



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

**Douzième rapport aux Chambres législatives
(années 2024-2025)**

Le présent rapport est fondé sur l'examen des documents d'enregistrement complétés par les médecins **après la réalisation d'un acte d'euthanasie et porte sur les années 2024 et 2025**. Pour rappel, le législateur belge a opté pour un contrôle a posteriori et il n'y a donc pas de centralisation des demandes d'euthanasie.

Il convient de rappeler que la mission de la Commission consiste en un contrôle a posteriori. Elle ne dispose d'aucun pouvoir d'instruction ni de compétence pour mener des investigations complémentaires, évaluer le professionnalisme des médecins ou intervenir dans les décisions médicales.

Le présent rapport a été préparé par

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

Il a été discuté et unanimement approuvé en séance plénière du 1^{er} septembre 2026.

Synthèse des principaux constats	4
La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie	5
Rôle et mission	5
Fonctionnement	5
Demandes adressées à la Commission en dehors de son rôle de contrôle	6
La loi relative à l'euthanasie : conditions essentielles de fond et conditions de forme et de procédure	6
Contrôle a posteriori	7
Impact des évolutions législatives	8
Données graphiques 2024-2025	10
Nombre de documents d'enregistrements reçus	10
Profil des patients	11
Contexte	12
Aspects médicaux	14
Processus	19
Contrôle	21
Analyse thématique	23
Euthanasie chez les patients qui ne décéderont pas à brève échéance	23
Euthanasie chez les patients souffrant de polypathologie	27
Euthanasie chez les patients souffrant d'une affection psychiatrique	32
Euthanasie chez les patients souffrant d'un trouble cognitif (syndrome démentiel)	35
La pratique de l'euthanasie	37
Euthanasie et don d'organes	37
Euthanasie en duo	38
Patients résidant à l'étranger	38
Recommandations 2024-2025	39
Recommandations relatives à la pratique et à l'enregistrement de l'euthanasie	39
Recommandations relatives au fonctionnement de la Commission	41
Réalisation d'études scientifiques au niveau national sur l'ensemble des décisions médicales en fin de vie	43
En ce qui concerne la nécessité d'informer les citoyens et de former les prestataires de soins	43
Annexes	44
Annexe 1 : Chiffres détaillés 2024-2025	44
Annexe 2 : Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie	52
Annexe 3 : liste des membres de la Commission	58
Annexe 3 : Documents d'enregistrement utilisés d'avril 2024 à mai 2026	59

Synthèse des principaux constats

En deux ans

8 478 documents reçus

- **75,7 %** rédigés **en néerlandais** (6421)
- **24,3%** rédigés **en français** (2057)

3,8% des décès survenus en Belgique
+ 14,5% d'augmentation depuis 2023

73,1 % des patients âgés de **plus de 70 ans** (6206)
1,3 % avaient **moins de 40 ans** (111)
2 mineurs

67,5% des actes réalisés au **lieu de vie du patient**

24,2% des décès **pas attendus à brève échéance**

51,8% cancers (4394)
28,3% polypathologies (2398)
8,1% maladies **neurologiques** (690)
3,1% maladies **respiratoires** (260)
2,5% maladies **cardiaques** (212)
1,6% troubles **cognitifs** (syndromes démentiels) (133)
1,5% affections **psychiatriques** (129)

84,3% souffrances **physiques et psychiques** (7143)
13,9% souffrances **physiques** (1176)
1,9 % souffrances **psychiques** (159)

96,5% des dossiers validés en **1^{re} séance** (8181)
3,5% après échanges complémentaires avec le médecin (297)
0 dossier transmis à la **Justice**

Le présent rapport confirme la progression constante du nombre de documents d'enregistrement d'une euthanasie, sauf en 2020, année de la crise Covid, et, très logiquement, une augmentation concomitante de la proportion des décès par euthanasie par rapport à l'ensemble des décès enregistrés dans notre pays. Les documents d'enregistrement augmentent dans les deux langues, avec une dynamique contrastée d'une année à l'autre. L'écart demeure cependant important entre les documents rédigés en néerlandais et ceux en français.

Les euthanasies concernent très majoritairement des patients âgés de plus de 70 ans et plus de 80 ans. Les cas concernant les moins de 40 ans demeurent rares. Deux euthanasies de mineurs ont été enregistrées.

La majorité des euthanasies sont réalisées sur le lieu de vie du patient (domicile et maisons de repos confondus), confirmant la volonté des patients de rester dans un environnement familial, tandis que la part hospitalière demeure globalement stable.

Le décès est prévisible à brève échéance dans la majorité des situations, mais les cas où il ne l'est pas augmentent en volume, principalement en lien avec des polypathologies, alors que les cas oncologiques sont plus rarement classés comme « non brefs ».

Les euthanasies concernant des patients inconscients ayant fait une déclaration anticipée restent exceptionnelles et ont même tendance à diminuer.

Les cancers demeurent la première affection à l'origine des demandes d'euthanasie, mais leur part diminue. Les polypathologies augmentent et constituent désormais la deuxième cause médicale des euthanasies tandis que les cas d'euthanasie pour maladies du système nerveux demeurent stables. Les euthanasies pour affections psychiatriques et troubles cognitifs (syndrome démentiel) restent, quant à elles, rares même si l'on constate une augmentation de ces cas.

La levée de l'anonymat du document d'enregistrement a permis de constater le rôle prépondérant des médecins généralistes, tant comme premiers interlocuteurs des patients que pour le premier avis et la réalisation de l'acte. La formation en soins de fin de vie est, par ailleurs, de plus en plus répandue parmi les médecins consultés.

La Commission a estimé que tous les documents d'enregistrement reçus répondaient aux conditions essentielles de la loi, et aucun n'a été transmis au procureur du Roi. La qualité des informations transmises a augmenté avec la levée de l'anonymat et la modification du document d'enregistrement.

La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie

Rôle et mission

Tout médecin ayant pratiqué une euthanasie est tenu de transmettre à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie (ci-après : la Commission) un document d'enregistrement d'euthanasie. Ce document contient les données nécessaires pour vérifier le respect des conditions et de la procédure prévues par la loi. Les demandes non suivies d'un acte d'euthanasie, y compris les refus, ne font l'objet d'aucun enregistrement et ne relèvent pas de la compétence de la Commission.

La Commission est composée de 8 médecins, de 4 juristes et de 4 personnes issues des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable, dans le respect de la parité linguistique et du pluralisme. 16 membres sont désignés comme effectifs, 16 autres comme suppléants. Elle rédige un rapport bisannuel à destination de la Chambre des représentants, comprenant des données statistiques, une évaluation de l'application de la loi et d'éventuelles recommandations.

La Commission est assistée d'un cadre administratif (composé de fonctionnaires de la Santé publique), chargé du traitement des documents d'enregistrement et de la coordination de toutes les activités de la Commission.

Pour rappel, la Commission ne dispose d'**aucun pouvoir d'instruction ni de compétence disciplinaire**.

Fonctionnement

Dans le cadre de sa mission de contrôle a posteriori, la Commission examine chaque mois les documents d'enregistrement transmis par les médecins ayant pratiqué une euthanasie, soit de **350 à plus de 400 dossiers par réunion** (chiffres 2024-2025), à raison de **minimum douze réunions par an**. Afin d'assurer un examen rigoureux et cohérent de l'ensemble des documents, l'évaluation repose sur une procédure structurée en deux phases : un examen individuel préalable et une analyse collégiale en réunion.

Au cours du mois précédant chaque réunion, l'ensemble des membres effectifs et suppléants reçoit les documents d'enregistrement. Chaque membre procède à un examen autonome des dossiers et peut signaler ceux qui nécessitent des informations complémentaires ou qui soulèvent une question quant au respect des conditions légales. Ces travaux préparatoires, réalisés **à titre bénévole**, constituent une part essentielle de l'activité de la Commission et s'ajoutent à la participation aux réunions mensuelles ainsi qu'aux tâches connexes (telles que la rédaction du rapport, l'émission d'avis spécifiques, l'accueil de délégations étrangères, les réponses aux journalistes, etc.).

La réunion mensuelle est consacrée à l'examen collégial des dossiers identifiés comme nécessitant une attention particulière. Les dossiers pour lesquels aucun doute n'est relevé quant au respect de la loi sont approuvés sans autre discussion. En cas de doute persistant, la Commission peut solliciter des informations complémentaires auprès du médecin déclarant ou, le cas échéant, décider de l'entendre. Lorsque la Commission estime que les conditions prévues par la loi n'ont pas été respectées, un vote est organisé en vue d'une éventuelle transmission du dossier au procureur du Roi, décision qui requiert une majorité qualifiée des 2/3 des membres.

Les membres de la Commission sont soumis à un strict devoir de confidentialité. Par ailleurs, ils doivent se récuser lorsqu'ils ont été impliqués dans une euthanasie faisant l'objet d'un examen. Le fonctionnement interne de la Commission est encadré par un règlement d'ordre intérieur, accessible au public. ([Règlement d'ordre intérieur et mode de fonctionnement de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie](#))

Demandes adressées à la Commission en dehors de son rôle de contrôle

La Commission reçoit régulièrement des demandes d'avis de la part de médecins ou de proches de patients sur un dossier d'euthanasie en cours. Dans ces cas, la Commission doit garder son devoir de réserve et ne donner aucune réponse qui pourrait être interprétée comme une orientation ou une validation d'un dossier spécifique. Elle se contente à chaque fois de rappeler le cadre de la loi et renvoie vers d'autres instances susceptibles de les aider (comme LEIF et le forum EOL, Palliatieve Zorg Vlaanderen et Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP)).

Outre ces demandes, le cadre administratif de la Commission, via le SPF santé publique, reçoit aussi des questions de citoyens, résidant en Belgique mais surtout à l'étranger (de 200 à 250 demandes par an) et en particulier de patients résidant en France. La seule réponse qui peut être donnée est le rappel de la loi et l'information concernant des associations susceptibles de les aider.

La loi relative à l'euthanasie : conditions essentielles de fond et conditions de forme et de procédure

Conformément à la loi relative à l'euthanasie du 28 mai 2002, le médecin ayant pratiqué une euthanasie doit remplir un document d'enregistrement et l'envoyer à la Commission dans les quatre jours ouvrables suivant l'acte.

Contrôle d'une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande actuelle : la personne était consciente et lucide et demandait expressément l'euthanasie à son médecin.

La Commission procède à un contrôle rigoureux en s'appuyant sur ce document d'enregistrement afin de s'assurer que le médecin a bien respecté l'ensemble des conditions essentielles prévues par la loi. Elle vérifie :

- Que la personne concernée se trouvait dans une situation médicale sans issue, résultant d'une (ou plusieurs) affection grave et incurable provoquée par un accident ou une maladie ;
- Que les souffrances de la personne, causées par la pathologie en question, étaient constantes, insupportables et inapaisables ;
- Que la demande d'euthanasie était formulée de manière volontaire, réfléchie et répétée, sans pression extérieure.

La Commission s'assure également que le médecin a respecté les conditions de forme et de procédure prévues par la loi. À ce titre, elle vérifie notamment :

- Que la personne a été informée de son état de santé, de son espérance de vie, des possibilités thérapeutiques ainsi que des soins palliatifs envisageables et de leurs conséquences ;
- Que le médecin et son patient partagent la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable à sa situation ;
- Que l'équipe soignante éventuelle a été consultée, et que les proches désignés par la personne ont été contactés si elle le souhaitait ;

- Que la personne a eu la possibilité de discuter librement de sa demande avec les personnes de son choix ;
 - Qu'une demande écrite, datée et signée, a été fournie par la personne (ou actée par un tiers sans intérêt matériel à son décès si elle ne pouvait écrire) ;
 - Qu'un médecin indépendant a été consulté pour se prononcer sur le caractère grave et incurable de l'affection ainsi que sur la constance, l'insupportabilité et l'inaispabilité des souffrances (premier avis médical) ;
- **Si la personne était mineure** : que son ou ses représentants légaux ont donné leur accord, qu'un pédopsychiatre ou psychologue a été consulté pour se prononcer sur sa capacité de discernement, que son décès était attendu à brève échéance et que ses souffrances physiques étaient bien présentes.
 - **Si le décès de la personne majeure n'était pas prévisible à brève échéance** : qu'un second avis d'un médecin indépendant spécialiste de l'affection ou d'un psychiatre indépendant a été recueilli (pour se prononcer sur la constance, l'insupportabilité et l'inaispabilité des souffrances et sur le caractère réfléchi, répété, volontaire de la demande, sans pression extérieure) et qu'un délai d'au moins un mois a été respecté entre la mise par écrit de la demande et l'acte.

Contrôle d'une euthanasie pratiquée sur la base d'une déclaration anticipée : la personne, atteinte d'une affection grave et incurable, était inconsciente, sa situation médicale étant irréversible

Sur la base du document d'enregistrement, la Commission s'assure que le médecin a respecté les **conditions** prévues par la loi. Elle vérifie :

- Que la personne était majeure et qu'elle avait rédigé une déclaration anticipée d'euthanasie conforme au modèle légal ;
- Qu'elle était inconsciente (coma irréversible ou état végétatif persistant) et atteinte d'une ou plusieurs affections graves et incurables (accident ou maladie) ;
- Que sa situation médicale était jugée irréversible selon l'état actuel de la science.
- Que le médecin s'est entretenu avec la ou les personne(s) de confiance, désignées dans la déclaration anticipée, l'équipe soignante et les proches désignés par la ou les personne(s) de confiance ;
- Qu'un médecin indépendant a été consulté afin de se prononcer sur l'irréversibilité de la situation.

Contrôle a posteriori

La Commission évalue l'euthanasie sur la base du document d'enregistrement transmis par le médecin, sans avoir accès au dossier médical complet. Il est donc essentiel que le médecin décrive précisément le contexte clinique afin de permettre un examen complet et compréhensible par l'ensemble des membres de la Commission, y compris ceux qui ne sont pas médecins. Lorsque les informations sont insuffisantes, la Commission demande des compléments ou peut entendre le médecin afin de préciser le contexte et les motifs de sa décision.

Au cours des deux années couvertes par le présent rapport, la Commission a relevé que certaines rubriques étaient visiblement mal comprises. Il arrive, par exemple, que les médecins ne répondent qu'à une partie d'une rubrique (p. ex., décrire la nature des souffrances, sans préciser leur caractère inapaisable), ou qu'ils se limitent à répondre par « oui » à une question (notamment sur le caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande), sans fournir d'éléments suffisamment circonstanciés permettant à la Commission d'en apprécier la justification. Dans d'autres cas, la difficulté est liée à des aspects techniques (p. ex., colonne ou rubrique n'apparaissant pas correctement). Lorsque cela se produit, et si les informations ne peuvent pas être retrouvées ailleurs dans le document, des informations complémentaires sont alors demandées. La lecture des documents d'enregistrement fait aussi ressortir, dans certains cas, l'utilisation de formulaires obsolètes. Cette situation peut concerner

différents profils de médecins, y compris ceux qui ne pratiquent que rarement des actes d'euthanasie. Dans ce cas, il leur est systématiquement rappelé de consulter le site de la Commission afin d'utiliser la version la plus récente.

La levée de l'anonymat a facilité l'ajout de pièces justificatives : ne devant plus se soucier d'anonymiser les documents, les médecins, en plus de compléter les différentes rubriques, ajoutent fréquemment des copies de leurs propres consultations ou de celles des médecins consultés.

Elle a, par ailleurs, permis d'identifier plus clairement les situations dans lesquelles le médecin traitant, pour des raisons personnelles ou techniques, sollicite un soutien pour la réalisation de l'acte ou, dans des circonstances exceptionnelles (en raison d'une force majeure, voire d'un état de nécessité), délègue même l'acte au médecin consulté ayant apporté cette assistance. De telles situations peuvent soulever la question de la répartition des rôles, en particulier quant à l'identification du médecin assumant la responsabilité de l'acte. Certains cas sont rapportés par des médecins confrontés à une décision morale et éthique particulièrement importante : soit se retrancher derrière le strict respect des conditions de forme ou de procédure prévues par la loi, en particulier dans l'hypothèse où ils sont également intervenus comme médecins consultés dans le dossier, soit répondre à la demande d'euthanasie justifiée du patient, alors même qu'un confrère est défaillant. Quelles que soient les raisons invoquées, les conditions légales doivent toujours être strictement respectées.

Au-delà de ces situations spécifiques, la question de l'indépendance du médecin consulté se pose plus largement. Celui-ci ne peut avoir de lien hiérarchique ou familial, ni entretenir une relation thérapeutique suivie avec le patient pour l'affection à l'origine de la demande. L'essentiel est d'éviter tout conflit d'intérêts ou de loyauté susceptible d'influencer l'avis ; en cas de doute, il convient de le signaler et de recommander une consultation complémentaire. Cette exigence vise à garantir l'objectivité et un regard neuf sur la situation du patient. Plusieurs médecins soulignent toutefois que, dans certains contextes, le médecin traitant connaît mieux le patient et peut mieux apprécier l'intensité de ses souffrances. La chose est exacte mais il convient de rappeler que le médecin peut bien évidemment aller au-delà des consultations prévues par la loi et si ce n'est pas le médecin traitant qui se charge de la demande d'euthanasie de son patient, le médecin en charge de la demande d'euthanasie sera bien avisé de consulter son confrère pour documenter son dossier.

La Commission a estimé que tous les documents d'enregistrement reçus répondaient aux conditions essentielles de la loi et aucun n'a été transmis au procureur du Roi. La qualité des informations transmises s'est améliorée avec la levée de l'anonymat et la modification du document d'enregistrement.

Dans de rares cas, les déclarations ont été acceptées par la Commission bien que l'un ou l'autre point de procédure n'ait pas été suivi à la lettre, mais en s'assurant à chaque fois du respect absolu des conditions essentielles de la loi. Dans ces situations, les médecins concernés ont systématiquement reçu une lettre didactique.

Impact des évolutions législatives

Les constats qui précèdent doivent être replacés dans le contexte des évolutions législatives récentes, lesquelles ont directement influencé les modalités du contrôle a posteriori. L'arrêt *Mortier c. Belgique* du 4 octobre 2022 constitue, à cet égard, une étape déterminante dans l'évaluation du système belge de contrôle des euthanasies. Pour rappel, la CEDH a validé les principes de la loi belge relative à l'euthanasie dont le contrôle a posteriori mais a émis un grief quant à l'indépendance de la Commission, un médecin pouvant participer à la délibération à propos d'une déclaration d'euthanasie alors qu'il avait été impliqué dans son processus. Ce médecin s'il révélait qu'il avait soit pratiqué l'euthanasie, soit donné un avis, rompait l'anonymat ! Certes, ce ou ces médecins adoptaient une attitude de réserve. La Cour a toutefois estimé que ce mécanisme n'offrait pas de garanties suffisantes, dès lors qu'il dépendait essentiellement du comportement individuel des membres concernés et ne permettait pas, en tant que tel, de garantir de manière objective l'intégrité du processus de contrôle.

C'est dans cette perspective que la levée de l'anonymat a été envisagée comme une réponse directe à cette difficulté. L'identification des médecins ayant participé à l'acte d'euthanasie permet désormais de clarifier les situations potentiellement problématiques. Il s'agit de rappeler l'obligation de confidentialité auxquelles les membres de la Commission sont tenus. Les noms des médecins ayant participé à une procédure d'euthanasie ne peuvent en aucun cas être révélés en public.

Le présent rapport constitue le premier retour concret sur la mise en œuvre de ces mesures, introduites à la suite de la modification législative du 27 mars 2024. Cette réforme inclut également des sanctions pénales spécifiques pour les conditions essentielles ainsi que pour un élément de procédure, la consultation d'un ou de deux médecins et ce, à la suite de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 20 octobre 2022 (arrêt n° 134/2022).¹ La Cour a jugé que le régime issu de la loi du 28 mai 2002 méconnaissait le principe d'égalité et de non-discrimination, en ce que « tout non-respect des conditions et procédures de la loi du 28 mai 2002, par le médecin qui pratique l'euthanasie [...] peut donner lieu à une seule et même incrimination conformément aux dispositions existantes du Code pénal sur la base desquelles l'euthanasie peut être punie. La Cour a donc constaté que ce mécanisme entraînait une sanction disproportionnée pour tout manquement, qu'il s'agisse de conditions essentielles de fond ou d'exigences procédurales.

À la lumière de ces évolutions, la Commission constate que la levée de l'anonymat contribue à faciliter la gestion de l'impartialité, dans la mesure où l'identification des médecins permet désormais de mieux appréhender les interventions respectives dans chaque dossier. Ce dispositif s'accompagne également d'une plus grande fluidité dans la mise en œuvre des mécanismes, tant sur le plan administratif (le secrétariat pouvant, le cas échéant, encoder directement les cas impliquant un membre de la Commission) que dans le fonctionnement de la Commission, les échanges s'en trouvant facilités.

Elle observe également une amélioration de la qualité des documents d'enregistrement. Les déclarations apparaissent plus complètes et, surtout, sont désormais plus fréquemment accompagnées d'avis motivés des médecins consultés, ce qui permet une appréciation plus approfondie des situations et une évaluation plus qualitative de l'application de l'euthanasie. La Commission ne peut qu'encourager le développement de ces bonnes pratiques d'annexion systématique des avis.

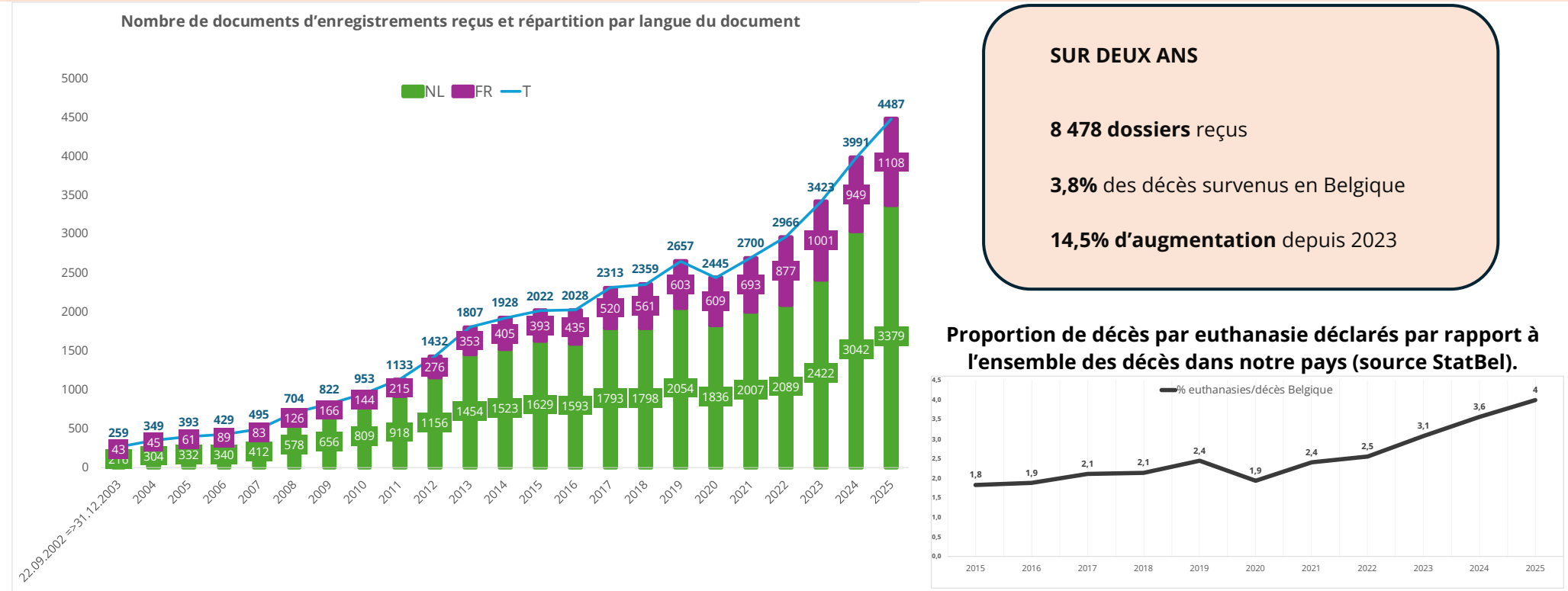
Elle constate que la levée de l'anonymat permet désormais d'identifier plus précisément certaines questions, notamment celle de la responsabilité liée à l'acte d'euthanasie. Dans ce contexte, la Commission a été amenée à élaborer des lignes directrices spécifiques afin d'accompagner les praticiens, lesquelles sont de nature à soutenir le développement de bonnes pratiques² et à en favoriser la diffusion, tout en précisant l'application des conditions légales. Ces évolutions devront faire l'objet d'un suivi attentif dans les prochaines années.

