

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

Années 2022 et 2023

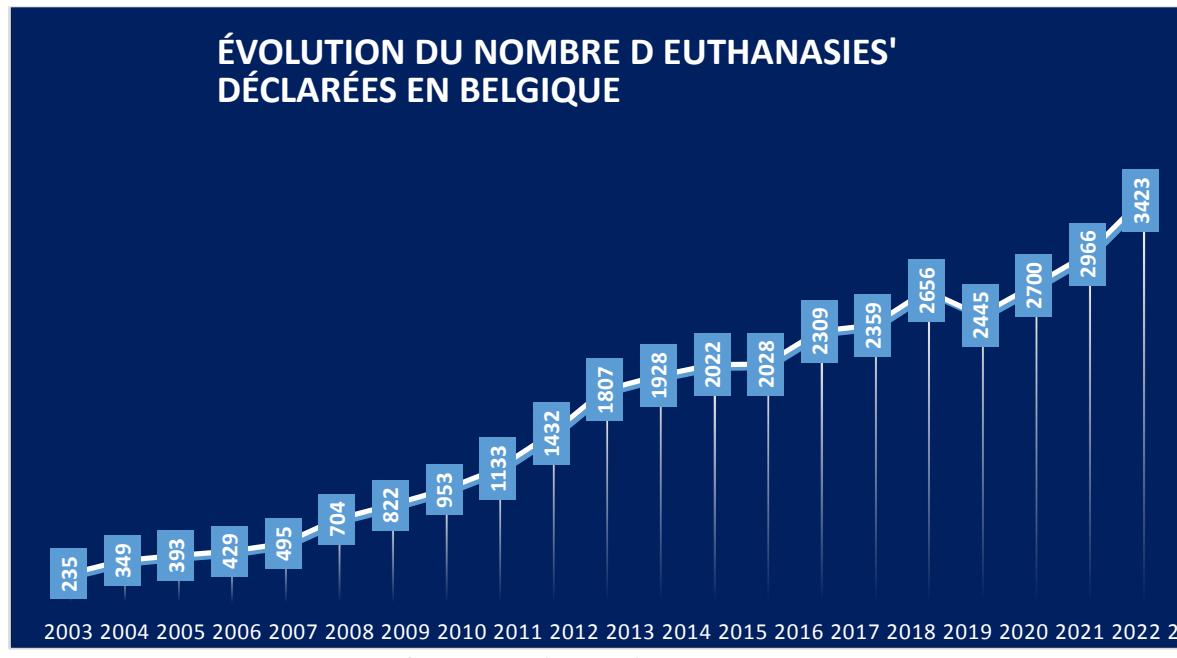


Institut
Européen de
Bioéthique

La loi belge du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie prévoit que la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie (CFCEE) dresse tous les deux ans un rapport à l'intention du législateur. Le [onzième rapport](#) a été publié le 22 janvier 2025 et couvre les années 2022-2023. 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 prévus par la loi.

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

Depuis 2002, **33 615 personnes** ont été officiellement euthanasiées en Belgique. Les chiffres pour les deux dernières années (2022 et 2023) sont respectivement de **2966 et 3423 euthanasies**. L'année 2023 a donc été caractérisée par une **augmentation de 15%** des euthanasies déclarées par rapport à 2022.



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles

Source : *Onzième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2022-2023)*

Pour la première fois, la Commission propose d'illustrer par une « vignette clinique » les situations décrites comme pouvant justifier une euthanasie. Les exemples choisis font tous état de situations dramatiques qui interrogent sur l'objectif réel de ces illustrations. En exemplifiant par des cas extrêmes une affection spécifique (polypathologie, démence, affections psychiatriques), la Commission semble tentée de justifier l'euthanasie de ces catégories de patients qui demandent à mourir sur la base d'une souffrance morale, par définition difficilement apaisable. Rien n'est dit par ailleurs sur l'apaisement de la douleur dans les exemples donnés.

Régime linguistique des déclarations d'euthanasie

Si la différence entre le nombre de déclarations en néerlandais et celles faites en français reste importante, la Commission note une tendance notable quant à l'augmentation progressive des déclarations en langue française, qui représentent aujourd'hui 29,4 % du total (contre 70,6 % en néerlandais).

