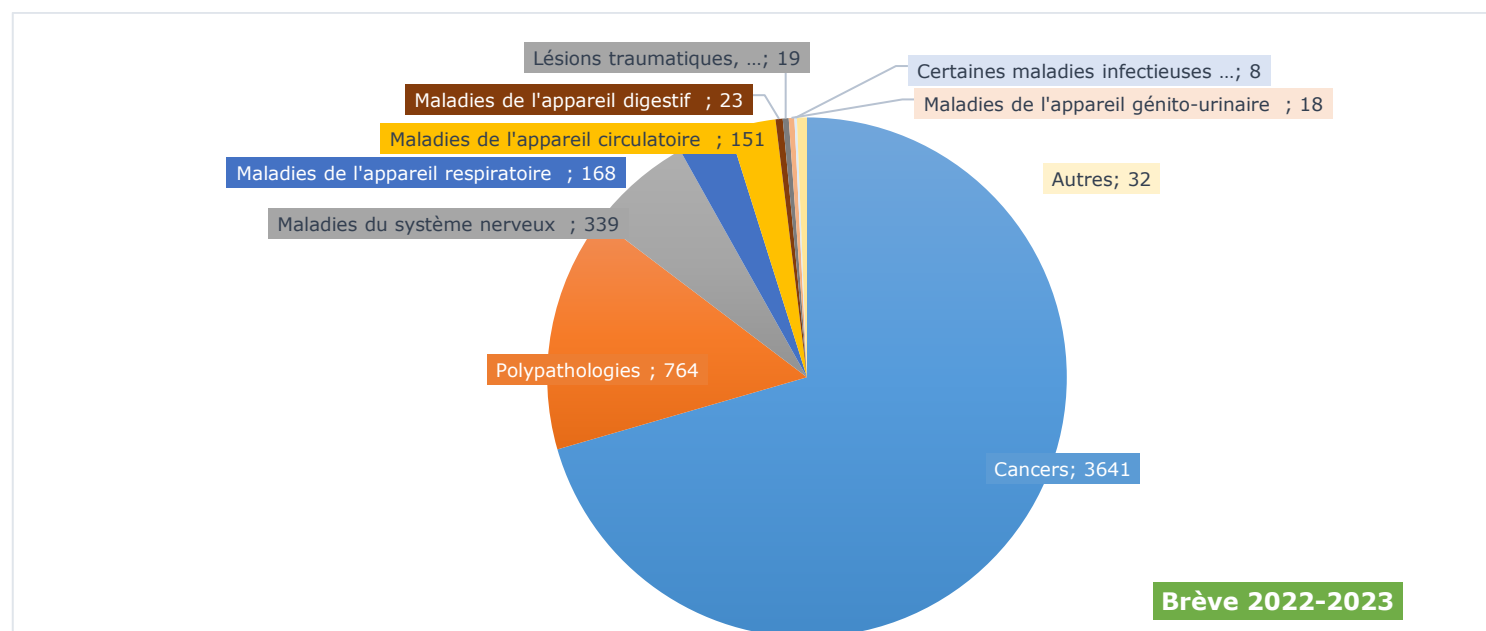
Sur la période 2022-2023, les affections à l'origine des euthanasies étaient des tumeurs (cancers) (57,5 %), des polyopathologies (21,5 %), des maladies du système nerveux (9,3 %), des maladies de l'appareil circulatoire (3,4%), des maladies de l'appareil respiratoire (3 %), des troubles cognitifs (1,3 %), des affections psychiatriques (1,2%), des maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (0,6%), des lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (0,5%) et des maladies de l'appareil digestif (0,4 %). Les autres catégories toutes rassemblées représentent 1,2 % des affections.

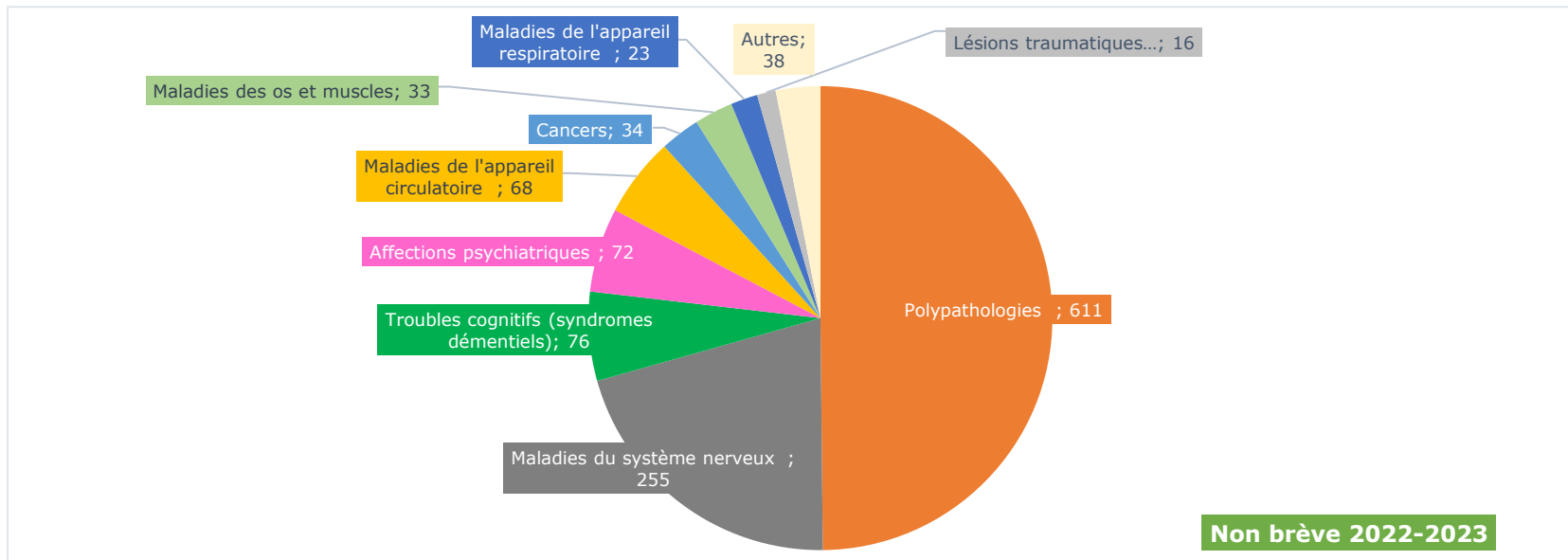
Les demandes d'euthanasie sur la base de troubles mentaux et du comportement restent marginales (affections psychiatriques et cognitives rassemblées : 2,5 % de l'ensemble des euthanasies). Comme tous les dossiers d'euthanasies, la Commission a estimé que ceux-ci respectaient les conditions légales (patient capable ; demande réfléchie et répétée confirmée par un écrit ; souffrance constante, inapaisable et insupportable causée par une affection grave et incurable, la situation médicale étant sans issue).

⁴ Depuis 2014, la Commission a affiné ses techniques de catégorisation des données, notamment en intégrant une classification internationale (ICD), ce qui peut entraîner de légères variations dans certains chiffres des rapports précédents. Ces ajustements renforcent la précision des données, sans impact sur les conclusions générales.



Dans le groupe de patients dont le décès n'est manifestement pas attendu à brève échéance, les patients souffrant de polypathologies sont les plus largement représentés, alors que le décès de patients cancéreux est rarement considéré tel.



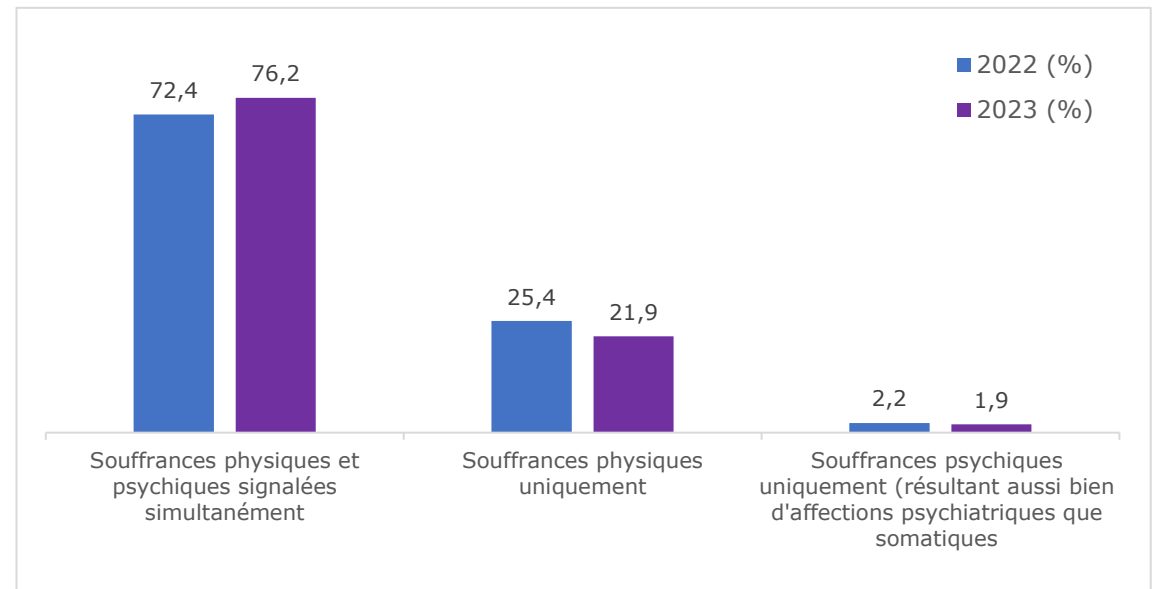


8) Les souffrances mentionnées

L'article 3, § 2, de la loi relative à l'euthanasie énonce explicitement deux formes de souffrance, à savoir la souffrance physique et la souffrance psychique. Sous ces deux termes généraux sont incluses différentes formes de souffrance.

La variété des souffrances et les nombreuses formes qu'elles prennent surviennent aussi bien dans des affections somatiques que psychiatriques.

- Souffrance physique : douleur, dyspnée, dysphagie, épuisement, saignement, occlusion intestinale, paralysie, escarres, transfusions répétées, etc.
- Souffrance psychique: due à la vie actuelle et à la vision de l'avenir (ex. prise de conscience qu'aucune amélioration n'est possible, sentiment de déchéance), la perte d'autonomie et la dépendance (ex. d'autres doivent prendre soin de moi), l'impossibilité d'entretenir des liens sociaux (ex. à cause de la perte de mobilité, d'audition, de la vue), un sentiment d'inquiétude (ex. je suis seul), mon système de valeurs ne me sert plus à rien (p.ex. mes références ont disparu), ma vie n'a plus de sens (je n'en peux plus, c'est la fin).



Ces formes de souffrance sont décrites dans le document d'enregistrement principalement aux rubriques « Nature et description de la souffrance constante et insupportable » et « Raisons (objectives et subjectives) pour lesquelles la souffrance était inapaisable », ainsi que dans le résumé du médecin consulté, question avis quant au caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance. »

Pour la majorité des patients, ces différentes formes de souffrances et leur expression ont été observées simultanément. Ceci confirme le constat selon lequel une affection somatique entraîne une importante souffrance psychique, ce qui est un élément supplémentaire à prendre en compte par le médecin concernant le caractère insupportable, constant et inapaisable de la souffrance. Il convient d'insister sur le fait que les souffrances telles qu'elles sont mentionnées dans les documents d'enregistrement étaient toujours la conséquence d'une ou plusieurs affections graves et incurables.

