

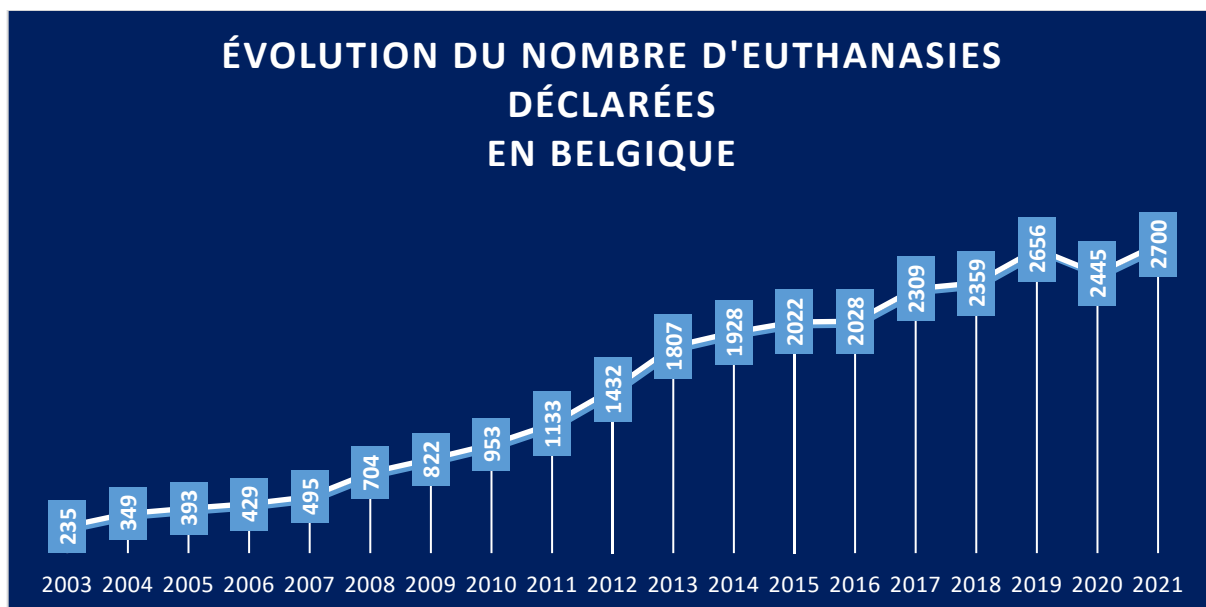
Analyse du dixième Rapport de la Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie aux Chambres Législatives

Années 2020 et 2021

La loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie prévoit que la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE), dresse tous les deux ans un rapport à l'intention du législateur. Le dixième rapport vient d'être publié et couvre les années 2020-2021. La Commission est chargée de vérifier, sur la base de documents d'enregistrement qui doivent lui être transmis, si l'euthanasie a été *pratiquée* conformément aux conditions et à la procédure prévue par la loi.

L'IEB en livre dans le présent document une brève analyse.

Depuis 2002, ce sont **27 226 personnes** qui ont été officiellement euthanasiées en Belgique. Les chiffres pour les deux dernières années (2020 et 2021) sont respectivement de **2445 cas et 2700 cas**. L'année 2021 a donc été caractérisée par une **augmentation de 10,4%** des euthanasies déclarées.



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles

Source : Dixième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2020-2021)

Le régime linguistique des déclarations d'euthanasie

La différence significative entre le nombre de déclarations en néerlandais et celles faites en français reste importante (de l'ordre de 75/25%).

