

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

Dixième rapport aux Chambres législatives
(années 2020-2021)

© Dirk Ercken.jpg - 123rf.com



service public fédéral

**SANTÉ PUBLIQUE,
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

.be

Table des matières

Introduction	1	C. Évaluation spécifique de certaines catégories de patients	33
Section 1 L'euthanasie en chiffres (2020-2021)	2	a. Patients souffrant d'affections oncologiques (tumeurs /cancers).....	33
Section 2 Description et évaluation de l'application de la loi (2020-2021)	8	b. Patients souffrant de polyopathologies.....	36
A. Fonctionnement de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie	8	c. Patients souffrant de troubles mentaux et du comportement : affections psychiatriques et troubles cognitifs.....	42
a. La composition de la Commission	8	d. Patients résidant à l'étranger.....	44
b. La mission de la Commission.....	8	e. Patients ayant fait un don d'organes	45
c. Le fonctionnement concret de la Commission	9	D. Budget de la Commission euthanasie.....	45
B. Évaluation de la pratique de l'euthanasie	11	E. Conclusion.....	46
a. Le nombre de déclarations.....	12	Section 3 Recommandations de la Commission en ce qui concerne l'application de la loi	48
b. La langue de rédaction des documents d'enregistrement.....	14	A. En ce qui concerne la réalisation d'études scientifiques au niveau national sur l'ensemble des décisions médicales en fin de vie	48
c. L'âge des patients	14	B. En ce qui concerne la nécessité d'informer les citoyens et de former les prestataires de soins.....	48
d. Le lieu de l'euthanasie	16	C. En ce qui concerne les modifications éventuelles de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie	49
e. L'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée	16	D. En ce qui concerne le fonctionnement de la Commission.....	49
f. L'échéance prévisible du décès	17	Section 4 Annexes	52
g. La distinction entre le délai d'attente et le temps de réflexion ...	18	Annexe 1 : 28 MAI 2002. Loi relative à l'euthanasie.....	52
h. Les affections à l'origine de l'euthanasie	19	Annexe 2 : liste des membres de la Commission	58
i. Les souffrances mentionnées	20		
j. L'approche multidisciplinaire du processus d'euthanasie	21		
k. La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés.....	26		
l. Les décisions de la Commission	28		

Introduction

Le présent rapport concerne les documents d'enregistrement introduits durant la période du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021 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 2020 à 2021 ;
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
 - o De Bondt Walter
 - o Distelmans Wim
 - o Herremans Jacqueline
 - o Proot Luc
 - o Verslype Chris
- et les secrétaires de la Commission
 - o E. De Ville
 - o C. Drappier

Il a été discuté et unanimement approuvé en séance plénière du 11 octobre 2022.

Section

1

L'euthanasie en chiffres (2020-2021)

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

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
NL	1836 (75,1 %)	2007 (74,3 %)	3843 (74,7 %)
FR	609 (24,9 %)	693 (25,7 %)	1302 (25,3 %)

Répartition des patient(e)s par genre

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Masculin	1221 (49,9 %)	1372 (50,8 %)	2593 (50,4 %)
Féminin	1224 (50,1 %)	1328 (49,2 %)	2552 (49,6 %)

Répartition des patient(e)s par âge

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Moins de 18	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
18-29	5 (0,2 %)	10 (0,4 %)	15 (0,3 %)
30-39	16 (0,7 %)	29 (1,1 %)	45 (0,9 %)
40-49	71 (2,9 %)	64 (2,4 %)	135 (2,6 %)
50-59	208 (8,5 %)	228 (8,4 %)	436 (8,5 %)
60-69	517 (21,1 %)	537 (19,9 %)	1054 (20,5 %)
70-79	704 (28,8 %)	746 (27,6 %)	1450 (28,2 %)
80-89	664 (27,2 %)	791 (29,3 %)	1455 (28,3 %)
90-99	257 (10,5 %)	288 (10,7 %)	545 (10,6 %)
100 et plus	3 (0,1 %)	7 (0,3 %)	10 (0,2 %)

Lieu de l'euthanasie

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Domicile	1326 (54,2%)	1465 (54,3%)	2791 (54,3%)
Hôpital	764 (31,2%)	799 (29,6%)	1563 (30,4%)
Dont unité de soins palliatifs*	23 (0,9%)	149 (5,5%)	172 (3,3%)
Maison de repos - Maison de repos et de soins (MR- MRS)	301 (12,3%)	388 (14,4%)	689 (13,4%)
Autre	54 (2,2%)	48 (1,8%)	102 (2%)

* Cette information n'est demandée que depuis mars 2021.

Base de la demande écrite

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Demande actuelle	2431 (99,4%)	2683 (99,4%)	5114 (99,4%)
Déclaration anticipée d'euthanasie	14 (0,6%)	17 (0,6%)	31 (0,6%)

Échéance prévisible du décès

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Attendu à brève échéance (Brève)	2134 (87,3%)	2270 (84,1%)	4404 (85,6%)
Pas attendu à brève échéance (Non brève)	311 (12,7%)	430 (15,9%)	741 (14,4%)

* Dans ce rapport, l'expression « décès prévu à brève échéance » est remplacée par « Brève » et l'expression « décès non prévu à brève échéance » par « Non brève », ceci afin de clarifier les tableaux et les graphiques.

Affections à l'origine de la demande d'euthanasie

	2020	2021	TOTAL
Répartition en % selon la catégorie des affections, toutes échéances de décès confondues			
TOTAL	2445	2700	5145
Tumeurs (cancers)	1567 (64,1%)	1695 (62,8%)	3262 (63,4%)
Pathologies multiples	422 (17,3%)	478 (17,7%)	900 (17,5%)
Maladies du système nerveux	188 (7,7%)	214 (7,9%)	402 (7,8%)
Maladies de l'appareil circulatoire	84 (3,4%)	99 (3,7%)	183 (3,6%)
Maladies de l'appareil respiratoire	65 (2,7%)	64 (2,4%)	129 (2,5%)
Affections psychiatriques *	21 (0,9%)	24 (0,9%)	45 (0,9%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	23 (0,9%)	26 (1%)	49 (1%)
Maladies de l'appareil digestif	15 (0,6%)	23 (0,9%)	38 (0,7%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	17 (0,7%)	19 (0,7%)	36 (0,7%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	11 (0,4%)	25 (0,9%)	36 (0,7%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8 (0,3%)	8 (0,3%)	16 (0,3%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6 (0,2%)	6 (0,2%)	12 (0,2%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (0,1%)	5 (0,2%)	8 (0,2%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	5 (0,2%)	7 (0,3%)	12 (0,2%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	4 (0,2%)	1 (0%)	5 (0,1%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1 (0%)	5 (0,2%)	6 (0,1%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	2 (0,1%)	0 (0%)	2 (0,1%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 (0%)	1 (0%)	2 (0%)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2 (0,1%)	0 (0%)	2 (0%)

* Les Troubles mentaux et du comportement sont maintenant divisés en Affections psychiatriques (ex : troubles de la personnalité, dépression, stress posttraumatique, schizophrénie, autisme, ...) et Troubles cognitifs (ex : différentes formes de démence comme la maladie d'Alzheimer, démence vasculaire, démence à corps de Lewy...).

	brève 2020	non brève 2020	brève 2021	non brève 2021	Total brève	Total non brève
Répartition en % selon la catégorie des affections et selon l'échéance prévisible du décès						
TOTAL	2134	311	2269	430	4403	741
Tumeurs (cancers)	1554 (63,6%)	13 (0,5%)	1675 (62%)	20 (0,7%)	3229 (62,8%)	33 (0,6%)
Pathologies multiples	279 (11,4%)	143 (5,8%)	287 (10,6%)	191 (7,1%)	566 (11%)	334 (6,5%)
Maladies du système nerveux	127 (5,2%)	61 (2,5%)	122 (4,5%)	92 (3,4%)	249 (4,8%)	153 (3%)
Maladies de l'appareil circulatoire	63 (2,6%)	21 (0,9%)	71 (2,6%)	28 (1%)	134 (2,6%)	49 (1%)
Maladies de l'appareil respiratoire	60 (2,5%)	5 (0,2%)	58 (2,1%)	6 (0,2%)	118 (2,3%)	11 (0,2%)
Maladies de l'appareil digestif	13 (0,5%)	2 (0,1%)	17 (0,6%)	6 (0,2%)	30 (0,6%)	8 (0,2%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8 (0,3%)	0 (0%)	6 (0,2%)	2 (0,1%)	14 (0,3%)	2 (0%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7 (0,3%)	10 (0,4%)	8 (0,3%)	11 (0,4%)	15 (0,3%)	21 (0,4%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	6 (0,2%)	5 (0,2%)	11 (0,4%)	14 (0,5%)	17 (0,3%)	19 (0,4%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	4 (0,2%)	2 (0,1%)	6 (0,2%)	0 (0%)	10 (0,2%)	2 (0%)
Affections psychiatriques	3 (0,1%)	18 (0,7%)	0 (0%)	24 (0,9%)	3 (0,1%)	42 (0,8%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	1 (0%)	22 (0,9%)	2 (0,1%)	24 (0,9%)	3 (0,1%)	46 (0,9%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (0,1%)	0 (0%)	4 (0,1%)	1 (0%)	7 (0,1%)	1 (0%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	1 (0%)	4 (0,2%)	2 (0,1%)	5 (0,2%)	3 (0,1%)	9 (0,2%)
Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire	2 (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0%)	0 (0%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	1 (0%)	3 (0,1%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (0,1%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 (0%)	1 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)	4 (0,1%)	1 (0%)	5 (0,1%)

Souffrances mentionnées

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Souffrances physiques et psychiques signalées simultanément	2068 (84,6%)	2162 (80,1%)	4230 (82,2%)
Souffrances physiques uniquement	330 (13,5%)	482 (17,9%)	812 (15,8%)
Souffrances psychiques uniquement* (résultant aussi bien d'affections psychiatriques que somatiques)	47 (1,9%)	56 (2,1%)	103 (2%)

* Par ex : un patient cancéreux dont les souffrances physiques sont apaisées par les antidouleurs peut ressentir uniquement de la souffrance psychique comme une perte de dignité ou une perte d'autonomie.

Qualification des médecins consultés obligatoirement

	2020	2021	TOTAL
Qualification du premier médecin consulté obligatoirement			
TOTAL	2445	2700	5145
Spécialiste	1078 (44,1%)	1671 (61,9%)	2749 (53,4%)
Généraliste	1297 (53%)	952 (35,3%)	2249 (43,7%)
Psychiatre	70 (2,9%)	77 (2,9%)	147 (2,9%)

Formation fin de vie/% des premiers médecins consultés

LEIF/EOL	729 (29,8%)	1054 (39%)	1783 (34,6%)
Formé en soins palliatifs	178 (7,3%)	278 (10,3%)	456 (8,9%)
LEIF/EOL et formé en soins palliatifs	14 (0,6%)	82 (3%)	96 (1,9%)

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

TOTAL	311	430	741
Psychiatre	147 (47,3%)	231 (53,7%)	378 (51%)
Spécialiste	164 (52,7%)	199 (46,3%)	363 (49%)

Formation fin de vie/% des seconds médecins consultés

LEIF/EOL	58 (18,6%)	118 (27,4%)	176 (23,8%)
Formé en soins palliatifs	6 (1,9%)	21 (4,9%)	27 (3,6%)
LEIF/EOL et formé en soins palliatifs	1 (0,3%)	4 (0,9%)	5 (0,7%)

Technique et produits utilisés

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Thiopental + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	1365 (55,8%)	1644 (60,9%)	3009 (58,5%)
Thiopental par voie intraveineuse seul	751 (30,7%)	856 (31,7%)	1607 (31,2%)
Propofol + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	280 (11,5%)	170 (6,3%)	450 (8,7%)
Barbituriques par voie orale	16 (0,7%)	14 (0,5%)	30 (0,6%)
Morphinique et/ou anxiolytique + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	18 (0,7%)	9 (0,3%)	27 (0,5%)
Autres	15 (0,6%)	7 (0,3%)	22 (0,4%)

Décisions de la Commission

	2020	2021	TOTAL
TOTAL	2445	2700	5145
Acceptation simple	1728 (70,7%)	1872 (69,3%)	3600 (70%)
Ouverture du volet I pour raisons administratives	295 (12,1%)	421 (15,6%)	716 (13,9%)
Ouverture du volet I pour précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions	250 (10,2%)	179 (6,6%)	429 (8,3%)
Ouverture du volet I pour simple(s) remarque(s)	172 (7%)	228 (8,4%)	400 (7,8%)
Transmission au procureur du Roi	0	0	0

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. 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.

a. 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 quatre 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.

b. 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.

- 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.

c. Le fonctionnement concret de la Commission

L'évaluation des documents d'enregistrement – environ 200 à 250 par mois – 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.

1. 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.

2. 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 (69,4 %).

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 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 2020– 2021, la Commission s'est réunie mensuellement, à l'exception des vacances d'été au cours desquelles une seule réunion a eu lieu. Depuis avril 2020, en raison de la pandémie du coronavirus, les réunions se sont tenues exclusivement à distance.

3. Mise à jour du 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, Rubrique Fonctionnement, Règlement interne.. Le règlement a été mis à jour le 19 janvier 2021. Trois nouvelles dispositions concernent les thèmes suivants : la communication externe, le secret professionnel et la participation aux délibérations d'un membre de la commission qui a été impliqué dans l'euthanasie discutée.

B. Évaluation de la pratique de l'euthanasie

Remarques

- Dans la section II, la Commission évalue bien entendu les deux années concernées, 2020 et 2021, mais propose également des graphiques portant sur les quatre dernières années afin de permettre de voir une éventuelle évolution.
- 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 « polypathologies ».
- Les *Troubles mentaux et du comportement* sont maintenant divisés en *Affections psychiatriques* (ex : troubles de la personnalité, dépression, stress posttraumatique, 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*.
- Afin d'assurer un meilleur suivi de l'évolution des données au fil des ans, les graphiques ont été exprimés en chiffres absolus et non en pourcentages.
- En mars 2021, le secrétariat de la Commission Euthanasie a déménagé avec le SPF Santé publique avenue Galilée à Bruxelles. La Commission a profité de ce déménagement pour modifier légèrement le document d'enregistrement. Cette modification avait comme but premier de tenter de diminuer les erreurs administratives lors du remplissage du document, mais aussi de permettre aux médecins de préciser notamment, et de manière non obligatoire, le lieu de résidence du patient, sa langue ou l'éventuelle formation à la prise en charge de la fin de vie suivie par les médecins consultés.

a. Le nombre de déclarations

En 2021, le nombre d'euthanasies enregistrées a augmenté de 10,4 % par rapport à 2020, retrouvant ainsi le niveau de l'année 2019 (2656).

Au fil des ans, l'évolution du nombre d'euthanasies a été constante. La pandémie a cependant eu une influence sur les euthanasies pratiquées. On note en effet une baisse significative de 7,9% du nombre d'euthanasies déclarées en 2020, surtout du côté néerlandophone (1836 en 2020 par rapport à 2053 en 2019). Cette baisse correspond aux mois pendant lesquels les mesures de confinement ont été prises, avec comme conséquences l'absence de visite des médecins à domicile ainsi que l'impossibilité pour les patients de se rendre au cabinet de leur généraliste. Une étude approfondie serait utile pour corroborer cette hypothèse.