La Commission estime que certains facteurs objectifs peuvent effectivement indiquer une souffrance insupportable, mais que cela est en grande partie d'ordre subjectif et dépend de la personnalité, des conceptions et des valeurs propres du patient. En ce qui concerne la question de savoir si la souffrance est ou non inapaisable, il y a lieu de tenir compte du droit du patient de refuser un traitement palliatif ou même un soin palliatif, par exemple lorsque ce traitement comporte des effets secondaires ou des modalités d'application qu'il juge insupportables.

9) L'approche multidisciplinaire du processus d'euthanasie

À côté de la consultation obligatoire d'un ou deux médecin(s) indépendant(s), d'autres prestataires de soins (généraliste(s) et/ou spécialiste(s) qui suivent le patient, équipe palliative, infirmiers et psychologues) sont fréquemment impliqués dans le processus d'euthanasie (dans 64,8 % des déclarations). Ceci démontre qu'une demande d'euthanasie fait l'objet de discussions au sein des équipes médicales. Dans le processus de décision, les avis apportés par les autres membres de l'équipe peuvent en effet être très importants. Une approche multidisciplinaire de ce type est une méthode de travail très largement appliquée dans les soins de santé. Ceci démontre la transparence dans le processus de décision. Il convient cependant d'éviter que des consultations supplémentaires n'aboutissent en fait à créer des conditions non prévues par la loi, au détriment du respect de la volonté du patient. Il ne faut en effet pas oublier que les deux personnes qui doivent en définitive prendre la décision sont le médecin qui effectue l'acte et le patient.

Même si le médecin déclarant n'est pas tenu de notifier l'implication d'autres prestataires de soins et la concertation multidisciplinaire y afférente, on retrouve cependant des indications à cet égard dans plusieurs rubriques du volet II du document d'enregistrement. Cela signifie que les chiffres mentionnés ci-après sont une sous-estimation de l'implication d'autres prestataires de soins.

Dans les graphiques de ce rapport, une distinction est faite entre, d'une part, les généralistes, les psychiatres et les spécialistes et, d'autre part, les médecins LEIF-EOL et/ou les médecins formés en soins palliatifs pour lesquels il n'est pas mentionné s'ils sont généralistes, psychiatres ou spécialistes. Le médecin déclarant n'est pas tenu d'indiquer si le médecin consulté est un médecin LEIF-EOL et/ou un médecin formé en soins palliatifs. En d'autres termes, le rôle de ces derniers est peut-être plus important que ce qui est mentionné ici.

Remarques :

- Un médecin formé en soins palliatifs est un médecin spécialiste ou un médecin généraliste qui indique avoir suivi une formation complémentaire dans le domaine des soins palliatifs.
- Les médecins hospitaliers et les médecins spécialistes en formation sont considérés comme spécialistes.
- Les médecins LEIF-EOL sont des médecins généralistes ou spécialistes qui ont reçu une formation complémentaire concernant la problématique relative à la prise de décision en fin de vie et dont certains font partie du Consortium LEIF-EOL⁵. Attention : dans les rapports précédents, sauf mention contraire, les médecins LEIF-EOL étaient classés en tant que médecins généralistes. Dans le présent rapport, ils sont classés dans une catégorie séparée.

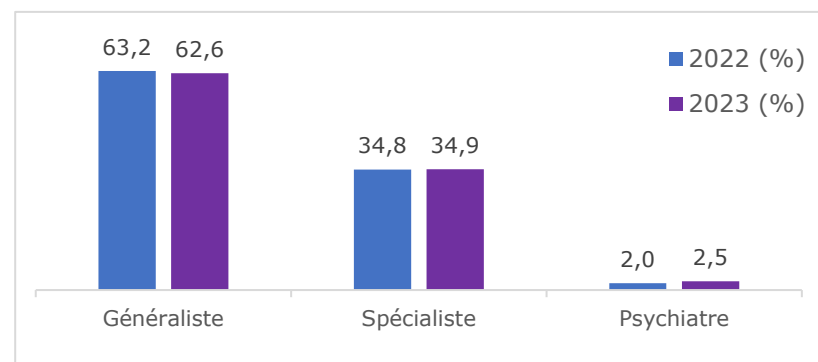
⁵ <https://www.leif-eol.net/>

- En cas de polyopathologies, la Commission considère les généralistes comme des spécialistes sur la base de leur expérience. Elle estime que le second médecin obligatoirement consulté en cas de décès non attendu à brève échéance peut donc être un généraliste.

a. Premier médecin indépendant consulté obligatoirement

Dans le cas d'un patient dont le décès est attendu à brève échéance, un seul avis suffit. Tout médecin peut, quelle que soit sa spécialité, rendre un avis en tant que premier médecin consulté.

À côté du généraliste, les spécialistes ont un rôle à jouer et, de plus en plus, les psychiatres. Dans plusieurs dossiers, il est souvent mentionné que le premier médecin consulté est soit un médecin ayant reçu une formation complémentaire en soins de fin de vie : soit un médecin LEIF-EOL (33 % des médecins consultés en 2022-2023), soit un médecin formé en soins palliatifs (3 % des médecins consultés en 2022-2023), soit les deux (1,9 % des médecins consultés en 2022-2023).

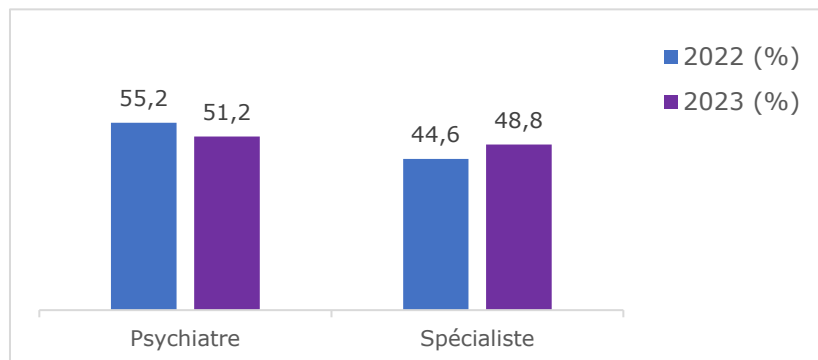


b. Second médecin indépendant consulté (en cas de décès non attendu à brève échéance)

Dans le cas où le décès du patient n'est pas attendu à brève échéance, un second médecin indépendant, spécialiste de l'affection en question ou psychiatre, doit être consulté.

Au cours de la période 2022-2023, 1226 patients ont été considérés comme des patients dont le décès n'était pas attendu à brève échéance. Pour un patient, la consultation pour un second avis a été refusée par ce dernier.

Cependant, deux avis ont été mentionnés dans le document d'enregistrement pour davantage de patients. Cela signifie que les médecins ont parfois demandé d'eux-mêmes l'avis d'un second médecin, même quand le décès était attendu à brève échéance. À cet égard, tant des psychiatres que des spécialistes de l'affection en question ont été consultés.



Patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance

En principe, le second avis doit être donné par un spécialiste de l'affection concernée ou par un psychiatre. Dans le cas des polyopathologies, le médecin généraliste peut être considéré comme un spécialiste de l'affection. Pour 203 patients, un généraliste a agi comme second médecin consulté. Parmi ces patients, 168 souffraient de polyopathologies, et 35 d'une autre affection que des polyopathologies. Dans ces derniers cas, la Commission a évalué le dossier dans son ensemble, au cas par cas, et a contacté systématiquement le médecin responsable à ce sujet et pour lui rappeler la procédure ad hoc.

Qualification du second médecin consulté	T
Psychiatre	648
Spécialiste dont généraliste	577 dont 203
Pas de second avis	1
Total	1.225

Un médecin qui a donné un avis pendant la procédure prend apparemment exceptionnellement le rôle de médecin exécutant en raison d'une force majeure voire d'un état de nécessité. Il ressort en effet de commentaires dans une série de documents d'enregistrement (partie II ; rubrique 12) que le médecin consulté pour avis (le plus souvent, mais pas exclusivement, un médecin LEIF-EOL) a finalement pratiqué l'euthanasie à la place du médecin traitant.

Les raisons invoquées par celui-ci sont multiples : absence pour maladie ou congé, manque d'expérience ou trop grande implication émotionnelle, crainte du médecin devant le geste (entre autres, liée aux produits utilisés et à la complexité de leur administration ; parfois, il s'agit d'une carence en thiopental et d'un inconfort lié à l'utilisation de propofol), etc.

Quelles que soient les raisons invoquées, il est essentiel que les conditions prévues par la loi soient scrupuleusement respectées, certainement en ce qui concerne les conditions de fond, sans possibilité d'exception, mais aussi pour les conditions de forme et de procédure, lesquelles ont été prévues pour s'assurer que les conditions de fond sont remplies.

Si nous avons évoqué la force majeure, voire l'état de nécessité, c'est pour envisager des cas qui doivent rester des exceptions et ne concernent en aucune façon les conditions de fond.

Ces situations nous sont exposées par des médecins confrontés à une décision morale et éthique lourde : se retrancher derrière une condition de forme ou de procédure de la loi ou répondre à la demande d'euthanasie justifiée du patient alors qu'un de leurs confrères est défaillant.

La Commission a publié à ce sujet un texte explicatif disponible sur son site internet www.commissionneuthanasie.be, rubrique formulaire <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/qui-doit-remplir-la-declaration-adresser-la-cfcee>

Considérations de la Commission quant à l'indépendance du médecin consulté

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie prévoit que le (premier) médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant, et que, pareillement, le (second) médecin éventuellement consulté (lorsque le décès n'est pas prévisible à brève échéance) doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. En énonçant cette condition, le législateur a souhaité faire intervenir dans le processus un médecin qui pourra apprécier la situation avec un regard neuf, considérant que le médecin traitant ne dispose peut-être pas de l'objectivité nécessaire, notamment quant aux possibilités de traitement qui subsistent.

La Commission a déjà donné quelques explications quant à l'indépendance du médecin consulté, qui ont été reprises dans la brochure destinée aux médecins. Elle considère que cette notion implique que le médecin consulté ne peut avoir avec le patient ou le médecin en charge de celui-ci "*ni relation hiérarchique de subordination, ni relation familiale, et qu'il ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient*".

Il est apparu qu'il était important de revenir sur cette notion, à la suite notamment d'interrogations de médecins. À leurs yeux, les généralistes, médecins de famille, seraient les mieux placés pour s'exprimer sur le caractère inapaisable des souffrances d'un patient qu'ils connaissent depuis des années. Ces réflexions issues de la pratique doivent être entendues.

La question du lien hiérarchique pose peu de problèmes. Tout risque de pression ou de "conflit de loyautés" se doit d'être évité. Ainsi ne convient-il pas, par exemple, que des médecins spécialistes ou des généralistes en formation soient sollicités pour avis par leurs maîtres de stage.

Pour le surplus, la question de l'indépendance du médecin à l'égard du patient s'avère parfois délicate et difficile à respecter d'une manière absolue. La Commission s'était déjà prononcée à cet égard en évoquant "*l'absence de relation thérapeutique suivie*". Le mot "*suivie*" est particulièrement important. Il faut encore préciser ici : "*en lien avec la pathologie qui se trouve à l'origine de la demande d'euthanasie*". Cela n'aurait en effet aucun sens d'exclure de la possibilité d'assumer la fonction d'avis tout médecin qui aurait rencontré et soigné le patient dans le passé pour le traitement d'une autre affection, ni un médecin collègue dans le même département hospitalier ou dans une maison médicale qui aurait reçu le patient en l'absence de son confrère, ni un médecin spécialiste qui aurait été amené à donner un simple avis au décours de

la maladie, le cas échéant dans le cadre d'une concertation multidisciplinaire et sans qu'il y ait eu un contact personnel effectif avec le malade. La notion d'indépendance ne saurait s'entendre comme exigeant que le médecin consulté ne pourrait jamais, en aucune circonstance, avoir rencontré préalablement le patient ou avoir eu à connaître de son historique médical.