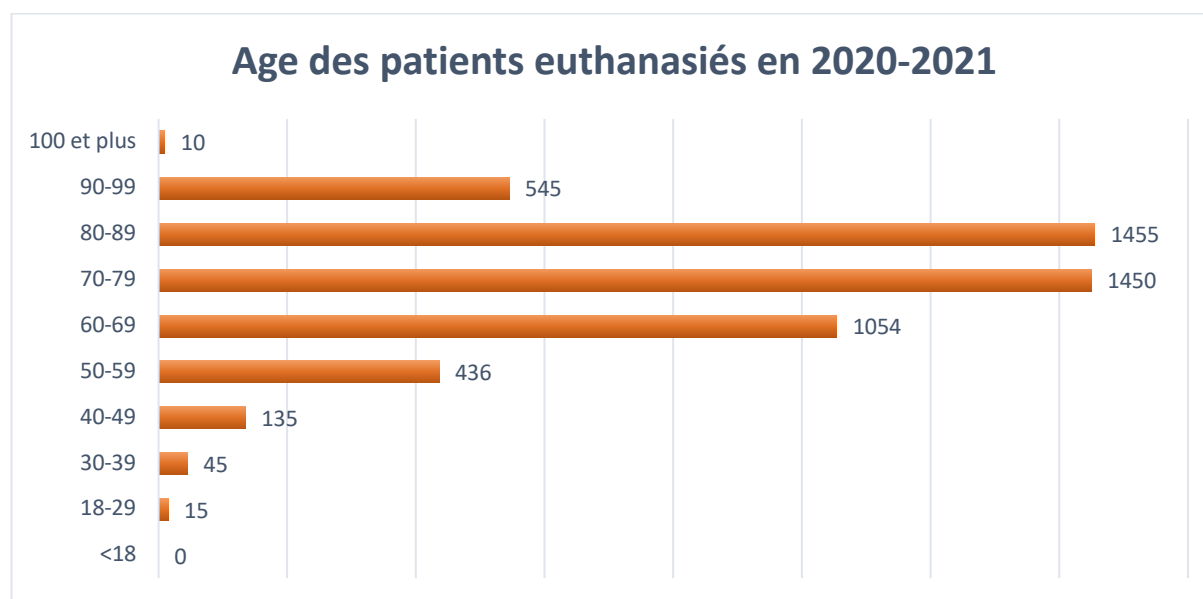
Le nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées

Comme dans ses rapports précédents, la Commission rappelle qu'elle « *n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées.* » Autrement dit, **ces chiffres ne traduisent qu'une partie de la réalité de l'euthanasie en Belgique.**

L'âge des personnes euthanasiées

58% des euthanasies ont été pratiquées chez des patients âgés **de 40 à 79 ans**, **40%** chez des patients de **plus de 79 ans**. Ce sont surtout les patients des tranches d'âge de 60, 70 et 80 ans qui demandent à être euthanasiés. Les groupes les plus importants sont ceux de la tranche d'âge des 70-89 ans, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

Aucune euthanasie de mineur d'âge n'a été déclarée pour les années 2020-2021.



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles

Source : Dixième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2020-2021)

Déclarations anticipées

Pour la période de 2020-2021, **31 personnes** ont été euthanasiées sur la base d'une déclaration qu'elles avaient anticipativement rédigée, ce qui correspond à 0,6% du total des euthanasies officielles sur cette période, un pourcentage en baisse depuis plusieurs années. Ces personnes étaient donc dans un état de coma jugé irréversible lorsque le médecin a provoqué leur mort.