S'agissant du régime de sanctions spécifiques, la Commission ne se prononcera pas plus avant tout en rappelant qu'elle avait invité le législateur à ne pas prévoir de sanction pénale pour l'éventuel non-respect d'une condition de procédure ou de forme.

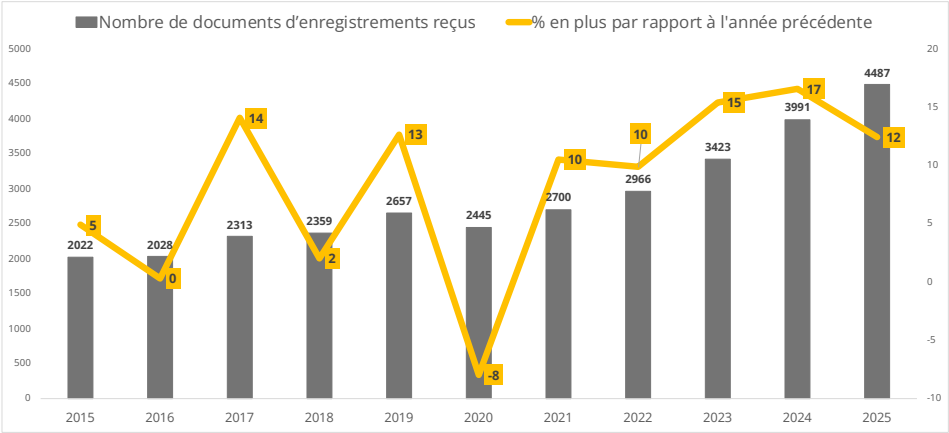
¹ Cour constitutionnelle, arrêt n° 134/2022, 20 octobre 2022, n° de rôle 7727, ECLI:BE:GHCC:2022:ARR.134. <https://fr.const-court.be/public/f/2022/2022-134f.pdf>

² Voir notamment la note « Sanctions spécifiques », également incluse dans ce rapport et téléchargeable sur le site de la Commission : <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/sanctions-specifiques-fr.pdf>. Le site de la Commission offre par ailleurs un accès aux informations actualisées.

Nombre de documents d'enregistrements reçus



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



Profil des patients

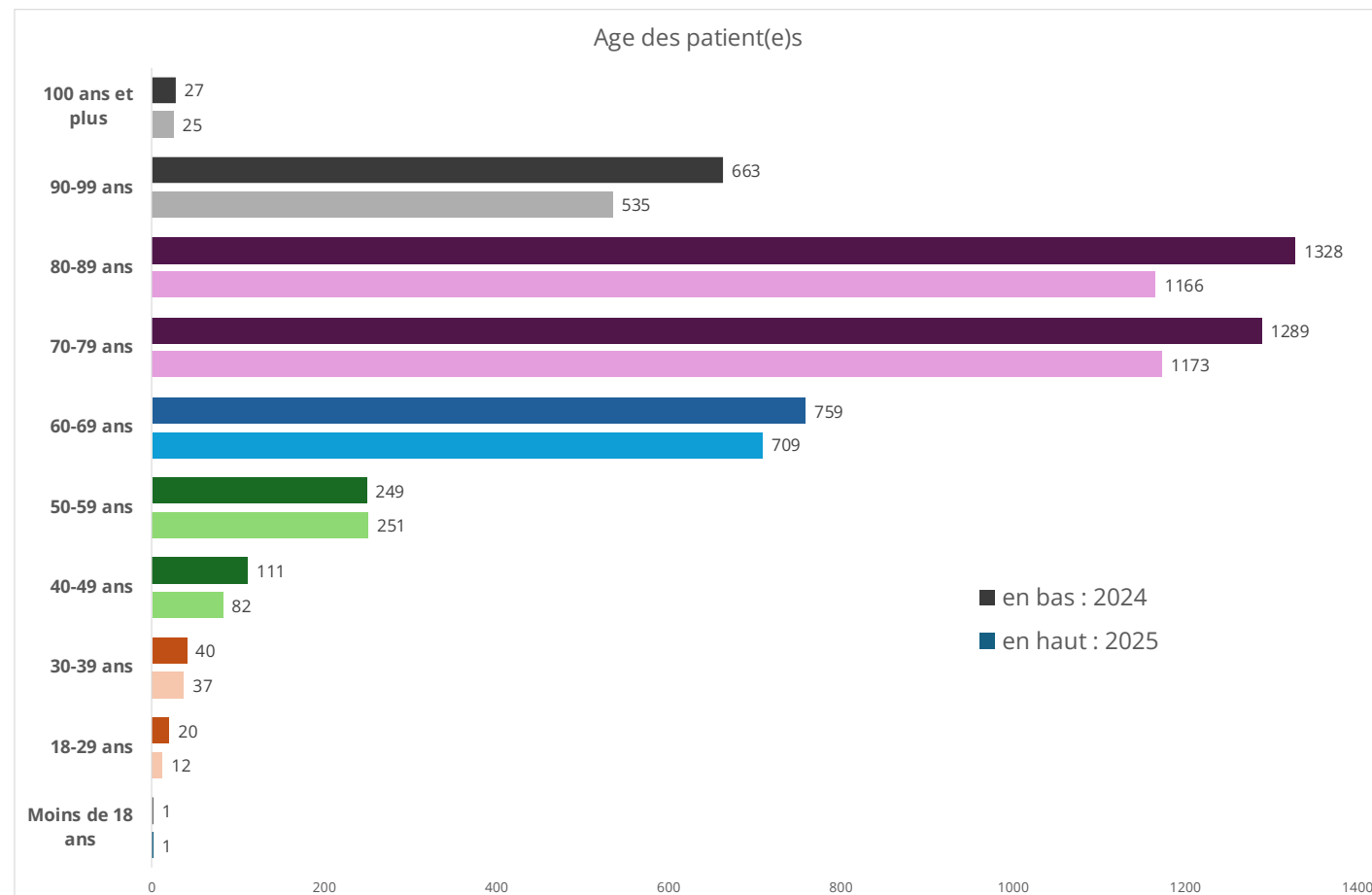
Âge des patients

SUR DEUX ANS

73,1 % des patients étaient âgés de plus de 70 ans (6206)

1,3 % avaient moins de 40 ans (111)

2 mineurs



Pour les patients mineurs, la loi prévoit un certain nombre de conditions supplémentaires, dont la principale est la capacité de discernement du patient. L'accord des représentants légaux doit également être recueilli. Seule la demande actuelle est envisageable et la souffrance doit être essentiellement physique (cela doit se comprendre par l'exclusion d'une affection psychiatrique chez un mineur). L'euthanasie n'est possible que si le décès du mineur est attendu à brève échéance (dans les semaines ou mois à venir).

Genre des patients

Le nombre total de déclarations a augmenté de manière continue, tant chez les femmes que chez les hommes, avec une répartition globalement équilibrée entre les genres.

Contexte

Langue de rédaction des documents d'enregistrement (langue du médecin déclarant)

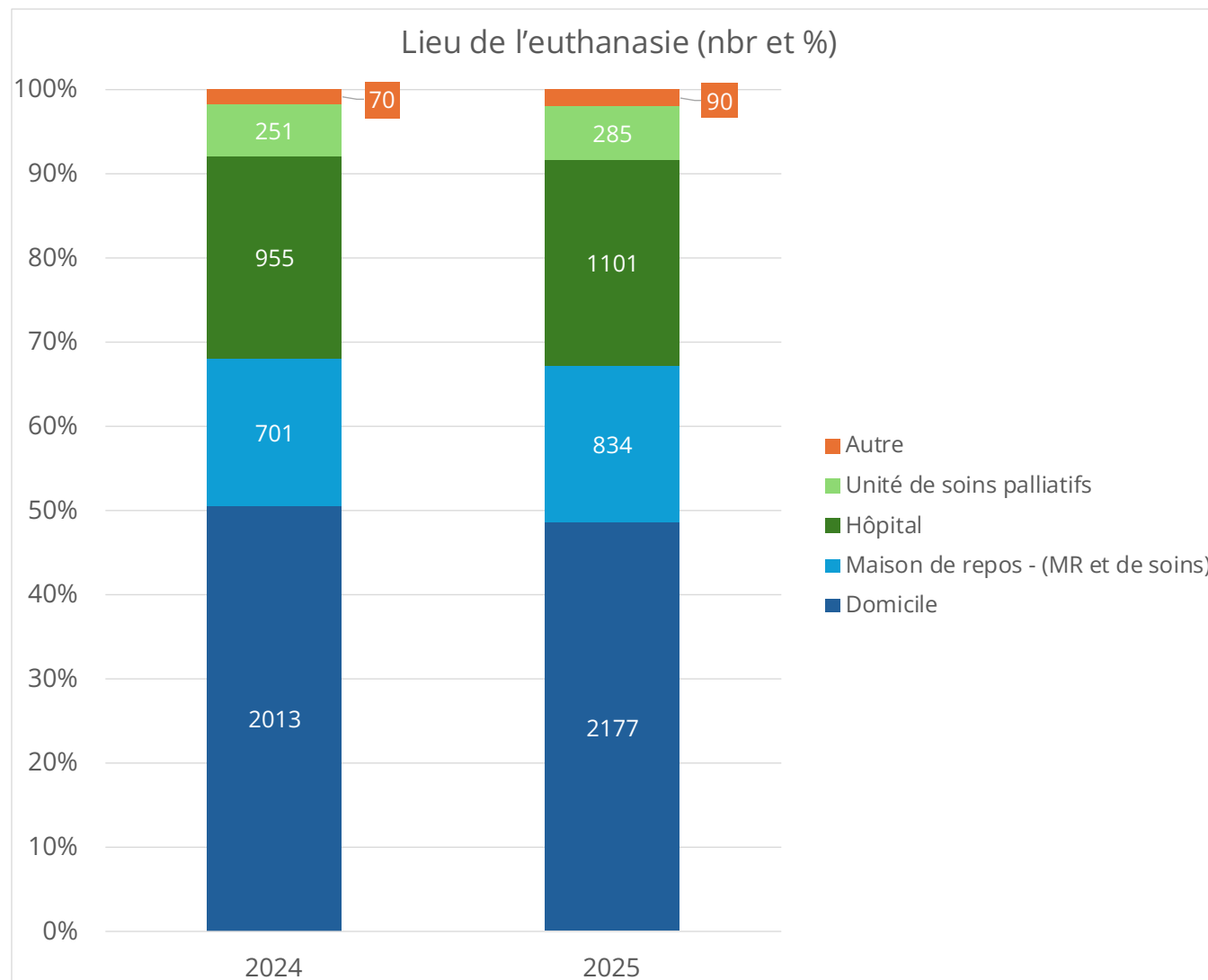
Les documents d'enregistrement augmentent dans les deux langues, avec une dynamique contrastée d'une année à l'autre. L'écart demeure cependant important entre les documents rédigés en néerlandais et celles en français. Sur deux ans, 75,7 % dossiers étaient rédigés en néerlandais (6421) et 24,3% dossiers en français (2057).

Lieu de l'euthanasie

SUR DEUX ANS

67,5% des actes au lieu de vie du patient

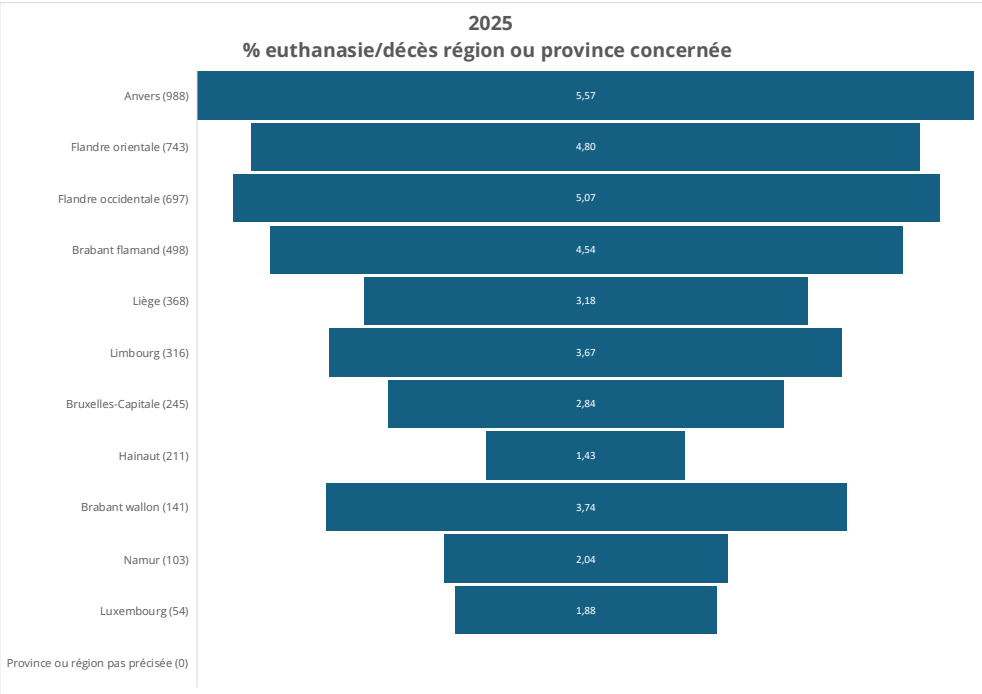
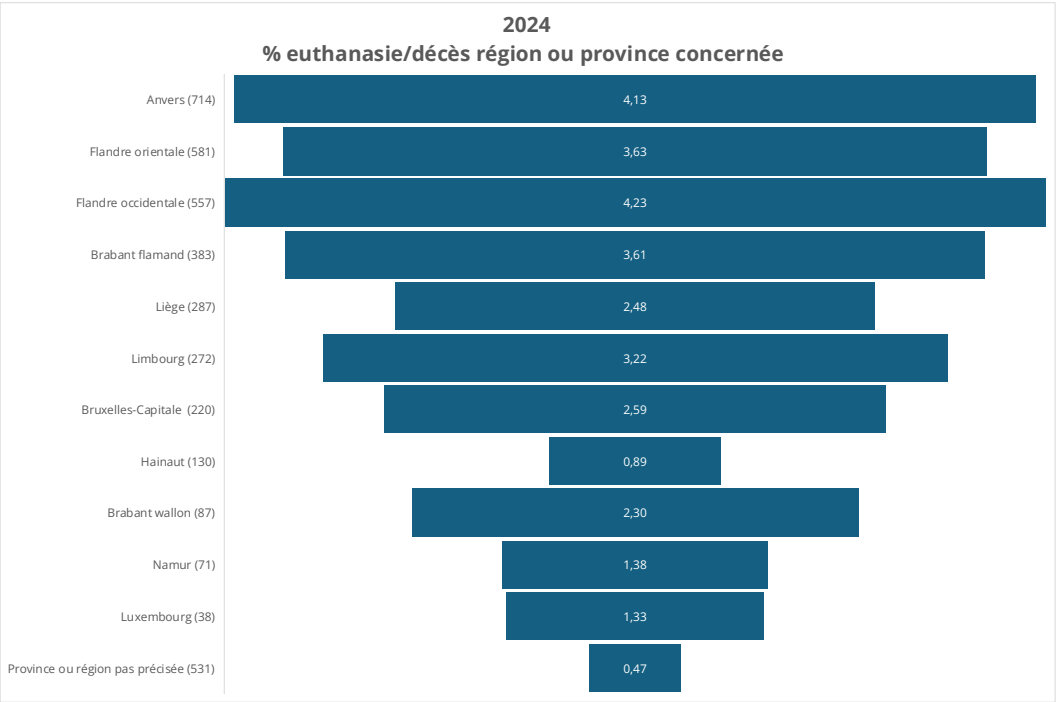
- 4190 domicile
- 1535 maison de repos et de soin



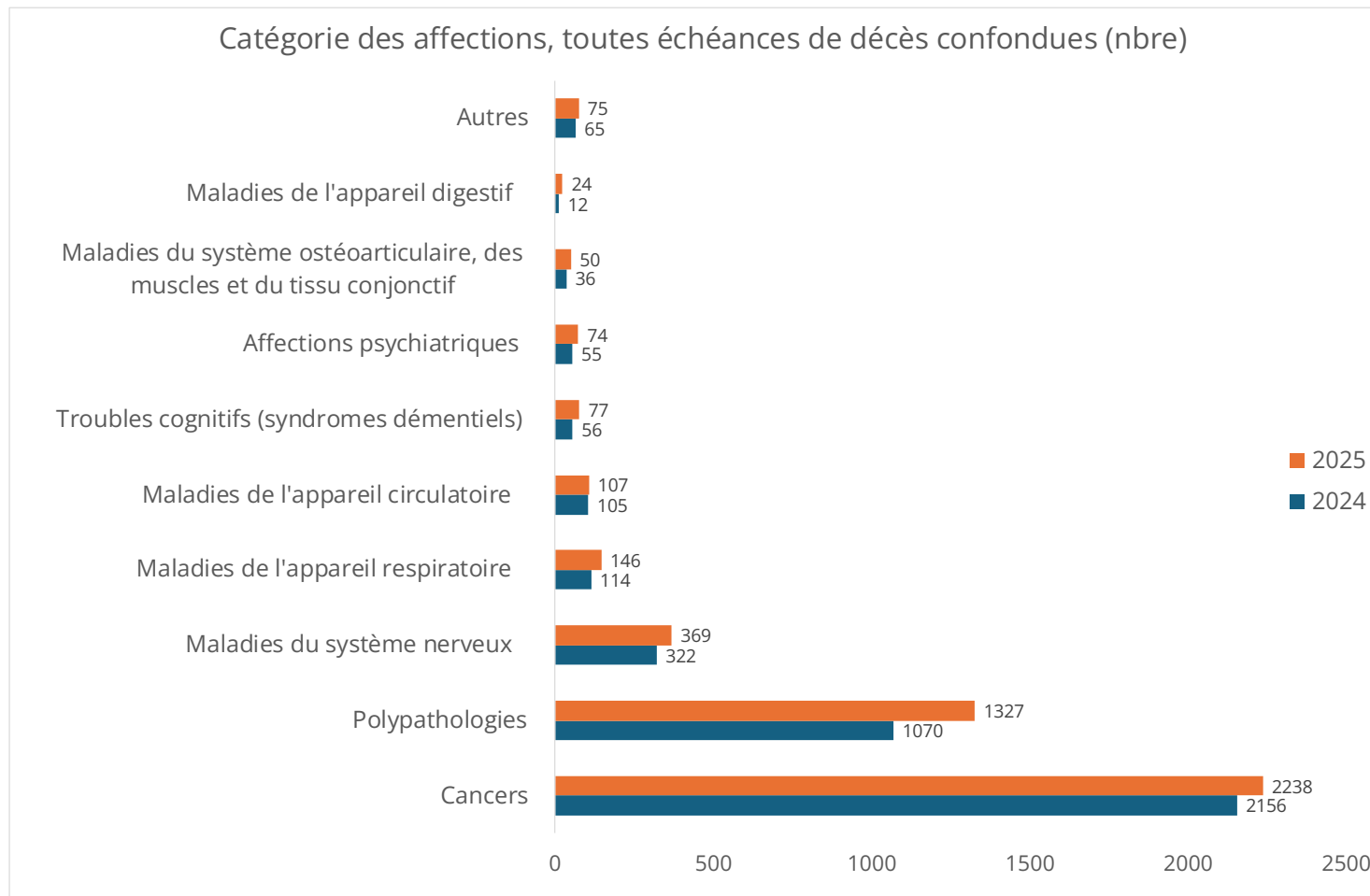
Répartition géographique (lieu de résidence des patients)

Belgique

Attention : ces informations ne sont disponibles avec certitude que depuis la levée de l'anonymat du document d'enregistrement (avril 2024) et concernent le lieu de résidence du patient, et non le lieu du décès. Elles appellent dès lors à une analyse prudente et devront faire l'objet d'un suivi attentif dans les prochaines années, notamment au regard de leur interprétation.



Affections



SUR DEUX ANS

51,8% cancers (4394)

28,3% polypathologies (2398)

8,1% maladie neurologiques (690)

3,1% maladies respiratoires (260)

2,5% maladies cardiaques (212)

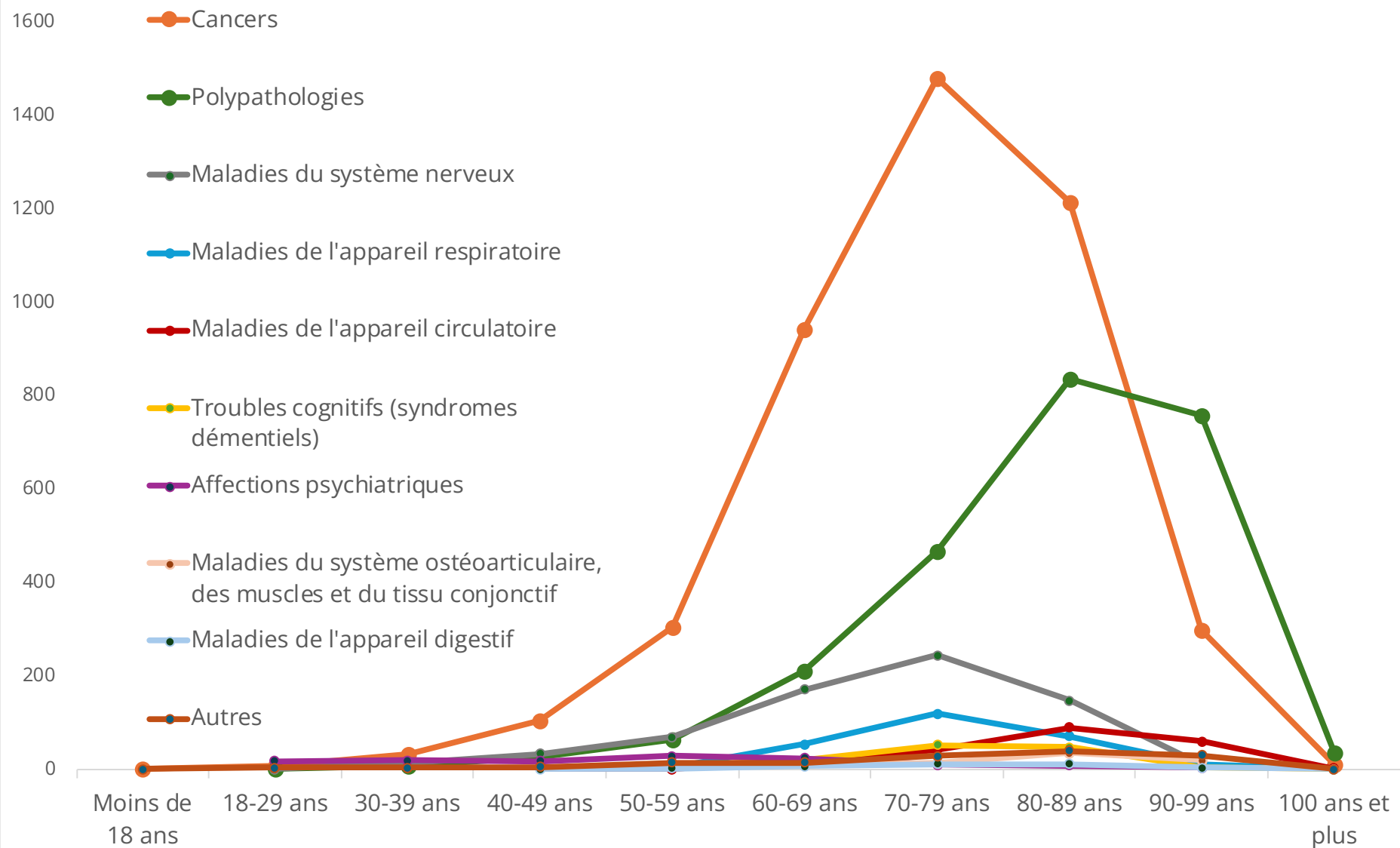
1,6% troubles cognitifs (syndrome démentiel) (133)

1,5% affections psychiatriques (129)

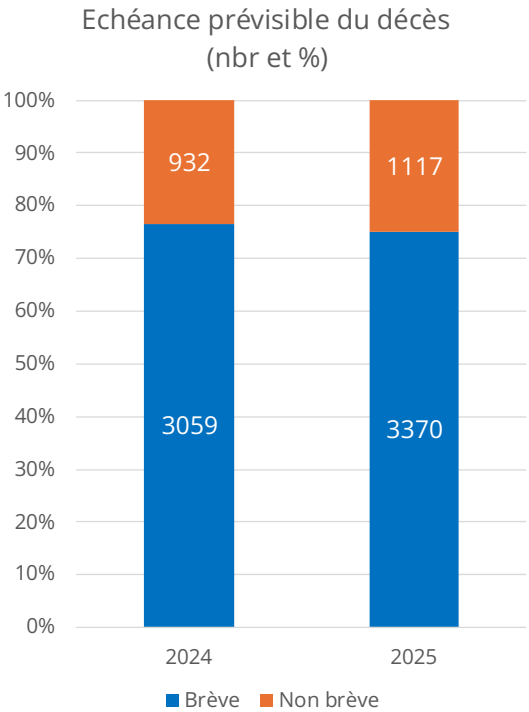
Qu'est-ce qu'une polypathologie (ou multimorbidités)

Association de maladies évolutives et non améliorables, entraînant une perte d'autonomie croissante (parfois jusqu'à une défaillance d'organes) : certaines affections mettent la vie en danger, tandis que d'autres altèrent principalement la qualité de vie.