En effet, exiger une indépendance stricte et totale du médecin consulté est problématique, et peut s'avérer en réalité impraticable. Dès qu'un médecin doit porter un jugement dans une procédure d'euthanasie, il n'est plus complètement "indépendant" : une relation s'établit nécessairement avec le patient et, de plus, l'empathie est nécessaire pour ressentir la souffrance du patient concerné, et ainsi vérifier que les conditions essentielles prévues par la loi sont remplies. Il est même permis d'affirmer qu'une bonne connaissance du dossier, couplée à l'exploration d'autres options de traitement, est précisément préférable à une étude stérile, "froide et distante", du dossier. En principe, le médecin qui accomplit l'acte et les médecins consultés devraient idéalement pouvoir fonctionner comme une sorte de "concertation multidisciplinaire" pour cheminer ensemble vers la meilleure décision. Ceci est d'autant plus vrai en présence de patients psychiatriques.

La notion d'indépendance implique avant tout, dans n'importe quel domaine, l'absence de tout conflit d'intérêts (ou de loyautés) au sens large, tant matériel qu'intellectuel. Il importe que le médecin consulté soit convaincu qu'il peut jouer ce rôle sans excès de subjectivité. Ceci relève de sa déontologie personnelle. S'il a un doute, ou s'il sent qu'il risque d'être pris dans un conflit d'intérêts ou de loyautés, il fera bien de l'indiquer à son confrère, d'explicitier ce doute dans son avis et de lui conseiller de consulter un autre médecin par sécurité.

Le questionnement de la Commission sur ce point vient le plus souvent de l'indication, au titre de la "qualification du médecin consulté", qu'il s'agit d'un médecin traitant ou *behandelende arts* (qu'il soit généraliste ou spécialiste). Comme telle, cette indication est en effet de nature à laisser penser qu'il pourrait ne pas présenter l'indépendance requise. Même si ce doute est en réalité infondé, il convient d'éviter toute impression (apparence) de partialité. Il serait donc indiqué que le médecin qui remplit la déclaration précise que le confrère consulté n'était pas en relation thérapeutique suivie avec le patient, en lien avec la pathologie qui se trouve à l'origine de la demande d'euthanasie, comme indiqué ci-dessus, ou du moins que ce médecin est convaincu, en son âme et conscience, qu'il peut rendre l'avis demandé avec l'objectivité et la distance voulues. En pareil cas, la Commission n'aura aucune raison d'en douter, et la condition d'indépendance sera remplie.

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

Contrairement aux Pays-Bas, il n'existe pas en Belgique de directive spécifique concernant l'exécution de l'euthanasie et l'aide au suicide. En Belgique, de manière générale, pour la pratique de l'euthanasie, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) renvoie à la directive diffusée par le LEIF, à la brochure destinée aux médecins « L'euthanasie » éditée par l'ADMD (Association pour le droit de mourir dans la dignité), à la directive néerlandaise KNMG/KNMP (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst/Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Farmacie) ou à celle diffusée via l'Association Pharmaceutique Belge - uniquement en néerlandais.²

En Belgique, les substances euthanasiques sont administrées par voie intraveineuse. Aux Pays-Bas, les directives préconisent des doses standards (plutôt que des doses basées sur le poids corporel) et une induction adéquate de la sédation avant l'administration d'un relaxant musculaire ou d'un bloqueur neuromusculaire. Ce dernier provoque une paralysie des muscles striés (sauf le cœur). Une fois la respiration arrêtée, un arrêt cardiaque rapide et spontané survient, entraînant le décès du patient.

Étapes de l'exécution de l'euthanasie

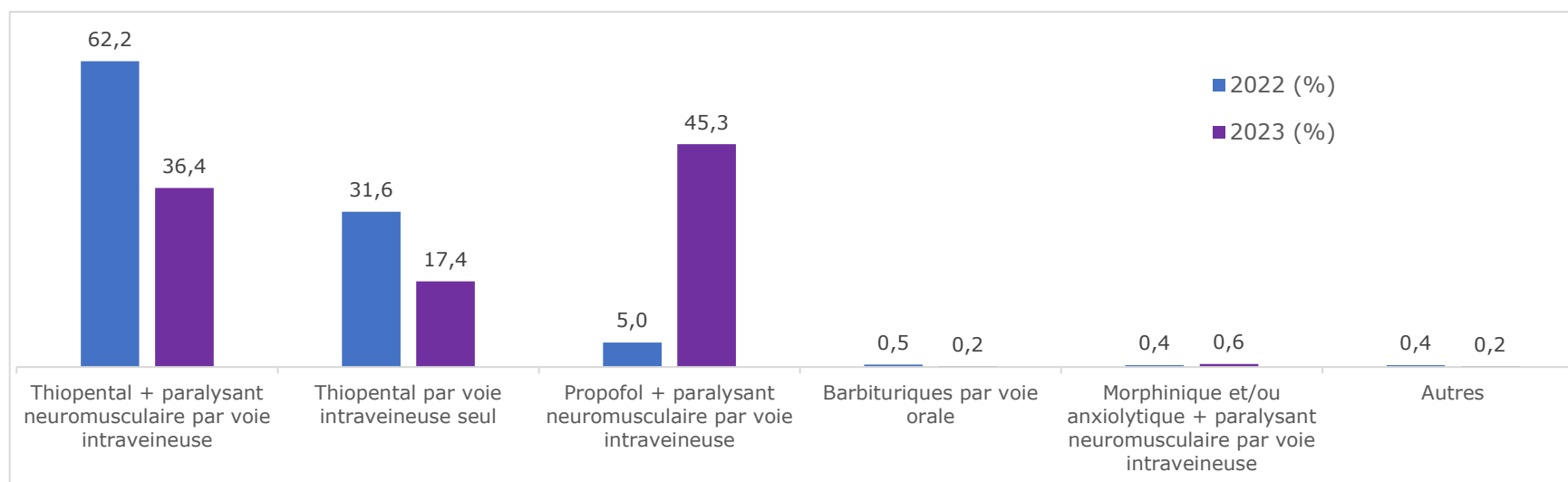
Une distinction est faite entre les étapes non essentielles et essentielles.

1. L'induction du sommeil (S) ou prémédication est une étape non essentielle.
 - Bien que non indispensable, cette étape est souvent utilisée car elle donne au médecin et au patient l'impression que le patient "s'endort" avant de mourir.
 - Les médicaments les plus couramment utilisés sont : Midazolam, Sufenta (plus rare), Valium ou même morphine (exceptionnellement).
2. L'étape essentielle est l'induction du coma (C) suivie d'un relaxant musculaire (CU) par lequel la respiration s'arrête et le muscle cardiaque s'arrête.

- Substances couramment utilisées pour l'induction du coma : Thiobarbital® (2g ou plus), Propofol® ou Diprivan® (1 000 mg ou plus). Des doses élevées provoquent souvent un arrêt respiratoire, suivi d'un arrêt cardiaque.
- Un relaxant musculaire est administré une fois le coma profond vérifié. Les plus utilisés sont : Nimbex® (30 mg), Esmeron® (150 mg), Tracium® (150 mg).
- L'utilisation de morphine ou de diazépam seuls pour l'induction du coma ou encore de chlorure de potassium pour provoquer l'arrêt cardiaque ne relève pas d'une bonne pratique clinique.

L'induction de l'inconscience par l'administration d'un sirop de barbiturique a été utilisée pour 30 euthanasies (0,6 % des euthanasies). 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 méthode est qualifiée d'« assistance médicale au suicide » ou de « suicide assisté ». La Commission et l'ordre des médecins considèrent que cette manière de procéder est autorisée par la loi pour autant que les conditions et les procédures aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité constante du médecin. Celui-ci doit rester présent de manière ininterrompue et prêt à intervenir jusqu'au terme du processus. Cette interprétation concorde avec l'avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins du 22 mars 2003⁶.



99,5% des euthanasies respectaient selon les bonnes pratiques. Dans certains cas (0,5 %) la méthode utilisée n'était pas adéquate. Cela ne signifie pas que ces euthanasies n'ont pas été pratiquées dans les règles de l'art. Les médecins étaient contactés par un de leurs confrères membre de la Commission afin d'attirer leur attention sur les médicaments et méthodes à suivre pour une mort paisible. Les recherches montrent régulièrement que ces techniques sont utilisées en raison de pénuries de thiopental ou des inconvénients liés à l'utilisation du Propofol.).

⁶ **Sources** Directive KNMG/KNMP 2012. "Uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding". <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/euthanasie.htm>.
LEIF. Guide à l'intention des professionnels. <https://leif.be/professionele-info/professionele-leidraad>.
APB. Euthanasie : directives pratiques (uniquement en néerlandais) https://www.klav.be/klavinfo/files/Dossiers/Euthanasie/NL/201506_FT_Euthanasie.pdf.

Indisponibilité du thiopental

Le thiopental est le principal produit utilisé pour pratiquer une euthanasie. Injecté par voie intraveineuse, ce produit induit un coma profond et peut, dans certains cas, provoquer déjà un arrêt respiratoire et le décès. Si le patient n'est pas encore décédé de la sorte, un paralysant musculaire (curare) est administré ensuite, entraînant l'arrêt de la respiration et du cœur et ensuite la mort.

Le thiopental n'étant pas disponible sur le marché belge, on l'importait et le distribuait de l'étranger depuis 2011 par le biais d'une dérogation spéciale. Fin novembre 2022, la production de ce produit a été arrêtée entraînant son indisponibilité en Belgique. Importer le thiopental de l'étranger sur base individuelle est possible mais cela implique des démarches administratives et logistiques supplémentaires pour le médecin et le pharmacien.

En mai 2023, une autorisation de mise sur le marché de thiopental 1gr a été accordée à une firme pharmaceutique mais il a fallu attendre avril 2024 pour qu'il soit commercialisé.

Comme alternative, les médecins peuvent recourir au propofol. Le propofol est un médicament hospitalier mais, dans le contexte de l'euthanasie, il peut également être délivré par un pharmacien d'officine et administré en dehors de l'hôpital.

Ces difficultés d'approvisionnement sont régulièrement citées dans les documents d'enregistrement. Planifier et mettre en œuvre une euthanasie exige, en plus de la procédure suivie par la loi, une préparation et une planification approfondie entre le médecin et le pharmacien sur les médicaments à utiliser et leurs modalités de délivrance.