Le lieu où le médecin a pratiqué l'euthanasie

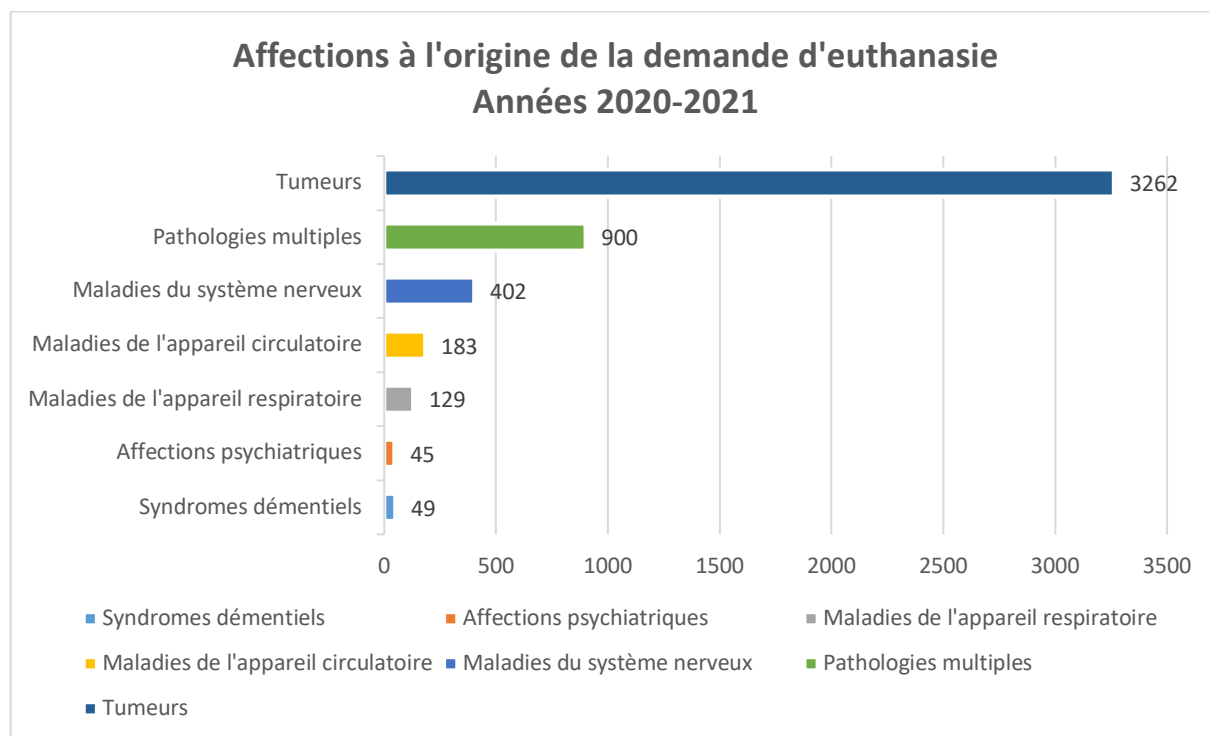
La proportion d'euthanasies ayant lieu à **domicile (54%) a fortement augmenté** tandis que la proportion d'euthanasies pratiquées à l'hôpital diminue (30,4%). La Commission en déduit que cela

« 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. » On observe **une légère baisse** des euthanasies dans les **maisons de repos et de soins** (16% en 2019, contre 14% en 2021).

Pour la première fois, le rapport de la Commission mentionne le nombre de patients **euthanasiés en unité de soins palliatifs** : 172 soit 3,3% des personnes euthanasiées. Ceci représente 11% des euthanasies pratiquées à l'hôpital. La proportion reste donc faible, même si l'on peut déplorer que l'euthanasie affecte l'essence-même des soins palliatifs, dont la vocation est d'accompagner le patient jusqu'à sa mort naturelle.

Les affections à l'origine de la demande d'euthanasie

Les affections à l'origine des euthanasies ont été dans une large majorité des cas des **cancers généralisés** ou gravement mutilants (63%). Parmi les autres motifs de demande d'euthanasie, relevons les **pathologies multiples** (18% ou **900 personnes**), les maladies du système nerveux (8%), les maladies de l'appareil circulatoire (4%), les maladies de l'appareil respiratoire (3%), les affections psychiatriques (1% soit **45 personnes**) et les troubles cognitifs (syndromes démentiels) pour 49 personnes (1%).



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles

Source : Dixième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2020-2021)

Cancer

La principale affection médicale pour laquelle un patient demande à être euthanasié, reste l'affection oncologique (3.262 personnes ou **63%** du total des euthanasies). Le groupe le plus important d'euthanasies de patients souffrant d'affections oncologiques concerne des patients de 60 à 90 ans. Pour **33 patients**, le médecin estimait que son patient n'était **pas en fin de vie** et ne décèderait pas à brève échéance.