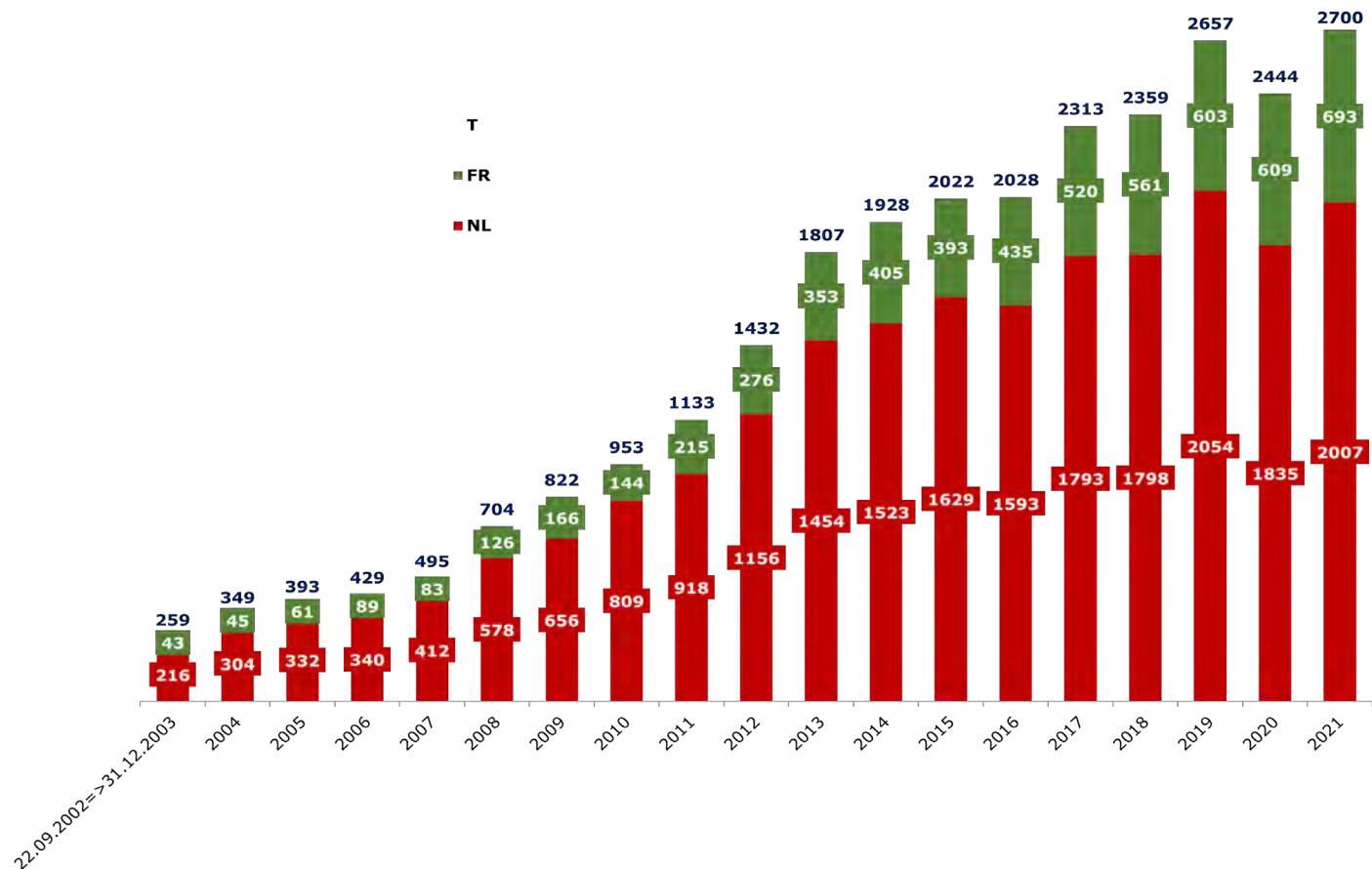
Euthanasies par mois	mars	avril	mai	juin
2018	217	178	187	207
2019	223	203	241	218
2020	218	164	180	203
2021	236	257	206	212

Le procès d'assises de Tine Nys a probablement aussi joué un rôle dans les baisses du nombre d'euthanasies pratiquées en 2019, en particulier du côté néerlandophone (voir page 22 à ce sujet).

La proportion de décès par euthanasie déclarés en 2020-2021 a été de 2,2% de l'ensemble des décès dans notre pays (source StatBel).

	2020	2021	TOTAL
	2445	2700	5145
Ensemble des décès dans notre pays	126850	112291	239240
Nombre d'euthanasies pratiquées	2445	2700	5145
Proportion de décès par euthanasie	1,9	2,4	2,2

Graphique (G) 1 - Nombre d'euthanasies pratiquées et répartition linguistique (T= 27 227)



Remarque : 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 sexe et les date et lieu de naissance du patient, mais non son lieu de résidence. Le domicile est demandé dans le volet I, qui ne peut être ouvert que lorsque des informations complémentaires sont demandées au médecin déclarant. La langue du patient est toutefois désormais demandée dans le volet II.

b. La langue de rédaction des documents d'enregistrement

Le delta entre les déclarations rédigées en néerlandais et en français demeure important : 74,7 % et 25,3 %, même si les euthanasies continuent d'augmenter du côté francophone. Le total des euthanasies enregistrées en néerlandais est passé de 2.053 en 2019 à 2.007 en 2021, tandis que le nombre de documents d'enregistrement en français est passé de 603 en 2019 à 693 en 2021.

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. Diverses causes possibles ont également été évoquées.

La Commission ne dispose ni d'éléments ni de moyens permettant de faire la part respective des différentes raisons pouvant être invoquées pour expliquer cette disproportion : différences dans l'information du public ou des médecins, inscription de l'enseignement de la prise en charge de la fin de vie dans le cursus universitaire plus tardif du côté francophone que néerlandophone, attitudes socioculturelles différentes au Nord et au Sud du pays, différences dans les pratiques médicales en fin de vie, etc.

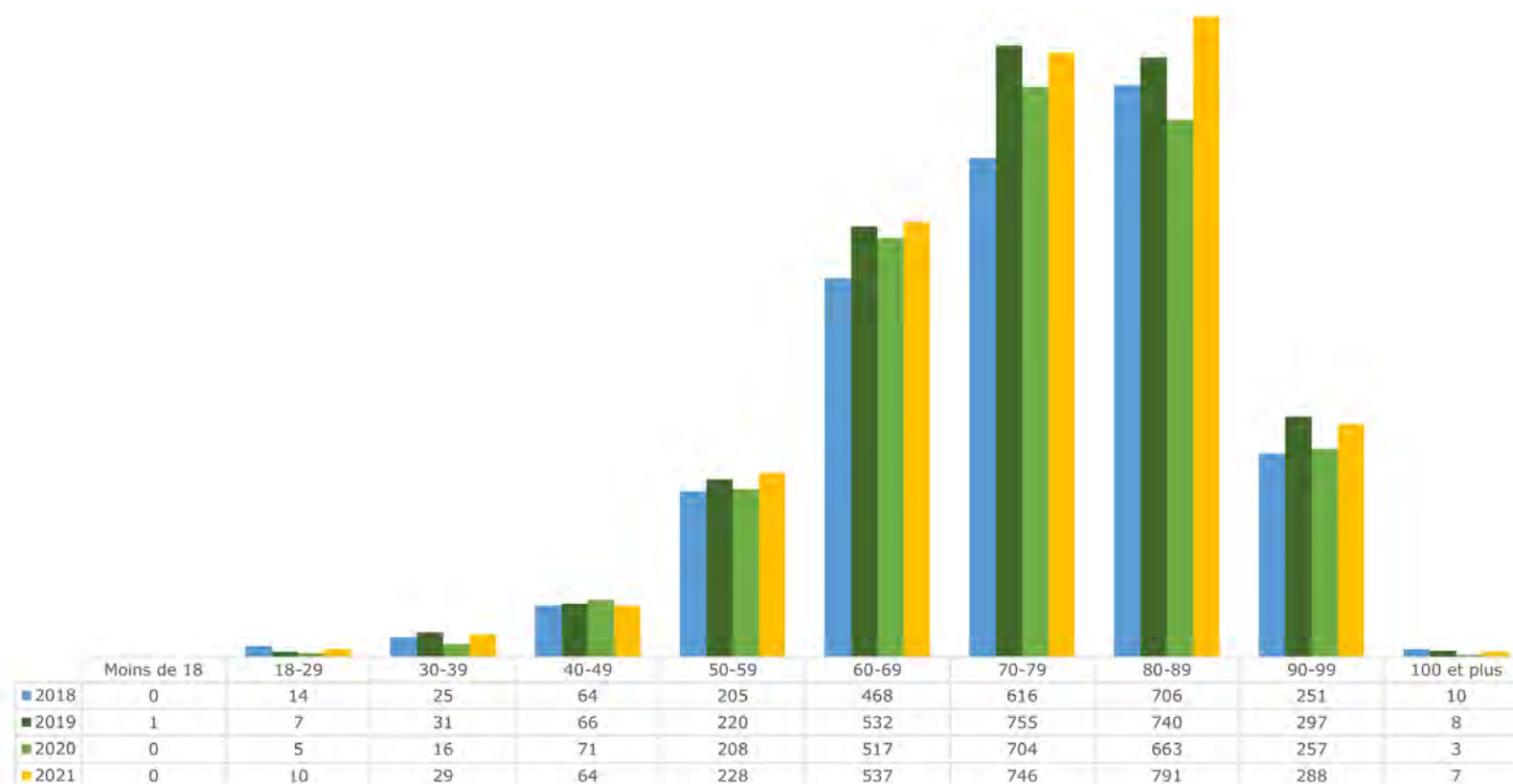
Une étude scientifique parue en 2009 suggère qu'en Belgique francophone, les médecins font deux fois plus de sédations palliatives que dans le nord du pays : Lieve Van den Block (VUB), Reginald Deschepper (VUB), Johan Bilsen (VUB & UGent), Nathalie Bossuyt (ISP), Viviane Van Casteren (ISP) et Luc Deliens (VUB, VU University Medical Centre, Amsterdam) (2009) *Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium*. *BMC Public Health* 9 (1): 79-88.

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.

c. 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 2020-2021, source StatBel).

G2 - Âge des patients (T = 10160)



L'euthanasie chez les patients mineurs

Pour les patients mineurs, un certain nombre de conditions supplémentaires sont exigées, 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.

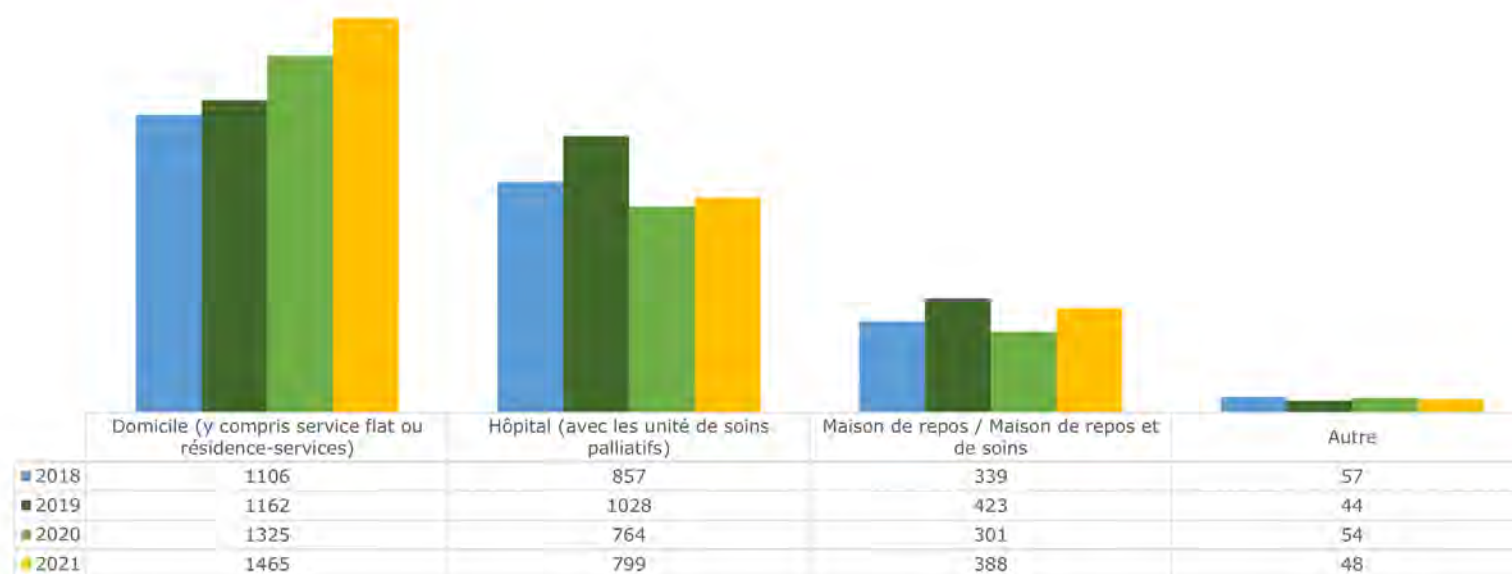
Au cours de la période de deux ans couverte par le présent rapport, la Commission n'a pas reçu de déclaration relative à l'euthanasie d'un(e) patient(e) mineur(e).

d. 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 2020, le nombre d'euthanasies ayant eu lieu au domicile progresse (54,3 %). En revanche, le nombre d'euthanasies pratiquées dans les hôpitaux et les unités de soins palliatifs (30,4 %) diminue, tandis que le nombre d'euthanasies ayant lieu dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins, après une diminution en 2020, augmente un peu (13,4 %).

G3 - Lieu de l'euthanasie (T=10160)



e. 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 (paralysie par exemple, voire analphabétisme), 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 posttraumatiques ou l'état d'éveil non-répondant.

En 2020-2021, la Commission a reçu 31 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).

f. L'échéance prévisible du décès

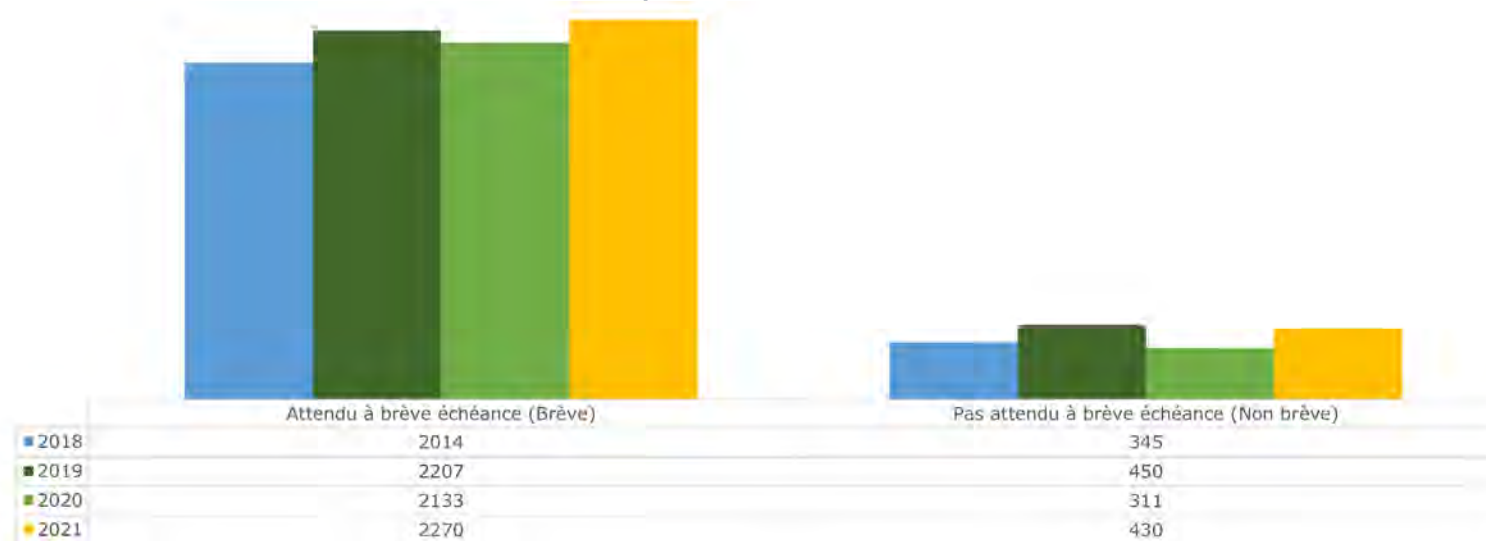
La loi relative à l'euthanasie prévoit, si le décès n'est raisonnablement pas prévisible à brève échéance, une procédure renforcée, à savoir la consultation d'un médecin supplémentaire qui devra être soit spécialiste de l'affection concernée, soit psychiatre, ainsi que le respect d'un délai minimum d'un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

G4 - Échéance prévisible du décès (T= 10160)



g. La distinction entre le délai d’attente et le temps de réflexion

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

Ce délai d’un mois a parfois fait l’objet de critiques : il serait trop court pour pouvoir conclure avec certitude que le patient souhaite réellement l’euthanasie, une décision mûre et réfléchie nécessiterait un délai de réflexion et de consultation avec le médecin plus long.