11) Les décisions de la Commission

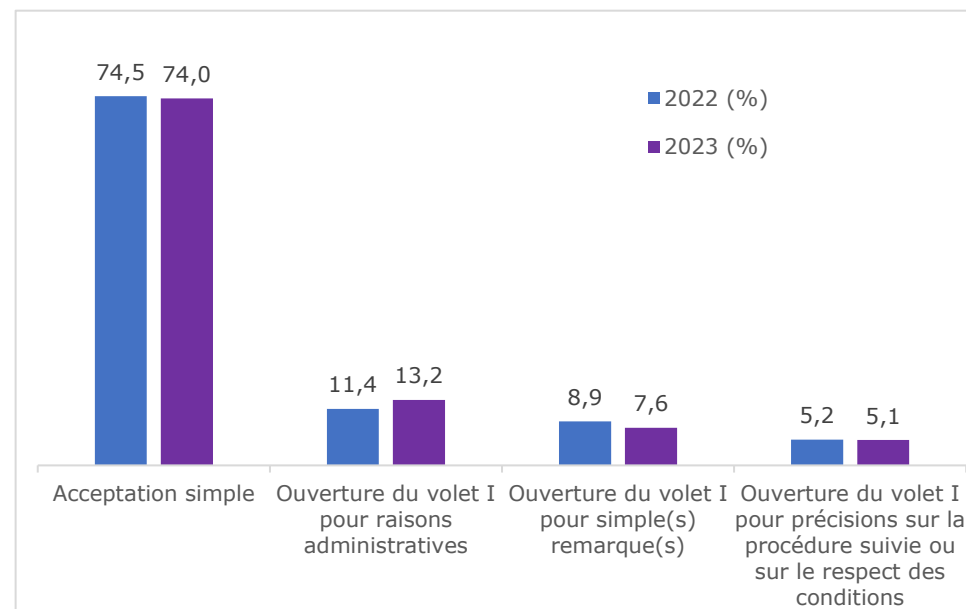
En 2022-2023, 74,3 % des déclarations étaient correctement remplies ont donc été acceptées d'emblée. (Acceptation simple)

Dans 24,8 % des dossiers, la Commission a décidé la levée de l'anonymat et l'ouverture du volet I, afin de demander un complément d'information au médecin déclarant.

Cette ouverture était, dans 8,2 % 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 (Ouverture pour simples remarques). Ces dernières ne mettaient cependant pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.

Dans 17,5 % 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 (Ouverture raisons administratives ou pour précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions). 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.

Ceci concerne assez souvent la case 6 du volet II du document d'enregistrement, portant sur la demande du patient. Il y est demandé au médecin d'indiquer sur la base de quels éléments il s'est assuré que la demande a été formulée, d'une part, de manière réfléchie et répétée et, d'autre part, de manière volontaire et sans pression extérieure. Il ne suffit pas que le médecin se borne à indiquer que tel a bien été le cas ; il doit



énoncer, fût-ce brièvement, les circonstances concrètes dont il a pu le déduire (l'indication p.ex. que la demande a été formulée en colloque singulier à de nombreuses reprises depuis plusieurs mois est suffisante, à l'égard tant du caractère réfléchi et répété que du caractère volontaire et sans pression).

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 (demande volontaire, réfléchie et répétée d'un patient conscient et capable, souffrance constante, insupportable et inapaisable, résultant d'une affection grave et incurable, la situation médicale étant sans issue). La brochure d'information rédigée par la Commission a été systématiquement jointe à toutes les lettres adressées aux médecins concernés.

C. Évaluation spécifique de certaines catégories de patients

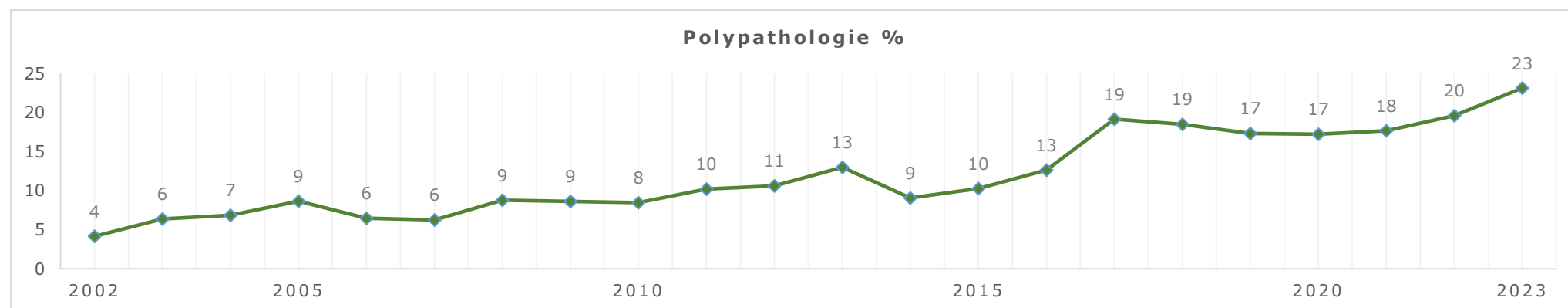
Remarque

Ces informations sont fournies uniquement à titre indicatif et ne sont pas exhaustives. Elles ne se réfèrent en effet pas toujours à un item spécifique du formulaire de déclaration à la commission, n'étant pas prévu par la loi que la commission consulte les dossiers médicaux. Leur encodage se base donc exclusivement sur certains détails fournis dans les déclarations, et sur un codage réalisé à posteriori par un membre médecin de la Commission.

1) Patients souffrant de polyopathologies

Les polyopathologies constituent la deuxième catégorie de patients ayant eu recours à l'euthanasie en 2022-2023. Ce groupe prend de plus en plus d'importance. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, on observe une hausse constante de leur proportion, atteignant 23 % en 2023 (voir graphique).

Ce pourcentage continuera à augmenter, car la polypathologie est associée au processus de vieillissement que subissent les patients. Le graphique des âges le confirme : 70 % des patients avaient plus de 80 ans et 32 % plus de 90 ans (voir graphique).

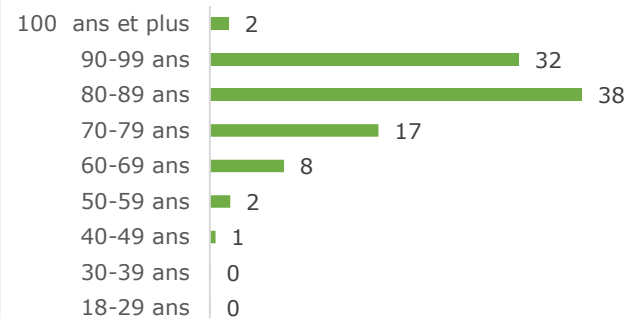


Pour rappel : cet encodage se base exclusivement sur certains détails fournis dans les déclarations, et sur un codage réalisé à posteriori par un des membres de la Commission n'étant pas prévu par la loi que la commission consulte les dossiers médicaux.

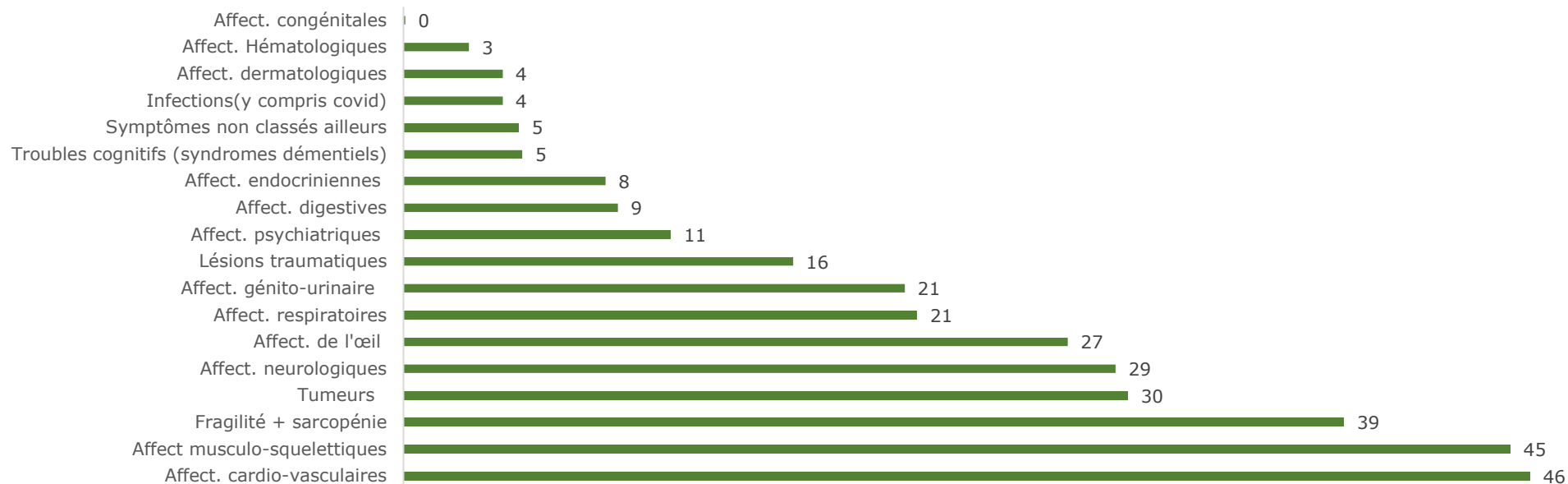
La définition utilisée par la commission d'euthanasie repose sur celle de la multimorbidité donnée par Van den Akker en 1996 : "The co-occurrence of multiple chronic or acute diseases and medical conditions within one person."⁷ Chez ces patients, la gravité de l'affection résulte d'une combinaison de maladies évolutives, non améliorables et de plus en plus handicapantes (parfois jusqu'à une défaillance d'organes). (voir graphique). Certaines de ces affections mettent la vie en danger, d'autres affectent principalement la qualité de vie. Cela est également démontré par le fait que 56 % des patients sont considérés comme allant décéder à brève échéance.

Environ 50 % de ces patients souffrent d'insuffisance cardiaque grave à terminale et de polyarthrose invalidante ; 30 % présentent un cancer métastatique ou non métastatique qui ne peut être traité correctement en raison de la polypathologie. Chez 1/5 des patients, une insuffisance rénale est présente, pouvant être à l'origine d'un syndrome cardio-rénal difficile à traiter. 1/10 des patients souffrent d'un trouble psychiatrique, principalement un trouble dysthymique ou une réaction de deuil complexe. Chez 5 % des patients, on observe un début de démence ou un trouble de la mémoire.

Poly- Répartition par âge - % en 2022-2023



Systèmes corporels affectés - % 2022-2023



Pour rappel : cet encodage base exclusivement sur certains détails fournis dans les déclarations, et sur un codage réalisé à posteriori par un des membres de la Commission n'étant pas prévu par la loi que la commission consulte les dossiers médicaux.