Pathologies multiples

Sous la **dénomination de pathologies multiples** (ou « polypathologies »), les médecins se réfèrent à une combinaison « *de multiples affections progressives évoluant vers un stade final* ». Différents exemples sont cités dans le rapport de la Commission :

- Pour près de la moitié des patients : **maladie cardiaque** avancée, voire terminale, et/ou affection pulmonaire terminale chronique associée à une oxygénodépendance ;
- **Affection du système musculosquelettique**, avec troubles articulaires (46%), et qui s'accompagnaient de chutes, fractures sur ostéoporose des vertèbres, de la hanche et du bras, etc. Des traitements algologiques locorégionaux et généraux n'avaient pas permis de maîtriser la douleur ni d'améliorer la mobilité de ces patients. La douleur devenue intraitable et les limitations fonctionnelles sont les éléments déclencheurs d'une demande d'euthanasie (deuxièmes affections les plus courantes) ;
- Pour près d'un tiers, un **cancer, avec ou sans métastases**, dont les symptômes n'étaient pas (suffisamment ou totalement) maîtrisés ;
- **Insuffisance rénale** (21%) compliquant le traitement d'autres affections évolutives chroniques comme l'insuffisance cardiaque. Certains de ces patients ont été dialysés mais ont mis fin à leur dialyse en raison de la forte détérioration de l'état général et de la forte fatigue que cela entraînait. C'est **l'absence d'amélioration et la dépendance croissante aux soins** qui ont été les éléments déclencheurs de leur décision ;
- Pour 29%, la maladie de Parkinson ou les séquelles d'une thrombose cérébrale (AVC), engendrant **paralysies et/ou autres symptômes neurologiques graves**. Les possibilités de révalidation et de rétablissement sont cependant fort limitées chez les personnes âgées. De nombreux patients ne pouvaient pas accepter de vivre avec des handicaps aussi marqués et permanents. La **dépendance totale, la perte d'autonomie et le sentiment de futilité d'attendre la mort** étaient des facteurs importants qui ont déclenché leur demande d'euthanasie ;
- **Troubles croissants de la vue** évoluant vers une cécité bilatérale et faisant suite à une dégénérescence maculaire, en association ou non avec un trouble marqué de l'audition. (...) 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 ;
- Chez près d'un dixième de ces patients, présence d'un **trouble psychiatrique** ;
- Selon le rapport, « 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. »

Ces souffrances, aboutissant pour la plupart à une **exclusion sociale**, ont été considérées comme inapaisables.

Pour **plus d'un tiers** de ces patients, le **décès n'était pas attendu à brève échéance**. Les patients souffrant de polypathologies représentent ainsi la plus grande partie des patients euthanasiés dont le décès n'est manifestement pas attendu à brève échéance.

Notons qu'avant 2014, les patients souffrant de plusieurs affections étaient souvent classés dans la catégorie paraissant prédominante. Pour se limiter à un seul code par document d'enregistrement, la Commission a désormais décidé de toujours classer ces patients dans la catégorie « polypathologies ». Suites aux remarques adressées à la Commission quant au flou problématique entourant l'identification des affections prédominantes chez ces patients, la Commission indique désormais les systèmes/appareils corporels affectés ou les catégories d'affections concernées.

Troubles mentaux et de comportement

91 personnes souffrant de troubles mentaux et de comportement ont été euthanasiées au cours de la période 2020-2021, ce qui constitue une augmentation par rapport à la période précédente. Parmi elles, 49 personnes ont été euthanasiées pour **troubles cognitifs** (démence). Rappelons que ce nombre se situe au double de celui de 2016-2017 (24).