Cette critique est sans fondement car elle part de l’hypothèse – erronée – que le patient forme sa décision durant ce mois. En réalité, le processus de décision (et donc le temps de réflexion) commence bien avant la concrétisation de la demande de l’euthanasie par un écrit. Le patient mûrit d’abord sa réflexion pour ensuite seulement la confirmer par un écrit – la “demande écrite” légale obligatoire, également appelée “demande actuelle”. Après cette mise par écrit explicite, un délai d’un mois minimum d’attente supplémentaire doit être respecté dans le cas où le décès du patient n’est pas attendu à brève échéance. L’expression « délai d’attente » donne de ce fait une meilleure compréhension du « temps de réflexion ».

Il convient de remarquer que le législateur a par ailleurs entouré le processus décisionnel – la période donc qui précède la mise par écrit de la demande – de conditions essentielles, de forme et de procédure. D’abord, la loi exige que le patient formule une demande “réfléchie”, pour laquelle il faut un écrit. Il ressort des travaux préparatoires de la loi sur l’euthanasie et de la doctrine que “réfléchie” implique entre autres que le patient soit capable ou apte à exprimer sa volonté. En d’autres termes, une éventuelle maladie psychique ne doit pas être un obstacle à la prise d’une décision sur la base d’un raisonnement rationnel. Le médecin devra donc constater *in concreto* que le patient est effectivement en mesure de prendre une décision ou d’exprimer sa volonté, et qu’une demande réfléchie peut être formulée.

Ensuite, le terme “réfléchi” exige aussi la réalité de la demande. Après avoir pesé tous les éléments, le patient doit arriver à la conclusion que l’euthanasie est la seule solution pour lui. À cet égard, diverses obligations d’information pèsent sur le médecin. Il doit éclairer le patient sur son état de santé et son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d’euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables, ainsi que les possibilités qu’offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à la conviction qu’il n’y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire (art. 3, § 2, 1°, de la loi relative à l’euthanasie).

Enfin, la demande d’euthanasie doit également être “répétée”, “réitérée” (art. 3, § 1^{er}, et art. 3, § 2, 2°, de la loi relative à l’euthanasie). Une demande “répétée” implique que le patient doit formuler sa demande plusieurs fois, soit oralement, soit par écrit. Une demande “réitérée” signifie que la demande persiste, y compris entre les répétitions. À cette fin, le médecin mène plusieurs entretiens avec le patient qui s’étalent sur un délai raisonnable, compte tenu de l’état de santé du patient.

Tout ceci fait partie du processus de décision du patient. Ce n’est qu’après que le patient a déterminé ce qu’il veut, que la demande est actée par écrit et que commence, pour le patient dont le décès n’est pas attendu à brève échéance, le délai d’attente d’un mois.

Le document d’enregistrement ne comporte pas de question concernant le temps de réflexion. Cependant, de nombreux médecins ont formulé des remarques à la rubrique 6 (où le médecin doit indiquer les éléments “qui ont permis de s’assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée”) concernant le fait que le patient avait longuement discuté avec son médecin traitant de son souhait d’euthanasie avant de rédiger sa demande écrite.

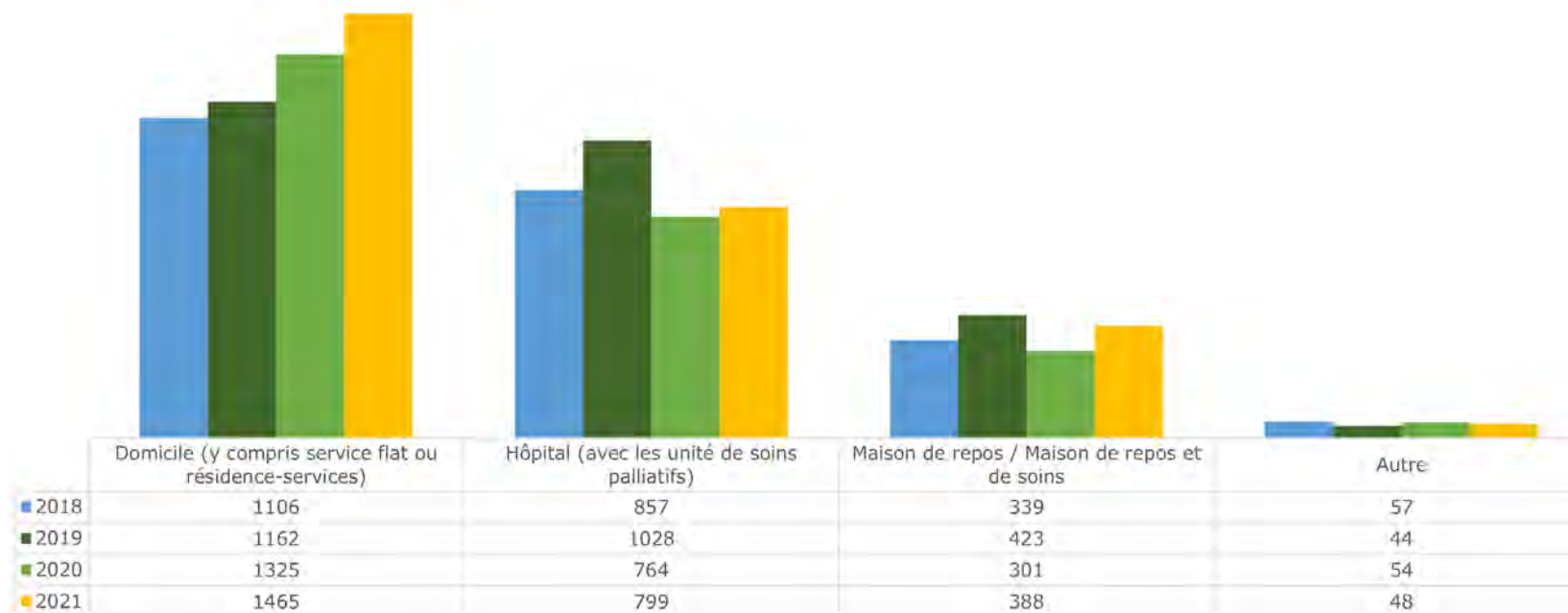
Les dossiers de patients dont le décès n’était pas attendu à brève échéance et où le délai d’attente d’un mois n’avait pas été respecté ont systématiquement fait l’objet d’une discussion. Les autres éléments renseignés (diagnostic, dates de consultations des médecins, éléments indiqués dans la rubrique 6 du document d’enregistrement) ont cependant permis à la Commission d’accepter ces déclarations. En pareil cas, une lettre didactique a systématiquement été envoyée pour rappeler au médecin la procédure à suivre.

h. Les affections à l’origine de l’euthanasie

Sur la période 2020-2021, les affections à l’origine des euthanasies étaient des tumeurs (cancers) (63,4 %), des polyopathologies (17,5 %), des maladies du système nerveux (7,8 %), des maladies de l’appareil circulatoire (3,6 %), des maladies de l’appareil respiratoire (2,5 %), des affections psychiatriques (0,9 %) et des troubles cognitifs (1 %) et des maladies de l’appareil digestif (0,7 %). Les autres catégories toutes rassemblées représentent 2,6 % des affections.

Les demandes d’euthanasie sur la base de troubles mentaux et du comportement restent marginales (affections psychiatriques et cognitives rassemblées : 1,9 % 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).

G5 - Répartition des affections, toutes échéances confondues (T=10160)



Rem. : dans « Autres » sont reprises les affections les moins fréquentes comme les maladies endocriniennes ou congénitales.

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.

i. 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 psychologique. 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 psychologique : 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 points 4 et 5, ainsi que dans le résumé du médecin consulté au point 9.

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. La Commission estime qu'en pareil cas, le patient et le médecin doivent se concerter.

j. 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 63,4 % 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 les rubriques 6, 10 et 12 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 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 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 :

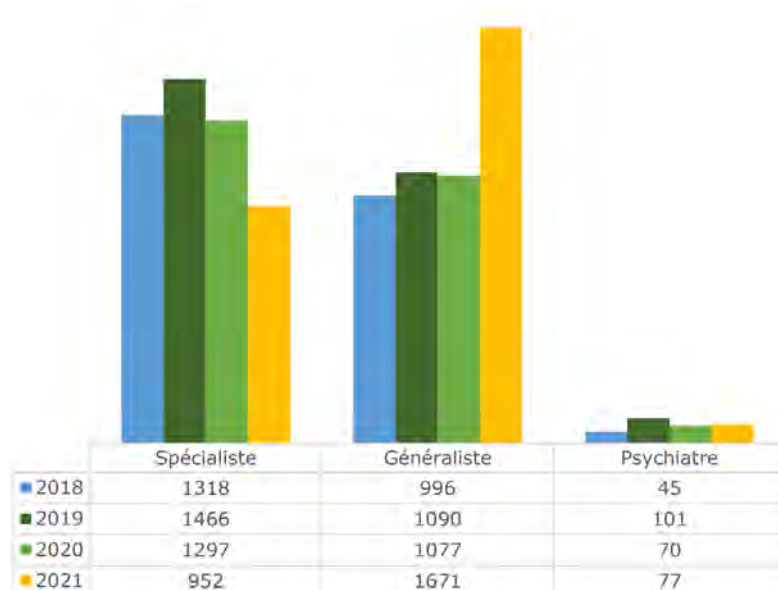
- Un médecin formé en soins palliatifs est un médecin spécialiste ou un médecin généraliste qui indique avoir suivi une formation complémentaire dans le domaine des soins palliatifs.
- Les médecins hospitaliers et les médecins spécialistes en formation sont considérés comme spécialistes.
- Les médecins 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-EOL¹. 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.
- 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.

¹ <https://www.leif-eol.net/>

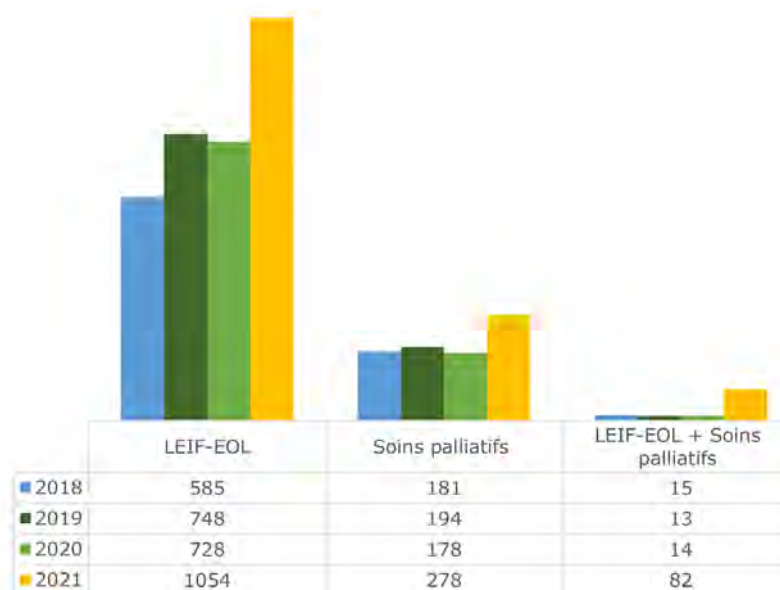
1. Premier médecin indépendant consulté obligatoirement

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.

G6 - Qualification du 1^{er} médecin consulté obligatoirement – (T= 10160)



G6 bis - Formation complémentaire suivie par le 1^{er} médecin – (T= 4070)

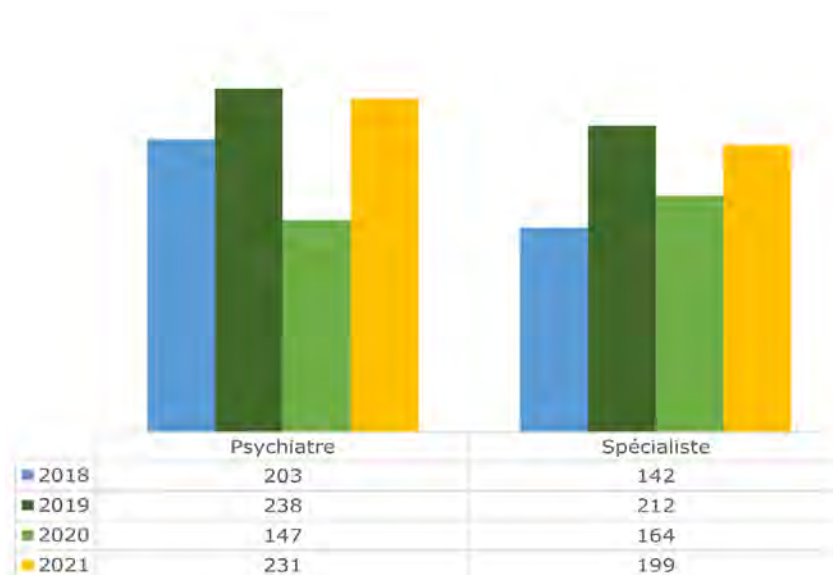


À côté du généraliste, les spécialistes ont un rôle à jouer et, de plus en plus, les psychiatres. Dans plusieurs dossiers, il est souvent mentionné que le premier médecin consulté est soit un médecin ayant reçu une formation complémentaire en soins de fin de vie : soit un médecin LEIF – EOL (18,6 % des médecins consultés en 2020-2021), soit un médecin formé en soins palliatifs (1,9 % des médecins consultés en 2020-2021), soit les deux (0,3 % des médecins consultés en 2020-2021).

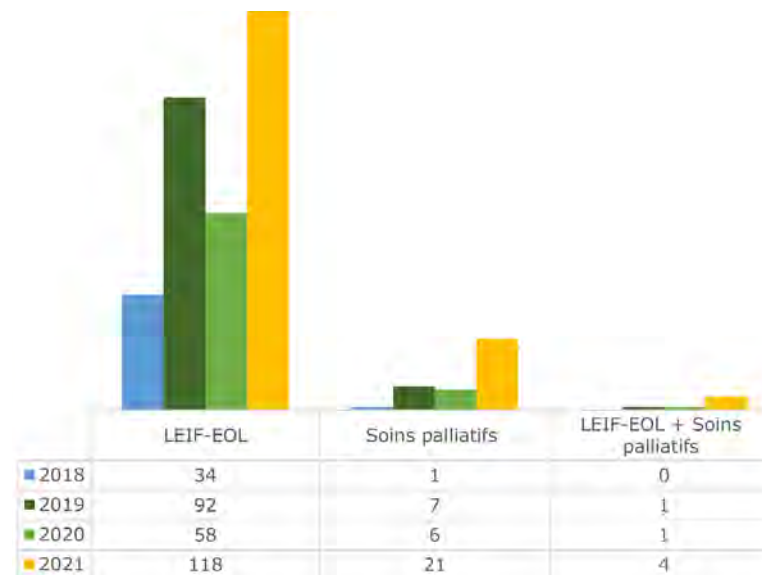
2. Second médecin indépendant consulté (en cas de décès non attendu à brève échéance)

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.