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

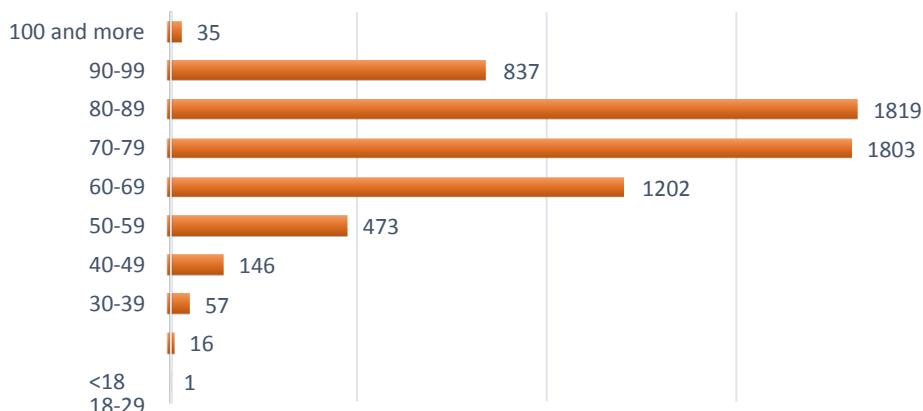
Comme dans ses rapports précédents, la Commission rappelle qu'elle « *n'a pas la possibilité d'évaluer la proportion du nombre d'euthanasies déclarées par rapport au nombre d'euthanasies réellement pratiquées.* » Autrement dit, **ces chiffres ne traduisent qu'une partie de la réalité de l'euthanasie en Belgique, et ne couvrent pas les euthanasies pratiquées de manière clandestine qui ne sont pas déclarées auprès de la Commission (et par définition illégales).**

Âge des personnes euthanasiées

La majorité des patients sont âgés de plus de 70 ans (70,3%) avec une proportion importante de patients âgés de plus de 80 ans (42%). Le groupe le plus important est celui de la tranche d'âge des 80-89 ans (28%).

Notons qu'une euthanasie pratiquée sur un mineur a été enregistrée sur la période 2022-2023.

Âge des patients euthanasiés années 2022 et 2023



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles
Source : Onzième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2022-2023)

Déclarations anticipées

Pour la période 2022-2023, **38 personnes** ont été euthanasiées sur la base d'une déclaration qu'elles avaient anticipativement rédigée, ce qui correspond à moins d'1% du total des euthanasies officielles sur cette période – pourcentage en baisse depuis plusieurs années. Ces personnes étaient donc dans un état de coma jugé irréversible lorsque le médecin a provoqué leur mort.

Une proposition de loi en cours d'examen à la Chambre envisage de permettre l'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée pour des personnes qui ne seraient plus capables de consentir. L'euthanasie dans ce cas serait effectuée sur des personnes qui ne sont pas dans le coma, mais qui ne sont pas non plus capables d'exprimer leur volonté au moment de l'acte. Il s'agit notamment des personnes atteintes de démence.

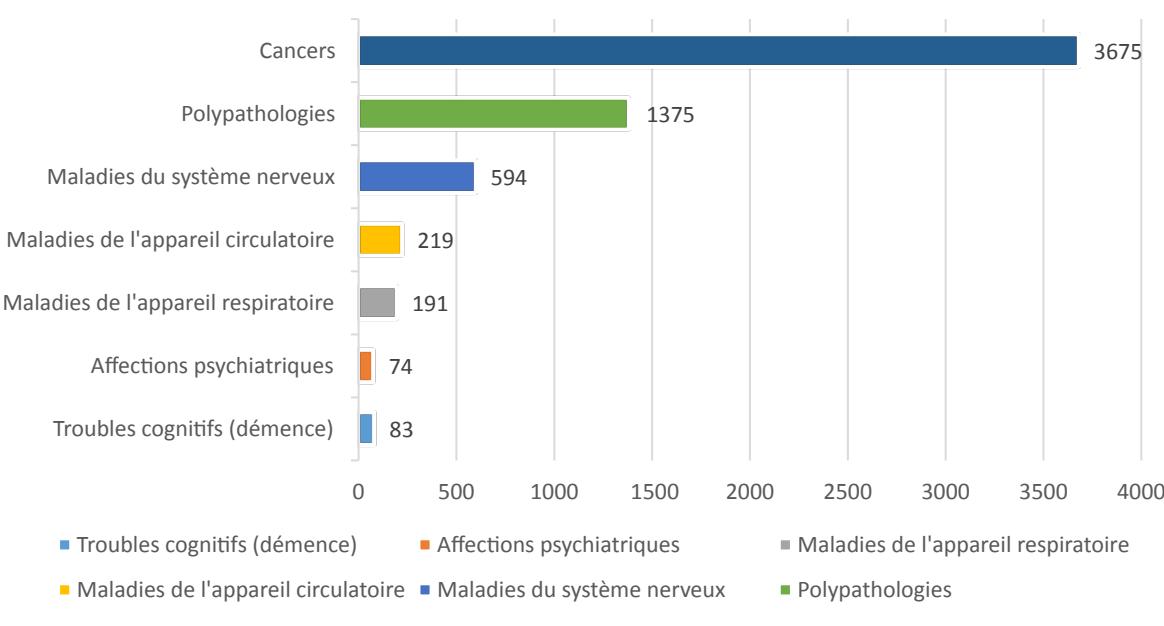
Lieu où le médecin a pratiqué l'euthanasie