Affections et tranche d'âges - 2024-2025 (nbre)



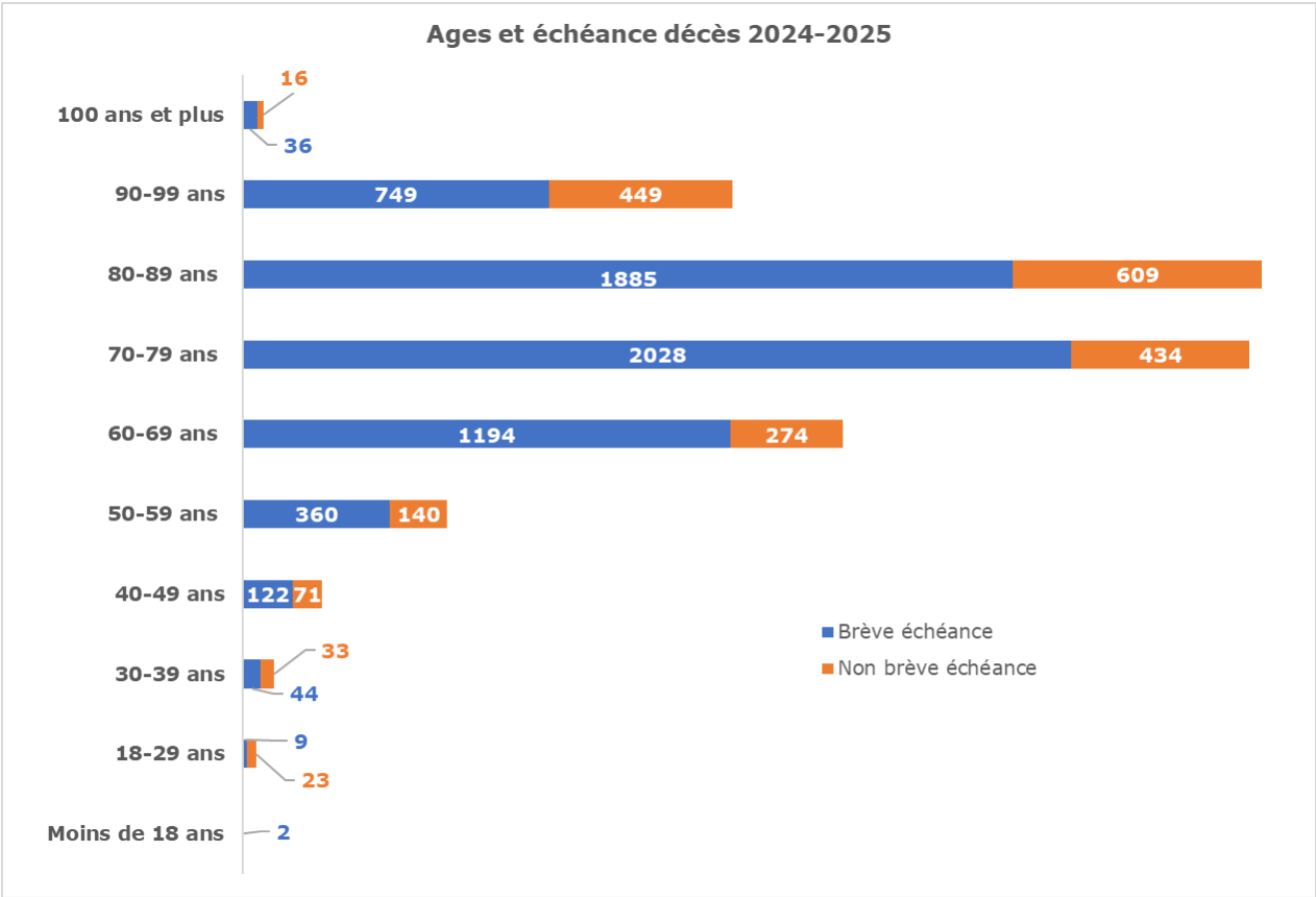
Échéance du décès

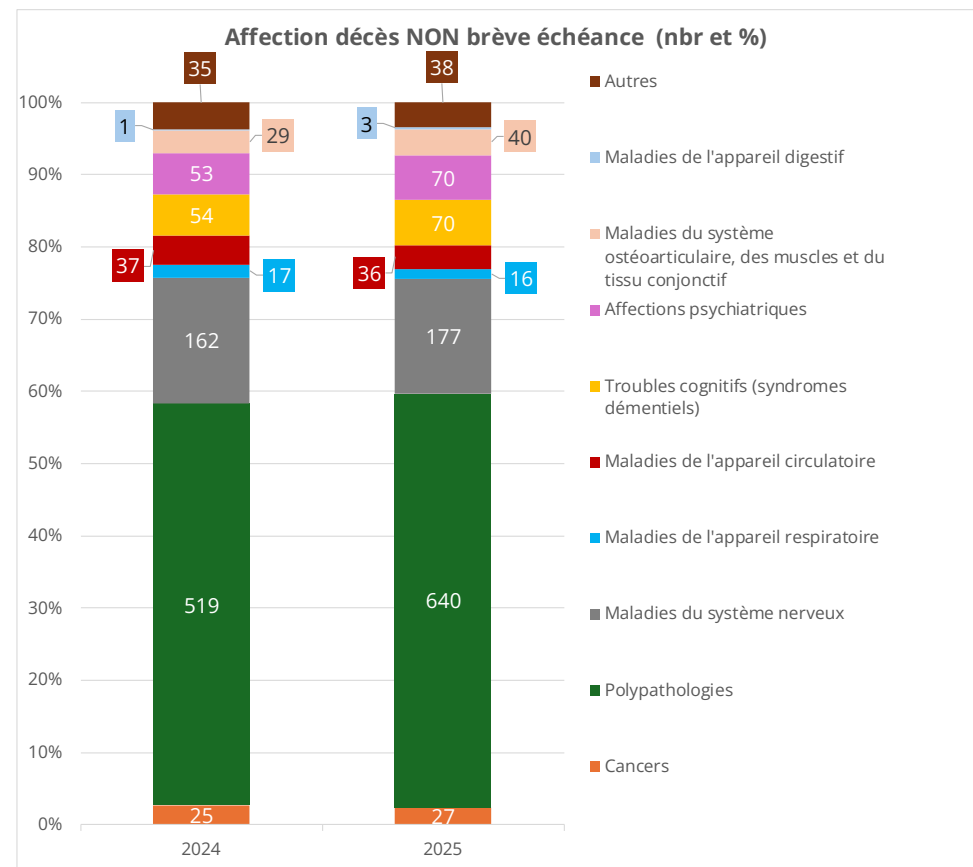
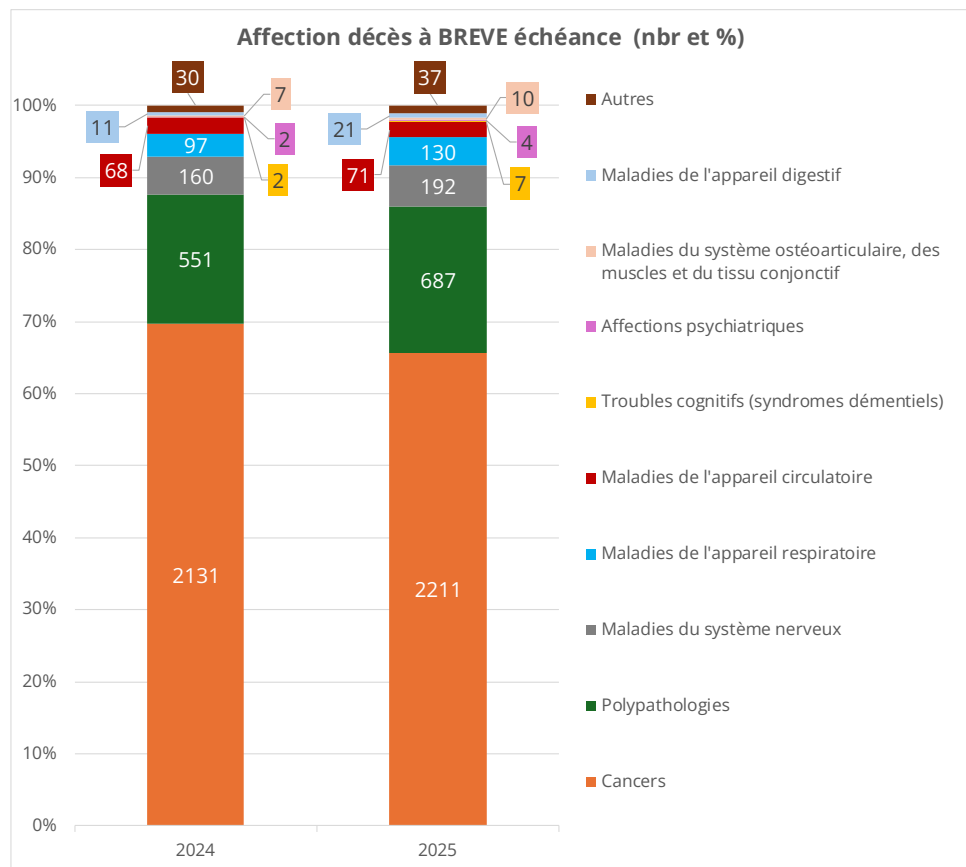


Décès « attendu à brève échéance » : le décès est attendu prochainement (dans les jours/semaines/mois à venir). Dans ce cas, la procédure « standard » s’applique.

Décès « pas attendu à brève échéance » / échéance « non brève » : le décès n’est pas attendu dans les semaines ou les mois qui viennent. Ce sont surtout des affections non évolutives ou très lentement évolutives.

Dans ce cas, la procédure « renforcée » s’applique.





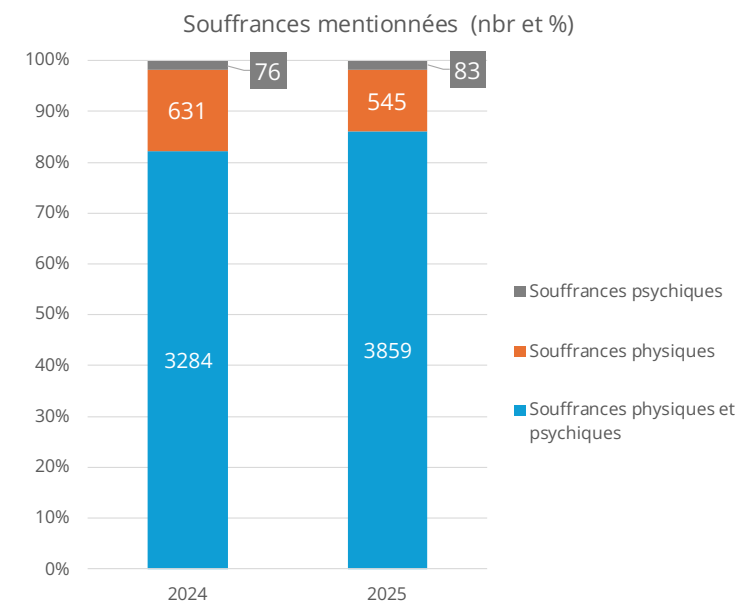
Souffrances mentionnées

SUR DEUX ANS

84,3% souffrances physiques et psychiques (7143)

13,9% souffrances physiques (1176)

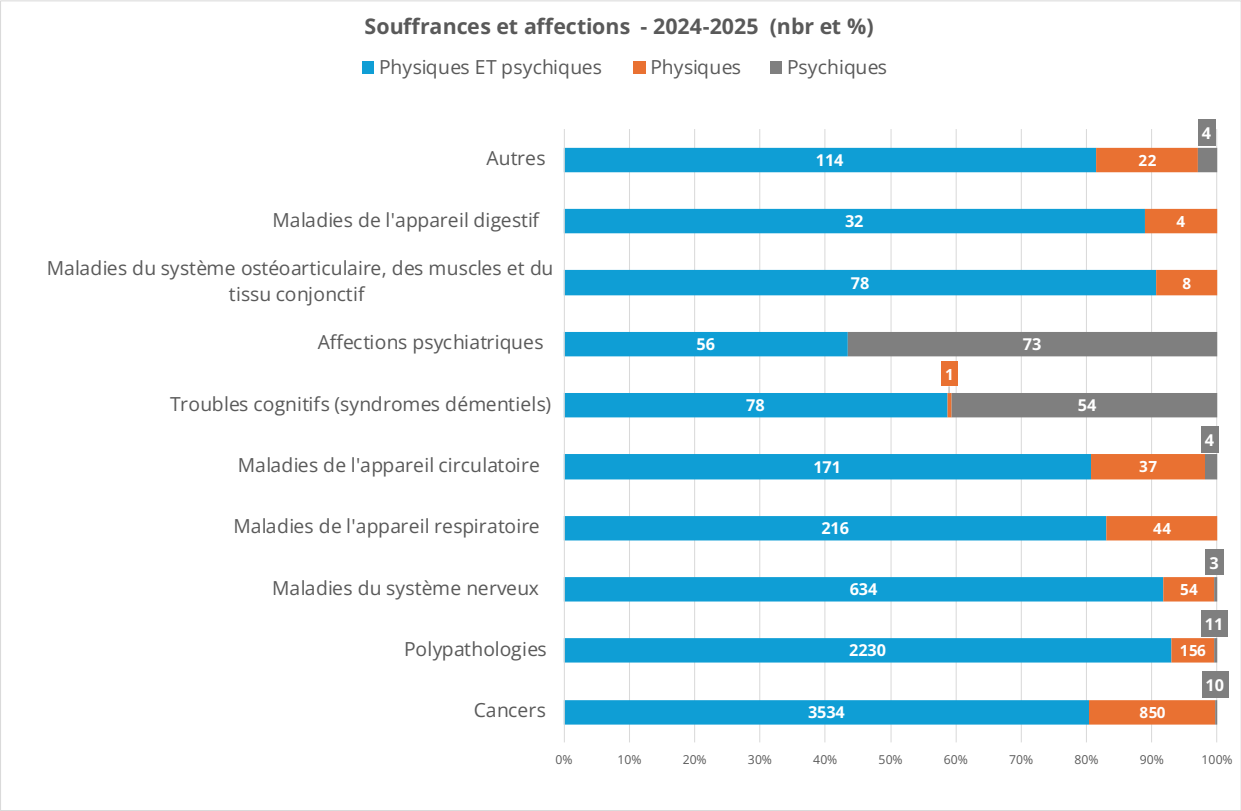
1,9 % souffrances psychiques (159)



Souffrance physique : douleur, dyspnée/dysphagie, épuisement, complications (saignements, occlusion), paralysie, escarres, etc.

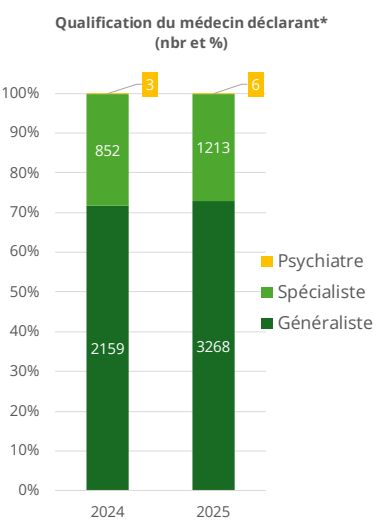
Souffrance psychique (liée à une affection psychiatrique ou somatique*) : perte d'autonomie/dépendance, sentiment de déchéance, isolement social, inquiétude/solitude, perte de repères et de sens.

** Exemple : même si la douleur est contrôlée (p.ex., cancer sous antidouleurs), une souffrance psychique peut persister (perte d'autonomie ou de dignité).*

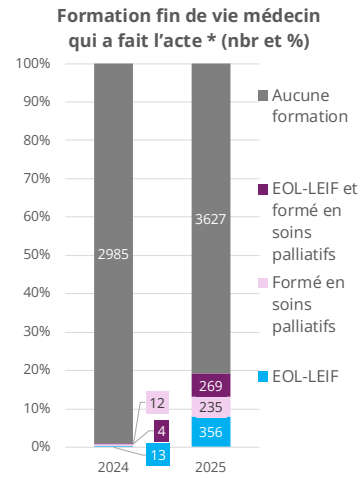
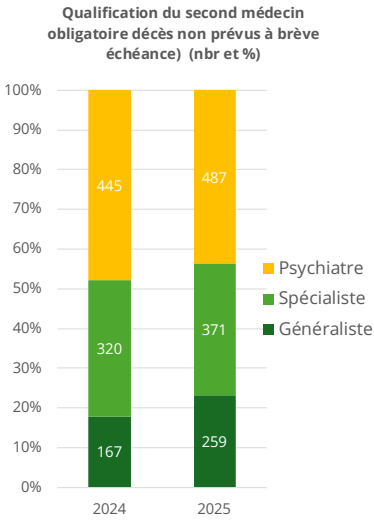
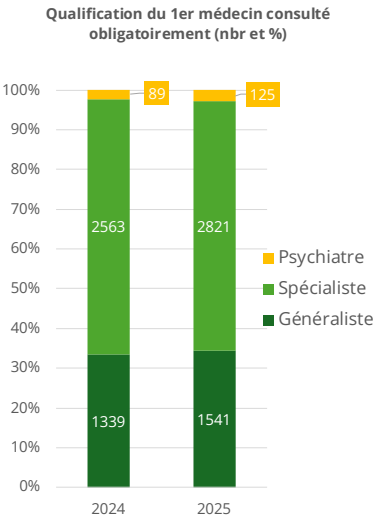


Processus
Médecins intervenants

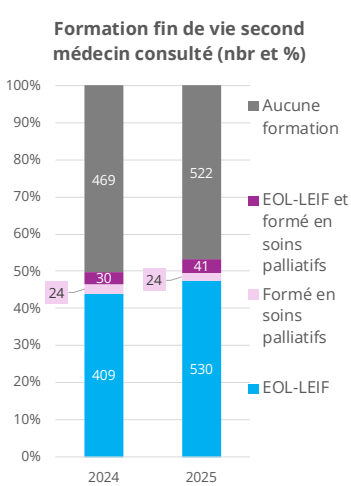
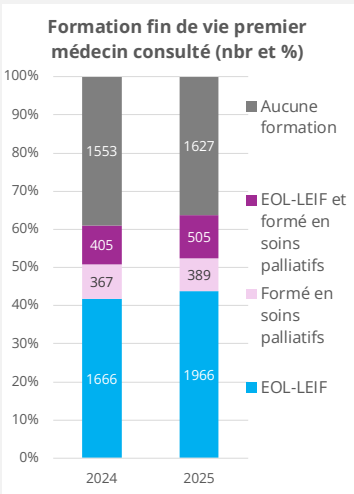
Les médecins généralistes restent les premiers interlocuteurs des patients souhaitant une euthanasie et en sont les principaux praticiens.



(*information demandée officiellement depuis avril 2024)



(*information demandée officiellement depuis mars 2025)



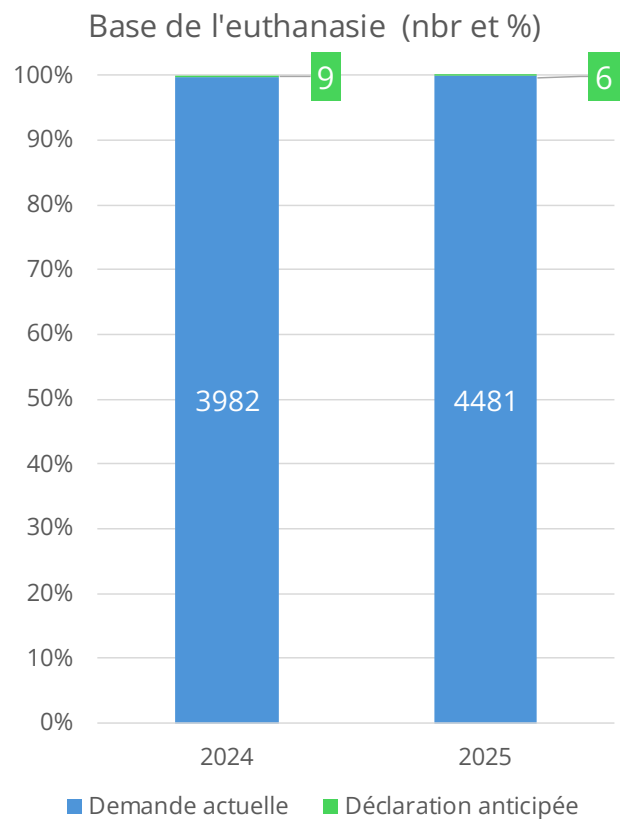
En cas de poly-pathologie, l'expérience clinique d'un médecin généraliste peut constituer une expertise pertinente pour intervenir comme spécialiste de l'affection.

LEIF-EOL = formation complémentaire concernant la problématique relative à la prise de décision en fin de vie

Base de la demande

SUR DEUX ANS

Moins de 1 % des euthanasies sont pratiquées sur la base d'une déclaration **anticipée**



Euthanasie sur la base d'une demande **actuelle** = la personne est **consciente** et fait une demande expresse à son médecin.