G7 - Qualification du second médecin consulté obligatoirement (décès non attendu à brève échéance) – (T = 1536)



G7 bis - Formation complémentaire suivie par le second médecin (décès non attendu à brève échéance) – (T = 343)



Au cours de la période 2020-2021, 741 patients ont été considérés comme des patients dont le décès n'était pas attendu à brève échéance. 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.

Un médecin qui a donné un avis pendant la procédure prend apparemment exceptionnellement le rôle de médecin exécutant en raison d'une urgence. Il ressort en effet de commentaires spontanés 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. L'une des raisons invoquées par le médecin traitant est le manque d'expérience. Mais généralement, le refus formel n'est devenu clair pour le médecin consulté pour avis qu'à la fin de la procédure d'euthanasie. Les raisons de ce refus n'ont pas été communiquées. Il ressort d'une enquête écrite et publiée² par les médecins LEIF, ainsi que de réactions spontanées de médecins LEIF et d'autres médecins, que depuis le procès d'assises de Tine Nys, les médecins hésitent davantage à pratiquer eux-mêmes l'euthanasie, même dans le cas de patients cancéreux en phase terminale.

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 et 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.

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*. Huisartsnu, 1, 2022.

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, sont précisément préférables 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 «collège multidisciplinaire» pour cheminer ensemble vers la meilleure décision. Ceci est d'autant plus vrai en présence de patients psychiatriques.

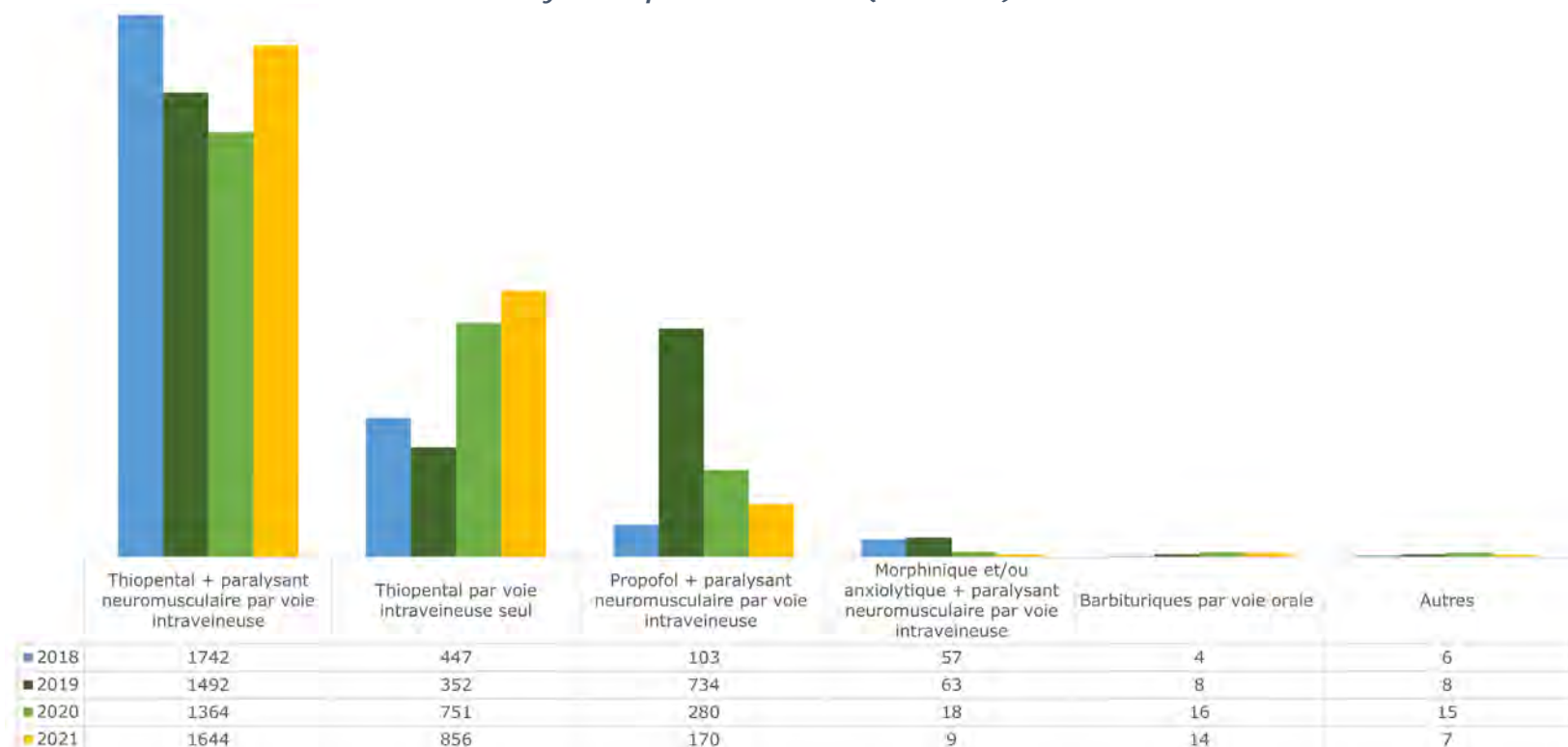
La notion d'indépendance implique avant tout, dans n'importe quel domaine, l'absence de tout conflit d'intérêts (ou de loyautés) au sens large, tant matériel qu'intellectuel. Il importe que le médecin consulté soit convaincu qu'il peut jouer ce rôle sans excès de subjectivité. Ceci relève de sa déontologie 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'expliciter 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.

k. La manière dont a été pratiquée l'euthanasie et les produits utilisés

L'euthanasie se déroule habituellement en plusieurs étapes. L'induction du coma, le plus souvent par un barbiturique, est régulièrement suivie par l'administration d'un paralysant neuromusculaire (curare) ; il s'ensuit un arrêt cardio-respiratoire. Cela peut éventuellement être précédé par l'administration d'un inducteur de sommeil (ex : Midazolam).

G8- Moyens et produits utilisés (T= 10160)



Les médicaments les plus utilisés pour l'induction du coma sont le thiopental (IV ou per os) ou le propofol. On utilise très exceptionnellement de la kétamine. Les paralyzants neuromusculaires (curarisant) généralement utilisés sont le cisatracurium, le rocurium, l'atracurium, le mivacurium et le vécuronium.

L'utilisation de morphine, de diazépam et de chlorure de potassium ne relève pas d'une bonne pratique clinique.

L'induction de l'inconscience par administration d'une dose létale d'un barbiturique par voie orale en potion que le malade déglutit 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 paralyzant neuromusculaire a été injecté après la perte de conscience.

Une telle méthode, que certains qualifient d'« assistance médicale au suicide », peut être considérée comme une euthanasie. La Commission considère que cette manière de procéder est autorisée par la loi, pour autant que les conditions et les procédures légales pour que l'euthanasie soit autorisée aient été respectées et que l'acte se soit déroulé sous la responsabilité constante du médecin, présent de manière ininterrompue et prêt à intervenir jusqu'au terme du processus. Celui-ci doit également se conformer à toutes les conditions et procédure de la loi sur l'euthanasie, y compris remplir et envoyer le document d'enregistrement à la Commission.

Cette interprétation est conforme à celle du Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son avis du 22 mars 2003.

De manière générale, pour la pratique de l'euthanasie, l'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 Pharmacie) ou à celle diffusée via l'Association Pharmaceutique Belge - uniquement en néerlandais.³

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'importe de l'étranger depuis 2011 par le biais d'une dérogation spéciale. Il est déjà arrivé que cette importation soit à l'origine d'une indisponibilité temporaire. En 2019, le thiopental n'a pas été disponible pendant plusieurs mois. Le problème serait apparu à la suite d'une pénurie de produit chez le producteur, et peut survenir de nouveau à l'avenir. La situation semble cependant ne pas s'être reproduite depuis.

En cas de pénurie, l'unique alternative au thiopental selon l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) est le propofol [voir [Répertoire, chapitre 18.1 et 18.1.1](#)]. À cette fin, l'AFMPS a consulté des experts belges, la directive du LEIF (le «LEIFdraad» (guide) du LevensEinde InformatieForum - néerlandais uniquement) et la directive néerlandaise du KNMG/KNMP pour l'accomplissement de l'euthanasie. À l'unanimité, ils recommandent l'utilisation du propofol comme alternative au thiopental.

I. Les décisions de la Commission

Remarques

- *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.

3 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.

- *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.

En 2020-2021, 70 % des déclarations étaient correctement remplies ont donc été acceptées d'emblée.

Dans 30 % 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.

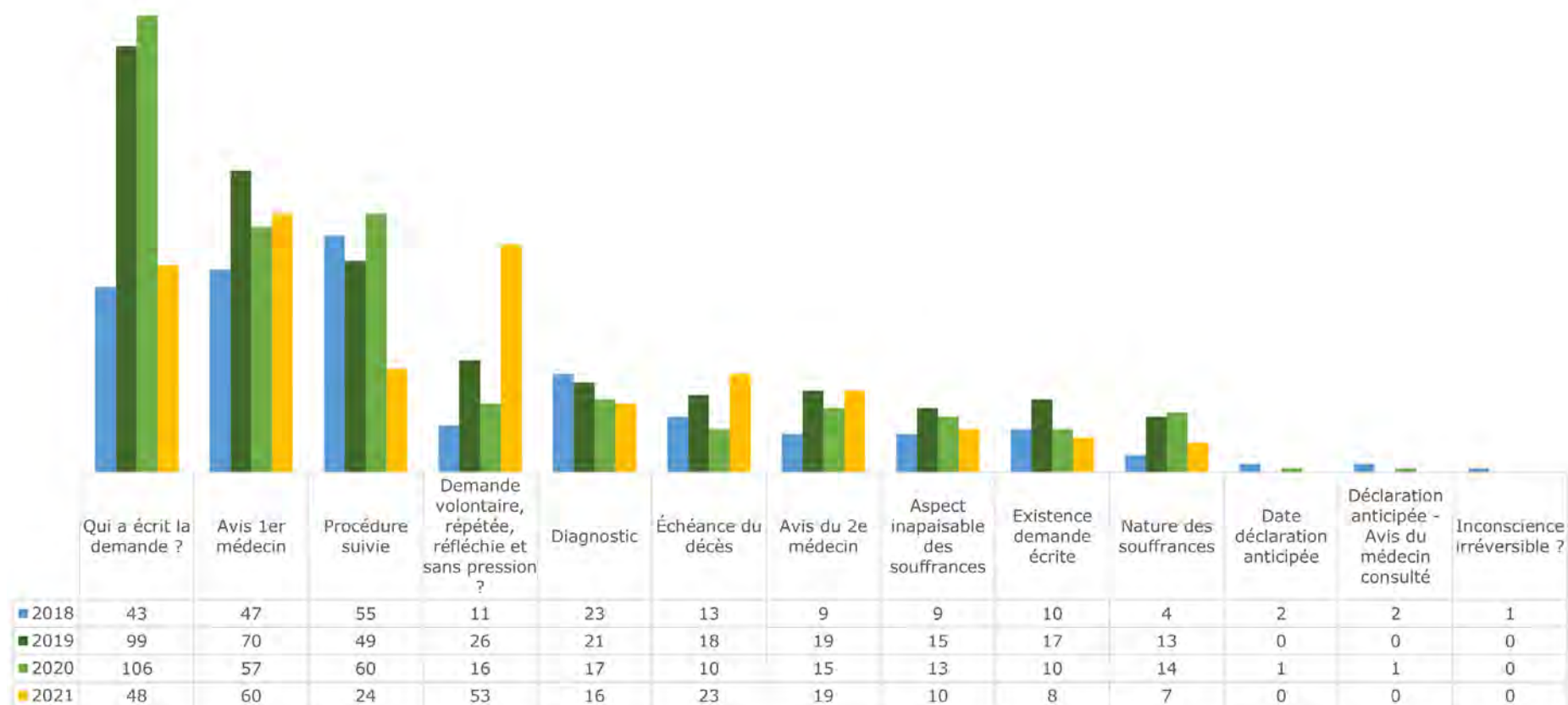
Cette ouverture était, dans 7,8 % des déclarations, uniquement justifiée par la volonté de la Commission de faire remarquer au médecin, essentiellement dans un but d'information et de pédagogie, des imperfections dans ses réponses ou des erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies. Ces dernières ne mettaient cependant pas en cause le respect des conditions légales. Dans ces cas, aucune réponse du médecin n'était sollicitée.

Dans 13,9 % des déclarations, l'ouverture du volet I était destinée à obtenir du médecin des renseignements complémentaires souhaités par la Commission concernant un ou plusieurs points du document mal, insuffisamment ou non complétés. La plupart de ces points concernaient des informations administratives manquantes ou des détails de procédure. Les réponses apportées ont chaque fois donné les informations utiles et les déclarations ont pu être acceptées.

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).

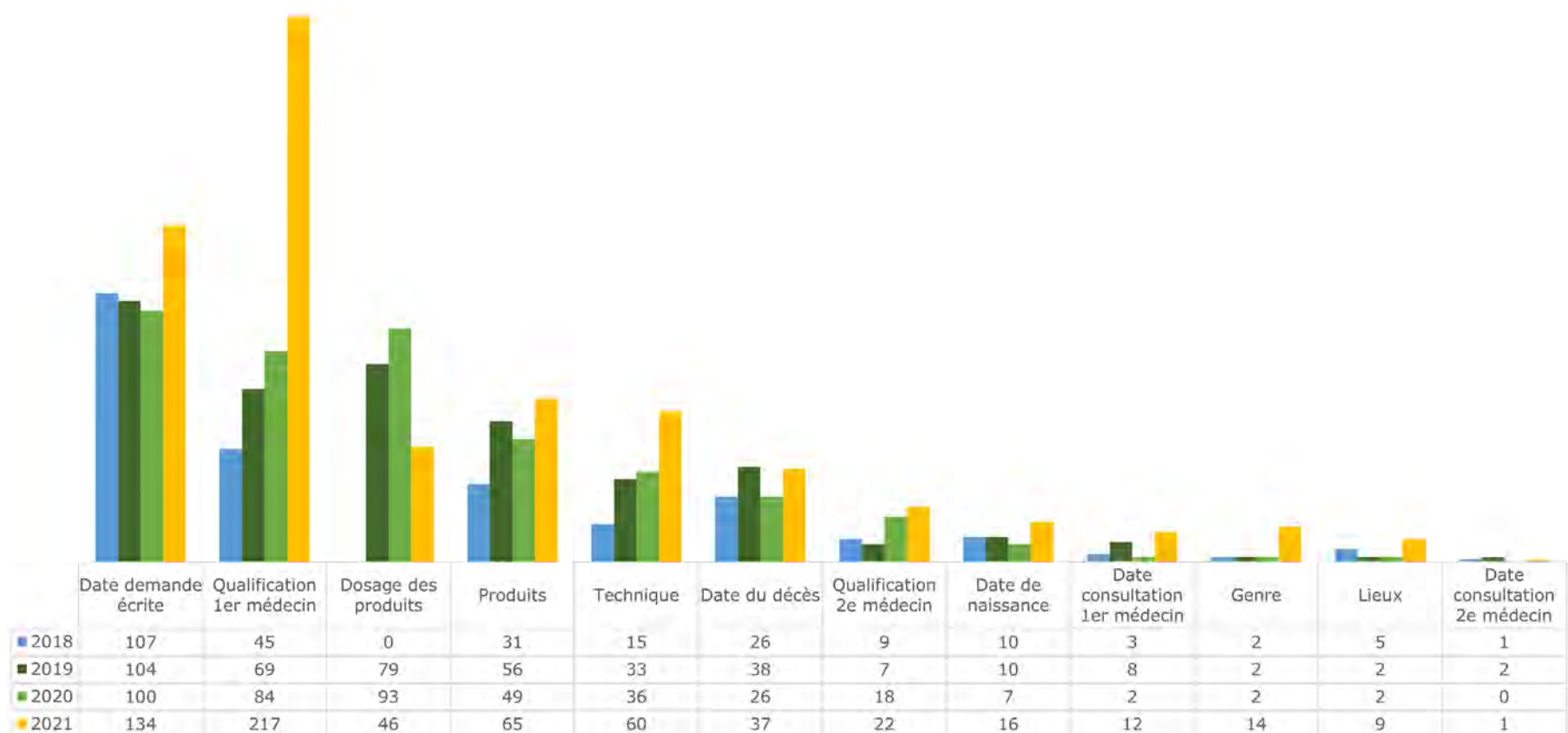
Dans de rares cas, les déclarations ont été acceptées par la Commission bien que l'un ou l'autre point de procédure n'avait pas été suivi à la lettre, mais en s'assurant à chaque fois du respect absolu des conditions essentielles de la loi (demande volontaire, réfléchie et répétée d'un patient conscient 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.