La proportion d'euthanasies ayant lieu à **domicile** a augmenté en chiffres absolus, même si elle diminue légèrement en pourcentage (49 % en 2023 contre 54,3% en 2021). La proportion d'euthanasies pratiquées à l'hôpital et notamment en unité de soins palliatifs augmente (31.9% en 2023 contre 30,4% en 2021). 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.* » La proportion d'euthanasies ayant lieu dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins continue d'augmenter (17 % contre 13,4% en 2021).

Affections à l'origine de la demande d'euthanasie

Les affections mentionnées dans les déclarations comme étant à l'origine des euthanasies sont dans une large majorité des cas des **cancers généralisés** ou gravement mutilants (57.5%). Parmi les autres motifs de demande d'euthanasie, relevons les **polypathologies** (21.5%, soit 1375 personnes), les maladies du système nerveux (9.3%), les maladies de l'appareil circulatoire (3.4%), les maladies de l'appareil respiratoire (3%), les affections psychiatriques (1.2%, soit 74 personnes) et les troubles

Affections à l'origine de la demande d'euthanasie
années 2022 et 2023



© Institut Européen de Bioéthique – Bruxelles
Source : Onzième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2022-2023)

Cancer

La principale affection médicale pour laquelle un patient demande à être euthanasié, reste l'affection oncologique (3.675 personnes ou **57,5%** du total des euthanasies). Le groupe le plus important d'euthanasies de patients souffrant d'affections oncologiques et décédant par euthanasie sont les patients âgés de 60 à 69 ans. Pour **34 patients**, le médecin estimait que son patient n'était pas en fin de vie et ne décèderait pas à brève échéance.

Polypathologies

Sous la **dénomination de « polypathologies »**, les médecins se réfèrent à « une combinaison de maladies évolutives, non améliorables et de plus en plus handicapantes ». Elle précise que certaines mettent la vie du patient en danger alors que d'autres affectent principalement sa qualité de vie. Dans ces cas-là le décès n'est pas attendu à brève échéance.

Différents exemples d'affection sont cités dans le rapport de la Commission :

- *Près de la moitié des patients souffrent d'insuffisance cardiaque grave à terminale et de polyarthrose invalidante ;*
- **45% des patients sont atteints d'affection du système musculosquelettique**, avec troubles articulaires
- **30% présentent un cancer, avec ou sans métastases**, dont les symptômes n'étaient pas (suffisamment ou totalement) maîtrisés ;
- **Chez 1/5 des patients, une insuffisance rénale est présente, pouvant être à l'origine d'un syndrome cardio-rénal difficile à traiter,**
- **29% des patients sont atteints d'affections neurologiques,**
- **27% sont atteints de troubles croissants de la vue,**
- **Chez un dixième des patients, il a été constaté la présence d'un trouble psychiatrique ;**
- **Chez 5 % des patients, on observe un début de démence ou un trouble de la mémoire.**

Certaines de ces affections évoluent sur plusieurs années, ce qui cause aux patients qui en sont atteints une « souffrance psychologique importante » d'après la Commission. Elle se caractérise par « le sentiment de désespoir, la dépendance aux soins, la peur d'une dégradation supplémentaire et celle de souffrances physiques accrues ».