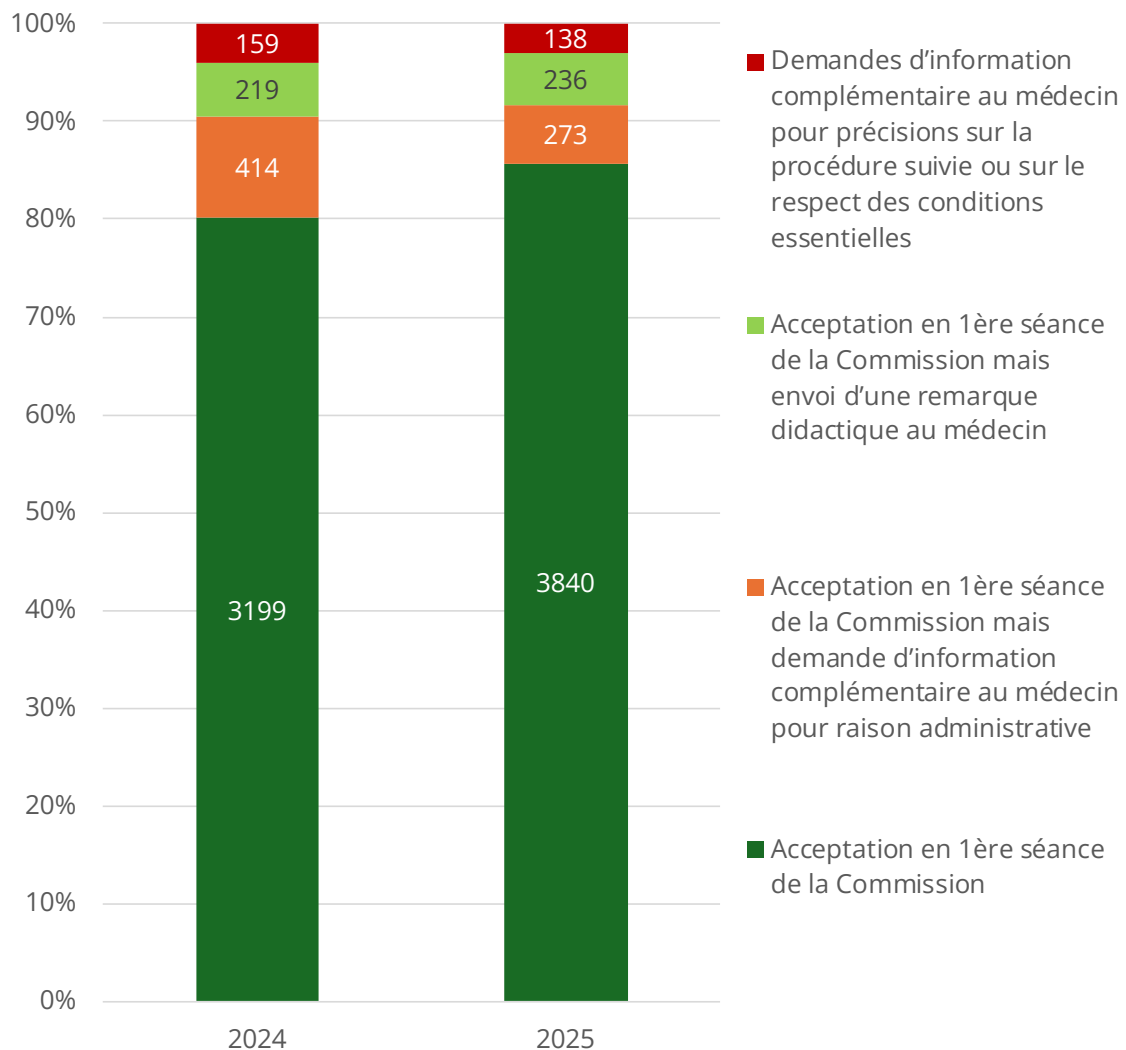
Euthanasie sur la base d'une déclaration **anticipée** = la personne est **inconsciente** (coma ou état végétatif persistant), et sa situation est irréversible. Elle n'a pas fait de demande expresse à son médecin, mais elle a rédigé antérieurement une déclaration anticipée conforme au modèle prévu par la loi.

Exemples d'affections rendant le patient inconscient et irréversiblement dans l'état actuel de la science : tumeurs cérébrales, AVC, hémorragies post-traumatiques ou état d'éveil non-répondant.

Contrôle

Au cours de l'examen des documents d'enregistrement, la Commission prend différentes décisions et formule divers types de remarques en fonction des éléments relevés dans les dossiers. Ces remarques s'inscrivent dans le cadre de sa mission de contrôle, qui peut, le cas échéant, conduire à une transmission au procureur du Roi. Elles participent également à une démarche d'accompagnement des praticiens et visent à en favoriser une meilleure compréhension et application.

Actions de la Commission (nbr et %)



SUR DEUX ANS

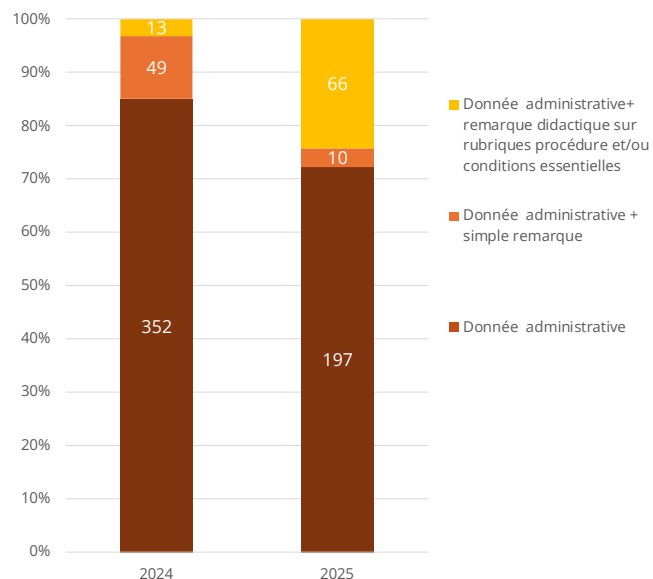
96,5% acceptation en 1^{ère} séance (8181)

3,5% après échanges avec le médecin (297)

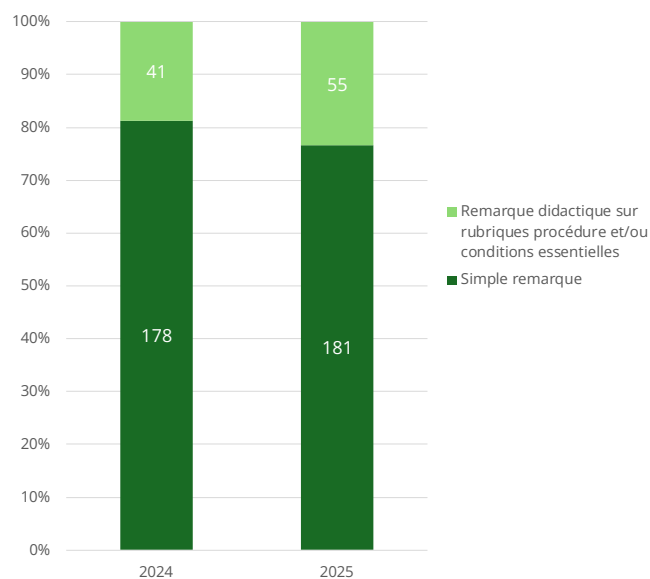
La Commission a estimé que toutes les déclarations reçues répondaient aux conditions essentielles de la loi et aucune n'a été transmise au procureur du Roi.

L'absence de transmission de dossiers à la Justice ne signifie pas une absence de contrôle : la procédure est encadrée en amont (à côté de la consultation obligatoire d'autres prestataires de soins sont fréquemment impliqués) et la Commission exerce un contrôle a posteriori sur chaque déclaration, avec demandes de compléments et auditions si nécessaire.

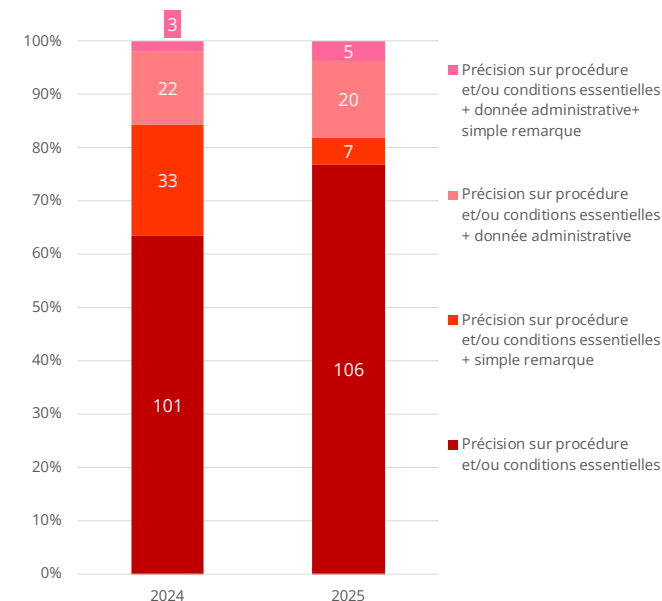
Acceptation en 1ère séance de la Commission mais demande d'information complémentaire au médecin pour raison administrative (nbr et %)



Acceptation en 1ère séance de la Commission mais envoi d'une remarque didactique au médecin (nbr et %)



Demandes d'information complémentaire au médecin pour précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions essentielles (nbr et %)



Donnée administrative = p. ex. : date de naissance

Simple remarque = p. ex. : méthode, délai de transmission, etc.

Remarque sur rubriques procédure et/ou conditions essentielles = p. ex. : réponse sommaire mais information soit dans les annexes soit ailleurs dans le document

Demande de précision sur la procédure et/ou les conditions essentielles = p. ex. : transmission de l'avis complet du médecin consulté, explication quant au caractère inapaisable des souffrances, etc.

Tous les dossiers pour lesquels des informations complémentaires ont été demandées ont été approuvés en 2^e ou 3^e séance de la Commission à la suite des explications fournies par les médecins.

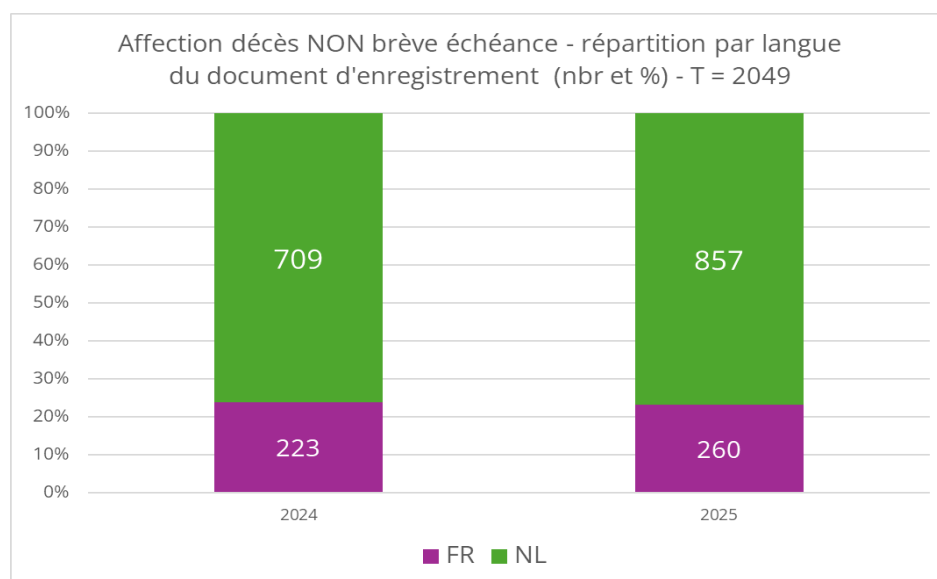
Analyse thématique

Remarque

Ces analyses sont fournies à titre indicatif et ne couvrent pas l'ensemble des situations rencontrées. La Commission n'ayant pas accès aux dossiers médicaux, elles se fondent uniquement sur les éléments disponibles dans les déclarations, ainsi que sur un travail de codage réalisé a posteriori par un membre médecin de la Commission.

Afin de préserver l'anonymat des personnes concernées, certains éléments descriptifs dans les exemples cités dans ce rapport, ont été omis, généralisés ou, lorsque cela était nécessaire, présentés de manière agrégée. Les cas exposés reposent exclusivement sur les informations contenues dans les dossiers examinés par la Commission, mais certains détails ont été volontairement adaptés ou croisés afin d'éviter tout risque d'identification directe ou indirecte des patients, de leurs proches ou des professionnels impliqués.

Euthanasie chez les patients qui ne décéderont pas à brève échéance

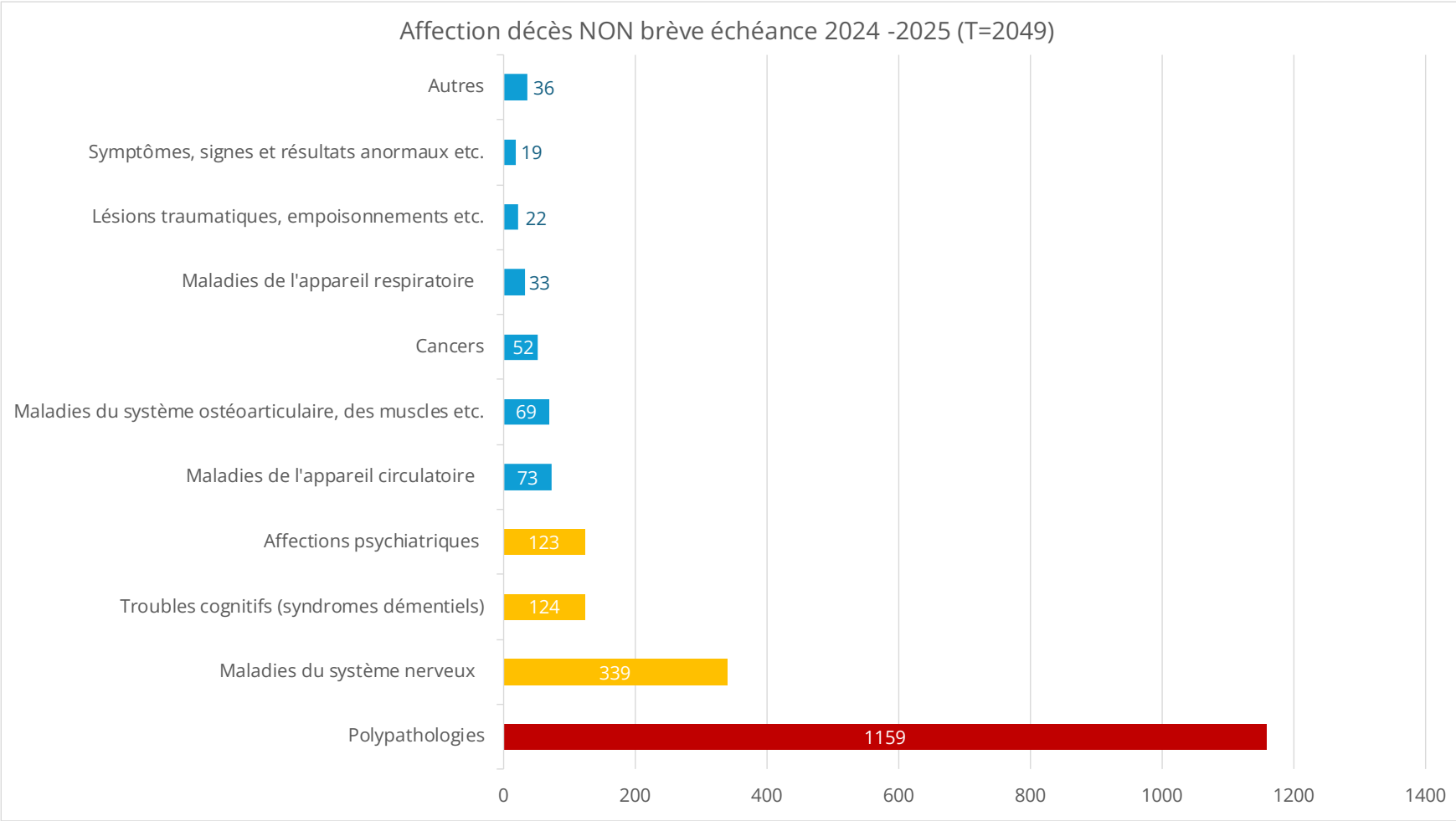


Il n'existe pas de définition scientifique objective et définitive permettant au médecin d'opérer une distinction entre un patient qui décèdera à brève échéance (bref) et un patient qui ne décèdera pas à brève échéance (non bref). En pratique, cette distinction repose sur une appréciation clinique globale, fondée sur la nature et le caractère incurable de l'affection ou des affections, l'évaluation du stade de la maladie, l'absence d'options thérapeutiques curatives et la dégradation de l'état général du patient (p. ex., état clinique de vulnérabilité *ifrailty*³). La Commission laisse dès lors au médecin pratiquant l'euthanasie le soin d'opérer cette distinction. Si la Commission doute du bien-fondé de la distinction retenue entre bref et non bref, des informations complémentaires sont demandées au médecin pratiquant l'euthanasie. En tout état de cause, la Commission ne modifie jamais l'échéance du décès sans concertation avec le médecin pratiquant l'euthanasie.

Depuis 2010, la proportion de patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance augmente lentement mais régulièrement, passant de 10 % en 2010 à 25 % en 2025. La répartition linguistique des documents (néerlandophones/francophones) correspond à celle observée pour l'ensemble des patients.

³ Il s'agit d'un terme médical désignant un état dans lequel l'organisme dispose de moins de réserves fonctionnelles. Cette notion englobe des dimensions physiques, psychologiques et sociales. Dans cette situation, de petites perturbations peuvent entraîner l'apparition de problèmes de santé graves.

Le principal groupe de patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance est constitué des patients souffrant de polypathologies (57 %), suivis des patients atteints d'une maladie du système nerveux, d'un trouble cognitif (syndrome démentiel), d'une affection psychiatrique, ou encore d'une maladie de l'appareil circulatoire.



L'examen des demandes d'euthanasie émanant de ce groupe de patients requiert une expérience clinique approfondie, afin d'évaluer correctement la gravité de la souffrance physique et la souffrance psychique qui lui est associée. Il n'est dès lors pas surprenant que de nombreux médecins confient l'évaluation de ces situations à des confrères disposant d'une expertise spécifique quant à la loi relative à l'euthanasie, tels que les médecins formés au sein des réseaux EOL/LEIF et Palliative Zorg Vlaanderen / Fédération Wallonne des Soins Palliatifs.

Afin d'illustrer la complexité de cette problématique, le tableau suivant présente un aperçu des seize principales affections relevées chez les patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance. Ce tableau montre qu'il s'agit, d'une part, d'affections évolutives, non curables, souvent d'évolution fatale, telles que la maladie de Parkinson, la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et les syndromes démentiels. D'autre part, il s'agit d'affections dont l'évolution est marquée par des poussées successives entraînant des lésions irréversibles croissantes, comme la BPCO et l'atrophie multisystématisée, ou encore d'affections ayant déjà provoqué des atteintes irréversibles graves, entraînant un handicap sévère à très sévère. Dans de tels cas, il existe une souffrance physique et psychique persistante, réfractaire, vécue par le patient comme insupportable, dénuée de sens et portant atteinte à la dignité de son existence.

Principales affections chez les patients dont le décès n'est pas attendu à brève échéance	
Diagnostic	Nombre
Polypathologie	1159
Syndrome démentiel	124
Maladie de Parkinson	94
AVC	58
Dépressions sévères récurrentes	45
Als	40
BPCO	31
Paralysies et syndromes paralytiques	31
Paralysie supra nucléaire progressive	29
Polyarthrose	25
Sclérose en plaques	22
Failed back surgery syndrome	20
Maladie de Huntington	19
Trouble de la personnalité	17
Atrophie multi systématisée	17
Douleur chronique réfractaire	15

Exemple d'une euthanasie chez un patient non bref souffrant d'une affection grave, progressive et incurable

Il s'agissait d'un patient âgé d'une soixantaine d'années atteint d'une sclérose latérale amyotrophique, maladie neurologique progressive, grave et incurable, décrite dans le dossier comme une affection avec un « mauvais pronostic à long terme » (« *slechte lange termijn prognose* »). Depuis le diagnostic, « ses fonctions vitales, son autonomie et sa qualité de vie diminuent progressivement » (« *progressief gaan zijn levensfuncties, zijn zelfredzaamheid en zijn kwaliteit van leven achteruit* »).

Le patient est devenu totalement dépendant d'un fauteuil roulant et éprouvait d'importantes difficultés lors des transferts, nécessitant l'aide d'un tiers ainsi que des aides mécaniques. La fonction des membres supérieurs s'était nettement détériorée, rendant la dactylographie très difficile, tandis que « sa parole s'est fortement dégradée » (« *zijn spraak is fel achteruitgegaan* »). Très attaché à la communication et à l'autonomie intellectuelle, il vivait cette évolution comme une perte majeure de

qualité de vie. Le dossier mentionne une « souffrance perceptible » (« *invoelbaar lijden* »), en particulier liée à la « perte d'autonomie » (« *wegvallen van zijn zelfredzaamheid* »), vécue comme « difficile à supporter » (« *moeilijk te dragen* »). Malgré des adaptations et un accompagnement palliatif, la charge continuait d'augmenter. Le patient présentait également d'importants troubles du sommeil liés aux difficultés de mobilité.

Au moment de la demande, plusieurs années avant la complétion du geste, il n'y avait pas encore d'atteinte sévère des fonctions vitales et n'avait pas encore fixé de date concrète pour une éventuelle euthanasie (« *nog geen concrete datum [...] bepaald* »), bien qu'il ait engagé des discussions avec son médecin traitant et un médecin consulté dans ce cadre. Dans ce contexte, la demande d'euthanasie s'est construite progressivement.

Des échanges répétés avec le patient et sa famille ont eu lieu durant cette période (« *herhaaldelijk gesprekken gehad met patiënt en familie* »), ainsi que les professionnels de santé impliqués. La demande y était décrite comme « réfléchie et répétée » (« *weloverwogen en herhaald* »), cette appréciation étant confirmée par les avis médicaux successifs (« *tweede en derde advies bevestigen dit weloverwogen, herhaaldelijk verzoek* ») et témoignant de son inscription dans la durée. Le patient identifiait lui-même ses limites : « pour lui, la limite est atteinte lorsque la communication risque de devenir de plus en plus difficile » (« *Voor hem is de grens bereikt wanneer de communicatie moeilijker en moeilijker dreigt te verlopen* »). Plus largement, il envisageait l'euthanasie s'il ne pouvait plus vivre à domicile ou si ses capacités de communication devenaient trop altérées, ces deux éléments constituant à ses yeux des conditions « cruciales pour une existence digne » (« *twee cruciale voorwaarden om nog een menswaardig bestaan te hebben* »). Un des médecins impliqués le décrit comme « parfaitement capable de discernement » (« *perfekt wilsbekwaam* ») et « entièrement informé de son affection, de son pronostic et de son caractère incurable » (« *volledig op de hoogte van zijn aandoening, de prognose en de onbehandelbaarheid* »).

Les conditions procédurales supplémentaires en cas de décès non attendu à brève échéance

Lors de l'examen des demandes d'euthanasie de ce groupe de patients, le législateur a prévu deux conditions procédurales supplémentaires, à savoir un délai d'attente légal de minimum un mois avant la réalisation de l'acte prenant cours à la date de la demande écrite, ainsi qu'un second avis émanant d'un spécialiste de l'affection ou d'un psychiatre, étant entendu que le médecin généraliste peut être considéré comme spécialiste de la polypathologie et peut donc agir en qualité de spécialiste de l'affection en cas de polypathologie.