**G9 - Répartition des raisons d'ouverture pour précisions sur le respect des conditions et sur la procédure suivie
(T = 1164 – Total des déclarations concernées 792)**



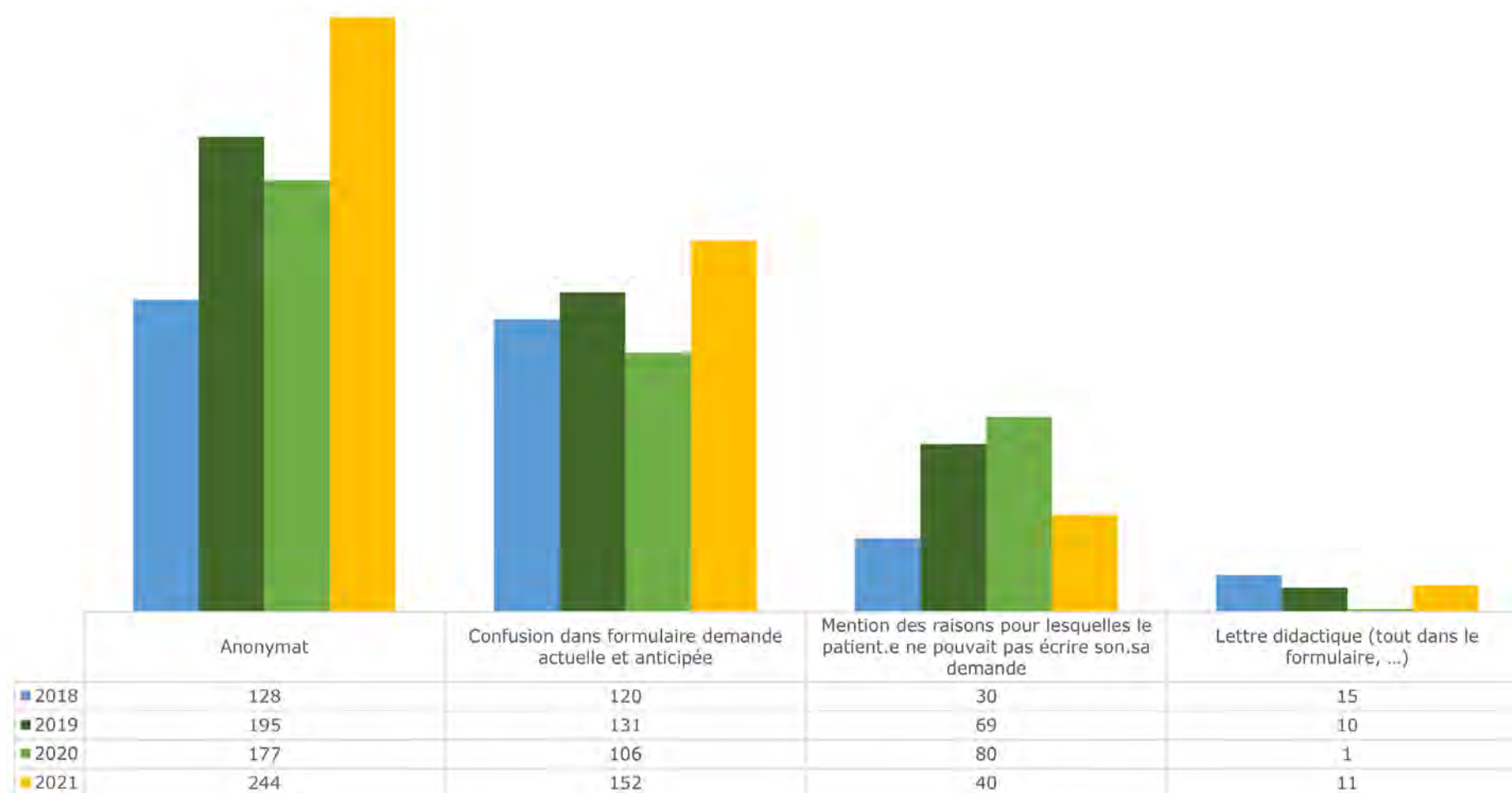
Rem: les demandes de précisions quant à « qui a écrit la demande » sont systématiquement demandées depuis mi-2018.

G10 - Répartition des raisons d'ouverture pour raisons administratives (T= 1716– Total des déclarations concernées 1177)



Rem: les dosages précis des produits employés sont demandés depuis 2019.

G11- Répartition des raisons d'ouverture pour simple remarque (T= 1509 Total des déclarations concernées 819)



Rem. : la demande de précisions sur les raisons pour lesquelles le patient ne pouvait pas écrire sa demande sont systématiquement demandées depuis 2020.

C. Évaluation spécifique de certaines catégories de patients

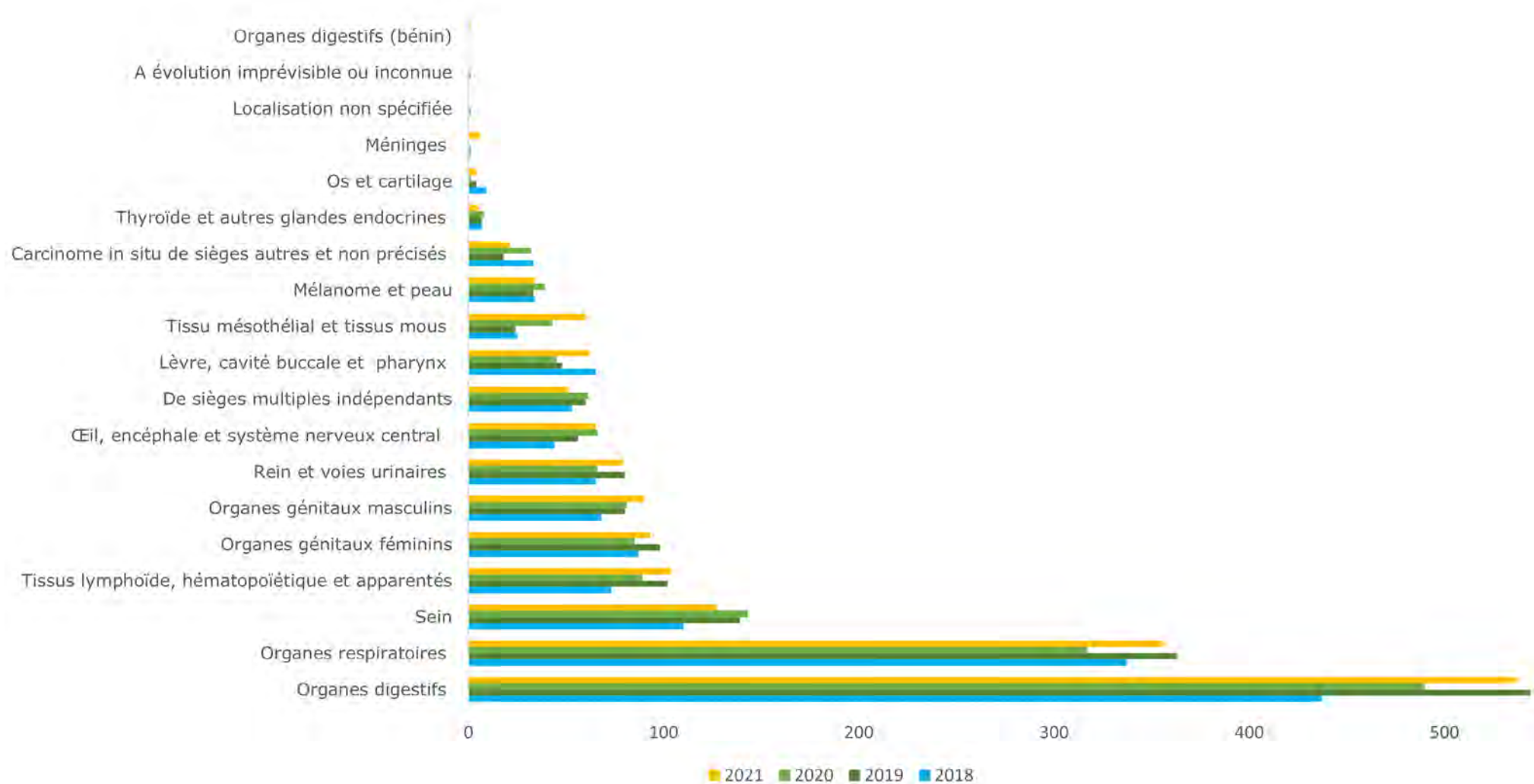
a. Patients souffrant d'affections oncologiques (tumeurs /cancers)

En 2020-2021, les affections oncologiques (tumeurs/cancers) étaient toujours la catégorie principale pour laquelle les patients ont demandé une euthanasie.

En 2020, elles représentaient 61,4 % du nombre total de patients et 62,8 % en 2021. On remarque que la grande majorité des patients oncologiques attendent d'être en fin de vie avant de demander l'euthanasie. Seuls 0,8 % des patients en 2020 et 1,2 % en 2021 ont bénéficié d'une euthanasie alors que leur décès n'était pas attendu à brève échéance. Les pourcentages étaient également similaires les années précédentes (0,7 % en 2018 et 1,1 % en 2019). Cette constatation confirme une fois de plus que les patients et les médecins font preuve d'une grande prudence et attention dans les demandes d'euthanasie.

Année	Total	Total échéance	Total échéance NON brève	% échéance NON brève
2018	1.448	1.438	10	0,7
2019	1.659	1.641	18	1,1
2020	1.567	1.554	13	0,8
2021	1.695	1.675	20	1,2
Total	6.369	6.308	61	1,0

G12 - Affections oncologiques : sous-groupes (T= 6368)



	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Organes digestifs	437	544	490	537	2008
Organes respiratoires	337	363	317	356	1373
Sein	110	139	143	127	519
Tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés	73	102	89	104	368
Organes génitaux féminins	87	98	85	93	363
Organes génitaux masculins	68	80	81	90	319
Rein et voies urinaires	65	80	66	79	290
Œil, encéphale et système nerveux central	44	56	66	65	231
De sièges multiples indépendants	53	60	61	51	225
Lèvre, cavité buccale et pharynx	65	48	45	62	220
Tissu mésothélial et tissus mous	25	24	43	60	152
Mélanome et peau	34	33	39	34	140
Carcinome in situ de sièges autres et non précisés	33	18	32	21	104
Thyroïde et autres glandes endocrines	7	7	8	5	27
Os et cartilage	9	4	1	4	18
Méninges	1	1		6	8
Localisation non spécifiée		1			1
À évolution imprévisible ou inconnue		1			1
Organes digestifs (bénin)				1	1

En 2020-2021, 3263 patients ont été euthanasiés en raison d'une tumeur maligne. Sur la base de ces sous-catégories, il s'agit surtout de tumeurs malignes des organes digestifs, des organes respiratoires, du sein et des organes génitaux (féminins et masculins).

En ce qui concerne les tumeurs malignes de l'appareil digestif, il s'agit surtout de patients atteints de cancer du pancréas, du côlon, de l'œsophage et de l'estomac.

Pour les tumeurs malignes des organes respiratoires, le cancer du poumon est la forme la plus fréquente. Les métastases osseuses entraînent de nombreuses douleurs et les métastases cérébrales peuvent provoquer des troubles de la conscience irréversibles.

Le cancer du sein est le 3^e cancer le plus fréquent à la base des demandes d'euthanasie et représente plus de 10 % des affections des femmes ayant demandé l'euthanasie.

Le groupe des tumeurs malignes rares comprend notamment les doubles carcinomes, c'est-à-dire les patients ayant deux types de cancer, et les cancers d'origine inconnue. Le pronostic lié à ces deux groupes de cancer est souvent mauvais.

Exemples de principales raisons pour lesquelles les patients oncologiques ont demandé l'euthanasie

- Métastases symptomatiques intraitables, p. ex. dans les os, le foie, les poumons et le cerveau, obstruction intestinale maligne, etc. ;
- Récidive *in loco* mutilante, étendue et intraitable (p. ex. tumeurs de la tête et du cou, ovariennes, cérébrales, etc.) ;
- Épuisement des possibilités thérapeutiques ou chances de réussite trop faibles des thérapies restantes, rendant les troubles et symptômes incontrôlables ;
- Le dépérissement en phase terminale, accompagné ou non d'une fragilité et/ou cachexie et de la crainte d'une souffrance continue sans perspective d'amélioration, a généré une situation sans issue ;
- Échec des soins palliatifs conventionnels.

Dans, pour ainsi dire, toutes les déclarations, le médecin a indiqué qu'il existait, à côté de la souffrance physique exprimée et intraitable, également une souffrance psychique grave. Bien que ceci ne soit pas explicitement demandé, le médecin déclarant a fréquemment indiqué que les traitements palliatifs conventionnels ne permettaient pas de maîtriser cette souffrance d'une manière acceptable pour la personne concernée. Par ailleurs, il est fréquemment mentionné que le patient préfère l'euthanasie à une sédation palliative.

Les généralistes, comme les spécialistes, ont un rôle crucial à jouer dans le processus d'euthanasie chez ce groupe de patients. Étant donné que la grande majorité des décès de ces patients sont attendus à brève échéance, un seul avis d'un médecin indépendant est nécessaire, quelle que soit sa spécialisation.