Notons que dans le cas des polypathologies, la souffrance psychologique était liée dans 42% des cas à des « soins palliatifs inefficaces ».

La moitié des patients morts par euthanasie dont le décès n'était pas attendu à brève échéance souffre de polypathologies (611 personnes), tandis que les patients atteints de cancer (dont la mort n'était pas attendue à brève échéance) ne représentent que 2,8 % du total de ces patients (soit 34 patients).

La catégorie des patients atteints de polypathologies prend d'ailleurs de plus en plus d'importance. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, on observe une hausse constante de la proportion de patients morts par euthanasie qui étaient atteints de polypathologies¹, atteignant 23 % en 2023. Ce pourcentage continuera en toute logique à augmenter dans les années à venir, car, comme le précise la Commission, la polypathologie est associée au processus de vieillissement que subissent les patients. En effet, 70 % des patients avaient plus de 80 ans et 32 % plus de 90 ans.

Dans le cas des polypathologies, la Commission choisit dans son rapport d'illustrer cette condition à travers le cas d'une femme de 93 ans, aveugle depuis l'âge de 20 ans et victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) qui l'empêche désormais de vivre de manière autonome. La Commission précise que cette situation lui est « insupportable » et lui cause « une grande souffrance psychologique ». Cet exemple met en avant un aspect problématique du critère de polypathologie qui revient à pathologiser la vieillesse pour justifier d'y mettre un terme prématurément *via* l'euthanasie. La souffrance psychologique décrite dans l'exemple donné devient un argument pour ne plus accepter un état de vieillesse et de perte d'autonomie. En d'autres termes, l'euthanasie pourrait dans cette perspective devenir une façon comme une autre de terminer sa vie lorsqu'elle est vieillissante.

Troubles mentaux et de comportement

157 personnes souffrant de troubles mentaux et de comportement (affections psychiatriques et/ou cognitives) ont été euthanasiées au cours de la période 2022-2023, ce qui constitue une forte augmentation par rapport à la période précédente (91 personnes pour 2020-2021). Parmi elles, 83 personnes ont été euthanasiées pour troubles cognitifs (démence), et 74 l'ont été en raison d'une affection psychiatrique.

Le rapport mentionne certaines préoccupations sociétales soulevées par la pratique de l'euthanasie sur cette catégorie de patients. Ces préoccupations relevées par la Commission sont liées notamment à la difficulté de vérifier le respect de certaines conditions de fond de la loi euthanasie :

- la difficulté d'évaluer la capacité de ces patients à exprimer leur volonté de mourir par euthanasie,
- les discussions scientifiques et médicales entourant le fait de considérer que la situation d'un patient psychiatrique est « sans issue »,
- le caractère discutable du fait de juger que l'affection psychiatrique du patient est incurable et que ses souffrances sont inapaisables.

Ont ainsi été euthanasiées :

- 36 personnes souffrant de troubles d'humeur (**dépression, bipolarité, ...**) ;
- 83 personnes atteints de troubles cognitifs (**démence, Alzheimer, ...**) ;
- 10 personnes souffrant de troubles de la personnalité et du comportement ;
- 9 personnes souffrant de trouble de stress post-traumatique, de trouble dissociatif et de trouble anxieux ;
- 6 personnes souffrant de **schizophrénie** et troubles schizo-affectif et de troubles délirants ;
- 3 personnes souffrant de troubles mentaux organiques comme **l'autisme** ;

¹ Notons qu'avant 2014, les patients souffrant de plusieurs affections étaient souvent classés dans la catégorie de l'affection considérée comme prédominante. Pour se limiter à un seul code par document d'enregistrement, la Commission décide dès 2014 de toujours classer ces patients dans la catégorie « polypathologies ». Faisant suite 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.

- 1 personne souffrant de syndrome post-commotionnel ; 6
- 3 personnes atteintes de syndromes comportementaux comme l'**anorexie**.

Pour 76 patients qui ont demandé l'euthanasie en raison d'un **processus de démence**, le décès n'était pas attendu à brève échéance.

Patients résidant à l'étranger

Au moins 170 patients résidant à l'étranger ont été euthanasiés en Belgique en 2022-2023 (contre 79 en 2020-2021).