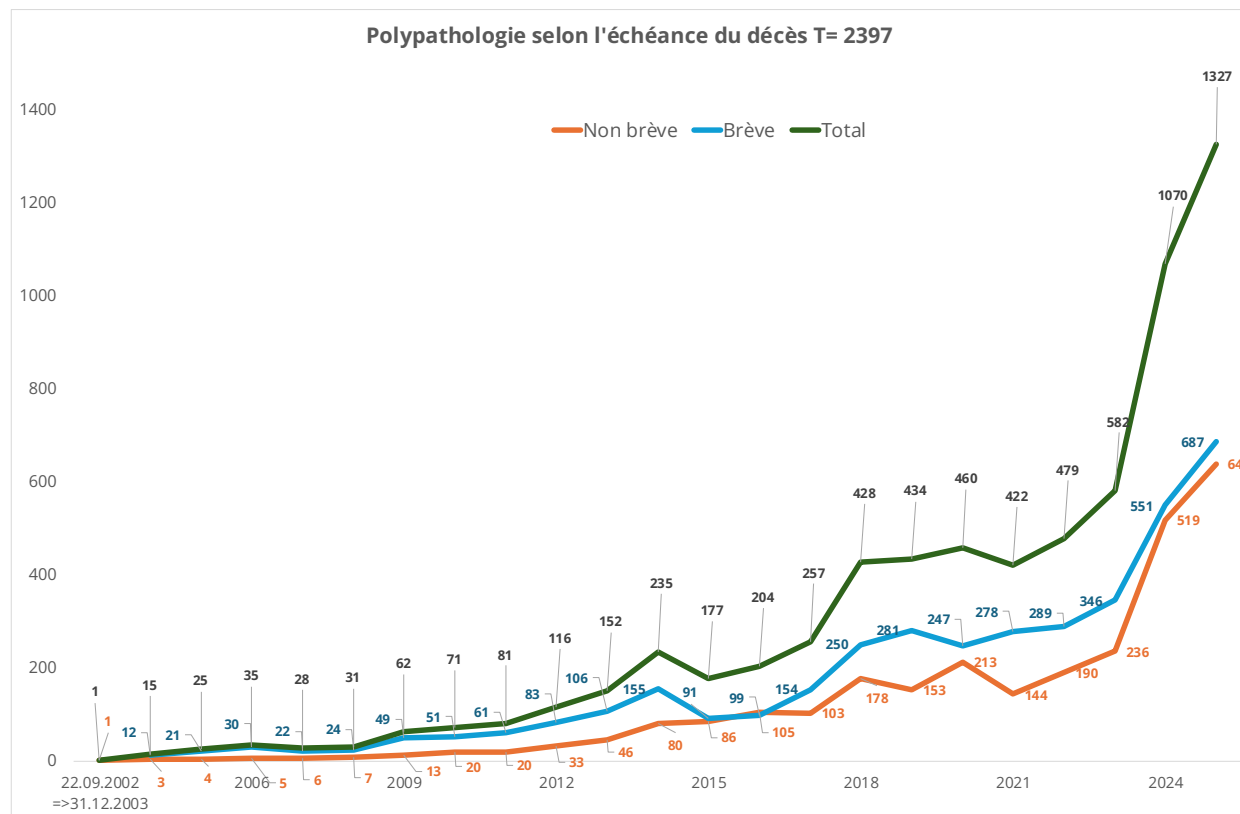
La qualité du second médecin consulté

Qualité du second médecin consulté	Nombre
Généraliste	78
Généraliste EOL/LEIF	309
Généraliste EOL/LEIF +soins palliatif	31
Généraliste soins palliatif	6
Psychiatre	534
Psychiatre EOL/LEIF	395
Psychiatre EOL/LEIF +soins palliatif	7
Psychiatre soins palliatif	8
Spécialiste	380
Spécialiste EOL/LEIF	233
Spécialiste EOL/LEIF +soins palliatif	33
Spécialiste soins palliatif	35
Total	2049

Chez tous les patients, un second médecin consulté a été sollicité. Ce second médecin était, dans 21 % des cas, un médecin généraliste, dans 46 % un psychiatre et dans 33 % un spécialiste. Dans 49 % des cas, le second médecin consulté était un médecin EOL/LEIF et, dans 6 %, un médecin spécialisé en soins palliatifs. Cette condition procédurale supplémentaire a toujours été respectée.

Euthanasie chez les patients souffrant de polypathologie

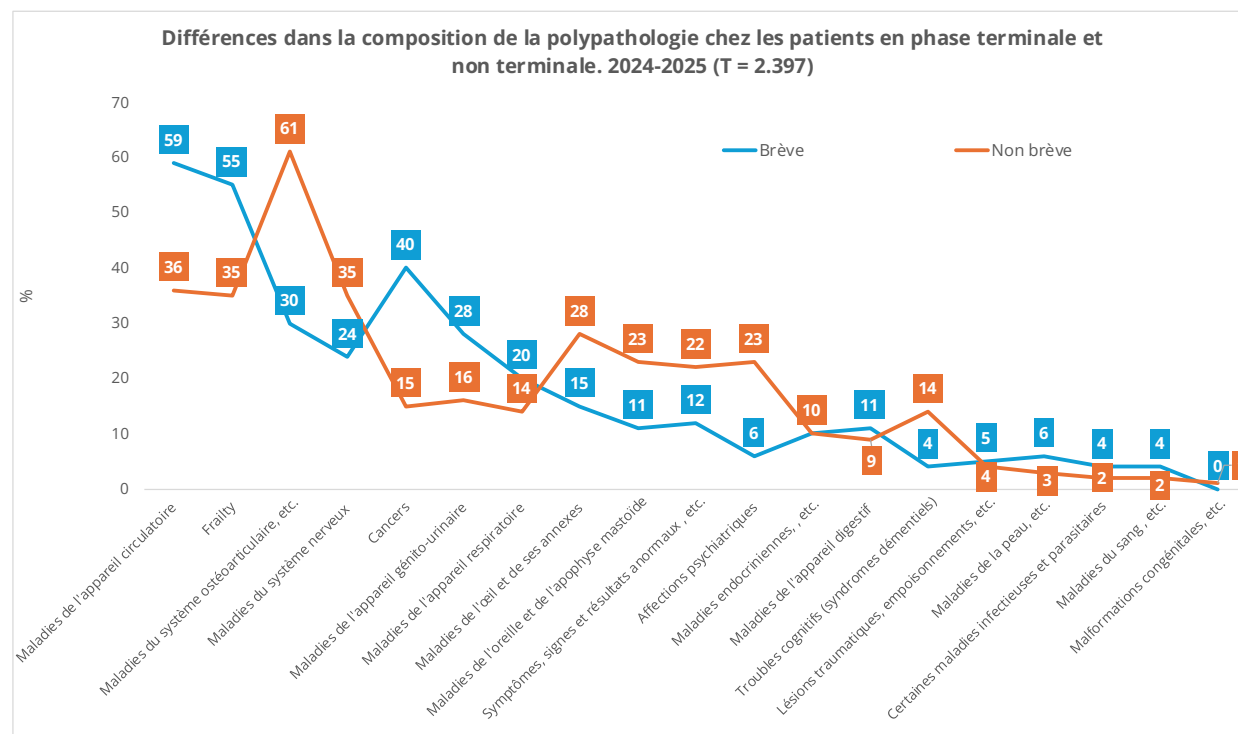
Comme on pouvait s'y attendre, le nombre de patients ayant subi une euthanasie sur la base d'une polypathologie a continué à augmenter en 2024-2025, tant en chiffres absolus qu'en proportion, passant de 1.070 patients en 2024 à 1.327 patients en 2025, soit une augmentation de 23 %. Il ressort en outre que, proportionnellement, le nombre de patients atteints de polypathologie qui ne décéderont pas à brève échéance continue d'augmenter ces dernières années et atteignait près de 50 % en 2025.



Dans le précédent rapport bisannuel, la composition proportionnelle de la polypathologie avait été décrite pour l'ensemble des patients atteints de polypathologie. Dans le présent rapport bisannuel, il a été examiné s'il existait des différences dans la composition de la polypathologie entre les patients qui décéderont à brève échéance et ceux qui ne décéderont pas à brève échéance

Chez les **patients qui décéderont à brève échéance**, on retrouvait plus souvent des affections graves et mettant la vie en danger. Chez 59 % des patients, il était question de maladies de l'appareil circulatoire, principalement une insuffisance cardiaque chronique ; chez 55 %, d'un *frailty* (état clinique de vulnérabilité) sévère à très sévère ; chez 40 %, d'affections oncologiques malignes ne pouvant pas faire l'objet d'un traitement curatif en raison de la polypathologie ; et chez 28 %, d'une insuffisance rénale sévère à très sévère.

Chez les **patients qui ne décéderont pas à brève échéance**, il s'agissait en revanche plus souvent d'affections évolutives généralement non vitales. La proportion élevée de patients présentant des maladies du système ostéoarticulaire et des muscles était remarquable : 61 % souffraient d'une polyarthrose douloureuse, accompagnée ou non d'ostéoporose, de fractures par tassement et de troubles de la marche. En outre, 35 % présentaient des maladies neurologiques, souvent des séquelles de thromboses cérébrales. Des troubles visuels allant jusqu'à la cécité étaient présents chez 28 %, des troubles auditifs allant jusqu'à la surdité totale chez 23 %, et des syndromes démentiels chez 14 % des patients.



Attention : les données de ce graphique se basent donc sur certains détails fournis dans les documents d'enregistrement, et sur un codage réalisé à posteriori par un membre médecin de la Commission.

Exemple d'une euthanasie chez un patient souffrant de polypathologie dont le décès n'est pas attendu à brève échéance

Âgée de plus de 80 ans, la patiente présentait une polypathologie sévère et évolutive, associant des atteintes neurologiques, musculosquelettiques et cardiovasculaires à l'origine de douleurs chroniques, de troubles de la mobilité et d'une perte d'autonomie croissante. Malgré de nombreux traitements et interventions, son état s'est dégradé, avec une altération marquée de l'état général au cours des derniers mois. Le dossier fait état de « *chutes répétées* » et d'importants « *troubles de l'équilibre* », ayant nécessité plusieurs périodes de réadaptation. Ces prises en charge étaient vécues difficilement par la patiente, qui faisait état « *chaque fois [d'une] perte de ses capacités sans récupération* » ; en dépit de la mise en place d'aides, son autonomie continuait de diminuer. Sur le plan physique, le médecin rapporte que « *ce qui prédomine, ce sont ses douleurs, quasiment partout au niveau des membres, d'origine neuropathique* ». La patiente évoquait aussi « *une marche de plus en plus difficile* » et une fatigue importante. Sur le plan psychique, le médecin décrit un « *syndrome anxio-dépressif* » lié à la dégradation rapide de son état, et la patiente rapportait « *un déclin progressif de sa mémoire* », vécu avec une grande détresse compte tenu de l'importance qu'avaient jusque-là ses activités intellectuelles et sociales. Le dossier souligne que « *la fatigue est devenue tellement importante qu'elle empêche désormais la patiente de poursuivre ses activités intellectuelles* ». Cette évolution altérerait profondément sa qualité de vie, le médecin indiquant que « *la souffrance tant physique que psychique est à présent constante et insupportable malgré l'escalade thérapeutique* » et qu'elle est « *[vécue] comme une atteinte à sa dignité* ». Selon lui, « *il s'agit essentiellement d'une souffrance psychique existentielle liée à sa perte d'autonomie physique* ».

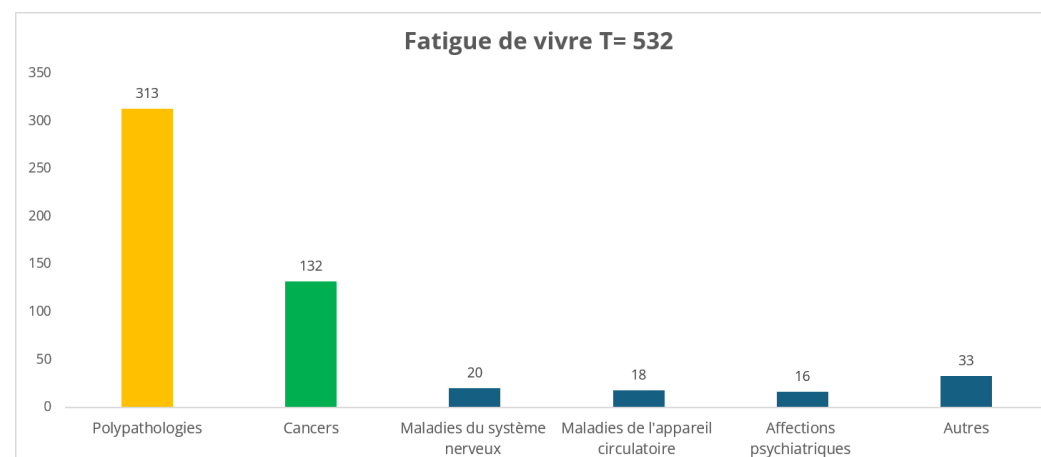
et intellectuelle ». Il rapporte aussi que la patiente exprimait elle-même que sa « *perte d'autonomie physique et intellectuelle fait que sa vie n'a plus de sens* ». Malgré un entourage présent et un accompagnement médico-social soutenu comprenant des soins à domicile et un suivi palliatif, elle estimait que la dégradation de son état lui avait fait perdre toute qualité de vie. Le dossier indique que les aides mises en place ne permettaient pas de contrer « *la perte d'autonomie, l'impossibilité de se déplacer, la perte de dignité et la perte de repères* ». Le médecin rapporte que la patiente a été pleinement informée de son état de santé et des possibilités offertes, notamment par les soins palliatifs et les moyens disponibles pour soulager la douleur. L'euthanasie a été pratiquée par le médecin au domicile de la patiente, conformément à son souhait et en présence de ses proches, avec l'aide d'un infirmier.

La problématique de la fatigue de vivre

Les documents d'enregistrement font régulièrement état de **fatigue de vivre**. En pratique, il n'est pas toujours aisé de déterminer si la fatigue de vivre est primaire ou secondaire à l'affection dont souffre le patient et son influence sur la demande d'euthanasie du patient. On remarque qu'elle est fréquemment évoquée par des patients atteints de polypathologie, y compris lorsque celle-ci ne met pas directement leur vie en danger et que le décès n'est pas attendu à brève échéance. Lorsqu'un fondement médical existe, il est pertinent d'examiner la demande d'euthanasie de ces patients afin d'évaluer la place de cette fatigue de vivre dans le processus de demande d'euthanasie.

Ce fondement médical peut être de nature somatique ou psychique. Dans ce dernier cas, il peut s'agir entre autres d'un sentiment profond d'épuisement, d'une perte de sens ou du souhait de voir la vie prendre fin, sans pour autant relever directement d'une affection psychiatrique susceptible d'être traitée. Malgré cela, nombre de ces patients sont traités par antidépresseurs. Ce n'est que si la fatigue de vivre trouve son origine dans la polypathologie que la demande d'euthanasie peut être évaluée favorablement.

Chez 532 patients, il était question de fatigue de vivre, bien que le groupe principal soit constitué de patients atteints de polypathologie, assez étonnement le deuxième groupe le plus important est celui des patients souffrant d'une affection oncologique. 282 patients ont été considérés comme brefs et 250 comme non brefs. Dans 63 % des cas, le 1^{er} médecin consulté est un médecin ayant une formation EOL/LEIF.



Attention : les données de ce graphique se basent donc sur certains détails fournis dans les documents d'enregistrement, et sur un codage réalisé à posteriori par un membre médecin de la Commission.

Exemple de dossier d'un patient où la fatigue de vivre est également présente

Il s'agissait d'une personne octogénaire présentant une polypathologie grave et incurable. La situation médicale se caractérisait par une détérioration fonctionnelle marquée, avec notamment une altération de la motricité fine, une instabilité à la marche, des vertiges, une tendance aux chutes, des douleurs neuropathiques exprimées et une dépendance croissante aux soins. Les différentes mesures de réadaptation et les traitements de soutien n'avaient apporté aucune amélioration significative.

Outre la souffrance physique, la souffrance psychique et existentielle occupait une place prépondérante. Le patient décrivait sa situation comme sans issue et estimait que l'aggravation progressive de ses handicaps avait conduit à la disparition de toute qualité de vie acceptable. Le dossier relevait ainsi que « l'augmentation de ses handicaps fait qu'il n'éprouve plus de qualité de vie » [« *Zijn toenemende handicaps maken dat hij in toenemende mate geen levenskwaliteit meer ervaart* »]. Il exprimait une vive inquiétude face à la dépendance croissante aux soins et à la perte progressive de son autonomie, craignant une évolution qu'il ne souhaitait pas vivre [« *Hij vreest de toenemende zorgafhankelijkheid wat hij niet wenst. Hij geraakt stilaan zijn autonomie kwijt wat hij ernstig vindt* »]. Le patient soulignait en outre que son parcours professionnel dans le domaine des soins renforçait sa conviction qu'aucune amélioration significative de son état n'était encore envisageable.

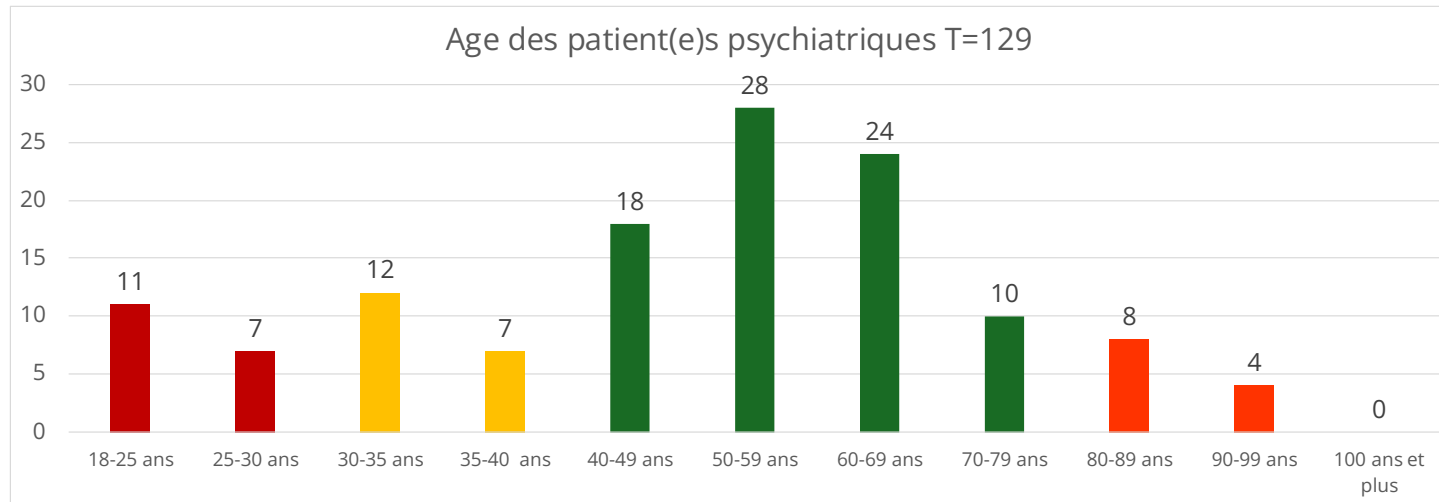
Dans ce contexte, la lassitude de vivre apparaissait également comme une composante centrale de sa souffrance. Celle-ci résultait d'un long processus de dégradation physique, de perte d'autonomie, de diminution de la qualité de vie et d'épuisement existentiel croissant, lequel persistait malgré un suivi psychiatrique et un traitement antidépresseur [« *De toenemende handicaps veroorzaken een levensmoeheid die ondanks psychiatrische opvolging en behandeling met antidepressiva blijft aanhouden* »].

Il ressortait néanmoins des rapports tant du médecin traitant que des médecins consultés, dont un psychiatre, que la demande d'euthanasie n'était pas considérée comme la simple expression d'un trouble psychiatrique ni d'une fatigue de vivre. Au contraire, elle était évaluée dans le contexte plus large d'une polypathologie somatique grave, d'une souffrance persistante et inapaisable ainsi que d'une volonté constante, répétée et autonome. Selon les rapports médicaux, le patient était parvenu à la conclusion que l'euthanasie constituait « la seule manière d'échapper à sa déchéance progressive et incurable » [« *de enige manier om aan zijn toenemende onbehandelbare aftakeling te ontsnappen* »]. Les médecins estimaient par ailleurs que sa souffrance était « réfractaire et sans issue » [« *Zijn lijden is refractair en uitzichtloos* »].

Concernant le contexte relationnel, l'un des médecins relevait que la décision avait été prise « sans le moindre doute de manière autonome » [« *Zijn beslissing is zonder twijfel autonoom genomen* »]. La demande a aussi été largement discutée avec les proches ainsi qu'avec une personne de confiance. Les échanges menés avec l'entourage ont ainsi mis en évidence certaines interrogations, qui ont pu être abordées au cours du processus. L'euthanasie s'est déroulée de manière sereine en présence des proches.

Euthanasie chez les patients souffrant d'une affection psychiatrique

L'euthanasie chez les patients souffrant d'une affection psychiatrique reste un exercice d'équilibre délicat entre, d'une part, la difficile appréciation de la résistance thérapeutique et la question du caractère ou non épuisé des traitements pertinents et, d'autre part, l'importance de la souffrance du patient qui, malgré un traitement de longue durée, ne perçoit plus aucune perspective. En 2024 et 2025, le nombre annuel d'euthanasies chez ces patients a augmenté. Il s'agissait de 55 patients en 2024 et de 74 patients en 2025.



La répartition par âge est différente de celles des autres pathologies : cela concerne à la fois de patients très jeunes et de patients très âgés. Onze patients avaient moins de 25 ans, sept avaient entre 25 et 30 ans et douze patients avaient plus de 80 ans.

Euthanasie chez les patients psychiatriques âgés de moins de 40 ans

29 % des patients psychiatriques avaient moins de 40 ans et 10 % moins de 25 ans.

Dans cette catégorie d'âge, il s'agissait de troubles de l'humeur, de troubles névrotiques liés au stress, de troubles du comportement et de troubles du spectre de l'autisme.

Code CIM-10 du diagnostic principal 18 ans à 40 ans - T = 37	18-25 ans	25-30 ans	30-35 ans	35-40 ans	Total
Troubles de l'humeur (troubles affectifs)	4	1	5	3	13
Troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes	1	2	3	2	8
Troubles de la personnalité et du comportement à l'âge adulte	3	1	2	1	7
Troubles du développement psychique	2	2	1	0	5
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0	1	0	0	1
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	1	0	1	0	2
Troubles mentaux et du comportement liés à l'usage de substances psychoactives	0	0	0	1	1
Total	11	7	12	7	37

L'affection psychiatrique est bien plus complexe que ne le laissent supposer les codes CIM-10. Les histoires cliniques faisaient également état de troubles anxieux, d'abus sexuels, de violences, de dissociations, de troubles de l'attachement, d'automutilation voire de troubles alimentaires, etc. Tous ces dossiers témoignaient d'une souffrance immense qui, malgré des traitements approfondis et prolongés, n'a jamais pu être apaisée.

Exemple d'une demande d'euthanasie émanant d'un patient de moins de 40 ans souffrant d'une affection psychiatrique

Le patient présentait une affection psychiatrique sévère, complexe et chronique. Malgré de multiples prises en charge spécialisées depuis de nombreuses années, comprenant des traitements médicamenteux, des suivis psychothérapeutiques, des hospitalisations et un accompagnement multidisciplinaire soutenu, aucune amélioration durable n'avait pu être obtenue. Le dossier décrit aussi une souffrance caractérisée par une anxiété importante, un épuisement psychique profond et des crises récurrentes. Le patient qualifiait lui-même sa situation de « indigne de l'être humain » et marquée par une absence de qualité de vie [*« menonwaardig met ontbreken van levenskwaliteit »*]. Les médecins rapportent également des difficultés importantes et persistantes dans le rapport à son environnement, insuffisamment soulagées malgré les aides mises en place [*« een nooit aflatende sensorische overbelasting die met alle hulpmiddelen wordt tegengegaan maar niet wordt verzacht »*], ainsi qu'un sentiment persistant de perte de maîtrise de sa vie. Cette situation s'accompagnait d'un profond sentiment de désespoir et d'une lutte permanente pour survivre devenue, selon le patient, impossible à poursuivre [*« een chronisch gevecht om te overleven wat niet verder haalbaar is »*].

Les symptômes continuaient par ailleurs à s'aggraver malgré les traitements entrepris [*« De klachten nemen ondanks therapie steeds verder toe »*]. Selon les médecins consultés, les nombreuses interventions thérapeutiques mises en place au cours de plusieurs années de soins spécialisés n'avaient pas permis d'amélioration durable de l'état du patient. L'un d'eux souligne que « les efforts considérables actuellement déployés parviennent à peine à atténuer la souffrance » [*« de enorme inspanningen die nu geleverd worden, het lijden nauwelijks kunnen verzachten »*].