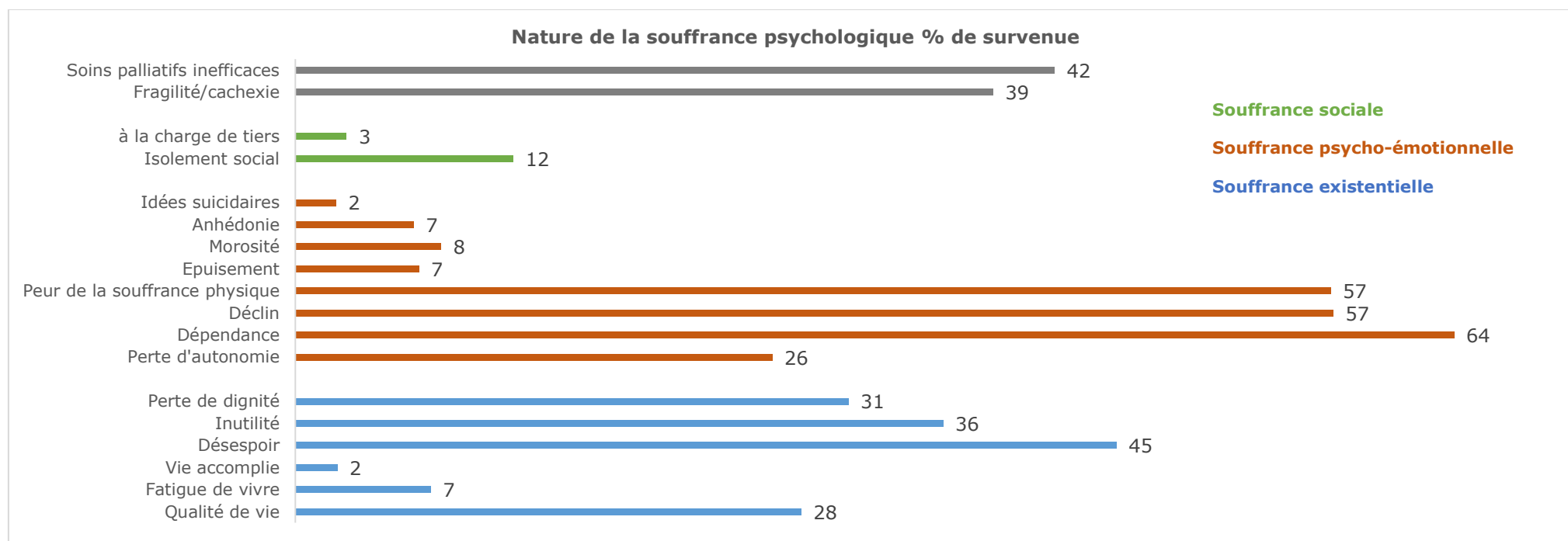
⁷ Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA, Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature Eur J Gen Pract 1996;2:65-70

L'évolution chronique de ces affections s'étend sur plusieurs années et constitue la principale cause de souffrance psychologique importante (voir graphique). La nature de cette souffrance psychologique offre un aperçu clair des motivations de ces patients à demander l'euthanasie. Cette souffrance a été évaluée sur la base des recherches scientifiques de Marianne Dees et al.⁸. De cette analyse, il ressort que le sentiment de désespoir, la dépendance aux soins, la peur d'une dégradation supplémentaire et celle de souffrances physiques accrues sont des facteurs déterminants dans la demande d'euthanasie. En revanche, la lassitude de vivre et le sentiment d'une vie accomplie ne jouent qu'un rôle très limité.

Vignette clinique illustrant la situation

Il s'agit d'une dame très âgée de 93 ans. Aveugle depuis l'âge de 20 ans d'une rétinite pigmentaire, elle a récemment été victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) aux conséquences très graves. Il y a quelque temps, elle a subi un second accident vasculaire cérébral et a été hospitalisée. Elle n'a pratiquement pas récupéré et son état risque de devenir chronique. Elle souffre d'une hémiplégié gauche et est incapable de marcher seule, de se nourrir, de se laver et de sortir de chez elle ; elle doit porter des couches. Surtout, elle n'est plus en mesure de vivre de manière autonome. Elle ne veut pas être placée. Cette situation lui est insupportable et lui cause une grande souffrance psychologique. Tous ses proches acceptent et partagent sa déclaration, confirmant que ce qu'elle vit est extrêmement douloureux et insupportable pour elle, malgré toutes les dispositions qui peuvent être prises. Un traitement antidépresseur est inutile dans la mesure où elle n'est absolument pas déprimée et qu'elle n'a jamais présenté aucun antécédent dépressif.

La perte d'autonomie, actuellement totale, ne risque pas de s'améliorer au vu de l'évolution de son AVC. La patiente ne supporte pas sa déchéance. La souffrance morale qui en résulte est insoutenable et sans espoir d'amélioration. Un médecin généraliste LEIF et un interniste LEIF ont tous deux donné un avis favorable.



Pour rappel : cet encodage se base exclusivement sur certains détails fournis dans les déclarations, et sur un codage réalisé à posteriori par un des membres de la Commission n'étant pas prévu par la loi que la commission consulte les dossiers médicaux.

⁸ * Dees MK et al, 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics 2011 ; 37: 727-734.

De cette analyse, il est clair que les polyopathologies entraînent des souffrances somatiques et psychiques sévères, répondant aux critères des maladies graves, incurables et intractables.

2) Patients atteints de démence

L'euthanasie pour un patient souffrant de démence n'est possible que si ce dernier conserve une conscience de sa maladie et reste capable d'exprimer sa volonté. Si le patient n'en est plus capable, l'euthanasie n'est pas possible.

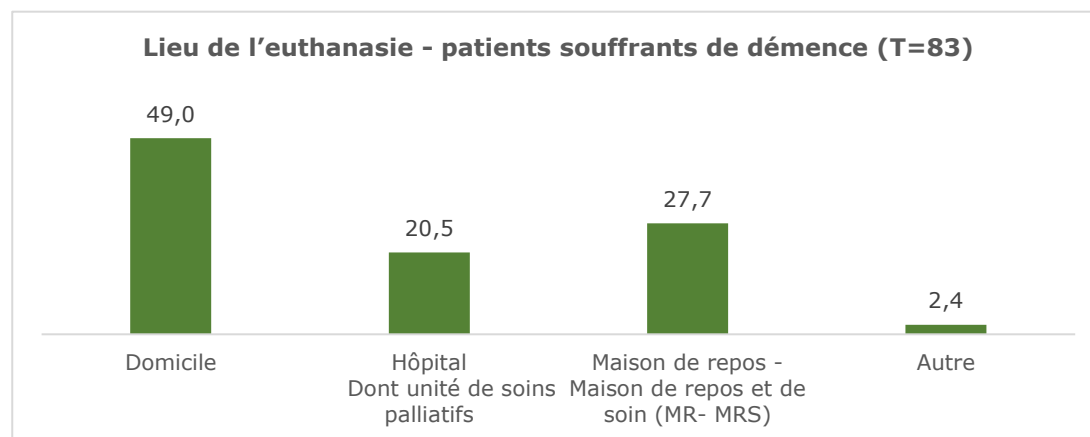
Vignette clinique illustrant la situation

Il s'agit d'un homme de 70 ans atteint de la maladie d'Alzheimer, confirmée par des biomarqueurs dans le liquide céphalo-rachidien. Il est suivi par son neurologue. Lors de sa demande d'euthanasie, il présente un déclin cognitif relativement rapide accompagné de troubles comportementaux très perturbants. Ces troubles sont confirmés par son épouse et son neurologue traitant. Lors de son dernier contrôle, une diminution de 7 points au MMSE (score de 17/30) a été constatée. Le patient est traité par Donepezil® et Memantine®. Il éprouve particulièrement des difficultés liées à l'aggravation des troubles comportementaux.

Dans son cercle d'amis, il connaît une personne atteinte de démence avancée. Il refuse catégoriquement de vivre la dégradation mentale et physique qu'il observe chez son ami. Il trouve déjà difficile d'oublier certaines choses ou de peiner à les nommer, ce qui le rend dépendant de l'aide de son épouse. Pour lui, une telle vie dépourvue de qualité est indigne et donc dénuée de sens. Cette situation lui cause une grande souffrance psychologique, au point qu'il présente même des idées suicidaires. Il se rend compte de la nature incurable de son état et que seule une nouvelle détérioration l'attend sans aucune autre perspective. Il est pleinement conscient du caractère incurable de sa maladie et du fait que seul un déclin progressif l'attend, sans aucune perspective d'avenir. Cette situation lui est insupportable. Il refuse en toutes circonstances de subir une telle dégradation totale. Sa demande est mûrement réfléchie, et il y travaille depuis l'annonce de son diagnostic. Il avait abordé ce sujet avec son ancien médecin traitant, qui lui avait promis de l'aider. Cependant, le retrait de ce médecin l'a profondément déçu et l'a poussé à chercher de l'aide ailleurs. Sa demande émane clairement de lui-même, bien qu'elle soit soutenue par son épouse et le fils de celle-ci. Il n'y a aucune pression extérieure. Sa demande a été favorablement évaluée par un médecin généraliste formé en accompagnement de fin de vie (LEIFarts) et un psychiatre.

Lieu de l'acte

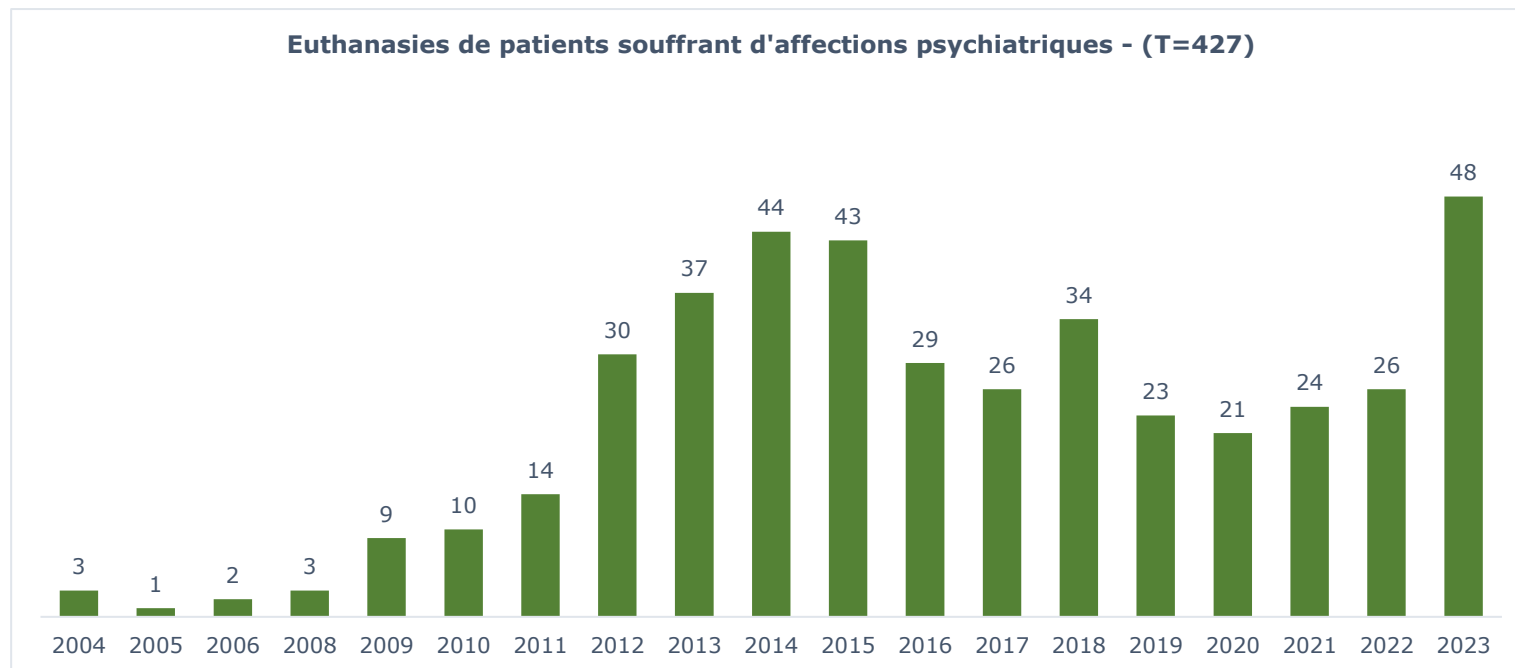
Dans plus de 75 % des cas, l'euthanasie est pratiquée au domicile ou en maison de repos, soulignant le rôle crucial du médecin généraliste à la fois dans la prise en charge de la demande et dans l'exécution éventuelle.



3) Patients atteints d'affections psychiatriques.