Ont ainsi été euthanasiées : 18 personnes souffrant de troubles d'humeur (**dépression, bipolarité,...**) ; 49 personnes souffrant de troubles mentaux organiques (**démence**, Alzheimer, ...) ; 10 personnes souffrant de troubles de la personnalité et du comportement ; 6 personnes souffrant de troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ; 3 personnes souffrant de **schizophrénie**, troubles schizotypiques et troubles délirants, et 4 personnes de troubles mentaux organiques comme l'**autisme** ; 2 personnes pour des syndromes comportementaux comme l'anorexie.

Le rapport précise que chez les **jeunes patients psychiatriques**, « *le caractère insupportable et persistant de la souffrance était fréquemment associé à des expériences du passé* » comme des abus sexuels, des délaissements étant enfant, des rejets par les parents, des comportements autodestructeurs et des tentatives de suicide. Et la Commission d'ajouter, en parlant de l'euthanasie, que « *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* ». On peut s'étonner de cette présentation de l'euthanasie comme une forme « plus digne » de suicide.

Pour 46 des 49 patients qui ont demandé l'euthanasie en raison d'un **processus de démence**, le décès n'était **pas** attendu à brève échéance.

Au moins 79 patients résidant à l'étranger ont été euthanasiés en Belgique en 2020-2021
(contre 45 en 2018-2019)

Ces patients étaient principalement âgés de 50 à 89 ans. Presque la moitié des morts provoquées n'étaient **pas** attendues à brève échéance. Le nombre de patients euthanasiés venant de l'étranger est probablement supérieur, mais la Commission n'a pu se baser que sur les mentions volontaires des médecins dans les deuxièmes volets des déclarations d'euthanasie - le premier volet, qui mentionne le domicile, ne pouvant être ouvert qu'en cas de doute sur la légalité de l'euthanasie.

La nature des souffrances

La loi dépénalisant l'euthanasie prévoit que la souffrance justifiant l'euthanasie doit être *insupportable* pour la personne qui demande à se faire euthanasier. Tout comme dans ses rapports précédents, la Commission souligne que le **caractère insupportable de la souffrance** est en grande partie **subjectif** et dépend de la **personnalité, des conceptions et des valeurs propres** du patient.

Quant au caractère inapaisable requis par ladite loi, la Commission rappelle qu'un patient, en vertu de la loi sur les droits du patient, a la **faculté de refuser un traitement palliatif ou un soin palliatif** qui allègerait sa souffrance. Elle estime néanmoins qu'en pareil cas, le patient et le médecin doivent « se concerter ».

Espérance de vie : brève / non-brève

Selon que le décès est prévu ou non à brève échéance, la procédure de demande d'euthanasie varie. En effet, la loi prévoit que, dans le cas où le décès n'est pas prévu à brève échéance, une procédure de consultation renforcée (avis d'un deuxième puis d'un troisième médecin) doit être mise en place, de même que l'écoulement d'un délai d'attente d'un mois entre la demande et l'acte.

La Commission considère que « *[quand] le décès est attendu dans les jours, semaines ou mois qui viennent, il peut être considéré comme prévisible à brève échéance* » et que « *le médecin qui a le patient en charge est seul à même de juger de l'échéance plus ou moins proche du décès* ».

Au cours de la période couverte par le rapport, **741 euthanasies** ont été pratiquées sur des patients **dont le décès n'était pas prévu à brève échéance** (14,4% des cas). Notons que la Commission considère que, dans le cas de **patients irréversiblement inconscients** dont l'échéance du décès est indéterminée, le décès doit **toujours être considéré comme étant attendu à brève échéance**. C'est une interprétation unilatérale de la Commission, qui associe le fait d'être irréversiblement inconscient à un décès attendu à brève échéance.