Ces patients étaient principalement âgés de 50 à 89 ans. Pour près de 30% des personnes euthanasiées, le décès n'était pas attendu 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.

Nature des souffrances

La loi dépénalisant l'euthanasie prévoit que la souffrance justifiant l'euthanasie doit être *constante, insupportable et inapaisable* pour la personne qui demande à se faire euthanasié. 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.

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, **1226 euthanasies** ont été pratiquées sur des patients **dont le décès n'était pas prévu à brève échéance** (19% des cas). Ce chiffre est en augmentation depuis 2020-2021. Notons que la Commission classe l'euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée, donc concernant des atteints d'un coma irréversible, **dans la catégorie statistique des décès attendus 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.

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 63% des cas, un médecin généraliste. D'après les informations données par les médecins, **seuls 3% des médecins consultés étaient formés aux soins palliatifs**. Les **médecins LEIF/EOL²** (qui bénéficient d'une classification propre depuis 2016, sans

² « LevensEindeInformatieForum » (LEIF) et « Forum EndOfLife » (EOL)

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), qui milite pour la libéralisation de la loi sur l'euthanasie. Ces médecins représentent au minimum 33% des médecins « indépendants » consultés pour premier avis sur la période 2022-2023. Seuls 3% des médecins consultés pour un premier avis sont formés en soins palliatifs. Et dans 1.9% des cas, les médecins ont reçu à la fois une formation LEIF-EOL et une formation aux soins palliatifs.

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, 64.8% 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. La Commission relève plusieurs raisons à cela : « absence pour maladie ou congé, manque d'expérience ou trop grande implication émotionnelle, crainte du médecin devant le geste (entre autres, liée aux produits utilisés et à la complexité de leur administration) ». Ces situations sont exposées à la Commission par des médecins « confrontés à une décision morale et éthique lourde » qui leur impose de trancher entre le respect d'une condition de forme ou de procédure de la loi, ou la réponse favorable à la demande d'euthanasie du patient « alors qu'un de leurs confrères est défaillant ».

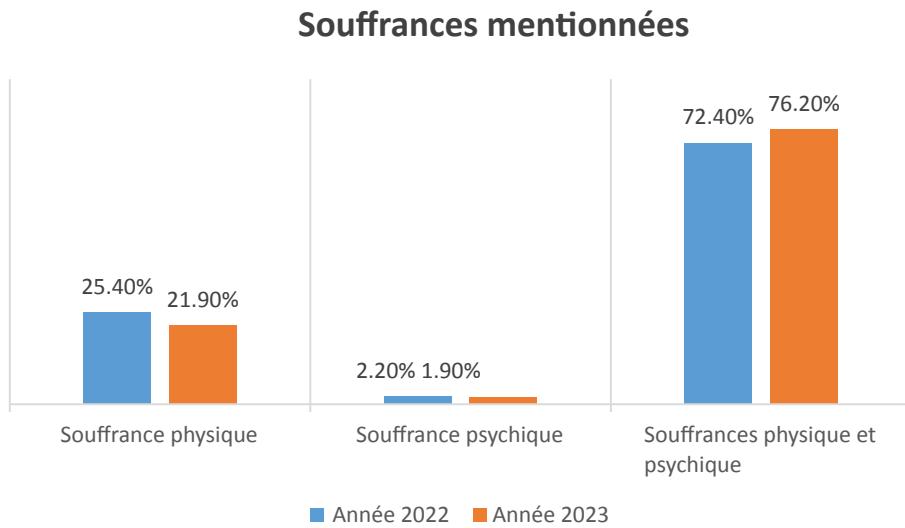
La loi exige pourtant que le médecin consulté soit indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin « traitant », c'est-à-dire du médecin qui a accepté de traiter la demande du patient. La loi exige également cette indépendance du second médecin consulté à l'égard du premier médecin consulté.

La Commission a publié à ce sujet un texte explicatif qui envisage les différentes hypothèses où un médecin traitant refuse de poser l'acte d'euthanasie. Elle précise dans ce document que si le médecin « traitant » se rétracte à la dernière minute ou est absent pour différentes raisons, le « médecin consulté qui poserait l'acte par humanité à l'égard du patient, pourra invoquer la force majeure ».