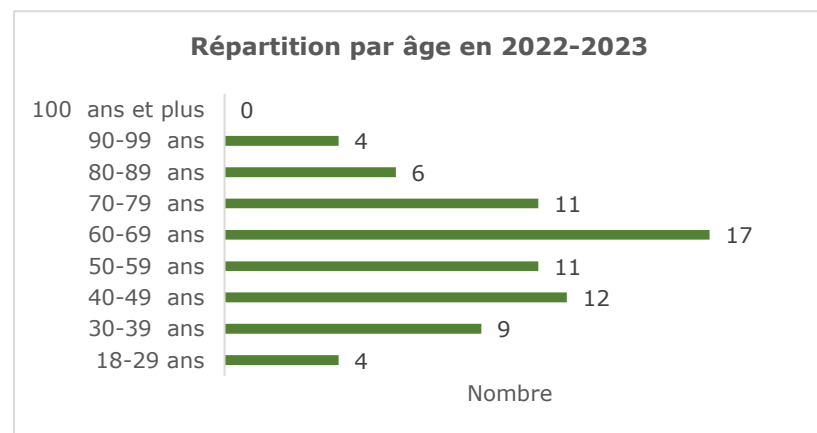
Bien que cela concerne un groupe limité de patients, l'euthanasie chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques suscite encore beaucoup de controverses, non seulement dans les médias, mais aussi au sein de la profession psychiatrique. De nombreuses questions sont soulevées concernant l'évaluation de la capacité de ces patients à exprimer leur volonté, la définition du caractère sans issue de leur situation, ainsi que la détermination de leur état comme étant incurable ou résistant aux traitements.

Le nombre de patients a augmenté en 2023 par rapport à 2022 atteignant son niveau le plus haut niveau depuis l'entrée en vigueur de la loi.



Avant 2016, la Commission ne faisait pas de différence entre les troubles cognitifs et les affections psychiatriques. Le codage des années précédentes a été réalisé à posteriori par un médecin membre de la Commission.

Répartition par âge

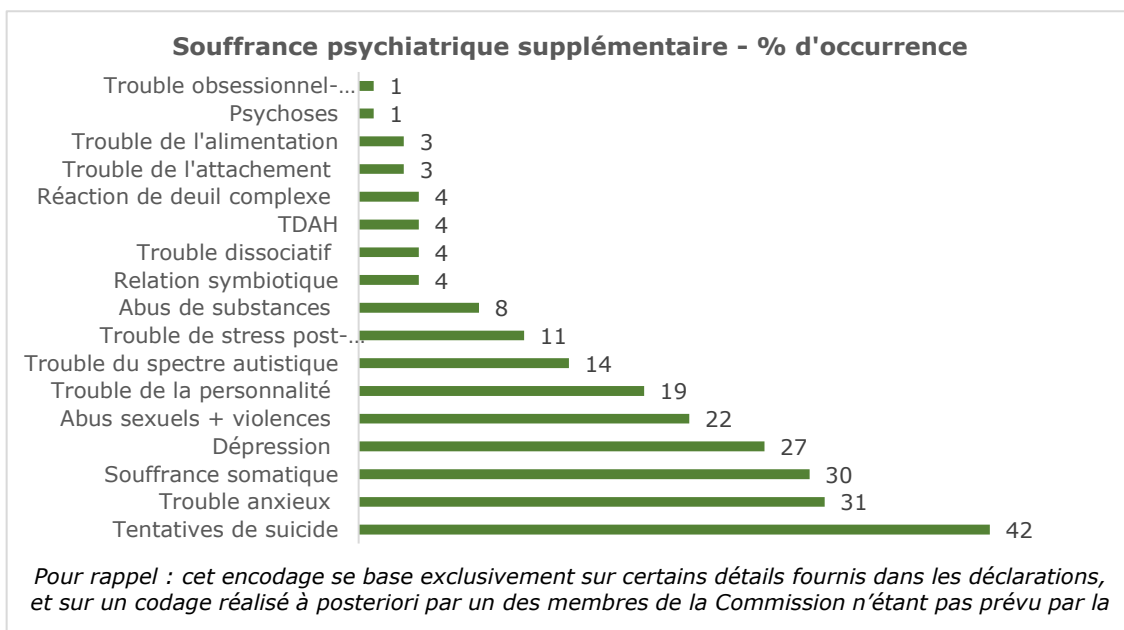


On remarque une répartition par âge qui diffère fortement des autres groupes de patients. Ce qui frappe le plus, ce n'est pas tant qu'il y ait un certain nombre de jeunes patients atteints de troubles psychiatriques ayant eu recours à l'euthanasie, mais également un nombre significatif de patients âgés et très âgés. Cela peut s'expliquer par le fait que différents troubles psychiatriques sont à l'origine des demandes d'euthanasie selon les âges.

Nature de l'affection psychiatrique	Nombre
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques	25
Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de trouble dépressif majeur sans symptômes psychotiques	9
Trouble de stress post-traumatique	6
Trouble de la personnalité borderline	5
Trouble de la personnalité	5
Trouble du spectre de l'autisme	3
Schizophrénie	3
Trouble dissociatif non spécifié	2
Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques	2
Trouble schizo-affectif	2
Trouble anxieux (généralisé)	1
Syndrome post- commotionnel	1
Troubles délirants persistants non spécifiés	1
Total	74

La complexité, la gravité et le caractère désespéré de la souffrance psychiatrique sont clairement illustrés par la présence de pathologies psychiatriques et de symptômes supplémentaires.

Dans plus de 40 % des cas, on note des tentatives de suicide dans les antécédents. Dans 31 % des cas, il y a un trouble anxieux concomitant, et dans 22 %, des antécédents d'abus sexuel et/ou de violence durant l'enfance.



Vignette clinique illustrant la situation

Une patiente âgée d'une vingtaine d'années, ayant subi des traumatismes sévères dans son enfance, notamment des abus sexuels graves et des violences physiques et verbales répétées, présente des troubles dissociatifs persistants. Hospitalisée en établissement psychiatrique pendant de longues périodes depuis son adolescence, elle a reçu des traitements extrêmement intensifs, mais reste confrontée à la reviviscence de ses traumatismes. « Elle a tenté de travailler avec son monde intérieur, bien que cela soit très difficile pour elle (...) Ce voyage thérapeutique était trop douloureux », écrit un des médecins consultés dans son rapport. Elle a également fait plusieurs tentatives de suicide graves, où elle a été sauvée in extremis.

Le médecin consulté, après avoir vérifié l'ensemble des critères prévus par la loi, confirme qu'aucune offre thérapeutique ne peut être envisagée : « Le traumatisme est trop lourd à porter, donc une offre thérapeutique ne fait qu'exacerber le trouble de dissociation (...) Pour elle, sa situation est dégradante, désespérée et insupportable. La guérison ou l'amélioration ne sont pas envisageables dans un délai raisonnable » au regard des souffrances exprimées par la patiente et de sa situation clinique.

Vignette clinique illustrant la situation

Il s'agit d'une patiente de 85 ans souffrant d'une réaction de deuil complexe persistante, associée à des souffrances physiques.

« Madame présentait des souffrances psychologiques constantes et insupportables dans un contexte mixte de dépression à la suite de la perte de son mari (*deuil pathologique*) il y a quatre ans et de dégradation de son état général sur dégradation fonctionnelle avec troubles de la marche sur troubles de l'équilibre et arthroses diffuses. Malgré tous les traitements entrepris (antidépresseurs et anxiolytiques variés, psychothérapie, hospitalisations multiples) la souffrance n'a pu être soulagée. »

4) Patients résidant à l'étranger

Dans notre pays, des patients ne résidant pas en Belgique peuvent également recourir à l'euthanasie à condition que leur demande respecte les exigences fondamentales de la loi et que la procédure soit suivie correctement. Le médecin traitant doit également établir une relation patient-médecin avec ces patients, ce qui implique que ceux-ci consultent le médecin à plusieurs reprises.

Dans le volet II, qui est la partie du document d'enregistrement dont disposent les membres de la Commission, seul le lieu de naissance du patient est demandé. Le domicile est renseigné dans le volet I, lequel ne peut être ouvert que lorsque des informations complémentaires sont demandées au médecin déclarant. Cependant, il arrive que des médecins mentionnent dans le volet II qu'il s'agit d'un patient étranger.

Depuis mars 2021, le nouveau document d'enregistrement permet aux médecins qui le souhaitent d'indiquer le pays de résidence du patient. Selon le volet II des déclarations, en 2022 et 2023, 170 patients résidant à l'étranger sont venus en Belgique faire une demande d'euthanasie. Celle-ci a été favorablement évaluée après examen et réalisée à la demande des patients. Puisque la mention du pays de résidence n'est pas une obligation légale, il est impossible de déterminer le nombre exact de patients résidant à l'étranger ayant été euthanasiés en Belgique ; ainsi, le chiffre de 170 représente le nombre minimal connu. Ce chiffre montre une hausse par rapport au précédent rapport, qui indiquait que 79 patients résidant à l'étranger étaient venus en Belgique en 2020 et 2021. Toutefois, il convient de prendre en compte que cette donnée peut être influencée par le changement du document d'enregistrement introduit en mars 2021.

Ces patients souffraient entre autres d'affections neurologiques, de tumeurs ou de polyopathologies, d'une maladie neurologique incurable grave (p.ex. sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA)) ou d'un cancer métastasé (p.ex. cancer du sein ou pancréas). Plus de 69% des décès étaient attendus à brève échéance. Les patients étaient principalement âgés de 50 à 89 ans. Ces euthanasies ont été pratiquées tant dans la partie néerlandophone que dans la partie francophone du pays mais concernaient essentiellement des patients francophones.

Parmi les 170 cas recensés, 154 patients résidaient en France, représentant 90,59% des cas. La Commission Euthanasie, via le SPF santé publique, reçoit d'ailleurs quasi quotidiennement des demandes de renseignement des patients résidant en France. Outre le fait que cette gestion de ces demandes représente une charge de travail supplémentaire, elle soulève également des questions fondamentales sur l'accessibilité de ces services aux patients étrangers. Cela inclut non seulement les ajustements nécessaires pour traiter ces demandes spécifiques par les médecins et les services belges, mais aussi les risques de discriminations potentielles envers ces patients – qui viennent s'ajouter aux difficultés et à l'isolement déjà expérimentés par ces patients et leurs proches dans leur parcours médical. En effet, bien que de nombreux dossiers témoignent de collaborations entre les praticiens belges et français, ils mettent également en lumière les défis de communication et la réalité des interruptions dans la continuité de soins pour ces patients. De plus, ils révèlent les difficultés logistiques rencontrées pour réaliser l'acte euthanasique dans ce contexte de mobilité médicale, particulièrement dans un contexte palliatif parfois aggravé par des complications sévères, telles qu'une occlusion intestinale ou une paraplégie maligne.

Outre la France, les autres pays d'origine mentionnés sont : Angleterre, Allemagne, Australie, Corée du Sud, Danemark, Espagne, Hongrie, Italie, Kenya, Pays-Bas, Pologne, Portugal et Ukraine.

5) Patients ayant fait un don d'organes

Certains patients souhaitent faire don de leurs organes et aider de cette manière d'autres personnes. Les médecins ne sont pas tenus de mentionner le don d'organes dans le document d'enregistrement. Un don d'organes a été mentionné dans 12 documents d'enregistrement pour les années 2022-2023 (17 dons d'organes déclarés à la Belgian Transplantation Society - www.transplant.be)

Les patients souffraient de tumeurs, de maladies neurologiques et d'affection psychiatrique. Ils étaient à part presque égale francophones et néerlandophones, âgés de moins de 18 ans à 79 ans, de genre majoritairement féminin et le décès n'était, sauf dans trois cas, pas attendu à brève échéance.