Les médecins impliqués dans l'acte d'euthanasie

La procédure d'euthanasie prévoit que le médecin qui reçoit la demande consulte un autre médecin. Le rapport mentionne que ce médecin consulté est, dans 33% des cas, un médecin généraliste (sans compter, parmi ceux-ci, les médecins rattachés à l'organisation LEIF-EOL). D'après les informations données par les médecins, **seuls 2% des médecins consultés étaient formés aux soins palliatifs** (sans compter les médecins LEIF-EOL). Les **médecins LEIF/EOL** (qui bénéficient d'une classification propre depuis 2016, sans préciser s'ils sont spécialistes ou généralistes) ont suivi une formation spécialisée en matière de fin de vie et d'euthanasie, en collaboration avec l'Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD). Ils représentent au minimum **19%** des premiers médecins consultés pour la période 2020-2021.

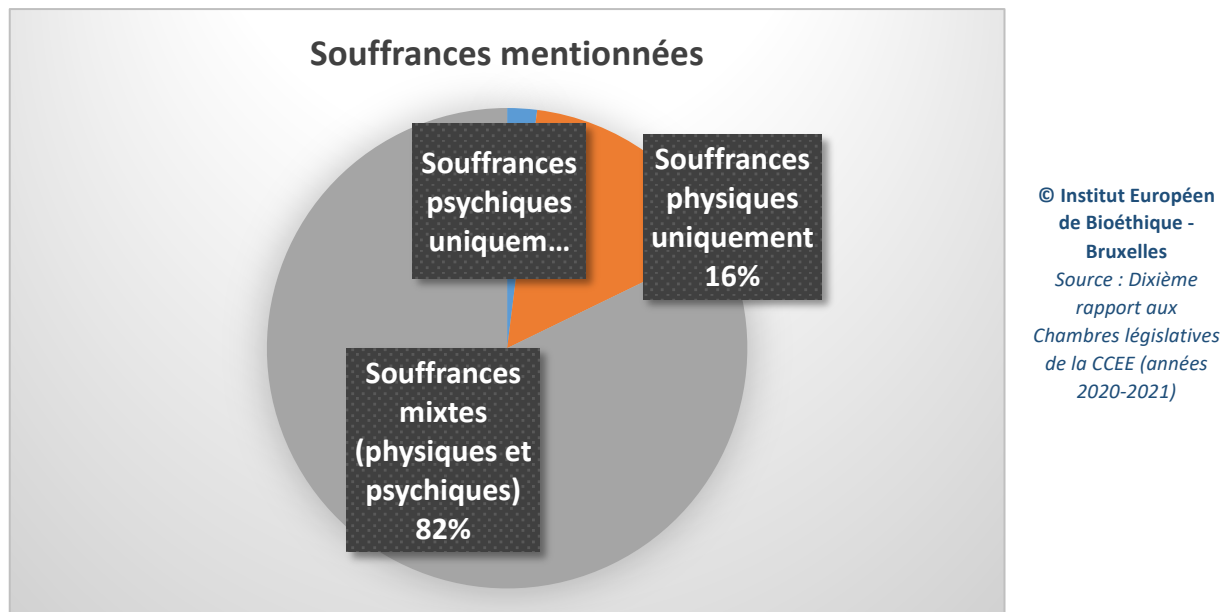
Dans le cas des **polypathologies**, la Commission juge que les **médecins généralistes** peuvent être **considérés comme « spécialistes »** sur base de leur expérience, et que par conséquent le second médecin obligatoirement consulté en cas de décès non attendu à brève échéance peut être un généraliste.

Les médecins ayant pratiqué l'euthanasie ou ayant formellement fourni un avis n'ont pas été les seuls à être touchés par le processus d'euthanasie. En effet, 63% des déclarations mentionnent que l'euthanasie du patient a impliqué **d'autres prestataires de soins** (généralistes, spécialistes, équipes palliatives, infirmiers et psychologues). Cette notification n'étant pas obligatoire, l'implication d'autres prestataires de soins est sans doute sous-estimée.