Le patient ne percevait plus de perspective réaliste d'amélioration et indiquait de manière répétée que ses ressources pour continuer à faire face à la maladie étaient épuisées et que la souffrance devait cesser [*« (de veerkracht op is en het lijden moet stoppen »*]. La demande d'euthanasie était présente depuis plusieurs années. Les psychiatres traitants et consultants ont confirmé la capacité de discernement du patient ainsi que le caractère volontaire de sa demande. Ils relevaient notamment

qu'il connaissait ses diagnostics, les traitements entrepris et les différentes formes de prise en charge dont il avait bénéficié [« *Hij kent de diagnoses, hij kent de behandelingen, hij kent de zorgvormen en hij weet wat hij wel en niet kan verwachten* »], et qu'il était pleinement capable d'en apprécier les implications pour lui-même [« *begrijpt heel goed wat er aan de hand is en kan dit heel goed toepassen op zijn eigen situatie* »]. Le médecin soulignait dès lors que la demande s'inscrivait dans un long parcours thérapeutique et résultait d'un processus de réflexion approfondi [« *Hij heeft met zijn doodswens al een uitgebreid therapeutisch proces doorlopen waardoor er sprake is van beredeneren* »].

Euthanasie chez les patients psychiatriques âgés de plus de 80 ans

Parmi les 12 patients âgés de plus de 80 ans, 4 patients présentaient un deuil complexe persistant (deuil pathologie), 8 un trouble de l'humeur persistant et résistant au traitement (dépression) dont 5 se plaignaient par ailleurs de fatigue de vivre.

Exemple d'une demande d'euthanasie dans le contexte d'un processus de deuil pathologique résistant aux traitements

Le patient présentait une souffrance psychique persistante à la suite du décès de sa partenaire, dont il avait été l'aidant principal pendant une longue période de maladie. Depuis cette perte, il considérait que « la vie n'a plus de sens pour lui » [« *Het leven heeft geen zin meer voor hem* »]. Les médecins rapportaient également un sentiment de culpabilité profond et envahissant en lien avec la maladie, les soins et le décès de celle-ci. Cette culpabilité était décrite comme « totalement irrationnelle » [« *helemaal niet rationeel* »], mais demeurait particulièrement tenace. Selon les médecins, ce sentiment de culpabilité et le processus de deuil pathologique qui l'accompagnait occupaient une place centrale dans la souffrance psychique du patient et résistaient aux différentes interventions thérapeutiques entreprises [« *zijn schuldgevoel en pathologisch rouwproces was niet te controleren* »]. En effet, malgré un accompagnement psychothérapeutique prolongé et plusieurs essais thérapeutiques, aucune amélioration durable n'avait pu être obtenue. Les traitements n'avaient apporté « aucun soulagement » [« *bracht geen soelaas* »] et s'étaient parfois accompagnés d'effets indésirables limitant leur poursuite. Le dossier souligne par ailleurs que le patient conservait des capacités cognitives intactes et qu'il était pleinement capable de discernement. Le psychiatre concluait à l'existence d'un processus de deuil pathologique non traitable et d'un sentiment de culpabilité persistant, épuisant et résistant aux traitements [« *onbehandelbaar rouwproces en therapieresistent en uitputtend pathologisch schuldgevoel* »]. Selon lui, cette souffrance dépassait ce qui pouvait être raisonnablement supporté au quotidien (*zelfverwijt de grens overschrijdt van wat redelijk en leefbaar is*), malgré les interventions thérapeutiques entreprises. Le dossier fait également état de concertations répétées entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge ainsi qu'avec les proches du patient, témoignant d'une évaluation menée dans un cadre collégial et concerté.

La qualité des médecins consultés dans l'examen d'une demande d'euthanasie émanant d'un patient souffrant d'affection psychiatrique

Seuls 6 patients souffrant d'affection psychiatriques ont été considérés comme allant décéder à brève échéance. Les 123 autres ont été décrits comme des décès non brefs. Dans ce contexte, la loi exige uniquement que le second avis émane d'un psychiatre. L'Association flamande de psychiatrie (VVP) et l'Ordre national des médecins plaident toutefois pour que les deux médecins consultés soient psychiatres.⁴

⁴ 19/02/2022 : Directives déontologiques pour la pratique de l'euthanasie des patients en souffrance psychique à la suite d'une pathologie psychiatrique – Actualisation de l'avis du Conseil national du 27 avril 2019

Chez 50 patients seulement, le premier médecin consulté était un psychiatre (tableau 4). Chez 124 patients, le second médecin consulté était un psychiatre. Chez 3 patients seulement, le second avis n'émanait pas d'un psychiatre. À deux reprises, le second médecin consulté était un médecin généraliste et, une fois, un gériatre. Il s'agissait à trois reprises de patients très âgés, de 90 ans et plus. Dans chaque cas, un courrier didactique a attiré l'attention du médecin sur l'importance de consulter un spécialiste de l'affection.

Dans quatre dossiers, un second médecin a été consulté alors que le décès du patient était considéré comme attendu à brève échéance. Ces consultations, sollicitées à l'initiative des médecins, ont été réalisées par des psychiatres ou par des spécialistes de l'affection concernée.

Qualité des médecins consultés chez les patients psychiatriques – T = 129		
Qualité du médecin consulté	Premier médecin consulté	Second médecin consulté
Généraliste	8	1
Généraliste EOL/LEIF	53	1
Généraliste EOL/LEIF +soins palliatif	5	0
Psychiatre	22	52
Psychiatre EOL/LEIF	27	72
Psychiatre EOL/LEIF +soins palliatif	1	0
Spécialiste	4	1
Spécialiste EOL/LEIF	8	0
Spécialiste EOL/LEIF +soins palliatif	1	0
Total	129	127 Dont 4 alors que le décès était attendu à brève échéance

Euthanasie chez les patients souffrant d'un trouble cognitif (syndrome démentiel)

Les troubles cognitifs (syndrome démentiel) ont en commun le fait qu'ils conduiront à terme à une incapacité définitive acquise d'exprimer sa volonté. Cette incapacité définitive peut survenir brutalement ou lentement.

D'une part, l'incapacité définitive d'exprimer sa volonté, survenant brutalement ou très rapidement peut notamment résulter d'une thrombose cérébrale, d'une hémorragie cérébrale, d'une infection cérébrale, d'un traumatisme cérébral ou d'une anoxie cérébrale après arrêt cardiaque. Ces situations ne relèvent généralement pas du champ d'application de la loi relative à l'euthanasie, les patients concernés n'étant plus en mesure d'exprimer leur volonté. D'autre part, l'incapacité définitive d'exprimer sa volonté qui se développe lentement résulte d'une maladie neurodégénérative telle que la maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'un groupe de patients pouvant éventuellement entrer en ligne de compte pour l'euthanasie. L'évolution progressive de ces affections soulève néanmoins la question du moment auquel une demande d'euthanasie peut être formulée, le patient devant encore être en mesure d'exprimer sa volonté tout en anticipant le risque d'une perte ultérieure de cette capacité.

Depuis 2020, on observe une augmentation systématique du nombre d'euthanasies dans ce groupe de patients, passant de 23 cas en 2020 à 77 cas en 2025. Bien qu'en progression, ce nombre demeure limité au regard de la prévalence de la démence en Belgique et des données rapportées dans certains pays voisins.

À titre illustratif, les Pays-Bas ont enregistré 427 euthanasies chez des patients atteints de démence en 2025, contre 77 en Belgique. Parmi les différences existant entre les deux cadres légaux et sociétaux susceptibles de contribuer à cet écart, le droit néerlandais permet, dans certaines circonstances, la réalisation d'une euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée chez des patients atteints de démence avancée devenus incapables d'exprimer leur volonté. Huit euthanasies ont ainsi été pratiquées dans ce contexte en 2023 et six en 2024. Par ailleurs, en 2023, une euthanasie a été pratiquée chez un patient devenu brutalement incapable d'exprimer sa volonté à la suite d'un infarctus cérébral. Ces situations ne représentent toutefois qu'une minorité des euthanasies pratiquées chez les patients atteints de démence aux Pays-Bas et ne sauraient, à elles seules, expliquer l'ensemble des différences observées entre les deux pays.

De telles formes d'anticipation ne relèvent actuellement pas du champ d'application de la déclaration anticipée d'euthanasie prévue dans notre loi du 28 mai 2002. Elles sont néanmoins au cœur de débats contemporains dans la société civile, le monde académique et les milieux concernés par les questions de fin de vie⁵.

Exemple d'une demande d'euthanasie chez une patiente souffrant de démence

La patiente présentait un syndrome démentiel ayant entraîné une détérioration progressive de ses capacités cognitives, de son autonomie et de sa capacité à gérer les activités de la vie quotidienne. Selon le dossier médical, cette évolution était vécue comme une perte progressive de contrôle sur sa propre vie et comme une atteinte profonde à son identité.

La souffrance décrite était principalement psychique. Le médecin relevait que la patiente était « *bien consciente des perspectives d'évolution de sa maladie* » et qu'elle souhaitait « *éviter une dégradation qui la rendrait anosognosique (sans conscience de sa maladie)* ». Elle souffrait profondément de ce qu'elle décrivait comme un « *brouillard mental* » et ne supportait plus « *de perdre le contrôle sur sa vie et les choses* ». Le dossier rapporte également qu'elle était « *très angoissée par des menus détails de la vie courante qu'elle ne maîtrise plus* », dans un contexte de « *souffrance psychique constante* » et de « *très grande fatigabilité* ». Enfin, le médecin soulignait qu'elle était devenue incapable de poursuivre certaines activités qui occupaient auparavant une place importante dans son existence. Selon ses termes, il s'agissait d'une « *souffrance liée à la perte de ses capacités et à l'absence de possibilité de trouver du sens à sa vie qui lui reste* ». Outre un accompagnement médical et psychosocial soutenu, la patiente bénéficiait d'un entourage présent et soutenant, mais aucune aide mise en place n'avait permis de réduire l'angoisse liée à l'évolution de la maladie. La perspective d'une perte d'autonomie nécessitant une entrée en institution était également vécue comme inacceptable et renforçait son sentiment d'impasse. Le médecin rapporte que la patiente était également pleinement consciente du risque de perdre, avec l'évolution de la maladie, sa capacité à demander elle-même l'euthanasie. Selon le dossier, elle acceptait « *pour ses proches de rester en vie encore un peu* », mais indiquait également que, « *si cela ne tenait qu'à elle* », elle souhaiterait que l'acte soit réalisé « *aussi vite que possible* », la perspective de perdre la possibilité de formuler elle-même sa demande constituant pour elle une source supplémentaire de souffrance et d'inquiétude.

⁵ Avis n°89 - Euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée chez des personnes conscientes dont la capacité à décider pour elles-mêmes et à exprimer leur volonté est irrémédiablement affectée (<https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/demence>); Accord de coalition fédérale 2025-2029 p. 130 : « Sur une base scientifique approfondi nous ambitionnons d'élargir la déclaration anticipée aux personnes incapables de donner leur consentement en cas de démence et examinons dans quelles conditions ». https://www.belgium.be/fr/publications/accord_de_gouvernement_du_gouvernement_federal_bart_de_wever
[Table des matières](#)

La pratique de l'euthanasie

La réalisation de l'euthanasie doit être sûre et fiable. Le décès doit survenir rapidement. C'est notamment pour cette raison que des dosages standard sont utilisés, plutôt que des dosages calculés en fonction du poids. Cela suppose une voie d'accès intraveineuse de bonne qualité. Il importe dès lors de vérifier au préalable si le patient peut être ponctionné aisément. En cas de doute, il est préférable de faire appel à un infirmier expérimenté ou à un anesthésiste.

La réalisation de l'euthanasie peut être effectuée de différentes adéquates manières. Il peut être utile d'endormir d'abord le patient, comme lors d'une intervention chirurgicale. Le Midazolam® est souvent utilisé à cette fin. Cela permet aux proches qui ne souhaitent pas assister à l'acte d'euthanasie proprement dit de quitter la chambre après l'induction du sommeil.

L'euthanasie proprement dite est réalisée au moyen d'un inducteur du coma, tel que le Thiopental® ou le Propofol®, ou par voie orale à l'aide d'une préparation contenant du thiopental. Après l'administration de l'inducteur du coma, un arrêt respiratoire survient fréquemment, suivi d'un arrêt cardiaque entraînant le décès. L'administration d'un curare ou d'un relaxant musculaire n'est alors pas nécessaire. Si un curare ou un relaxant musculaire est néanmoins administré, il ne l'est qu'après l'installation d'un coma profond.

Les différentes variantes utilisées pour la réalisation de l'euthanasie sont reprises dans le tableau ci-dessous.

Réalisation de l'euthanasie		
Produits utilisés	%	Nombre
Inducteur du sommeil + inducteur du coma + relaxant musculaire	54,1	4.588
Inducteur du sommeil + inducteur du coma	17,2	1.459
Inducteur du sommeil + inducteur du coma + relaxant musculaire + chlorure de potassium.	1,3	114
Inducteur du sommeil + inducteur du coma + chlorure de potassium.	0,4	38
Inducteur du sommeil + relaxant musculaire	0,3	29
Inducteur du sommeil	0,0	2
Inducteur du coma + relaxant musculaire	15,3	1.295
Inducteur du coma	9,4	796
Inducteur du coma + relaxant musculaire + chlorure de potassium.	1,8	154
Relaxant musculaire	0,0	2
Inducteur du sommeil + relaxant musculaire + chlorure de potassium.	0,0	1
Total	100,0	8.478

Attention : les données de ce tableau se basent sur un codage réalisé à posteriori par un membre médecin de la Commission.

Euthanasie et don d'organes

La mention dans le document d'enregistrement n'est pas requise ; elle figure cependant dans 14 documents (2024 2025) mais 27 dons d'organes après euthanasie ont été déclarés à la Eurotransplant International Foundation (Eurotransplant) (13 en 2024, 14 en 2025, chiffres <https://www.eurotransplant.org>)

Euthanasie en duo

D'après les éléments reçus, on a pu identifier 6 cas en 2024 et 7 cas en 2025 de ce que l'on appelle l'euthanasie en duo, à savoir l'euthanasie pratiquée sur un couple. Les médecins ne sont pas obligés de le signaler. Il se pourrait qu'il y ait dès lors d'autres couples que la Commission n'aurait pas pu identifier. Il importe de souligner que les conditions posées par la loi relative à l'euthanasie doivent être strictement remplies par les deux composantes du couple.

Comme ces cas sont inférieurs à 10 par an, il n'est guère souhaitable d'entrer dans les détails.

Patients résidant à l'étranger

Dans notre pays, des patients ne résidant pas en Belgique peuvent également recourir à l'euthanasie, pour autant que leur demande respecte les exigences fondamentales de la loi et que la procédure soit suivie correctement. Le médecin traitant doit en outre établir une relation thérapeutique avec ces patients, ce qui implique en pratique plusieurs consultations et déplacements en Belgique.

Au cours de la période 2024-2025, 120 patients résidant à l'étranger ont été recensés en 2024 (dont 6 Belges résidant à l'étranger) et 123 en 2025 (dont 2 Belges résidant à l'étranger). La levée de l'anonymat et l'adaptation du document d'enregistrement en 2024 permettent d'apprécier ces données avec une meilleure fiabilité et une comparabilité accrue par rapport aux périodes antérieures. La levée de l'anonymat permet en effet d'identifier plus précisément les pays de résidence des patients, ce qui facilite l'analyse statistique et la comparaison avec les années précédentes.

Dans ces situations, les affections à l'origine de la demande relevaient toutes de pathologies graves et incurables, notamment des affections neurologiques, des tumeurs ou des polypathologies. Les déclarations reçues concernaient surtout la partie francophone du pays avec cependant quelques cas suivis par des médecins néerlandophones. Dans la plupart des cas, le décès des patients était attendu à brève échéance. La majorité des cas concerne des patients résidant en France : 106 en 2024 et 110 en 2025.

Outre la France, les patients concernés résidaient également en Allemagne, en Angleterre, en Espagne, en Hongrie, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal, en Thaïlande et en Russie.

L'euthanasie de patient résidant à l'étranger soulève des questions fondamentales sur l'accessibilité de l'euthanasie aux patients résidant à l'étranger. Cela inclut non seulement les ajustements nécessaires pour traiter ces demandes spécifiques par les médecins et les services médicaux belges, mais aussi les risques de discriminations potentielles envers ces patients – qui viennent s'ajouter aux difficultés et à l'isolement déjà expérimentés par ces patients et leurs proches dans leur parcours médical. En effet, bien que de nombreux dossiers témoignent de collaborations entre les praticiens belges et français, ils mettent également en lumière les défis de communication et la réalité des interruptions dans la continuité de soins pour ces patients. De plus, ils révèlent les difficultés logistiques rencontrées pour réaliser l'acte euthanasique, particulièrement dans un contexte palliatif parfois aggravé par des complications sévères, telles qu'une occlusion intestinale ou une paraplégie maligne.

Recommandations relatives à la pratique et à l'enregistrement de l'euthanasie

1. Disponibilité et coût des médicaments

Le propofol et le thiopental sont utilisés à peu près aussi fréquemment comme inducteurs du coma. De nombreux médecins privilégient toutefois le thiopental, car le volume administré est généralement inférieur, souvent de moitié par rapport à celui du propofol, et le produit peut être administré en toute sécurité par une voie veineuse de plus petit calibre. Plusieurs médecins ont signalé des difficultés liées à la disponibilité fluctuante du thiopental ainsi qu'au coût devant être répercuté sur le patient. Afin de prévenir les problèmes de stock et d'information quant à la disponibilité, une concertation approfondie entre le médecin et le pharmacien est indiquée lors de la planification d'une euthanasie.

Le thiopental ne peut être commandé que par boîtes de dix ampoules de 0,5 ou 1 gramme. Pour garantir la sécurité de la réalisation de l'acte, le médecin emporte généralement la boîte complète à titre de réserve (Les ampoules non utilisées doivent ensuite rapportées à la pharmacie, qui est tenue de les détruire). Dans un contexte de pénurie, cette situation apparaît peu logique. La boîte complète est de plus facturée au patient, soit 243,40 €. Aux Pays-Bas, une telle pénurie n'existe pas et dix ampoules de 0,5 gramme coûtent 67,60 €.

Les hôpitaux rencontrent moins de problèmes de disponibilité et peuvent gérer leur stock de thiopental de manière plus rationnelle. Il est dès lors nécessaire que le thiopental soit également disponible pour les euthanasies réalisées à domicile et que, dans tous les cas, les produits euthanasiant utilisés soient intégralement remboursés.

Dans les maisons de repos et de soins, les produits euthanasiant ne sont généralement pas délivrés par le pharmacien habituel du patient, mais par une pharmacie mandatée pour fournir les médicaments à l'ensemble des résidents, ce qui peut également entraîner des difficultés en matière de concertation, de restitution et de facturation.

La Commission invite les autorités compétentes à prendre les mesures nécessaires afin d'améliorer la disponibilité des produits utilisés pour les euthanasies, d'en réduire le coût et de permettre la délivrance à l'unité

2. Modernisation du système de déclaration (formulaire électronique)

La Commission se réjouit des avancées réalisées dans le développement d'un formulaire électronique de déclaration des euthanasies, dont la mise en service est désormais attendue au début de l'année 2027. Ce projet constitue une étape essentielle dans la modernisation du système de déclaration, attendue depuis longtemps et apportera à terme un allègement au point de vue du travail d'enregistrement et de contrôle des déclarations.

La Commission estime toutefois que la mise en service de cet outil marquera le début du projet, et non son aboutissement. Elle devra s'accompagner d'ajustements continus. L'expérience montre qu'aucun système de cette ampleur ne peut être considéré comme définitif dès son lancement : son utilisation fera inévitablement

émerger de nouveaux enjeux, qu'ils soient d'ordre pratique, technique, réglementaire ou encore statistique. L'outil devra donc pouvoir être adapté au fil de l'expérience acquise, et de l'évolution des besoins du terrain. Un budget devra être prévu pour y répondre.

3. Vers une meilleure diffusion de la pratique de contrôle

Les récentes modifications législatives ont principalement porté sur la levée de l'anonymat et sur l'introduction d'un régime de sanctions spécifiques. Ces réformes n'ont pas substantiellement modifié les critères légaux applicables à l'euthanasie ni précisé les modalités concrètes selon lesquelles ce contrôle devait s'exercer dans ce nouveau cadre. La mise en œuvre de ces réformes a néanmoins soulevé certaines questions nouvelles auxquelles la Commission a été amenée à répondre, notamment quant à la levée de l'anonymat. La Commission a tenu en outre à informer les médecins quant à la portée des sanctions pénales introduites par la loi du 28 février 2024.

Depuis sa création (2002), la Commission a progressivement développé une approche du contrôle fondée sur l'expérience acquise dans l'examen des dossiers, sur les échanges avec les médecins déclarants et sur les enseignements tirés des situations qui lui ont été soumises. Cette expérience a contribué à assurer une application cohérente de la loi tout en tenant compte de la diversité des circonstances rencontrées dans la pratique clinique. Les enseignements qui en résultent sont aujourd'hui diffusés notamment à travers les rapports bisannuels et les documents explicatifs publiés par la Commission.

Aux Pays-Bas, les commissions régionales de contrôle de l'euthanasie publient désormais un document de référence qui rassemble les principaux enseignements tirés de leur expérience, lequel est régulièrement actualisé, nommé Euthanasie Code⁶. Ce document ne modifie pas la loi et ne limite pas le pouvoir d'appréciation des commissions dans les cas individuels ; il vise toutefois à expliciter la manière dont les critères légaux sont appliqués dans différentes situations concrètes, ainsi qu'à illustrer certaines difficultés récurrentes rencontrées dans les dossiers, ce qui renforce la transparence du contrôle et de sa méthodologie, la prévisibilité des décisions et la sécurité juridique des praticiens.

La Commission avait certes opéré un premier pas dans cette direction en rédigeant une brochure à l'intention du corps médical, brochure qu'il y aurait lieu d'actualiser et d'approfondir après plus de 20 ans d'application de la loi. C'est dans cet esprit que la Commission entend poursuivre cette réflexion afin notamment d'améliorer le dialogue entre la Commission et les praticiens.

Pour ce faire, il s'agit de doter la Commission en moyens (voir chapitre relatif au fonctionnement de la Commission).

4. Réflexions quant à la déclaration anticipée d'euthanasie

Un constat s'impose : d'année en année, le nombre d'euthanasies sur la base d'une déclaration anticipée diminue. Ceci s'explique peut-être par le champ d'application très restrictif de la déclaration anticipée avec, il faut le souligner, de grands malentendus quant à la portée de cette déclaration anticipée. Il est à noter que ce point est abordé dans la déclaration gouvernementale 2025-2029 : « Sur une base scientifique approfondie, nous ambitionnons d'élargir la déclaration anticipée aux personnes incapables de donner leur consentement en cas de démence et examinons dans quelles conditions » ⁷ et que le Comité consultatif de bioéthique a prononcé un avis

⁶ Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (RTE). (2026). *Euthanasia code: Review procedures in practice* (édition 2026). <https://www.euthanasiecommissie.nl/site/binaries/site-content/collections/documents/2026/01/01/euthanasiecode/euthanasia-code-jan-2026-en-pdf.pdf>

⁷ https://www.belgium.be/sites/default/files/resources/publication/files/Accord_gouvernemental-Bart_De_Wever_fr.pdf
[Table des matières](#)

le 10 novembre 2025 relatif à l'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée chez des personnes conscientes dont la capacité à décider pour elles-mêmes et à exprimer leur volonté est irrémédiablement affectée ⁸.

Recommandations relatives au fonctionnement de la Commission

1. Le renforcement du cadre administratif : sortir d'un fonctionnement sous tension

Dans son précédent rapport, la Commission avait formulé plusieurs recommandations de première importance visant à garantir la pérennité de son fonctionnement et à adapter, de manière urgente, ses moyens à l'évolution de ses missions.