D. Modifications de la loi à la suite des arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme et de la Cour constitutionnelle

À la suite de l'arrêt du 4 octobre 2022 de la Cour européenne des droits de l'homme – CEDH - et celui du 20 octobre 2022 de la Cour constitutionnelle, le législateur était invité à apporter des corrections à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Ce fut chose faite par la loi du 27 mars 2024 introduisant la levée de l'anonymat du document d'enregistrement et des sanctions spécifiques. Ces modifications de la loi relative à l'euthanasie ne concernant pas les années exposées dans le présent rapport, ce sujet sera abordé plus en détail dans le prochain, celui détaillant les années 2024 et 2025. D'ores et déjà, ces modifications et leur implication sont publiées sur le site internet de la Commission, www.commissionneuthanasie.be (rubriques [Plus d'informations](#) pour les sanctions et Formulaires pour la levée de l'anonymat).

E. Conclusion

L'objectif de ce rapport bisannuel est d'aborder de façon détaillée et transparente les résultats et les tendances constatés au cours des dernières années, tels qu'ils ressortent des documents d'enregistrement.

Le nombre d'euthanasies enregistrées continue d'augmenter en moyenne de 12% par an.

Le nombre de déclarations reçues en 2022 et 2023 a été au total de 6389.

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 à la suite de 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.

La proportion de documents d'enregistrement en français et néerlandais reste stable (70,6 % NL / 29,4 % FR) mais les documents d'enregistrement rédigés en français ont certes augmenté pour ces deux années.

70,3 % des patients étaient âgés de plus de 70 ans et 42 % avaient plus de 80 ans. L'euthanasie chez les patients de moins de 40 ans reste très peu fréquente (1,2 %). Ce sont surtout les patients des tranches d'âge 60, 70, 80 ans qui demandent l'euthanasie (75,5 %). Le groupe de patients le plus important concerne la tranche d'âge entre 80 et 89 ans (28,5 %).

En 2022 et 2023, une déclaration relative à l'euthanasie d'un mineur a été enregistrée.

Depuis 2022, le pourcentage d'euthanasies ayant eu lieu au domicile diminue (49,5%). En revanche, le pourcentage d'euthanasies pratiquées dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins augmente (17%) tandis que le pourcentage ayant lieu dans les hôpitaux et les unités de soins palliatifs augmente un peu (31,9%) par rapport aux années 2021-2021

Dans la grande majorité des cas (80,8 %), le médecin estimait que le décès du patient était prévisible à brève échéance.

[Table des matières](#)

Pour la majorité des patients, plusieurs types de souffrances tant physiques que psychiques (à ne pas confondre avec les affections psychiatriques) ont été constatés simultanément (74,4 %). Ces souffrances étaient toujours la conséquence d'une ou plusieurs affections graves et incurables.

Moins de 1 % des euthanasies concernaient des patients inconscients ayant fait une déclaration anticipée.

Sur la période 2022-2023, les affections à l'origine des euthanasies étaient des tumeurs (cancers) (57,5 %), des polyopathologies (21,5 %), des maladies du système nerveux (9,3 %), des maladies de l'appareil circulatoire (3,4%), des maladies de l'appareil respiratoire (3 %), des troubles cognitifs (1,3 %), des affections psychiatriques (1,2%), des maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif (0,6%), des lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (0,5%) et des maladies de l'appareil digestif (0,4 %). Les autres catégories toutes rassemblées représentent 1,2 % des affections.

Les demandes d'euthanasie sur la base de troubles mentaux et du comportement (les affections psychiatriques comme les troubles de la personnalité et les troubles cognitifs comme les maladies d'Alzheimer sont rassemblés dans ce groupe) restent marginales (2,5% de l'ensemble des euthanasies). Comme tous les dossiers d'euthanasies, ceux-ci respectent les conditions légales (patient capable ; demande écrite ; situation médicale sans issue ; souffrance constante, inapaisable et insupportable causée par une affection grave et incurable ; demande réfléchie et répétée).

La Commission a estimé que toutes les déclarations reçues répondaient aux conditions essentielles de la loi et aucune n'a été transmise au procureur du Roi.

Comme dans le précédent rapport, une attention particulière a été consacrée aux notifications portant sur les différents prestataires de soins impliqués dans le processus d'euthanasie. Il s'agit, en l'occurrence, de données que le médecin n'est pas tenu de communiquer. Aujourd'hui, une approche multidisciplinaire est prévue dans toutes les disciplines médicales. C'est une caractéristique d'une médecine de qualité. Les médecins se concertent avec d'autres médecins et d'autres prestataires concernés avant de prendre une décision sur un éventuel diagnostic, avant la poursuite des examens et du traitement. Les documents d'enregistrement indiquent qu'une telle concertation a également lieu dans le cadre d'une demande d'euthanasie. Certains médecins souhaitent évaluer la question importante de la fin de vie à la demande du patient en fonction de l'avis d'autres prestataires. Il convient toutefois d'éviter que ces 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 qui doit demeurer le paramètre central à prendre en considération.

Section 3

Recommandations de la Commission

Si l'évolution des attentes sociétales a élargi les missions de la Commission Euthanasie, les moyens alloués – inchangés depuis 2003 – apparaissent désormais limités pour accompagner efficacement ces nouvelles exigences, risquant à terme de fragiliser son fonctionnement.

Charge de travail conséquente et croissante ainsi que faible valorisation du travail des membres : un frein à l'attractivité et au renouvellement des mandats

La rémunération des membres, fixée en 2004 à 20 € par réunion (25 € pour les présidents) sous déduction d'un précompte professionnel, apparaît totalement disproportionnée par rapport au volume et à la complexité du travail accompli. En plus des réunions, les membres assurent bénévolement des tâches essentielles telles que l'analyse préalable des dossiers, la communication avec les médecins, les réponses aux sollicitations externes et la participation à divers projets. Cette rétribution insuffisante nuit à l'attractivité des mandats et au renouvellement des membres.

Cadre administratif largement sous-dimensionné : un risque pour la pérennité des activités

Le secrétariat, actuellement limité à seulement deux personnes, doit gérer plus de 3 500 dossiers par an, en plus d'un ensemble croissant de tâches administratives, statistiques et de communication.

Ce déséquilibre est d'autant plus frappant lorsque l'on compare avec des institutions similaires, comme aux Pays-Bas, où des équipes nettement plus étoffées assurent non seulement la gestion des charges courantes, mais aussi la réalisation de projets essentiels pour l'évolution et la qualité des missions.

Sans un renfort immédiat, la continuité des activités de la Commission sera inévitablement mise en péril en cas d'absence ou de surcharge.

Retards dans la dématérialisation : un blocage à la modernisation du processus

Le développement d'un formulaire électronique, essentiel pour garantir l'efficacité du traitement des dossiers, est bloqué depuis 2023. Ce retard est dû à des incertitudes juridiques, administratives et budgétaires. Bien que la loi ait été adaptée en 2024 pour lever certains obstacles, des clarifications supplémentaires et des ajustements financiers sont nécessaires pour relancer ce projet essentiel pour la modernisation des procédures de déclaration des euthanasies.

A. Recommandations urgentes

La Commission met l'accent sur la nécessité de :

- Renforcer le cadre administratif et les moyens humains. **La Commission insiste sur le fait que cette condition est indispensable et prioritaire, sans laquelle aucune autre mission ne peut être pleinement élaborée ni mise en œuvre.**
- Revoir la rétribution des membres pour valoriser leur contribution et faciliter le renouvellement des mandats.
- Finaliser le projet de dématérialisation des procédures de déclaration (formulaire en ligne pour les médecins) et son financement.

Ces mesures sont indispensables pour permettre à la Commission d'exercer ses missions dans un cadre adapté à ses enjeux actuels et futurs. Sans une réponse rapide, les insuffisances actuelles risquent de compromettre durablement l'efficacité et la pérennité de la Commission.

B. Recommandation à long terme : un département dédié à l'euthanasie

La création d'un département dédié à la gestion de l'euthanasie renforcerait les dispositifs existants, articulant efficacement le suivi administratif et médico-légal avec les dimensions communicationnelles et scientifiques, dans une approche coordonnée. Il va de soi que cela doit se faire dans le respect du cadre institutionnel. Une coordination avec les entités fédérées (communautés et régions) est donc également nécessaire en ce qui concerne le soutien aux patients et la formation des professionnels de santé.

Un tel nouveau département ou service département ferait office de **point de liaison entre les SPF Santé publique et Justice**, tout en optimisant l'utilisation des ressources. Il aurait aussi pour mission de moderniser les processus, notamment en automatisant la gestion des données pour faciliter le traitement quotidien, tout en améliorant la compréhension et l'évaluation de la pratique, avec trois objectifs clés :

Une optimisation de l'organisation et des processus

Au niveau structurel, le département pourrait proposer des améliorations pour renforcer le **fonctionnement de la Commission**, notamment en améliorant la coordination des tâches et en modernisant les outils de gestion. Cela inclurait notamment :

- **La digitalisation des dossiers**, pour simplifier les processus, renforcer la qualité du contrôle et améliorer encore la collecte, l'analyse et l'utilisation des données statistiques ;
- **L'évaluation de la procédure de déclaration des euthanasies**, afin de s'assurer que les formulaires utilisés répondent efficacement aux besoins du terrain ;
- **La transparence des processus de contrôle**, incluant la publication d'exemples concrets pour mieux illustrer les cas complexes et mettre en lumière le travail accompli par la Commission pour les examiner ;
- **L'amélioration de la coordination (interinstitutionnelle)**, en particulier inter-SPF, pour fluidifier les échanges entre les différents acteurs – de la santé et de la justice – concernés.

Une communication accessible

Ce département inclurait une **cellule de communication** dédiée, avec pour objectif de clarifier et diffuser des informations adaptées à différents publics :

- **Pour les médecins**, un effort serait fait pour expliquer de manière accessible les procédures, les outils disponibles, les obligations légales, les sanctions éventuelles et les responsabilités partagées entre professionnels de santé.
- **Pour les patients**, des supports spécifiques seraient développés pour garantir une information claire, complète et accessible sur leurs droits en fin de vie.

En parallèle, le département occuperait un rôle central – encore insuffisamment développé à ce jour – dans la **politique nationale de santé publique**, en travaillant à mieux faire connaître les différentes options de fin de vie (euthanasie, sédation palliative, soins palliatifs, etc.), dans une perspective d'accompagnement global centrée sur les besoins des patients.

Un soutien académique et scientifique

La dimension scientifique et éducative serait également intégrée à ce département, qui collaborerait avec les universités et hautes écoles pour :

- inscrire des **formations obligatoires** sur les soins de fin de vie dans les cursus des professionnels de santé ;
- soutenir la création de **centres de connaissance**, axés sur l'étude des pratiques médicales et d'accompagnement en fin de vie ;
- promouvoir la réalisation d'**études nationales**, portant sur toutes les décisions médicales en fin de vie, permettant de renforcer l'expertise belge dans ce domaine et de contribuer aux débats internationaux.

Une solution indispensable et ambitieuse

En regroupant sous une même entité les compétences nécessaires pour répondre aux enjeux administratifs, législatifs, scientifiques et communicationnels, ce département dédié offrirait une approche complète et structurée. Il garantirait une meilleure coordination entre les différents acteurs, une plus grande efficacité dans la gestion des dossiers et un renforcement de l'information et de la recherche.

Cette réforme n'est pas seulement souhaitable, mais nécessaire pour permettre à la Commission et aux instances fédérales de remplir leurs missions dans un cadre adapté aux réalités actuelles et futures, tout en répondant aux attentes sociétales.

Section 4

Annexes

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

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 (à corriger 74) 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 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, 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 ;
- 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. 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.
7. En outre, lorsque le patient est mineur non émancipé, consulter un pédopsychiatre 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'entretient 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 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. La demande du patient, ainsi que l'accord des représentants légaux si le patient est mineur, sont actés 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

[Table des matières](#)

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.