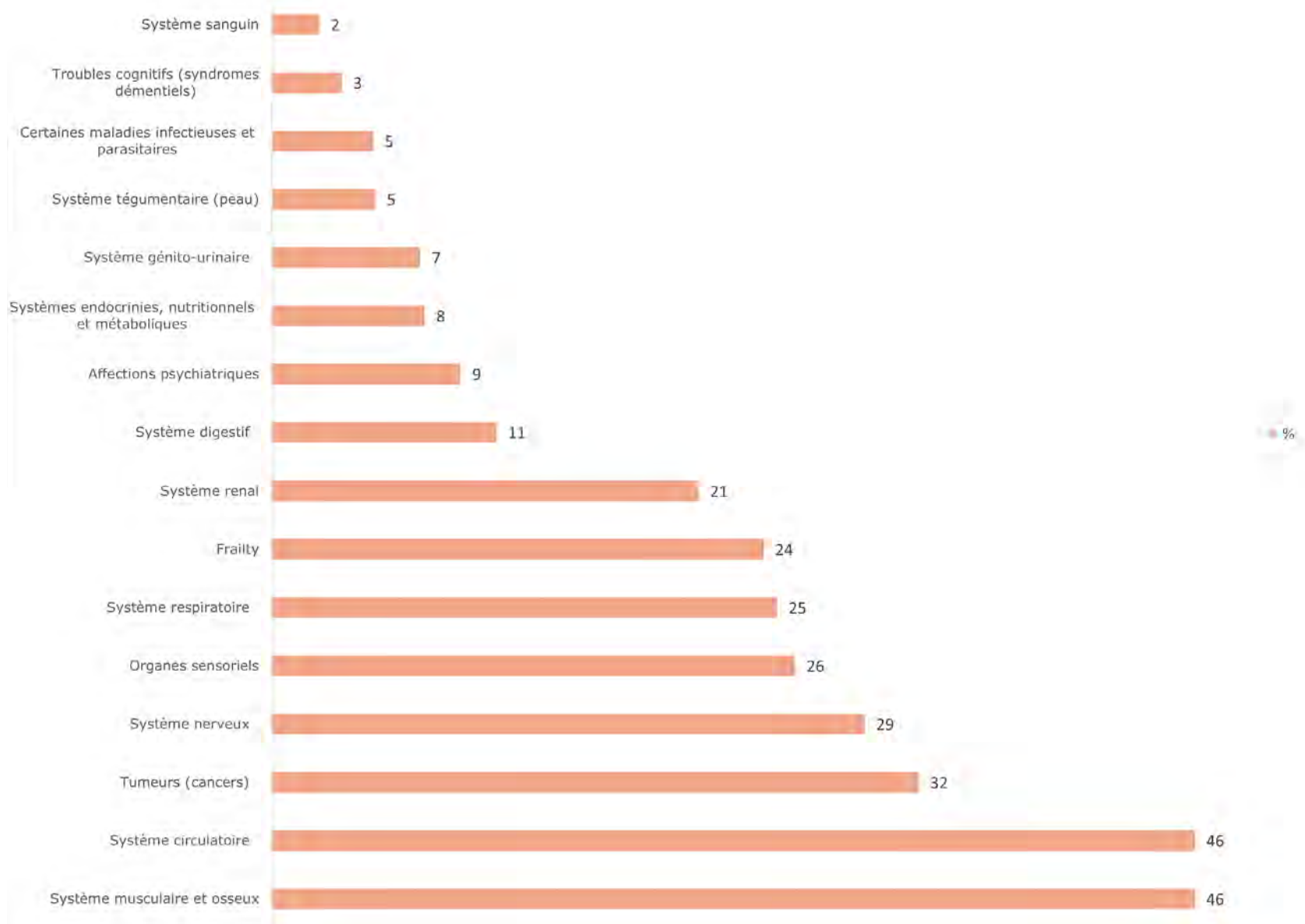
b. Patients souffrant de polyopathologies

Au cours de la période 2020-2021, le nombre d'euthanasies pratiquées chez des patients atteints de polyopathologies est resté pratiquement inchangé, soit 900 patients ou 17,5 % du nombre total d'euthanasies. Pour rappel, depuis 2014, une euthanasie est codée comme liée à une polyopathie si le médecin notifiant déclare explicitement qu'il s'agit de polyopathie, ou s'il indique dans le diagnostic à la rubrique 3 au moins deux affections graves et incurables qui sont en partie à l'origine de la demande d'euthanasie.

L'analyse des 900 documents d'enregistrement de ces patients a montré une fois de plus que les polyopathologies observées chez ces patients se caractérisaient par de multiples affections progressives évoluant vers un stade final, et que plus de la moitié des patients présentaient des affections à risque vital pour lesquelles on estimait que le décès surviendrait à brève échéance.

La souffrance insupportable et inapaisable des patients atteints de polyopathologies était toujours causée par la combinaison de plusieurs affections graves, incurables et évolutives évoluant vers un stade terminal qui engage souvent le pronostic vital. Afin d'évaluer la gravité de la souffrance somatique, il a été déterminé quels systèmes, appareil ou catégorie d'affections étaient concernées par les différentes pathologies (voir le graphique ci-dessous).

G13 - % d'occurrence de systèmes, appareils touchés ou catégorie d'affections (T=900)

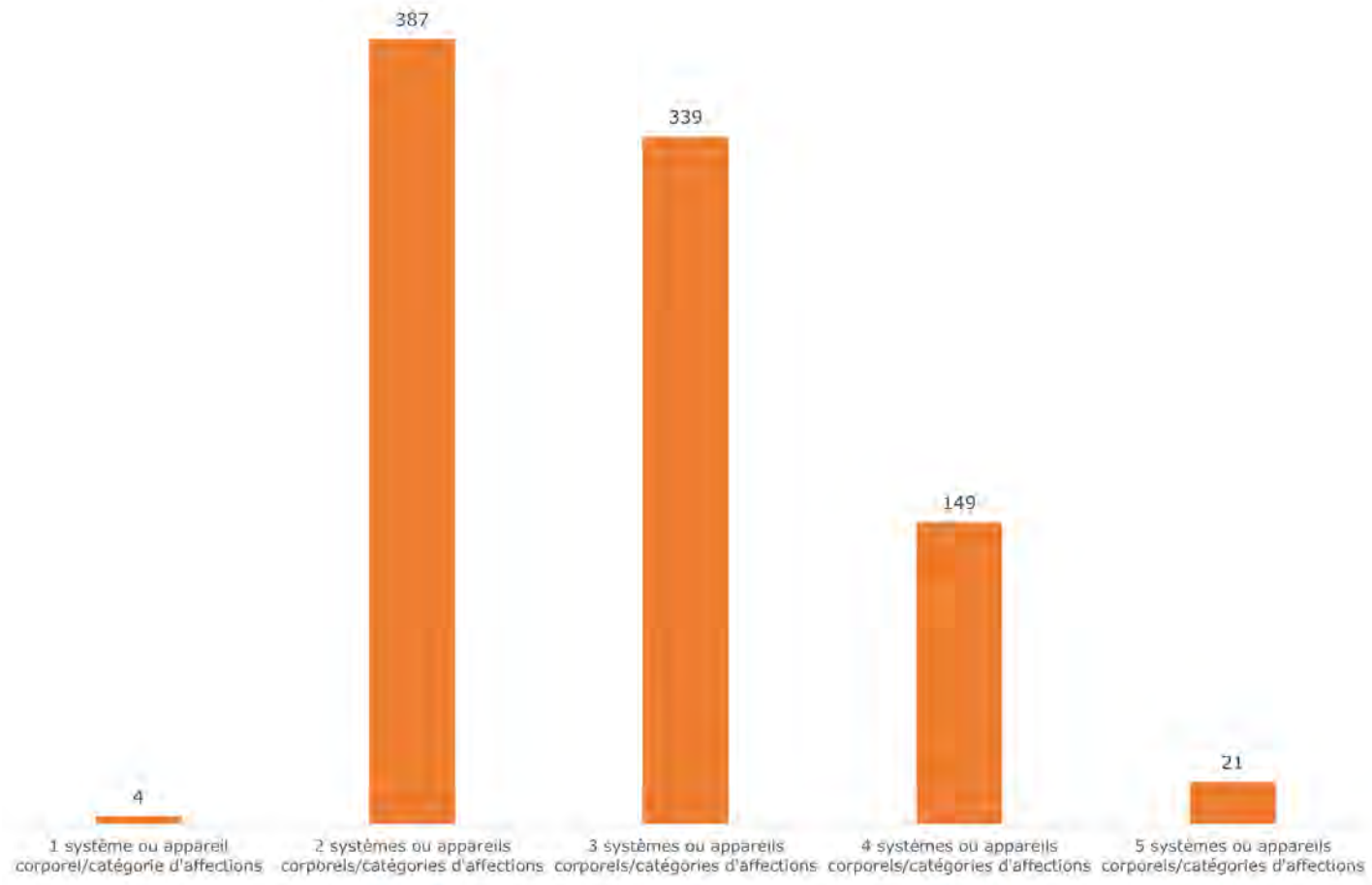


- Près de la moitié (46 %) des patients présentaient une insuffisance cardiaque avancée, voire terminale (NYHA 4) combinée ou non à une affection pulmonaire terminale chronique (25 %) (Gold C à D) associée à une dyspnée au repos avec oxygénodépendance continue et une incapacité à faire le moindre effort. Cela a conduit à un alitement permanent et à une dépendance totale aux soins. Comme le pronostic vital est engagé, ces patients ont été considérés par le médecin déclarant comme des patients dont le décès interviendra à brève échéance.
- Le deuxième système le plus fréquemment touché était le système musculosquelettique. Il s'agissait presque exclusivement d'affections très douloureuses, immobilisantes, s'accompagnant de chutes et fractures (hanche, colonne vertébrale, bras, etc.) et de troubles articulaires (46 %) comme une polyarthrose étendue. Des traitements algologiques locorégionaux et généraux étendus n'avaient pas permis de maîtriser la douleur ni d'améliorer la mobilité de ces patients. La douleur devenue intraitable et les limitations fonctionnelles prononcées étaient les principaux éléments déclencheurs d'une demande d'euthanasie.
- Les cancers (32 %), métastasés ou non, étaient présents chez presque 1/3 des patients atteints de polypathologies. La polypathologie et la forte dégradation de l'état général du patient hypothéquaient un traitement oncologique efficace. Les traitements palliatifs ne permettaient pas de maîtriser suffisamment ou totalement les symptômes causés par les métastases. La gravité de la symptomatologie et l'inefficacité des soins palliatifs pour maîtriser les symptômes étaient les principaux éléments déclencheurs de la demande d'euthanasie chez ces patients.
- L'insuffisance rénale (21 %), en phase terminale ou non, a compliqué le traitement d'autres pathologies évolutives telles que l'insuffisance cardiaque. Dans ces circonstances, il était fréquemment question d'un syndrome cardio-rénal intraitable qui engageait le pronostic vital. Un certain nombre de ces patients ont mis fin à leur dialyse en raison de la forte détérioration de leur état général et de la fatigue prononcée et incurable qui l'accompagnait. L'absence d'amélioration et la dépendance croissante aux soins ont été en partie les éléments déclencheurs de leur demande.
- La maladie de Parkinson et les séquelles d'une thrombose cérébrale (AVC) (29 %) engendrant paralysies et/ou autres symptômes neurologiques graves sont fréquentes à un âge avancé. Cependant, les possibilités de rééducation et de rétablissement sont très limitées chez les personnes âgées. De nombreux patients ne pouvaient pas accepter le fait de vivre avec des handicaps importants et permanents. La dépendance totale, la perte d'autonomie et la futilité d'attendre la mort étaient des facteurs importants qui ont déclenché leur demande d'euthanasie.
- Des troubles visuels évoluant vers une cécité bilatérale due à une dégénérescence maculaire, en association ou non avec une déficience auditive prononcée, ont été à l'origine d'une dépendance totale, d'une perte d'autonomie marquée, qui a fait perdre aux patients le contrôle de leur vie et les a rendus dépendants de la décision des autres. Cette situation était en partie à l'origine d'un isolement social dû à l'incapacité de communiquer avec autrui. Tout cela a fait naître un sentiment de solitude, le sentiment d'être un poids pour les autres, et le sentiment que continuer à exister n'a plus de sens. Il était souvent question d'une qualité de vie absente, accompagnée d'une lassitude de vivre ou d'un sentiment d'en avoir fini avec sa vie.
- Chez 84 patients, il y avait une combinaison de la polypathologie avec un trouble psychiatrique. L'interdépendance entre la polypathologie et les troubles psychiatriques avait également été établie au cours des années précédentes, mais elle n'a jamais fait l'objet d'une étude scientifique approfondie. La courbe d'âge est frappante à cet égard. 25 % de ces patients sont âgés de moins de 70 ans. Parmi les autres patients souffrant de polypathologies, seuls 8 % ont moins de 70 ans et 92 % ont plus de 70 ans. Cela laisse entendre que la combinaison d'une polypathologie et d'un trouble psychiatrique affecte l'espérance de vie de façon clairement négative.

- 29 patients présentaient, en plus de leur polypathologie, une infection au COVID-19 et des symptômes post-COVID ou d'un COVID long allant d'une insuffisance respiratoire à des plaintes de fatigue, d'essoufflement, de problèmes de mémoire, de concentration ou de sommeil, de toux persistante, de douleurs musculaires, de dépression ou d'anxiété, etc.

La **gravité de la souffrance somatique** peut être déduite, entre autres, du nombre de systèmes, d'appareils affectés ou de catégorie d'affections chez un même patient

G14 – Nombre patient selon systèmes ou appareils touchés ou catégorie d'affections (T=900)



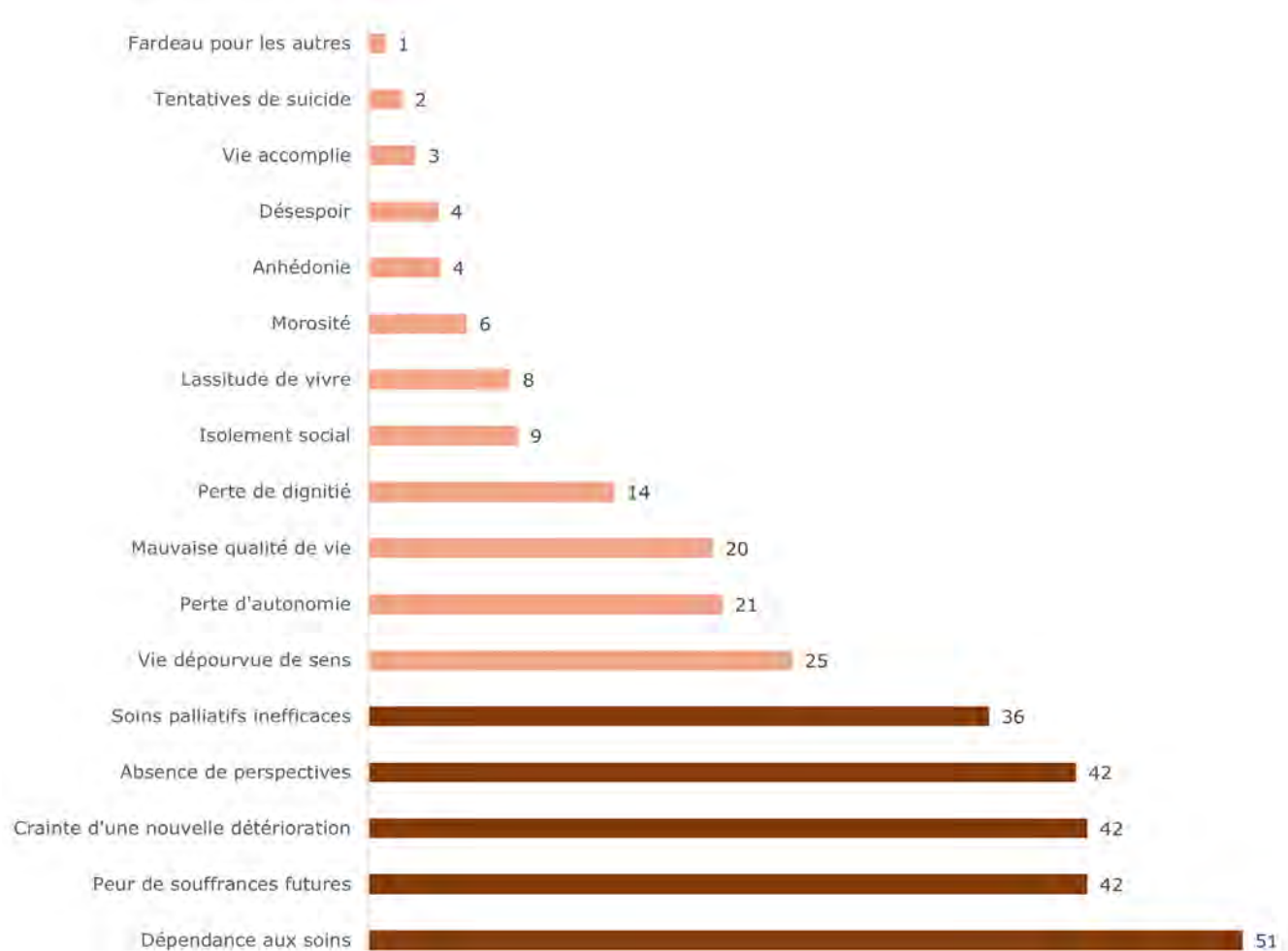
- Chez 4 patients, un seul système ou appareil ou catégorie d'affection était affecté par des troubles multiples, par exemple la maladie de Parkinson et la sclérose en plaques.
- Certaines combinaisons d'affections liées à l'âge engagent davantage le pronostic vital que d'autres. Par exemple, la combinaison d'une insuffisance cardiaque terminale et d'une pneumopathie chronique terminale (N=122) ou avec une insuffisance rénale avancée (N=54) ou avec un cancer (N=189) est considérée comme engageant le pronostic vital. Pour ces patients, il a dès lors été estimé que le décès interviendra à brève échéance.
- Les troubles visuels, notamment la cécité, et les troubles de l'audition (N =233), sont les plus fréquents, avec la polyarthrose douloureuse (N=137), l'insuffisance rénale (N=94), l'insuffisance cardiaque (N=83), les troubles neurologiques (N=62) et le cancer (N=38). En d'autres termes, même les patients présentant des troubles visuels très graves n'ont été euthanasiés que lorsque la cécité se présentait dans le cadre d'une polypathologie.
- Les conséquences d'une infection au COVID-19 peuvent avoir un impact très grave sur l'évolution d'une polypathologie. Le pronostic vital peut même être engagé.