La Commission souhaite saluer les efforts réalisés en 2025, notamment la solution proposée pour dépasser les blocages administratifs grâce à l'intégration de son secrétariat au sein du SPF Santé publique, ainsi que la relance du projet de formulaire électronique. Ces avancées marquent un engagement clair en faveur d'une modernisation attendue de longue date. Comme rappelé plus haut, elles constituent une condition indispensable pour permettre à la Commission de faire face à l'augmentation continue du nombre de déclarations et de maintenir un traitement efficace des dossiers.

Ces évolutions ne permettent toutefois pas encore de répondre de façon satisfaisante aux défis auxquels la Commission est confrontée. En effet, bien que la procédure visant à engager une personne au sein de la cellule « Enjeux éthique des soins de santé » afin de soutenir notamment le secrétariat de la Commission (actuellement composé de deux personnes) ait été initiée au printemps 2026, il existe un risque que ce renfort demeure insuffisant au regard de la charge de travail croissante.

La Commission insiste sur la nécessité que les moyens annoncés se traduisent par un renforcement réel. Elle sera particulièrement attentive à ce que les réformes engagées se traduisent par une augmentation réelle des capacités de soutien dont elle dispose, et non par une simple redistribution de ressources existantes.

Depuis de nombreuses années, l'augmentation de la charge de travail a été absorbée principalement grâce au fort engagement du secrétariat et des membres de la Commission. Cette situation a aujourd'hui atteint ses limites : la Commission ne peut durablement reposer sur l'engagement personnel de ses membres et de son secrétariat pour compenser l'insuffisance des moyens structurels qui lui sont alloués

2. La revalorisation de la rémunération des membres : une question toujours pendante

La Commission réitère l'urgence de revaloriser la rémunération de ses membres. Fixée en 2004 à 20 euros par réunion (25 euros pour les présidents), sous déduction d'un précompte professionnel et, depuis peu, réservée aux seuls membres effectifs, celle-ci apparaît aujourd'hui manifestement disproportionnée au regard du volume, de la technicité et des responsabilités associées aux missions exercées.

Au-delà de leur participation aux réunions, les membres assurent bénévolement de nombreuses tâches essentielles au fonctionnement de la Commission, notamment l'analyse préalable des quelques quatre cents dossiers reçus par mois, les échanges avec les médecins déclarants, les réponses aux sollicitations de la société civile ainsi que la participation à différents projets, groupes de travail et rencontres nationales ou internationales. La charge de travail effective associée à l'exercice du

⁸ <https://www.belgiumnationalbioethicscommittee.be/odoo/documents/plb6YZjGQSyaxuP36laTUAo465>

mandat excède ainsi très largement le cadre pour lequel une rémunération est actuellement prévue. **Le fonctionnement de la Commission continue de reposer sur l'engagement personnel de ses membres, ce qui ne peut durablement se substituer à une reconnaissance et à des moyens véritablement adaptés aux responsabilités exercées ; les limites de ce modèle sont aujourd'hui atteintes.**

Sans avancée rapide, le renouvellement de la Commission en 2027 pourrait se heurter à des difficultés importantes de recrutement, faisant peser un risque sur la continuité de ses travaux.

3. La création d'un département dédié : une priorité inchangée

Dans son 11^e rapport, la Commission avait évoqué un projet ambitieux : la création d'un département dédié à la problématique de l'euthanasie. La Commission réitère cette proposition qui renforcerait les dispositifs existants, en articulant efficacement le suivi administratif et médico-légal avec les dimensions communicationnelles et scientifiques, dans une approche coordonnée. Il va de soi que cela doit se faire dans le respect du cadre institutionnel. Une coordination avec les entités fédérées (communautés et régions) est donc également nécessaire en ce qui concerne le soutien aux patients et la formation des professionnels de santé.

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

Une optimisation de l'organisation et des processus

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

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

Une communication accessible

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

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

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

Un soutien académique et scientifique

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

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

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 vie.⁹ 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'euthanasie¹⁰.

Ce type d'étude ne devrait pas être réalisée uniquement en Flandre, mais devrait être étendue à toute la Belgique. Cette question a certes été abordée dans le cadre du projet d'un département dédié mais il s'agit d'une recommandation spécifique qui pourrait être suivie avant même la mise en place de ce département.

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.

Dans le cadre de ce rapport, la Commission a souligné que la formation en soins de fin de vie est de plus en plus répandue parmi les médecins consultés. Il faut cependant noter qu'il s'agit de formation continuée. 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 substantielle concernant les soins en fin de vie. Comme il a été mentionné ci-dessus, une des missions du département dédié serait d'assurer un soutien académique et scientifique en veillant à une collaboration avec les universités et hautes écoles pour inscrire des formations obligatoires sur les soins de fin de vie dans les cursus des professionnels de santé.

9 Bilsen J., et al. N Engl J Med 2009 ; 361 :1117-1121 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc0904292> et Chambaere K., et al. N Engl J Med 2015; 372:1179-1181. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc1414527>

10 Vierde evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding <https://open.overheid.nl/documenten/c59d186d-36c8-47e9-ab2e-762fef4f92d7/file>
[Table des matières](#)

Annexes

Annexe 1 : Chiffres détaillés 2024-2025

Répartition des patient(e)s par langue du document d'enregistrement	2024	2025	TOTAL
NL	3042 (76,2%)	3379 (75,3%)	6421 (75,7%)
FR	949 (23,8%)	1108 (24,7%)	2057 (24,3%)

Base de l'euthanasie	2024	2025	TOTAL
Demande actuelle	3982 (99,8%)	4481 (99,9%)	8463 (99,8%)
Déclaration anticipée	9 (0,2%)	6 (0,1%)	15 (0,2%)

Genre des patient(e)s	2024	2025	TOTAL
Masculin	1989 (49,8%)	2344 (52,2%)	4333 (51,1%)
Féminin	2002 (50,2%)	2143 (47,8%)	4145 (48,9%)

Age des patient(e)s	2024	2025	TOTAL
Moins de 18 ans	1 (0%)	1 (0%)	2 (0%)
18-29 ans	12 (0,3%)	20 (0,4%)	32 (0,4%)
30-39 ans	37 (0,9%)	40 (0,9%)	77 (0,9%)
40-49 ans	82 (2,1%)	111 (2,5%)	193 (2,3%)
50-59 ans	251 (6,3%)	249 (5,5%)	500 (5,9%)
60-69 ans	709 (17,8%)	759 (16,9%)	1468 (17,3%)
70-79 ans	1173 (29,4%)	1289 (28,7%)	2462 (29%)
80-89 ans	1166 (29,2%)	1328 (29,6%)	2494 (29,4%)
90-99 ans	535 (13,4%)	663 (14,8%)	1198 (14,1%)
100 ans et plus	25 (0,6%)	27 (0,6%)	52 (0,6%)

Lieu de l'euthanasie	2024	2025	TOTAL
Domicile	2013 (50,4%)	2177 (48,5%)	4190 (49,4%)
Hôpital avec USP	1206 (30,2%)	1386 (30,9%)	2592 (30,6%)
<i>Hôpital</i>	<i>955 (23,9%)</i>	<i>1101 (24,5%)</i>	<i>2056 (24,3%)</i>
<i>Unité de soins palliatifs (USP)</i>	<i>251 (6,2%)</i>	<i>285 (6,3%)</i>	<i>536 (6,3%)</i>
Maison de repos - Maison de repos et de soins (MR- MRS)	701 (17,6%)	834 (18,6%)	1535 (18,1%)
Autre	70 (1,8%)	90 (2%)	160 (1,9%)

Manque un volet I en 2024

Echéance prévisible du décès	2024	2025	TOTAL
Brève	3059 (76,6%)	3370 (75,1%)	6429 (75,8%)
Non brève	932 (23,4%)	1117 (24,9%)	2049 (24,2%)

Répartition en % selon la catégorie des affections, toutes échéances de décès confondues	2024	2025	TOTAL
Tumeurs (cancers)	2156 (54%)	2238 (49,9%)	4394 (51,8%)
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	1071 (26,8%)	1327 (29,6%)	2398 (28,3%)
Maladies du système nerveux	321 (8%)	369 (8,2%)	690 (8,1%)
Maladies de l'appareil respiratoire	114 (2,9%)	146 (3,3%)	260 (3,1%)
Maladies de l'appareil circulatoire	105 (2,6%)	107 (2,4%)	212 (2,5%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	56 (1,4%)	77 (1,7%)	133 (1,6%)
Affections psychiatriques	55 (1,4%)	74 (1,6%)	129 (1,5%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	36 (0,9%)	50 (1,1%)	86 (1%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	17 (0,4%)	20 (0,4%)	37 (0,4%)
Maladies de l'appareil digestif	12 (0,3%)	24 (0,5%)	36 (0,4%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10 (0,3%)	17 (0,4%)	27 (0,3%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	12 (0,3%)	10 (0,2%)	22 (0,3%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	4 (0,1%)	8 (0,2%)	12 (0,1%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	4 (0,1%)	6 (0,1%)	10 (0,1%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5 (0,1%)	4 (0,1%)	9 (0,1%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	7 (0,2%)	1 (0%)	8 (0,1%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4 (0,1%)	2 (0%)	6 (0,1%)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2 (0,1%)	3 (0,1%)	5 (0,1%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0 (0%)	2 (0%)	2 (0%)

Répartition selon la catégorie des affections, échéance brève	2024	2025	TOTAL
Tumeurs (cancers)	2131 (69,7%)	2211 (65,6%)	4342 (67,5%)
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	552 (18%)	687 (20,4%)	1239 (19,3%)
Maladies du système nerveux	159 (5,2%)	192 (5,7%)	351 (5,5%)
Maladies de l'appareil respiratoire	97 (3,2%)	130 (3,9%)	227 (3,5%)
Maladies de l'appareil circulatoire	68 (2,2%)	71 (2,1%)	139 (2,2%)
Maladies de l'appareil digestif	11 (0,4%)	21 (0,6%)	32 (0,5%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	10 (0,3%)	16 (0,5%)	26 (0,4%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	7 (0,2%)	10 (0,3%)	17 (0,3%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	7 (0,2%)	8 (0,2%)	15 (0,2%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	4 (0,1%)	7 (0,2%)	11 (0,2%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	2 (0,1%)	7 (0,2%)	9 (0,1%)
Affections psychiatriques	2 (0,1%)	4 (0,1%)	6 (0,1%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	4 (0,1%)	1 (0%)	5 (0,1%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	0 (0%)	3 (0,1%)	3 (0%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (0,1%)	0 (0%)	3 (0%)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	2 (0,1%)	0 (0%)	2 (0%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0 (0%)	1 (0%)	1 (0%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Répartition selon la catégorie des affections, échéance NON brève	2024	2025	TOTAL
Polypathologies (combinaison de plusieurs affections chroniques réfractaires)	519 (55,7%)	640 (57,3%)	1159 (56,6%)
Maladies du système nerveux	162 (17,4%)	177 (15,8%)	339 (16,5%)
Troubles cognitifs (syndromes démentiels)	54 (5,8%)	70 (6,3%)	124 (6,1%)
Affections psychiatriques	53 (5,7%)	70 (6,3%)	123 (6%)
Maladies de l'appareil circulatoire	37 (4%)	36 (3,2%)	73 (3,6%)
Maladies du système ostéoarticulaire, des muscles et du tissu conjonctif	29 (3,1%)	40 (3,6%)	69 (3,4%)
Tumeurs (cancers)	25 (2,7%)	27 (2,4%)	52 (2,5%)
Maladies de l'appareil respiratoire	17 (1,8%)	16 (1,4%)	33 (1,6%)
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	10 (1,1%)	12 (1,1%)	22 (1,1%)
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	12 (1,3%)	7 (0,6%)	19 (0,9%)
Maladies de l'œil et de ses annexes	4 (0,4%)	6 (0,5%)	10 (0,5%)
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	5 (0,5%)	3 (0,3%)	8 (0,4%)
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4 (0,4%)	1 (0,1%)	5 (0,2%)
Maladies de l'appareil digestif	1 (0,1%)	3 (0,3%)	4 (0,2%)
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0 (0%)	3 (0,3%)	3 (0,1%)
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	0 (0%)	2 (0,2%)	2 (0,1%)
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	0 (0%)	1 (0,1%)	1 (0%)

Qualification du médecin déclarant	2024	2025	TOTAL
Généraliste	2157 (71,8%)	3268 (72,8%)	5425 (72,4%)
Spécialiste	845 (28,1%)	1213 (27%)	2058 (27,5%)
Psychiatre	3 (0,1%)	6 (0,1%)	9 (0,1%)

* données officiellement demandées depuis avril 2024 (levée anonymat)

Formation fin de vie*	2024	2025	TOTAL
EOL-LEIF	13 (0,43%)	356 (7,9%)	369 (4,9%)
Formé en soins palliatifs	12 (0,40%)	235 (5,2%)	247 (3,3%)
EOL-LEIF et formé en soins palliatifs	4 (0,13%)	269 (6%)	273 (3,6%)
Aucune formation	2985 (99,14%)	3627 (80,8%)	6612 (88,1%)

* données officiellement demandées depuis mars 2025 (adaptation du document)

Qualification du 1er médecin consulté obligatoirement	2024	2025	TOTAL
Généraliste	2563 (64,2%)	2821 (62,9%)	5384 (63,5%)
Spécialiste	1339 (33,6%)	1541 (34,4%)	2880 (34%)
Psychiatre	89 (2,2%)	125 (2,8%)	214 (2,5%)
Formation fin de vie	2024	2025	% TOTAL des médecins con- sultés
LEIF/EOL	1666 (41,7%)	1966 (43,8%)	3632 (42,8%)
Formé en soins palliatifs	367 (9,2%)	389 (8,7%)	756 (8,9%)
PA et LA	405 (10,1%)	505 (11,3%)	910 (10,7%)
Aucune formation	1553 (38,9%)	1627 (36,2%)	3180 (37,5%)

Qualification du second médecin consulté obligatoirement (décès non prévus à brève échéance)	2024	2025	TOTAL
Psychiatre	445 (47,7%)	487 (43,6%)	932 (45,5%)
Spécialiste	320 (34,3%)	371 (33,2%)	691 (33,7%)
Généraliste	167 (17,9%)	259 (23,2%)	426 (20,8%)
Formation fin de vie	2024	2025	% TOTAL des médecins con- sultés
LEIF/EOL	409 (43,9%)	530 (47,4%)	939 (45,8%)
Formé en soins palliatifs	24 (2,6%)	24 (2,1%)	48 (2,3%)
PA et LA	30 (3,2%)	41 (3,7%)	71 (3,5%)
Aucune formation	469 (50,3%)	522 (46,7%)	991 (48,4%)

Souffrances mentionnées	2024	2025	TOTAL
Souffrances physiques et psychiques signalées simultanément	3284 (82,3%)	3859 (86%)	7143 (84,3%)
Souffrances physiques uniquement	631 (15,8%)	545 (12,1%)	1176 (13,9%)
Souffrances psychiques uniquement (résultant aussi bien d'affections psychiatriques que somatiques)	76 (1,9%)	83 (1,9%)	159 (1,9%)

Moyens et produits utilisés	2024	2025	TOTAL
Propofol + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	1991 (49,9%)	2221 (49,5%)	4212 (49,7%)
Thiopental + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	1377 (34,5%)	1542 (34,4%)	2919 (34,4%)
Thiopental par voie intraveineuse seul	585 (14,7%)	676 (15,1%)	1261 (14,9%)
Barbituriques par voie orale	15 (0,4%)	19 (0,4%)	34 (0,4%)
Morphinique et/ou anxiolytique + paralysant neuromusculaire par voie intraveineuse	11 (0,3%)	19 (0,4%)	30 (0,4%)
Autres	12 (0,3%)	10 (0,2%)	22 (0,3%)

Actions de la Commission	2024	2025	TOTAL
Acceptation en 1 ^{ère} séance de la Commission <i>Aucune demande d'information complémentaire ni remarque.</i>	3199 (80,2%)	3840 (85,6%)	7039 (83%)
Acceptation en 1 ^{ère} séance de la Commission mais demande d'information complémentaire au médecin pour raison administrative	414 (10,4%)	273 (6,1%)	687 (8,1%)
<i>Demande des donnée(s) administrative(s) manquante(s)</i>	352 (8,8%)	197 (4,4%)	549 (6,5%)
<i>Demande de(s) donnée(s) administrative(s) manquante(s) et une simple remarque didactique a été faite (ex : méthode, délai de transmission, ...)</i>	49 (1,2%)	10 (0,2%)	59 (0,7%)
<i>Demande de(s) donnée(s) administrative(s) manquante(s) et remarque didactique sur la façon dont les rubriques procédure et/ou conditions essentielles ont été complétées (ex : réponse sommaire mais information soit dans les annexes soit ailleurs dans le document)</i>	13 (0,3%)	66 (1,5%)	79 (0,9%)
Acceptation en 1 ^{ère} séance de la Commission mais envoi d'une remarque didactique au médecin	219 (5,5%)	236 (5,3%)	455 (5,4%)
<i>Formulaire bien complété mais pour lequel une simple remarque didactique a été faite (ex : méthode, délai de transmission, ...)</i>	178 (4,5%)	181 (4%)	358 (4,2%)
<i>Remarque didactique sur la façon dont les rubriques procédure et/ou conditions essentielles ont été complétées (ex : réponse sommaire mais information soit dans les annexes soit ailleurs dans le formulaire)</i>	41 (1%)	55 (1,2%)	96 (1,1%)
Demandes d'information complémentaire au médecin pour précisions sur la procédure suivie ou sur le respect des conditions essentielles*	159 (4%)	138 (3,1%)	297 (3,5%)
<i>Demande de précision sur la procédure et/ou les conditions essentielles</i>	101 (2,5%)	106 (2,4%)	207 (2,4%)
<i>Demande de précision sur la procédure et/ou les conditions essentielles et simple remarque didactique (ex : méthode, délai de transmission, ...)</i>	33 (0,8%)	7 (0,2%)	40 (0,5%)
<i>Demande de précision sur la procédure et/ou les conditions essentielles et demande de(s) donnée(s) administrative(s) manquante(s)</i>	22 (0,6%)	20 (0,4%)	42 (0,5%)
<i>Demande de précision sur la procédure et/ou les conditions essentielles, demande de(s) donnée(s) administrative(s) manquante(s) et simple remarque didactique (ex : méthode, délai de transmission, ...)</i>	3 (0,1%)	5 (0,1%)	8 (0,1%)

*Tous les dossiers pour lesquels des informations complémentaires ont été demandées ont été approuvés lors de la deuxième ou de la troisième séance de la Commission, après explications fournies par les médecins. »

Attention : les informations suivantes ne sont disponibles avec certitude que depuis la levée de l'anonymat du document d'enregistrement (avril 2024) et concernent le lieu de résidence du patient, et non le lieu du décès. Elles appellent dès lors à une analyse prudente et devront faire l'objet d'un suivi attentif dans les prochaines années, notamment au regard de leur interprétation.

Lieu de résidence du patient	2024	2025	TOTAL
Province d'Anvers	714 (18,5%)	988 (22,0%)	1702 (20,7%)
Province de Flandre orientale	557 (14,5%)	743 (16,6%)	1300 (15,8%)
Province de Flandre occidentale	581 (15,1%)	697 (15,5%)	1278 (15,6%)
Province du Brabant flamand	383 (9,9%)	498 (11,1%)	881 (10,7%)
Province de Liège	272 (7,1%)	368 (8,2%)	640 (7,8%)
Province du Limbourg	287 (7,4%)	316 (7,0%)	603 (7,3%)
Région de Bruxelles-Capitale	220 (5,7%)	244 (5,4%)	465 (5,7%)
Province de Hainaut	130 (3,4%)	211 (4,7%)	341 (4,1%)
Province du Brabant wallon	87 (2,3%)	141 (3,1%)	228 (2,8%)
Province de Namur	71 (1,8%)	103 (2,3%)	174 (2,1%)
Province de Luxembourg	38 (1%)	54 (1,2%)	92 (1,1%)
Province ou région pas précisée	514 (13,3%)	-	514 (6,3%)
Pas d'info transmise (vieux formulaire)	17 (0,4%)	-	17 (0,2%)
Résidant en Belgique	3854 (96,6%)	4363 (97,3%)	8218 (96,9%)
Résidant à l'étranger	120 (3%)	123 (2,7%)	243 (2,9%)

Patients résidant à l'étranger	2024	2025	TOTAL
TOTAL	120	123	243
France	106 (88,3%)	110 (89,4%)	216 (88,5%)
Allemagne	2 (1,7%)		2 (0,8%)
Pays-Bas	2 (1,7%)	7 (5,7%)	9 (3,7%)
Belge résidant en France	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belge résidant aux USA	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (0,8%)
Belge résidant en Suisse		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Belge résidant aux Pays-Bas	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belge résidant au Portugal	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belge résidant en Allemagne	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Belge résidant Italie	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Espagne	1 (0,8%)	1 (0,8%)	2 (0,8%)
Italie		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Hongrie	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Portugal	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Angleterre	1 (0,8%)		1 (0,4%)
Russie		1 (0,8%)	1 (0,4%)
Thaïlande		1 (0,8%)	1 (0,4%)

Annexe 2 : Loi consolidée du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie

(En gris les modifications apportées par la loi du 27 mars 2024 Moniteur belge du 29 mars 2024)

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 (à corriger 74) de la Constitution.

CHAPITRE Ier. - Dispositions générales

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

CHAPITRE II. - Des conditions et de la procédure

Art. 3.

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

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

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

1. Informer le patient de son état de santé et de son espérance de vie, se concerter avec le patient sur sa demande d'euthanasie et évoquer avec lui les possibilités thérapeutiques encore envisageables ainsi que les possibilités qu'offrent les soins palliatifs et leurs conséquences. Il doit arriver, avec le patient, à

la conviction qu'il n'y a aucune autre solution raisonnable dans sa situation et que la demande du patient est entièrement volontaire ;

2. Assurer de la persistance de la souffrance physique ou psychique du patient et de sa volonté réitérée. A cette fin, il mène avec le patient plusieurs entretiens, espacés d'un délai raisonnable au regard de l'évolution de l'état du patient ;
3. Consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.
4. 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 ;
5. 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 ;
6. Si telle est la volonté du patient, s'entretenir de sa demande avec les proches que celui-ci désigne ;
7. S'assurer que le patient a eu l'occasion de s'entretenir de sa demande avec les personnes qu'il souhaitait rencontrer.
8. 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 indé-

pendant 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.

Art. 3ter.

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

CHAPITRE III. - De la déclaration anticipée.

Art. 4.

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

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

La déclaration peut désigner une ou plusieurs personnes de confiance majeures, classées par ordre de préférence, qui mettent le médecin traitant au courant de la volonté du patient. Chaque personne de confiance remplace celle qui la précède dans la déclaration en cas de refus, d'empêchement, d'incapacité ou de décès. Le médecin traitant du patient, le médecin consulté et les membres de l'équipe soignante ne peuvent pas être désignés comme personnes de confiance.

La déclaration peut être faite à tout moment. Elle doit être constatée par écrit, dressée en présence de deux témoins majeurs, dont l'un au moins n'aura pas d'intérêt matériel au décès du déclarant, datée et signée par le déclarant, par les témoins et, s'il échet, par la ou les personnes de confiance.

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

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

La déclaration est valable pour une durée indéterminée.

La déclaration peut être retirée ou adaptée à tout moment.

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

§ 2. Un médecin qui pratique une euthanasie, à la suite d'une déclaration anticipée, telle que prévue au § 1er, ne commet pas d'infraction s'il constate que le patient :

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

Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention et pour autant que la seule ou la dernière personne de confiance désignée ne se trouve pas dans un des quatre cas visés au § 1er, alinéa 2, il doit préalablement :

1. Consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation ;
2. Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ;
3. S'il existe une équipe soignante en contact régulier avec le patient, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante ou des membres de celle-ci ;
4. Si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir avec elle de la volonté du patient ;
5. Si la déclaration désigne une personne de confiance, s'entretenir du contenu de la déclaration anticipée du patient avec les proches du patient que la personne de confiance désigne.