Il arrive que le médecin sollicité pour un avis (le plus souvent un médecin LEIF-EOL), a finalement pratiqué l'euthanasie à la place du premier médecin. L'une des raisons indiquées est le manque d'expérience du premier médecin. Une enquête auprès des médecins LEIF-EOL, réalisée à la suite du procès d'assises relatif à l'affaire Tine Nys, a montré que, **depuis cette affaire, les médecins hésitent davantage à pratiquer eux-mêmes l'euthanasie**.

La souffrance

La souffrance physique est mentionnée dans 98% des cas pour justifier l'euthanasie. A celle-ci s'ajoute dans la très grande majorité des cas la souffrance psychique (82%).



Parmi les souffrances psychiques sont évoquées la **dépendance**, la perte d'autonomie, la **solitude**, la perte de sens, le désespoir à l'idée de **perdre** sa capacité à entretenir des **contacts sociaux**, etc.

Euthanasie avec don d'organes

Bien que les médecins ne soient pas tenus de mentionner le don d'organes dans la déclaration, cela a été fait pour **3 patients** aussi bien à la Commission qu'à la *Belgian Transplantation Society*. Ces personnes souffraient respectivement d'un cancer, d'une maladie du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif, et d'une polyopathie. Ils étaient néerlandophones, de sexe masculin, avaient 33, 73 et 76 ans, et leur décès n'était, sauf dans un cas, pas attendu à brève échéance.

Réponses aux critiques adressées à la Commission

Dans ce rapport comme dans le précédent, la Commission a manifestement souhaité répondre aux critiques qui lui ont été adressées ces dernières années par rapport à certains dossiers qu'elle aurait imprudemment « laissé passer » et qu'elle n'aurait pas transmis aux autorités judiciaires. On pense en particulier au procès d'assises (affaire Tine Nys) lors duquel ont comparu trois médecins impliqués dans l'euthanasie d'une jeune femme euthanasiée pour troubles psychiatriques (voir [Bulletin de l'IEB](#)). Dans cette affaire, de nombreux questionnements ont émergé quant à l'indépendance effective des deux médecins consultés. La Commission y répond comme suit : 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 (il) ne doit pas avoir une relation thérapeutique suivie avec le patient* ». Insistant sur l'adjectif « suivie », la Commission ajoute que « *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.* »

Quant à l'absence de lien hiérarchique, par exemple, il ne convient pas que des médecins en formation soient sollicités pour avis par leur maître de stage.

Les décisions de la Commission

Pour rappel, la Commission s'en tient aux déclarations qui lui sont remises par le médecin et n'a donc **aucun moyen de vérifier la véracité** de ces déclarations.

Dans **30% des dossiers**, la Commission a décidé de lever l'anonymat de la déclaration afin de demander un complément d'information au médecin déclarant. Il s'agissait d'imperfections dans les réponses, d'erreurs d'interprétation concernant les procédures suivies, de plusieurs points mal, insuffisamment ou non complétés, de points de procédure qui n'ont pas été suivis correctement,... A chaque fois, la Commission a estimé que « *les 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)* » semblaient avoir été respectées. Il s'en déduit que **le nombre de médecins consultés, leur qualification ainsi que le délai d'attente imposé pour pratiquer l'euthanasie ne sont pas jugés comme étant des conditions « essentielles » dont la violation pose problème aux yeux de la Commission**. Aucun dossier n'a donc été renvoyé au Procureur du Roi.

Plus largement, et comme analysé dans [un dossier de l'IEB](#), on remarque au fil des rapports bisannuels que la Commission interprète très librement le texte de la loi jusqu'à réduire à néant le contrôle qu'elle doit exercer sur un certain nombre de conditions légales (ex : subjectivité du caractère insupportable de la souffrance, gravité de l'état de santé du patient du fait d'une combinaison de pathologies qui ne sont pas graves en elles-mêmes, interprétation large du critère de décès prévu à brève échéance, distinction entre les conditions substantielles et non substantielles, ces dernières ne justifiant pas un renvoi au procureur du Roi, ...).

Consulter [ici](#) le *Dixième rapport aux Chambres législatives (années 2020-2021) de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*.