Cette situation rapportée par la Commission fait craindre une fragilisation progressive des conditions de forme de la loi s'il s'avère que de plus en plus de médecins refusent de pratiquer l'euthanasie. Elle illustre surtout l'aspect problématique de l'acte d'euthanasie qui continue de heurter la conscience de nombreux médecins.

Critère lié aux souffrances

Dans 74,4 % des cas, les patients souffraient simultanément de douleurs physiques et de souffrances psychiques.



© Institut Européen de Bioéthique - Bruxelles
Source : Onzième rapport aux Chambres législatives de la CCEE (années 2022-2023)

Parmi les souffrances psychiques sont évoqués 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 **12 patients** à la Commission. 17 dons d'organes (un patient pouvant parfois se voir prélevé plusieurs organes *post mortem*) ont par ailleurs été déclarés à la *Belgian Transplantation Society*. Ces personnes souffraient de tumeurs, de maladies neurologiques et d'affection psychiatrique. Ils étaient à part presque égale francophones et néerlandophones, âgés de moins de 18 ans à 79 ans, de genre majoritairement féminin et le décès n'était, sauf dans trois cas, **pas attendu à brève échéance**.

La tendance à la hausse du don d'organes après euthanasie interroge la portée de ces deux procédures dès lors qu'elles sont ainsi imbriquées. En effet, la vérification de la qualité des organes implique en amont des analyses médicales sur le patient, ce qui tend à fragiliser son consentement libre à être euthanasié. D'autre part, la possibilité de donner ses organes après une euthanasie permettrait, chez certains patients, de donner du sens à la mort. C'est ce qu'illustre le cas de cette jeune fille de 16 ans, atteinte d'une tumeur au cerveau, qui a choisi de donner ses organes après son euthanasie en 2023. La dimension altruiste du don d'organes pourrait, dans ce contexte, rendre plus acceptable – voire encourager –, aux yeux des patients mais aussi de toute la société, l'acte d'euthanasie sans que soit questionné davantage le problème éthique majeur de mettre fin prématurément à une vie humaine.

Perspective d'ajustements relatifs à la modification de la loi sur l'euthanasie

À la suite de l'arrêt du 4 octobre 2022 de la Cour européenne des droits de l'homme – CEDH - et celui du 20 octobre 2022 de la Cour constitutionnelle, le législateur était invité à apporter des corrections à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Cette loi a été modifiée par la loi du 27 mars 2024 sur deux points :

- Le premier concerne la levée de l'anonymat du document d'enregistrement à compléter par les médecins après une euthanasie,
- L'autre point concerne l'instauration de sanctions spécifiques graduelles en cas de non-respect de certaines conditions qui sont prévues par la loi euthanasie. La loi du 27 mars prévoit donc des sanctions différencierées (pénales, disciplinaires ou civiles) en fonction de la condition qui a éventuellement été violée. La loi prévoit différents types de conditions : conditions de base, conditions procédurales et conditions formelles.

La Commission précise que ces modifications de la loi relative à l'euthanasie ne concernent pas les années exposées dans le présent rapport mais seront prises en compte dans le prochain.

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 **24.8% 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 insuffisamment/mal complétés ou non complétés, de points de procédure qui n'ont pas été suivis correctement, etc. La Commission précise cependant que ces déclarations ne remettaient pas en cause les conditions légales.

Les demandes d'éclaircissement de la Commission concernaient souvent le document d'enregistrement rempli par le médecin. La procédure implique qu'il la façon dont il s'est assuré que la demande du patient était formulée de façon réfléchie et répétée d'une part et, d'autre part, de manière volontaire et sans pression extérieure. Dans certains 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 ». Si 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) étaient respectées, ces conditions de procédure ne l'étaient pas.

Enfin, la Commission a insisté dans son rapport sur le manque de moyens, à la fois matériel et humain, qui lui sont alloués. Ces moyens limités « risquant à terme de fragiliser son fonctionnement ». Elle préconise notamment la création d'un département dédié à la gestion de l'euthanasie qui ferait office de point de liaison entre le SPF Santé publique et le SPF Justice.

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 Onzième rapport aux Chambres législatives (années 2022-2023) de la Commission fédérale de Contrôle et d'Evaluation de l'Euthanasie.