En ce qui concerne la gravité de la souffrance psychique, les maladies progressives liées à l'âge, typiques de la polypathologie, entraînent de plus en plus chez ces patients âgés des diminutions d'ordre physique, psychique, cognitif, psychosocial et existentiel. Tout cela entraîne une souffrance psychique considérable, qui se manifeste fréquemment par une lassitude de vivre. Beaucoup d'entre eux ont des pensées suicidaires parce qu'ils ne voient pas d'avenir qui rende leur vie digne d'être vécue et parce que la mort leur apparaît comme une bénédiction.

Le tableau ci-dessous illustre la nature et l'étendue de la souffrance psychique.

- Plus de la moitié des patients ont du mal à gérer leur dépendance à l'égard de tiers, qui va souvent de pair avec une perte d'autonomie, ce qui leur fait perdre le contrôle des années de vie restantes.
- Plus de 40 % craignent de souffrir physiquement à l'avenir en raison de l'évolution de la détérioration de leur état. La prise de conscience du caractère désespéré de leur situation et l'inefficacité des thérapies et soins palliatifs à maîtriser les symptômes renforcent le sentiment que continuer à vivre n'a pas de sens.

G15 – Nature de la souffrance psychique - % répartition



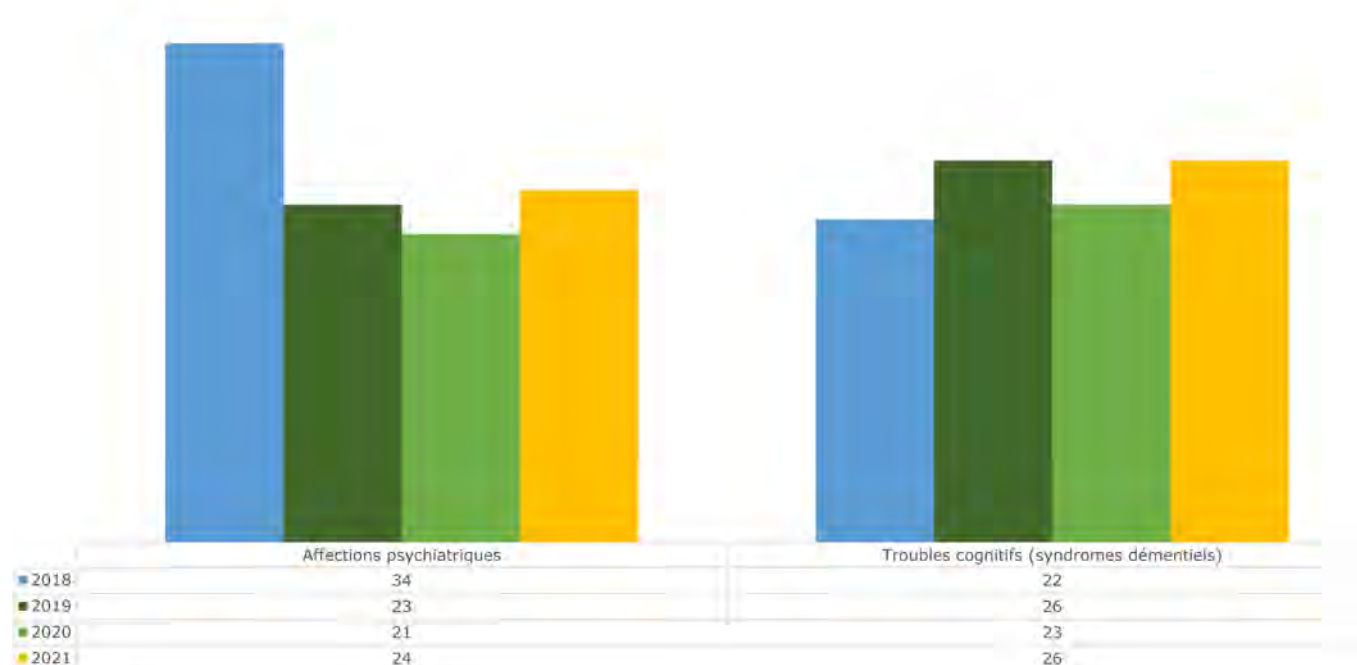
Conclusion :

Dans l'opinion publique, les raisons pour lesquelles les patients très âgés demandent l'euthanasie sur la base de polyopathologies sont sous-estimées. Il n'est pas tenu compte du caractère évolutif et/ou chronique des maladies liées à l'âge, qui se soldent souvent par des handicaps très graves qui restreignent fortement, voire anéantissent, la qualité de vie et s'accompagnent parfois de situations qui engagent le pronostic vital telles que l'insuffisance cardiaque terminale, les cancers métastatiques, l'insuffisance rénale terminale, etc. Malgré tous ces constats, la pratique montre que de nombreux médecins sont réticents à examiner les demandes d'euthanasie de ces patients, surtout lorsqu'on suppose que leur décès n'interviendra pas à brève échéance.

c. Patients souffrant de troubles mentaux et du comportement : affections psychiatriques et troubles cognitifs

Au cours de la période 2020-2021, 94 documents d'enregistrement ont été codés sous la catégorie ICD-10 « troubles mentaux et du comportement ». 49 concernaient des troubles d'origine cognitive comme les démences dont fait partie la maladie d'Alzheimer, et 45 concernaient des affections psychiatriques comme les dépressions, les troubles de la personnalité, le stress posttraumatique, la schizophrénie ou l'autisme.

G16 - Troubles mentaux et du comportement : affections psychiatriques et troubles cognitifs (T= 199)



Les euthanasies sur la base de troubles mentaux et du comportement (affections psychiatriques et troubles cognitifs rassemblés) restent peu nombreuses et stables depuis 2019 (moins de 50 par an).

1. Euthanasie de patients atteints d'une affection psychiatrique

Au cours des deux dernières années, 45 euthanasies de patients psychiatriques ont été pratiquées, soit une moyenne de 23 par an.

Nature des affections psychiatriques (ICD - 10 F10 - F99)	2018	2019	2020	2021	TOTAL
Troubles de l'humeur (e.a. dépressions et troubles bipolaires)	8	10	9	9	36
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (e.a. troubles de la personnalité complexes)	14	11	5	5	35
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somato-formes (e.a. troubles de l'anxiété, troubles dissociatifs et deuil pathologique)	4		2	4	10
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	6	1		3	10
Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques (e.a. troubles du spectre de l'autisme)	1	1	3	1	6
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (e.a. anorexie)			1	1	2
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (e.a. trouble de l'attachement)	1				1
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives			1		1
TOTAL	34	23	21	24	102

Principales raisons pour lesquelles les patients psychiatriques ont demandé l'euthanasie

- Tous les patients présentaient une maladie psychiatrique et un parcours thérapeutique de plusieurs années à l'origine de la demande d'euthanasie. Les symptômes et douleurs étaient non seulement chroniques mais évoluaient aussi bien en intensité qu'en durée. Les traitements susceptibles d'atténuer l'intensité de la souffrance psychiatrique étaient inefficaces.
- La souffrance psychiatrique était toujours décrite comme très intense et insupportable, à un point tel que la gestion de cette souffrance allait au-delà des possibilités du patient. Le caractère persistant et inapaisable de la souffrance suscitait chez les patients le sentiment que la situation était sans espoir et qu'il n'y avait aucune perspective. Ce sentiment était une raison importante dans la genèse d'une demande d'euthanasie chez ces patients.
- Chez les jeunes patients, le caractère insupportable et persistant de la souffrance était fréquemment associé à des expériences du passé. À cet égard, il était question d'abus sexuels, de délaissement étant enfant, de rejet par les parents, de comportement autodestructeur et de tentatives de suicide. Par ailleurs, les tentatives de suicide ratées ont fait prendre conscience aux personnes concernées qu'il existait aussi une autre façon, plus digne, de mettre fin à ses jours.

- Les patients plus âgés étaient submergés de troubles anxieux, par la crainte de continuer à vivre sans plus aucune qualité de vie. Ces troubles s'accompagnaient de tendances suicidaires que les patients expliquaient par le fait qu'ils avaient perdu le contrôle d'eux-mêmes, donnant ainsi lieu à une anhédonie et une morosité intraitables.

2. Euthanasie de patients atteints de troubles cognitifs

La démence est une maladie incurable qui affecte aussi bien le contenu de la conscience que le degré de conscience. Au cours de la période 2020-2021, 49 patients mentalement compétents ont demandé l'euthanasie sur la base d'une demande actuelle en raison d'un trouble cognitif, principalement un processus de démence. Aux Pays-Bas, en 2021, l'euthanasie a été pratiquée sur 215 patients déments.

49 patients est un chiffre insignifiant par rapport au nombre total de patients atteints d'un processus de démence dans notre pays. Pour la Belgique, le nombre de personnes atteintes d'un processus de démence est actuellement estimé à un peu moins de 200.000. Ce nombre devrait encore croître de moitié à l'horizon 2035. L'âge est le principal facteur de risque. Au moins 10 % des plus de 65 ans développent un trouble cognitif, pour 20 % des plus de 80 ans et un peu plus de 40 % des plus de 90 ans.

Principales raisons pour lesquelles les patients atteints d'un processus de démence ont demandé l'euthanasie

- La perspective d'une perte croissante des fonctions cognitives et du déclin physique qui va de pair et qui conduit finalement à une dépendance et à une perte d'autonomie totales, ainsi que la peur de souffrances futures provoquent une souffrance insupportable et sans issue.
- L'absence de traitement efficace génère le sentiment que la situation est sans espoir et qu'il est absurde de devoir subir la maladie jusqu'à son terme.
- La peur de dépérir mentalement et physiquement et de mourir de manière jugée inhumaine comme bon nombre l'ont vécu de près chez leurs proches.
- La peur de développer une incapacité à exprimer sa volonté qui fait perdre le contrôle de sa vie et qui ne permet plus d'entrer en ligne de compte pour une euthanasie.

d. Patients résidant à l'étranger

Dans le volet II, qui est la partie du document d'enregistrement dont disposent les membres de la Commission, seul le lieu de naissance et, désormais, la langue du patient sont demandés. Le domicile est demandé 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 également aux médecins qui le souhaitent d'indiquer le pays de résidence du patient. Selon le volet II des déclarations, en 2020 et 2021, 79 patients résidant à l'étranger sont venus en Belgique afin d'obtenir une réponse favorable à leur demande d'euthanasie. Cette précision n'étant pas une obligation légale, il est cependant impossible de connaître le nombre exact de patients résidant à l'étranger ayant été euthanasiés en Belgique.

Cela concerne des patients souffrant d'une affection somatique. Ces patients souffraient entre autres d'une maladie neurologique incurable grave (p.ex. sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Charcot) ou d'un cancer disséminé (p.ex. cancer du sein ou pancréas). Plus de la moitié 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.

e. 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 3 documents d'enregistrement pour les années 2020-2021 (3 également déclarés à la Belgian Transplantation Society - www.transplant.be).

Les patients souffraient d'un cancer, d'une maladie du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif et d'une polypathologie. Ils étaient tous néerlandophones, âgés de 33, 73 et 76 ans, de sexe masculin et le décès n'était, sauf dans un cas, pas attendu à brève échéance.

D. Budget de la Commission euthanasie

Le fonctionnement de la Commission belge est constamment mis en regard de celui des Commissions régionales de contrôle néerlandaises (*Regionale ToetsingsCommissies*), sans préciser toutefois que la situation n'est pas comparable.

Le nombre d'euthanasies enregistrées en Belgique représente environ 35 % de celles pratiquées aux Pays-Bas⁴ (2.700 euthanasies en Belgique en 2021 sur 112.390 décès = 2,4%, 7.666 euthanasies aux Pays-Bas en 2021 sur 170.839 décès = 4,5%).

Les Commissions régionales néerlandaises (5 pour tout le pays) sont assistées par un secrétariat d'environ 25 employés (enregistrement des déclarations, élaboration et publication du rapport, mise à jour du site internet, réponse aux questions...).

Ce nombre d'agents permet, par exemple, de maintenir et de mettre à jour en permanence le site internet avec une section réservée aux médecins, chercheurs, politiciens et journalistes, de publier les décisions de manière anonyme, d'élaborer un Code de bonnes pratiques, de publier également le rapport annuel, rapport et Code faisant l'objet de traduction en anglais et en français...

En Belgique, la Commission est assistée d'un secrétariat composé de deux personnes, qui doivent se charger seules de tout le travail administratif, de la mise à jour du site, des réponses aux questions parlementaires, des journalistes, des médecins, etc.

Aux Pays-Bas, le budget des commissions était de 3,7 millions d'euros/an en 2020. En Belgique, il est approximativement de 160.000 euros/an (il est difficile de l'estimer avec exactitude, les sources de financement émanant de deux services publics fédéraux - la Santé publique et la Justice - et le personnel du secrétariat étant soumis à un détachement spécifique qui le laisse à la charge de son administration d'origine).

4 Regionale ToetsingsCommissies Euthanasie - RTE - jaarverslag 2021.

La rémunération annuelle des membres des Commissions régionales de contrôle néerlandaises se situe entre 10.000 et 17.000 euros/an par membre. Le budget annuel total pour les membres est de 778.000 euros. Les heures supplémentaires travaillées en groupe de travail sont remboursées en sus.

En Belgique, le budget total des membres de la Commission est 12.000 euros/an (pour les frais de déplacement et les jetons de présence), ce qui fait une moyenne de 375€/an par membre. Par réunion, les membres touchent 20€ de jeton de présence (25€ pour les présidents) et leurs frais de déplacement sont remboursés à raison de 0,3653€/km (mais pas pour ceux qui habitent dans l'agglomération bruxelloise).

Nous ne travaillons donc absolument pas dans les mêmes conditions.

Plus d'informations quant à la pratique de l'euthanasie sur les sites officiels des pays voisins :

Pays-Bas

- <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/levenseinde-en-euthanasie/euthanasie>
- <https://www.euthanasiecommissie.nl/>

Grand-duché de Luxembourg

- <https://sante.public.lu/fr/droits/fin-vie/euthanasie/index.html>

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.

Après une légère baisse des euthanasies enregistrées en 2020 (sans doute en raison de la pandémie de Covid-19), le nombre d'euthanasies enregistrées a augmenté en 2021 de 10,4 % par rapport à 2020, retrouvant ainsi le niveau de l'année 2019.