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.

9Art. 3ter.

Le médecin ou le psychologue qui remet un avis dans le cadre de l'application de l'article 3, § 2, 3° et 7°, de l'article 3, § 3, 1° ou de l'article 4, § 2, alinéa 2, 1°, ne peut être puni pour ce seul fait comme auteur ou participant aux infractions visées à l'article 13/3.

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 est valable pour une durée indéterminée.

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 et pour autant que la seule ou la dernière personne de confiance désignée ne se trouve pas dans un des quatre cas visés au § 1er, alinéa 2, 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 ;
2. 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;
3. 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;

⁹ Les passages surlignés ont été ajoutés par la loi du 19 juin 2023 et 27 mars 2024 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie.

4. Si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient;
5. 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 deux au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge. Quatre membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites 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 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.

Art. 7.

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

Ce document contient les données suivantes :

1. Les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI, domicile ainsi que les données de correspondance du médecin qui a pratiqué et qui déclare l'euthanasie;
2. Les nom, prénoms et domicile du patient, ainsi que le sexe, la langue, les date et lieu de naissance du patient, et en ce qui concerne le patient mineur, s'il était doté de la capacité de discernement;
3. La date, le lieu et l'heure du décès du patient;
4. Les nom, prénoms, domicile et qualité des représentants légaux du mineur qui ont donné leur accord pour l'euthanasie d'un mineur;
5. Les nom, prénoms, qualification, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) et le cas échéant du psychologue qui a (ont) été obligatoirement consultés; l'avis rédigé par ce(s) médecin(s) et le cas échéant par ce psychologue et les dates de ces consultations;
6. Les nom, prénoms, qualification et domicile de toutes les personnes et instances consultées par le médecin qui a pratiqué et qui déclare l'euthanasie, ainsi que les dates de ces consultations;
7. S'il existait une déclaration anticipée qui désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s);
8. Si l'euthanasie a été pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée, mention de l'état de conscience ou d'inconscience du patient au moment de l'euthanasie;
9. Les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré les produits, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien;
10. La manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés;
11. La mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
12. La nature de la souffrance physique et/ou psychique constante et insupportable;
13. Les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable;
14. L'échéance estimée brève ou non du décès;
15. Les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
16. L'existence d'une déclaration anticipée visée à l'article 4, la date à laquelle elle a été rédigée ainsi que la mention d'une rédaction par le patient ou par un tiers; ou l'existence d'une demande écrite visée à l'article 3, § 4, la date à laquelle elle a été rédigée ainsi que la mention d'une rédaction par le patient ou par un tiers;
17. La procédure suivie par le médecin.

§ 2. Sans préjudice de l'article 8, alinéa 3, le document d'enregistrement visé au paragraphe 1^{er} ne peut être communiqué qu'aux membres de la commission ainsi qu'au personnel administratif mis à la disposition de la commission, et ne peut être communiqué à aucune autre personne ou instance.

§ 3. Les données recueillies dans le document d'enregistrement visé au paragraphe 1^{er}, supprimées après l'expiration d'un délai de vingt ans après le décès de la personne concernée par le document d'enregistrement. Si une action en justice est intentée, ce délai

est prolongé jusqu'à ce qu'une décision ayant force de chose jugée sur cette action en justice soit adoptée.

Art. 8.

La commission examine le document d'enregistrement dûment complété que lui communique le médecin qui a pratiqué l'euthanasie. Elle vérifie sur la base du document d'enregistrement si l'euthanasie a été effectuée selon les conditions et la procédure prévues par la présente loi. Elle peut demander au médecin qui a pratiqué l'euthanasie 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.

Si l'examen du document d'enregistrement 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 ne participe pas aux délibérations de la commission sur l'affaire concernée.

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 données figurant dans les documents d'enregistrement reçus visés à l'article 7, ces données étant anonymisées.;
- 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 ne peuvent être communiqués par la commission à aucune autre personne ou instance.

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.

Le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement est désigné comme le responsable du traitement, au sens de l'article 4.7) du règlement général pour la protection des données n° 2016/679, des données figurant dans les documents d'enregistrement reçus visés à l'article 7. Ce traitement de données a pour finalité d'une part, le contrôle de la légalité des euthanasies tel que prévu à l'article 8, et d'autre part, la rédaction de rapports et de recommandations tel que prévu à l'article 9.

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, 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.

CHAPITRE V/1. Dispositions financières

Art. 13/1.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prévoir une indemnité pour le médecin qui réalise l'euthanasie.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer le montant, les conditions et les modalités de cette indemnité, ainsi que les règles pour le paiement de cette indemnité.

Art. 13/2

Les coûts pour les indemnités sont portés en compte de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

CHAPITRE V/2. Dispositions pénales

Art. 13/3.

§ 1er. Le médecin qui pratique une euthanasie, lorsque l'une des conditions de base prévues à l'article 3, § 1er, 3e ou 4e tiret ou à l'article 4, § 2, alinéa 1er, 1er à 3e tiret, n'est pas respectée, est puni d'une réclusion de dix ans à quinze ans.

§ 2. Le médecin qui pratique une euthanasie, lorsque l'une ou plusieurs des conditions procédurales prévues à l'article 3, § 2, 3°, et 7°, et § 3, 1°, ou à l'article 4, § 2, alinéa 2, 1°, ne sont pas respectées, est puni d'un emprisonnement de huit jours à trois ans et d'une amende de 26 euros à 1.000 euros, ou d'une de ces peines seulement.

S'il existe des circonstances atténuantes, la peine d'emprisonnement, la peine de travail, la peine de probation autonome et la peine d'amende pourront respectivement être réduites à

moins de huit jours, de quarante-cinq heures, de douze mois et de vingt-six euros, sans qu'elles ne puissent être inférieures aux peines de police. Le juge peut également appliquer séparément l'une de ces peines.

§ 3. Les dispositions du livre Ier du Code pénal, notamment le chapitre VII et l'article 85, s'appliquent aux sanctions pénales introduites par le présent article."

CHAPITRES 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.

Aucune clause écrite ou non écrite ne peut empêcher un médecin de pratiquer une euthanasie dans les conditions légales.

Si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile et au plus tard dans les sept jours de la première formulation de la demande le patient ou la personne de confiance éventuelle en en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie pour une raison médicale, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans ce cas, cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, dans tous les cas, de transmettre au patient ou à la personne de confiance les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisée en matière de droit à l'euthanasie et, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer dans les quatre jours de cette demande le dossier médical du patient au médecin désigné par le patient 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'État 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'État :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN.

Modifications :

- Loi du 27-03-2024 publiée le 29-03-2024 (art. Modifiés : 3ter ; 7 ; 8 ; 9 ; 11 ; 13/3)
- Loi du 19-06-2023 publiée le 29-09-2023 ((art. modifié : 6)
- Loi du 18-05-2022 publiée le 30-05-2022 (art. modifiés : 13/1 et 13/2)
- Loi du 15-03-2020 publiée le 23-03-2020 (art. modifiés : 4 ; 14)
- Loi du 05-05-2019 publiée le 24-05-2019 (art. modifié : 4)
- Loi du 16-06-2016 publiée le 30-06-2016 (art. modifié : 6)
- Loi du 28-02-2014 publiée le 12-03-2014 (art. modifiés : 3 ; 7)
- Loi du 06-01-2014 publiée le 31-01-2014 (art. modifiés : 6 ; 13)
- Loi du 10-11-2005 publiée le 13-12-2005 (art. modifiés : 3bis ; 7)

B. Annexe 2 : liste des membres de la Commission

Avant le 7 août 2023

Membres titulaires	Membres suppléants correspondants
En tant que docteurs en médecine, dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge :	
1. M. Chris Verslype (NL) 2. M. Didier Giet (FR) 3. M. Etienne De Groot (NL) 4. M. Wim Distelmans (NL) – président néerlandophone 5. M. Philippe Boxho (FR) 6. M. Charles Kornreich (FR) - démissionnaire 7. Mme Corinne Vaysse-Van Oost (FR) 8. Mme Anne Desodt (NL)	1. M. Maurice Sosnowski (FR) 2. M. Dominique Lossignol (FR) 3. Mme Marie-Élisabeth Faymonville (FR) 4. M. Marco Schetgen (FR) 5. M. Luc Proot (NL) 6. Mme Michèle Morret-Rauis (FR) 7. Mme Muriel Thienpont (NL) 8. M. Ludo Vanopdenbosch (NL) - démissionnaire
En tant que chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge ou avocats :	
9. M. Christophe Lemmens (NL) 10. Mme Jacqueline Herremans (FR) 11. M. Gilles Genicot (FR) - président francophone 12. M. Walter De Bondt (NL)	9. M. Yves-Henri Leleu (FR) 10. M. Gerd Verschelden (NL) 11. M. Tom Balthazar (NL) 12. M. Marc Van Overstraeten (FR)
En tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :	
13. Mme Magali De Jonghe (NL) 14. Mme Thérèse Locoge (FR) 15. Mme Chantal Gilbert (FR) 16. Mme Jacinta De Roeck (NL)	13. Mme Géraldine Mathieu (FR) 14. M. Paul Destrooper (NL) 15. Mme Magriet De Maegd (NL) 16. Mme Arlette Geuens (NL)

Depuis le 7 août 2023 pour les premiers effectifs et depuis le 19 novembre 2024 pour les suppléants et les deux nouveaux effectifs

En tant que docteurs en médecine, dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge :	
1. Monsieur Jacques Brotchi (F) ; 2. Monsieur Didier Giet (F) ; 3. Madame Nina Kjeldahl (F) ; 4. Monsieur Wim Distelmans (N) ; – président néerlandophone 5. Monsieur Luc Proot (N) ; 6. Monsieur Patrik Vankrunkelsven (N) ; 7. Madame Bea Verbeeck (N) ; 8. Monsieur Chris Verslype (N) ;	1. Madame Ilke Montag (N) 2. Madame Lieve Van Ermen (N) 3. Monsieur Jacques Daele (F) 4. Madame Vinciane Vlieghe (F) 5. Monsieur Marc De Hert (N), démissionnaire 6. Monsieur Emmanuel Keirse (N) 7. Non pourvu 8. Non pourvu
En tant que chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge ou avocats :	
9. Madame Jacqueline Herremans (F) ; - présidente francophone 10. Monsieur Yves-Henri Leleu (F) ; 11. Madame Geneviève Toussaint (F) ; démissionnaire, remplacée par Monsieur Patrick Henry (F) 12. Madame Isabelle De Clercq (N) ; démissionnaire, remplacée Monsieur Walter De Bondt(N) démissionnaire également	9. Non pourvu 10. Monsieur Frank Fleerackers (N) - démissionnaire 11. Monsieur Anthony Rizzo (F) 12. Non pourvu
En tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :	
13. Madame Natasia Hamarat (F), 14. Madame Eliane Janssens (F), 15. Monsieur Marc Desmet (N), 16. Madame Mariette Van Hoek (N).	13. Monsieur Paul Destrooper (N) 14. Madame Annemie Van De Casteele (N) 15. Madame Nadeige Struyf (F) 16. Madame Corinne Vaysse (F)

CFCEE

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

Secrétariat de la Commission

Avenue Galilée, 5/2

1210 BRUXELLES

euthanasiacom@health.fgov.be

www.commissioneuthanasie.be

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie>

ÉDITEUR RESPONSABLE. Jacqueline Herremans et Wim Distelmans, co-présidents de la CFCEE
Janvier 2025