Le nombre de déclarations reçues en 2020 et 2021 a été au total de 5.145.

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

La proportion de documents d'enregistrement en français et néerlandais reste stable (74,7 % NL / 25,3 % FR) mais les documents d'enregistrement rédigés en français continuent d'augmenter.

67,3 % des patients étaient âgés de plus de 70 ans et 39,1 % 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 (77 %). Le groupe de patients le plus important concerne la tranche d'âge entre 80 et 89 ans (28,3 %).

En 2020 et 2021, aucune déclaration relative à l'euthanasie d'un mineur n'a été enregistrée.

Depuis 2020, le nombre d'euthanasies ayant eu lieu au domicile progresse (54,3%). En revanche, le nombre d'euthanasies pratiquées dans les hôpitaux et les unités de soins palliatifs (30,4 %) diminue, tandis que le nombre d'euthanasies ayant lieu dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins, après une diminution en 2020, augmente un peu (13,4 %).

Dans la grande majorité des cas (85,6 %), le médecin estimait que le décès du patient était prévisible à brève échéance.

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 (82,2 %). 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.

Les affections à l'origine des euthanasies étaient des tumeurs (cancers) (63,4 %), des polyopathologies (17,5 %), des maladies du système nerveux (7,8 %), des maladies de l'appareil circulatoire (3,6 %), des maladies de l'appareil respiratoire (2,5 %), des affections psychiatriques (0,9 %) et des troubles cognitifs (1%) et des maladies de l'appareil digestif (0,7%). Les autres catégories toutes rassemblées représentent 2,6% 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 (1,9% 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.

A. En ce qui concerne la réalisation d'études scientifiques au niveau national sur l'ensemble des décisions médicales en fin de vie

Depuis l'entrée en vigueur de la loi relative à l'euthanasie, deux études majeures ont été menées en Flandre sur la nature et la pratique de l'euthanasie et des autres décisions de fin de vie⁵. La méthodologie est dérivée de celle employée dans trois études menées aux Pays-Bas, notamment via des recherches sur la mortalité. Ces recherches ont été menées notamment via des questionnaires qui, aux Pays-Bas, ne se limitaient pas à l'euthanasie, mais examinaient également toutes les décisions de fin de vie ainsi que les refus d'euthanasie⁶.

Ce genre d'étude ne devrait pas être réalisée uniquement en Flandre, mais devrait être étendue à toute la Belgique.

B. En ce qui concerne la nécessité d'informer les citoyens et de former les prestataires de soins

La Commission estime qu'en vue de l'application légale correcte de l'euthanasie, tant les citoyens que les médecins et, par extension, l'ensemble des prestataires de soins doivent être informés de façon suffisante. Cela n'est pas encore le cas, malgré diverses initiatives non-gouvernementales. C'est pourquoi il importe que les autorités prennent des initiatives ou qu'elles subventionnent les initiatives de tiers.

Les facultés et les hautes écoles en charge de la formation de tous les professionnels de la santé devraient obligatoirement inscrire dans leur cursus une formation concernant les soins en fin de vie.

La Commission insiste à nouveau sur l'importance d'une brochure informative destinée au public, à l'initiative (subventionnée ou non) de tiers. Cette brochure devrait être axée sur l'application de la loi relative à l'euthanasie, mais également sur l'application de la loi relative aux droits du patient et de la loi relative aux soins palliatifs.

La brochure d'information élaborée par la Commission à l'intention du corps médical est systématiquement adressée au médecin déclarant lorsque le volet I d'un formulaire d'enregistrement doit être ouvert, soit pour formuler des remarques, soit pour demander des informations complémentaires. Cette brochure informative est également accessible sur le site web de la Commission www.commissionneuthanasie.be, rubrique publications, où figure également le document d'enregistrement.

⁵ Bilsen J., et al. N Engl J Med 2009; 361:1117-1121 et Chambaere K., et al. N Engl J Med 2015; 372:1179-1181.

⁶ Derde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding. zonMw, 2017, ISBN 9789057631481.

C. En ce qui concerne les modifications éventuelles de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

La Commission confirme, comme c'était auparavant le cas, que l'application de la loi n'a pas entraîné de problèmes majeurs ou d'abus qui nécessiteraient des initiatives légales.

Rupture de l'anonymat

En 2020 et 2021, 418 déclarations ont fait l'objet de remarques à propos de la rupture de l'anonymat. Certains membres de la Commission s'interrogent sur la nécessité de maintenir cette règle de l'anonymat, non pas parce qu'elle n'est visiblement pas systématiquement respectée, mais en considération des raisons qui justifieraient actuellement son maintien. Le législateur l'a prévue dans la loi du 28 mai 2002 pour éviter que des médecins soient considérés comme « le docteur qui pratique des euthanasies » et en cela stigmatisés. Après 20 ans d'application de la loi, il semble que ce danger n'existe plus. Quoi qu'il en soit, même lorsque l'on doit ouvrir le volet I, le nom du médecin n'est pas dévoilé. Il importe de souligner qu'aux Pays-Bas, cette règle de l'anonymat n'existe pas pour les déclarations. Les avis et rapports ne mentionnent nullement les noms des médecins. Du reste et pour rappel, les membres de la Commission, que ce soit aux Pays-Bas ou en Belgique, sont tenus au secret professionnel.

Lever l'anonymat mettrait également un terme aux discussions concernant le fait que des déclarations proviennent de médecins siégeant à la Commission.⁷

D. En ce qui concerne le fonctionnement de la Commission

Budget

Le fonctionnement actuel de la Commission est hypothéqué par une pénurie budgétaire croissante et de plus en plus marquée. Un budget nettement plus important est nécessaire afin de pouvoir agrandir l'équipe du secrétariat, de manière à pouvoir traiter le nombre croissant de documents d'enregistrement ainsi que le travail statistique toujours plus étendu.

Formulaire électronique/Application euthanasie

L'absence de document d'enregistrement électronique pour les médecins déclarants pouvant être envoyé via un lien sécurisé au secrétariat de la Commission est la cause principale d'erreurs administratives dans les documents d'enregistrement. Elle explique le nombre élevé de dossiers où le volet I doit être ouvert pour demander des informations complémentaires, parce que le dossier est incomplet ou ne contient pas suffisamment d'informations pour vérifier si les conditions essentielles sont respectées.

⁷ Pour information, l'arrêt du 4 octobre 2022 de la Cour européenne des droits de l'homme – CEDH – aff. Mortier c. Etat belge est paru peu de temps avant la mise sous presse de ce rapport et sera abordé dans le prochain rapport bisannuel reprenant les données de 2022 et 2023

Vu le nombre important d'euthanasies, il était urgent de disposer d'un document d'enregistrement électronique. Fin 2021, un budget a été dégagé par les deux Services publics fédéraux (Justice et Santé) ayant la Commission dans leurs attributions pour développer une application permettant d'introduire électroniquement le document d'enregistrement d'une euthanasie. Le projet de formulaire électronique est maintenant lancé et la Commission espère pouvoir le mettre à disposition des médecins au plus tard début 2023.

Cela contribuera sans aucun doute à réduire grandement la charge de travail des membres de la Commission et du secrétariat, à faciliter le traitement électronique des données et à réduire fortement l'impact écologique de la Commission. Le formulaire électronique améliorera également la lisibilité des données. Pour l'instant, lire les documents remplis de manière manuscrite relève parfois de l'étude graphologique.

L'étude des raisons de l'ouverture du volet I souligne une nouvelle fois son absolue nécessité. Un tel document électronique permettra de réduire d'au moins 5 % le nombre de documents dont le volet I doit être ouvert. Un document électronique ne pourrait être envoyé de façon numérique que lorsque toutes les rubriques à remplir obligatoirement sont effectivement complétées. Cela représentera un gain de temps important pour le secrétariat et permettra d'augmenter le nombre de documents pouvant être administrativement immédiatement approuvés.

Digitalisation du volet I pour archivage

Avant de développer le formulaire électronique/application euthanasie, la légalité d'un tel projet a été examinée. Après une analyse juridique approfondie de la loi, il a été confirmé que rien ne s'opposait légalement au fait de transmettre de manière électronique le document d'enregistrement d'une euthanasie, la loi ne faisant aucune mention explicite ou implicite d'un formulaire papier ou non papier. La loi insiste cependant sur la nécessité de garantir une confidentialité stricte. Cet aspect a donc dès le début été prévu, notamment via une procédure d'authentification du médecin via un accès sécurisé.

Cependant, le Code de droit économique (art. XII.25) prévoit qu'il existe une liberté de choix de communiquer des données sur papier ou sous forme numérique. Sauf modification de la loi relative à l'euthanasie en ce sens, on ne peut donc empêcher les médecins de continuer à envoyer leur document d'enregistrement sous format papier. Les deux systèmes (papier et numérique) devront donc cohabiter.

Dès lors, la question du traitement administratif du volet I se pose : en effet, la loi exige que ce volet soit scellé par le médecin concerné. Ce n'est qu'en cas de doute et après un vote en Commission que ce volet peut être ouvert.

Décider de l'ouverture systématique des volets I pour permettre leur digitalisation n'est pas du ressort de la Commission Euthanasie : une éventuelle modification de la loi du 28 mai 2002 est du seul ressort du pouvoir législatif. Il est dès lors impossible pour le secrétariat de la Commission d'ouvrir les volets I des documents d'enregistrement papier afin de les encoder dans le système d'archivage électronique.

La Commission Euthanasie demande donc qu'une modification de ladite loi, quant à la possibilité d'ouvrir le volet I de manière systématique aux fins de digitalisation, soit réalisée. L'avis du comité de protection des données sera d'abord sollicité à ce sujet. La Commission Euthanasie suggère pour ce faire d'ajouter à l'article 8 de la loi la mention suivante :

Hormis pour les besoins du traitement administratif interne du courrier, l'anonymat du premier volet du document d'enregistrement est garanti. Il ne peut être levé, en cas de doute, que par un vote de la Commission Euthanasie à la majorité simple.

Cadre administratif de la Commission

Lors des travaux préparatoires du même formulaire électronique, la question du cadre administratif de la Commission a posé un problème. En effet, la loi ne définit pas clairement ce cadre ainsi que le type et la répartition exacte des frais à supporter respectivement par les SPF Santé publique et Justice (la loi parle des frais de personnel, frais de fonctionnement et rémunérations des membres de la Commission sans entrer plus dans les détails).

Cette situation a entraîné beaucoup de questionnements et de retard lors de l'élaboration du formulaire électronique, notamment pour déterminer quel service de quel SPF pouvait être mis à disposition de la Commission et dans quelles conditions (par exemple support juridique ou respect des données à caractères privées-GDPR).

Officiellement, aucun service des deux SPF n'est chargé de fournir un soutien à la Commission Euthanasie. Pareille situation est pour le moins problématique et devrait être clarifiée.

Le cadre administratif étant une compétence du Roi, en l'occurrence des ministres responsables de la Santé publique et de la Justice, la Commission souhaiterait que ceux-ci fixent ce point pour le futur en donnant une définition exacte du fonctionnement de la Commission Euthanasie et de son secrétariat dans son intégralité, et en précisant le plus clairement possible ce que l'on entend par «cadre administratif» et de quelle compétence du SPF (budgétaire, organisationnelle, etc.) cela relève.

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

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

CHAPITRE I. - Dispositions générales.

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

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure.

Art. 3.

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

- 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 ; 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;
3. 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;
4. si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne;

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

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 in-

térêt 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;
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 quatre 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.

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

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

1. les nom, prénoms et domicile du patient;
2. les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du médecin traitant;
3. les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et domicile du (des) médecin(s) qui a (ont) été consulté(s) concernant la demande d'euthanasie;
4. les nom, prénoms, domicile et qualité de toutes les personnes consultées par le médecin traitant, ainsi que les dates de ces consultations;
5. s'il existait une déclaration anticipée et qu'elle désignait une ou plusieurs personnes de confiance, les nom et prénoms de la (des) personne(s) de confiance qui est (sont) intervenue(s);
6. les nom, prénoms, numéro d'enregistrement à l'INAMI et adresse du pharmacien qui a délivré la substance euthanasiant, le nom des produits délivrés et leur quantité ainsi que, le cas échéant, l'excédent qui a été restitué au pharmacien.

Ce premier volet est confidentiel. Il est transmis par le médecin à la commission. Il ne peut être consulté qu'après une décision de la commission, et ne peut en aucun cas servir de base à la mission d'évaluation de la commission.

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

1. le sexe et les date et lieu de naissance du patient et, en ce qui concerne le patient mineur, s'il était émancipé;
2. la date, le lieu et l'heure du décès;
3. la mention de l'affection accidentelle ou pathologique grave et incurable dont souffrait le patient;
4. la nature de la souffrance qui était constante et insupportable;
5. les raisons pour lesquelles cette souffrance a été qualifiée d'inaffable;
6. les éléments qui ont permis de s'assurer que la demande a été formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée et sans pression extérieure;
7. si l'on pouvait estimer que le décès aurait lieu à brève échéance;

8. s'il existe une déclaration de volonté;
9. la procédure suivie par le médecin;
10. la qualification du ou des médecins consultés, l'avis et les dates de ces consultations;
11. la qualité des personnes consultées par le médecin, et les dates de ces consultations;
12. la manière dont l'euthanasie a été effectuée et les moyens utilisés.

Art. 8.

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

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

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

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

Art. 9.

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

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

our l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission sont confidentiels.

Aucun de ces documents ne peut contenir l'identité d'aucune personne citée dans les dossiers remis à la commission dans le cadre du contrôle prévu à l'article 8.

La commission peut décider de communiquer des informations statistiques et purement techniques, à l'exclusion de toutes données à caractère personnel, aux équipes universitaires de recherche qui en feraient la demande motivée. Elle peut entendre des experts.

Art. 10.

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

Art. 11.

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

Art. 12.

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

Art. 13.

Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, 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.⁸

CHAPITRE V - 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 spécialisé en matière de droit à l'euthanasie et, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer dans

⁸ Les passages surlignés dans les articles 13/1 et 13/2 de la loi ont été ajoutés par la loi du 18 mai 2022 visant à modifier la législation relative à l'euthanasie. Cette loi, entrée en vigueur le 9 juin 2022, n'est pas concernée par le présent rapport.

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 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

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 :	
<ol style="list-style-type: none"> 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) 	<ol style="list-style-type: none"> 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 :	
<ol style="list-style-type: none"> 9. M. Christophe Lemmens (NL) 10. Mme Jacqueline Herremans (FR) 11. M. Gilles Genicot (FR) - président francophone 12. M. Walter De Bondt (NL) 	<ol style="list-style-type: none"> 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 :	
<ol style="list-style-type: none"> 13. Mme Magali De Jonghe (NL) 14. Mme Thérèse Locoge (FR) 15. Mme Chantal Gilbert (FR) 16. Mme Jacinta De Roeck (NL) 	<ol style="list-style-type: none"> 13. Mme Géraldine Mathieu (FR) 14. M. Paul Destrooper (NL) 15. Mme Magriet De Maegd (NL) 16. Mme Arlette Geuens (NL)

CFCEE

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

Secrétariat de la Commission

avenue Galilée, 5/2

1210 BRUXELLES

euthanasiecom@health.fgov.be

www.commissioneuthanasie.be

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

La version électronique de cette brochure est disponible sur : www.commissioneuthanasie.be

Imprimé avec des encres végétales sur du papier portant le label écologique européen.

Deze brochure bestaat ook in het Nederlands: www.euthanasiecommissie.be, rubriek Publicatie

Ed. Resp. : Dirk Ramaekers, Président du comité de direction, Avenue Galilée, 5/2, 1210–Bruxelles

Conception graphique : Thierry Sauvenière