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

CHAPITRE IV. - De la déclaration¶

Art. 5.

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

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

Art. 6.

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

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

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

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

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

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

Art. 7.

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

Ce document contient les données suivantes :

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

17. la procédure suivie par le médecin.

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

§ 3. Les données recueillies dans le document d'enregistrement visé au paragraphe 1^{er}, seront supprimées après l'expiration d'un délai de vingt ans après le décès de la personne concernée par le document d'enregistrement. Si une action en justice est intentée, ce délai est prolongé jusqu'à ce qu'une décision ayant force de chose jugée sur cette action en justice soit adoptée.

Art. 8.

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

Elle se prononce dans un délai de deux mois.

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

Si l'examen du document d'enregistrement fait apparaître des faits ou des circonstances susceptibles d'affecter l'indépendance ou l'impartialité du jugement d'un membre de la commission, ce membre ne participe pas aux délibérations de la commission sur l'affaire concernée.

Art. 9.

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

- a) un rapport statistique basé sur les données figurant dans les documents d'enregistrement reçus visés à l'article 7, ces données étant anonymisées.;
- b) un rapport contenant une description et une évaluation de l'application de la présente loi;
- c) le cas échéant, des recommandations susceptibles de déboucher sur une initiative législative et/ou d'autres mesures concernant l'exécution de la présente loi.

Pour l'accomplissement de ces missions, la commission peut recueillir toutes les informations utiles auprès des diverses autorités et institutions. Les renseignements recueillis par la commission ne peuvent être communiqués par la commission à aucune autre personne ou instance.

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

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

Art. 10.

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

Art. 11.

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

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

Art. 12.

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

Art. 13.

Dans les six mois du dépôt du premier rapport et, le cas échéant, des recommandations de la commission, visés à l'article 9, la Chambre des représentants organise un débat à ce sujet. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle la Chambre des représentants est dissoute et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance de la Chambre des représentants.

CHAPITRE V/1. Dispositions financières

Art. 13/1.

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

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

Art. 13/2

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

CHAPITRE V/2. Dispositions pénales

Art. 13/3.

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

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

S'il existe des circonstances atténuantes, la peine d'emprisonnement, la peine de travail, la peine de probation autonome et la peine d'amende pourront respectivement être réduites à moins de huit jours, de quarante-cinq heures, de douze mois et de vingt-six euros, sans qu'elles ne puissent être inférieures aux peines de police. Le juge peut également appliquer séparément l'une de ces peines.

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

CHAPITRE VI. - Dispositions particulières

Art. 14.

La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

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 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 précisant les raisons. Dans ce cas, cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient.

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

Art. 15.

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

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

Art. 16.

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

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

Bruxelles, le 28 mai 2002.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN

Scellé du sceau de l'État :

Le Ministre de la Justice,
M. VERWILGHEN.

Modifications :

- Loi du 03-03-2026 publiée le 10-03-2026 (art. modifiés : 12; 13/3)
- Loi du 27-03-2024 publiée le 29-03-2024 (art. modifiés : 3ter ; 7 ; 8; 9; 11; 13/3)
- Loi du 19-06-2023 publiée le 29-09-2023 ((art. modifié: 6)
- Loi du 18-05-2022 publiée le 30-05-2022 (art. modifiés : 13/1 et 13/2)
- Loi du 15-03-2020 publiée le 23-03-2020 (art. modifiés : 4; 14)
- Loi du 05-05-2019 publiée le 24-05-2019 (art. modifié: 4)
- Loi du 16-06-2016 publiée le 30-06-2016 (art. modifié: 6)
- Loi du 28-02-2014 publiée le 12-03-2014 (art. modifiés: 3 ; 7)
- Loi du 06-01-2014 publiée le 31-01-2014 (art. modifiés: 6 ; 13)
- Loi du 10-11-2005 publiée le 13-12-2005 (art. modifiés: 3bis ; 7)

Annexe 3 : liste des membres de la Commission

Membres en fonction au moment de la rédaction du présent rapport

En tant que docteurs en médecine, dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites dans une université belge :	
1. Monsieur Jacques Brotchi (F) ; 2. Monsieur Didier Giet (F) ; 3. Madame Nina Kjeldahl (F) ; 4. Monsieur Wim Distelmans (N) ; – président néerlandophone 5. Monsieur Luc Proot (N) ; 6. Monsieur Patrik Vankrunkelsven (N) ; 7. Madame Bea Verbeeck (N) ; 8. Monsieur Chris Verslype (N) ;	1. Madame Ilke Montag (N) ; 2. Madame Lieve Van Ermen (N); 3. Monsieur Jacques Daele (F) ; 4. Madame Vinciane Vlieghe (F) ; 5. Monsieur Dirk Lafaut (N) ; 6. Monsieur Emmanuel Keirse (N) ; 7. Monsieur Jean-François Brichant (F) ;
En tant que chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge ou avocats :	
9. Madame Jacqueline Herremans (F) ; - présidente francophone 10. Monsieur Yves-Henri Leleu (F) ; 11. Patrick Henry (F) ; 12. Lecoutre Rudi (N)	8. Monsieur Hugo Decker (N) ; 9. Monsieur Anthony Rizzo (F) ; 10. Monsieur Guillaume Pomes Bordedebat (F);
En tant que membres issus des milieux chargés de la problématique des patients atteints d'une maladie incurable :	
13. Madame Natasia Hamarat (F), 14. Madame Eliane Janssens (F), 15. Monsieur Marc Desmet (N), 16. Madame Mariette Van Hoek (N).	11. Monsieur Paul Destrooper (N) ; 12. Madame Annemie Van De Casteele (N) ; 13. Madame Ines Taymans d'Eypernon (F) ; 14. Madame Corinne Vaysse (F)

Annexe 3 : Documents d'enregistrement utilisés d'avril 2024 à mai 2026

Consultez régulièrement www.commissioneuthanasie.be pour la version la plus récente des documents d'enregistrement (rubrique formulaire).

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE Patient majeur ou mineur émancipé

Document d'enregistrement à envoyer **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante (par courrier postal **OU** par e-mail sécurisé mais pas les deux) :

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Avenue Gallée 5/2
1210 BRUXELLES
www.commissioneuthanasie.be – euthanasiecom@health.fgov.be

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (version 29.03.2024). Par ailleurs, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

Si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire en contactant :

- le Secrétariat de la Commission Euthanasie
euthanasiecom@health.fgov.be
FR : +32 2 524 92 63
NL : +32 2 524 92 64

Les données personnelles sont protégées conformément au RGPD (Règlement général sur la protection des données). Pour en savoir plus, consultez le site www.health.fgov.be/fr/actualites/actualites-sante.

Les champs marqués * doivent obligatoirement être remplis. Remplissez de préférence de manière informatique ce document (dans Word).

MÉDECIN prend la responsabilité de déclarer l'euthanasie. Les conditions essentielles de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie ont été respectées.

Nom * :	Adresse du domicile * :
Prénom(s) * :	
Numéro d'enregistrement INAMI * :	Coordonnées pour correspondance (en cas de question de la Commission)
Qualification : ☐ Généraliste ☐ Psychiatre ☐ Autre spécialité, précisez : Formation complémentaire : ☐ EOL/LEIF ☐ Soins palliatifs	Adresse autre que domicile : Numéro de téléphone : Courriel :

2. PATIENT

Nom * :	Date et heure du décès * :/...../..... ..h....
Prénom(s) * :	
Genre * ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre	Lieu du décès * ☐ Domicile (y compris service flat ou résidence-services) ☐ Maison de repos / Maison de repos et de soins ☐ Hôpital ☐ Unité de soins palliatifs ☐ Autre Précisez :
Adresse du domicile * :	
Date de naissance * :/...../.....	
Lieu de naissance, si connu * (attention pas le domicile !) :	

¹ Pour en savoir plus sur qui doit compléter le document, consultez le site www.commissioneuthanasie.be, rubrique formulaire.

www.commissioneuthanasie.be – euthanasiecom@health.fgov.be – version 12.03.2025

1/9

Lieu de résidence ☐ Belgique ☐ Région de Bruxelles-Capitale ☐ Province d'Anvers ☐ Province du Brabant flamand. ☐ Province du Brabant wallon. ☐ Province de Flandre occidentale ☐ Province de Flandre orientale ☐ Province de Hainaut ☐ Province de Liège ☐ Province du Limbourg ☐ Province de Luxembourg ☐ Province de Namur	☐ Autre pays Précisez :
--	---

3. MANIÈRE dont l'euthanasie a été pratiquée

Nom du PHARMACIEN qui a délivré les substances * :

Prénom(s) * :

Adresse :

Produits EMPLOYÉS				
Nom du produit * (par ordre d'administration)	Nombre d'ampoules/flacons / dosage par ampoule/flacons (mg/ml, %)	Dosage total employé * (mcg, mg, g, %)	Mode d'administration * Voie intraveineuse (IV), Voie orale (PO), Subcutanée (SC), intramusculaire (IM)	Excédent éventuel restitué au pharmacien : nombre d'ampoules/flacons

4. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES (si d'application)

Mentionnez les personnes UNE seule fois, quel que soit le nombre de «consultations».

Ne pas mentionner ici les médecins ayant donné l'avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

Nom :	Nom :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
Qualité * :	Qualité * :
Date(s) de la consultation :/...../.....	Date(s) de la consultation :/...../.....
Nom :	Nom :
Prénom(s) :	Prénom(s) :
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
Qualité * :	Qualité * :
Date(s) de la consultation :/...../.....	Date(s) de la consultation :/...../.....

2/9

5. DIAGNOSTIC

(ATTENTION ne pas mentionner ici de symptôme et/ou de souffrance résultant de la ou les affection(s))
Décrivez en quelques phrases la ou les affections médicales précises et leur gravité : une ou plusieurs affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie du patient. *

UNE INFUSION A EVITER

Conformément à la loi relative à l'euthanasie, le distinctif est de dans le document d'enregistrement entre une euthanasie pratiquée sur la base d'une demande écrite d'euthanasie sur la base d'une déclaration anticipée.

Si le patient est

- conscient,
- en capacité d'exprimer sa demande et dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (situation médicale sans issue et souffrance physique et/ou psychique constante, insupportable et inapaisable résultant d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable)

Alors il s'agit d'une EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DEMANDE ACTUELLE.

La demande doit être confirmée par un écrit (même si une déclaration anticipée d'euthanasie a été préalablement rédigée) et reste valable pendant tout le temps nécessaire à la mise en œuvre de l'euthanasie, même si le patient devient inconscient pendant cette période.

Les points 6 à 11 du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

Si le patient

- est incapable d'exprimer sa demande car inconscient de manière irréversible (par ex. coma ou état végétatif persistant),
- est dans une situation médicale réunissant les conditions fixées par la loi (inconscience irréversible selon l'état actuel de la science et affection accidentelle ou pathologique grave et incurable) et
- a rédigé une déclaration anticipée suivant le modèle prévu par la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.)

Alors il s'agit d'une EUTHANASIE SUR LA BASE D'UNE DÉCLARATION ANTICIPÉE.

Les points 12 à 17 du document d'enregistrement sont à compléter dans ce cas.

3/9

Euthanasie sur la base d'une DEMANDE ACTUELLE

Patient conscient et en capacité d'exprimer sa demande

6. SOUFFRANCE (S) PHYSIQUE(S) ET/OU PSYCHIQUE(S)

NATURE et DESCRIPTION de la souffrance constante et insupportable *

Décrivez la ou les souffrance(s) physique(s) et/ou psychique(s) constante(s) et insupportable(s), exprimées par le patient résultant de cette ou ces affection(s).

Souffrance(s) PHYSIQUE(S) :

Et/ou souffrance(s) PSYCHIQUE(S) :

Caractère INAPAISABLE de la souffrance *

Décrivez en quelques phrases les raisons objectives et subjectives pour lesquelles la souffrance était inapaisable (entre autres trajet de soins).

7. DEMANDE DU PATIENT

Demande RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE, VOLONTAIRE et SANS PRESSTION

Qu'est-ce que vous avais-je demandé de votre part ? était-ce réfléchi, répété, volontaire et sans pression extérieure ? * Merci d'expliquer et ne pas répondre uniquement "oui".

RÉDACTION de la demande

La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été actée par un écrit ? *

- ☐ Oui
☐ Non, expliquez pourquoi :

Date de cette demande écrite* : ____/____/____

PAR QUI la demande a-t-elle été actée ?

La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été actée par le patient ? *

- ☐ Oui
☐ Non

Si vous avez répondu non : la demande d'euthanasie du patient a-t-elle été rédigée par un tiers majeur choisi par le patient (car le patient n'était pas physiquement en état de le faire et cette personne majeure n'avait aucun intérêt matériel à son décès). Elle a acté la demande en présence du médecin et les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de mettre sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées ? *

- ☐ Oui
☐ Non, expliquez pourquoi :

4/9

8. PROCÉDURE suivie

Avez-vous informé le patient de son état de santé et de son espérance de vie ? *

☐ Oui, remarque éventuelle :

☐ Non, expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous concerté avec le patient sur sa demande d'euthanasie ? *

☐ Oui, remarque éventuelle :

☐ Non, expliquez pourquoi :

Vous avez-ils évoqué avec le patient les possibilités de soins encore envisageables et leurs conséquences ? *

☐ Oui, remarque éventuelle :

☐ Non, expliquez pourquoi :

Avez-vous évoqué avec le patient les possibilités qu'offrent les soins palliatifs (si d'application) et les conséquences ? *

☐ Oui, remarque éventuelle :

☐ Non, expliquez pourquoi :

(merci de répondre aux questions des deux colonnes)

9. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS

Le décès du patient était-il ? *

☐ Attendu à BREVE échéance (dans les semaines ou mois qui viennent)

☐ PAS attendu à brève échéance

10. MÉDECIN(S) INDEPENDANT(S) CONSULTÉ(S) OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Numéro d'enregistrement INAMI¹ * :

Qualification du médecin *

☐ Généraliste

☐ Psychiatre

☐ Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou en soins palliatifs)

Précisez :

Date(s) de consultation * :/...../.....

Ce médecin consulté a-t-il suivi une formation complémentaire ?

☐ EOL/LEIF²

☐ Soins palliatifs

¹ Si vous ne connaissez pas ce numéro, faites une recherche sur le site de l'INAMI, rubrique « Programmes web » - « Rechercher un dispensateur de soins » - <https://webapps.ziviv-inami.fgov.be/silverpages/>

² LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.edmd.be/>

RAPPORT du médecin CONSULTÉ DANS TOUS LES CAS

Que dit le premier médecin consulté sur le caractère grave et incurable de l'AFFECTION ? *

Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

Que dit le premier médecin consulté sur le caractère grave et incurable de l'AFFECTION ? *

Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

si le décès du patient n'était PAS attendu à brève échéance, **SECOND MÉDECIN INDEPENDANT, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée** ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

Numéro d'enregistrement INAMI * :

Qualification du second médecin *

☐ Psychiatre

☐ Généraliste

☐ Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou en soins palliatifs)

Précisez :

Date (s) de consultation * :/...../.....

Ce second médecin consulté a-t-il suivi une formation complémentaire ?

☐ EOL/LEIF

☐ Soins palliatifs

RAPPORT du SECOND médecin consulté, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée

Que dit le second médecin consulté sur le caractère constant, insupportable et inapaisable de la **SOUFFRANCE** ? * Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

Que dit le second médecin consulté sur le caractère volontaire, réfléchi, répété et sans pression de la **DEMANDE** ? * Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

11. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

7/9

Euthanasie sur la base d'une DECLARATION ANTICIPEE

Patient incapable d'exprimer sa demande car Inconscient de manière irréversible

Attention : si le patient était conscient et en capacité d'exprimer sa demande d'euthanasie, celle-ci est faite sur la base d'une demande actuelle d'euthanasie, même si une déclaration anticipée existe.

- Remplissez les points 6 à 11.

12. INCONSCIENCE

L'INCONSCIENCE du patient était irréversible *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :
- ☐ Non, remplissez les points 6 à 11 (demande actuelle).

13. ÉCHÉANCE DU DÉCÈS

Le décès du patient était *

- ☐ Attendu à BREVE échéance (dans les semaines ou mois qui viennent)
- ☐ PAS attendu à brève échéance

14. DÉCLARATION ANTICIPÉE

Existe-t-il une **DÉCLARATION ANTICIPÉE** d'euthanasie établie conformément à la loi (deux témoins obligatoires, désignation facultative d'une personne de confiance, etc.) ? *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :

Date de la déclaration anticipée :/...../.....

- ☐ Non, remplissez les points 6 à 11 (la demande actuelle est valable même si le patient tombe dans un état d'inconscience irréversible en fin de processus).

15. PERSONNE(S) DE CONFIANCE éventuellement désignée(s) :
Nom de la 1^{re} personne de confiance : Nom de la 2^e personne de confiance :

Prénom(s) * :

Prénom(s) * :

Date(s) de la consultation * :/...../.....

Date(s) de la consultation * :/...../.....

16. PROCÉDURE

Vous êtes-vous entretenu de la demande d'euthanasie avec la ou les personne(s) de confiance éventuellement désignée(s) dans la déclaration anticipée ? *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :

- ☐ Non, expliquez pourquoi :

Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec l'équipe soignante (si existante) ou des membres de celle-ci ? *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :

- ☐ Non, expliquez pourquoi :

(merci de répondre aux questions des deux colonnes)

Vous êtes-vous entretenu du contenu de la déclaration anticipée avec les proches du patient, désignés par la personne de confiance ? *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :

- ☐ Non, expliquez pourquoi :

L'ensemble de la procédure suivie ainsi que les documents écrits (déclaration, avis, ...) sont-ils consignés au dossier médical ? *

- ☐ Oui, remarque éventuelle :

- ☐ Non, expliquez pourquoi :

17. MÉDECIN INDÉPENDANT CONSULTÉ OBLIGATOIREMENT ayant donné un avis dans le cadre de la demande d'euthanasie

Nom * :

Prénom(s) * :

Adresse du domicile * :

8/9

Numéro d'enregistrement INAMI⁴ :

Qualification du médecin *

☐ Généraliste

☐ Psychiatre

☐ Autre spécialité (ne pas mentionner ici sa spécialisation EOL/LEIF ou soins palliatifs)

Précisez :

Date (s) de consultation * :/...../.....

Ce médecin consulté a-t-il suivi une formation complémentaire ?

☐ EOL/LEIF⁵

☐ Soins palliatifs

RAPPORT du médecin

Que dit le médecin consulté sur l'IRRÉVERSIBILITÉ de la situation médicale ? * Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

18. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaiteriez donner

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

⁴ Si vous ne connaissez pas ce numéro, faites une recherche sur le site de l'INAMI, rubrique « Programmes web » - « Rechercher un dispensateur de soins » - <https://webapps.drv.inami.fgov.be/silverpages/>

⁵ LEIF/EOL = formation sur l'euthanasie et la prise en charge de la fin de vie - <https://eol.edmd.be/>

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE EUTHANASIE Patient MINEUR¹

Document d'enregistrement à envoyer **dans les quatre jours ouvrables** qui suivent l'euthanasie à l'adresse suivante (par courrier postal **OU** par e-mail sécurisé mais pas les deux) :

Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (CFCEE)
Avenue Gallée 5/2
1210 BRUXELLES
www.commissioneuthanasie.be – euthanasiecm@health.fgov.be

Les renvois aux articles dans ce document se réfèrent à la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie (version du 29.03.2024). Par ailleurs, les mots liés au genre doivent être lus comme neutres, quel que soit le genre de la personne concernée.

Si vous souhaitez, indépendamment de la présente déclaration, adresser une remarque ou une question à la Commission Euthanasie, vous pouvez le faire en contactant :

- le Secrétariat de la Commission Euthanasie
euthanasiecm@health.fgov.be
FR : +32 2 524 92 63
NL : +32 2 524 92 64

Les données personnelles sont protégées conformément au RGPD (Règlement général sur la protection des données)

En savoir plus : <https://www.health.belgium.be/fr/protection-des-donnees-personnelles>

Les champs avec * doivent obligatoirement être remplis. Remplissez de préférence de manière informatique ce document (dans Word)

1. MÉDECIN PRENANT LA DÉCISION	
Nom : _____	
Prénom(s) : _____	
Adresse du domicile : _____	
Numéro d'enregistrement INAMI : _____	
Qualification : ☐ Généraliste ☐ Psychiatre ☐ Autre spécialité, précisez : _____	
Formation complémentaire : ☐ EO/LEIF ☐ Soins palliatifs	
Numéro de téléphone : _____	
Courriel : _____	
2. PATIENT MINEUR	
Nom : _____	
Prénom(s) : _____	
Genre : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre	
Adresse du domicile : _____	
Date de naissance : ____/____/____	
Lieu de naissance, si connu (attention pas le domicile !)* : _____	
Date et heure du décès : ____/____/____ ____h ____	
Lieu du décès : ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ Unité de soins palliatifs ☐ Autre	
Précisez : _____	

¹ **ATTENTION** : Si la déclaration concerne un patient mineur émancipé, utilisez le document d'enregistrement général d'une euthanasie valable pour les patients adultes et mineurs émancipés

² Pour en savoir plus sur qui doit compléter le document, consultez le site www.commissioneuthanasie.be, rubrique formulaire.

Lieu de résidence				
☐ Belgique	☐ Autre pays			
☐ Région de Bruxelles-Capitale	Précisez :			
☐ Province d'Anvers				
☐ Province du Brabant flamand				
☐ Province du Brabant wallon				
☐ Province de Flandre occidentale				
☐ Province de Flandre orientale				
☐ Province de Hainaut				
☐ Province de Liège				
☐ Province du Limbourg				
☐ Province de Luxembourg				
☐ Province de Namur				
3. REPRÉSENTANTS LÉGAUX du mineur				
Premier représentant légal	Éventuellement second représentant légal			
Nom : _____	Nom : _____			
Prénom(s) : _____	Prénom(s) : _____			
Adresse du domicile : _____	Adresse du domicile : _____			
4. PHARMACIEN				
Nom du PHARMACIEN : _____				
Prénom(s) : _____				
Numéro d'enregistrement INAMI : _____				
Adresse : _____				
Produits EMPLOYÉS				
Nom du produit * (par ordre d'administration)	Nombre d'ampoules/flacons / dosage par ampoule/flacons (mg/ml, %)	Dosage total employé * (mcg, mg, gr, mg/ml, %)	Mode d'administration * Voie intraveineuse (IV), Voie orale (PO), Sous-cutanée (SC), Intramusculaire (IM)	Excédent éventuel restitué au pharmacien : nombre d'ampoules/flacons

5. AUTRES personnes ou instances CONSULTÉES (si d'application)
Mentionnez les personnes URFV seule fois, quel que soit le nombre de «consultations».

Ne pas mentionner ici les médecins ayant donné l'avis dans le cadre de la demande d'euthanasie.

Nom :	Nom :
Prénom(s):	Prénom(s):
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
Qualité * :	Qualité * :
Date(s) de la consultation :/...../.....	Date(s) de la consultation:/...../.....

Nom :	Nom :
Prénom(s):	Prénom(s):
Adresse du domicile :	Adresse du domicile :
Qualité * :	Qualité * :
Date(s) de la consultation :/...../.....	Date(s) de la consultation :/...../.....

6. DIAGNOSTIC
(ATTENTION ne pas mentionner ici de symptôme et/ou de souffrance résultant de la ou les affection(s))

*Décrivez en quelques phrases la ou les affections médicales précises et leur gravité : une ou plusieurs affection(s) accidentelle(s) ou pathologique(s) grave(s) et incurable(s) à la base de la demande d'euthanasie du patient. **

7. SOUFFRANCE (S) PHYSIQUE(S)
NATURE et DESCRIPTION de la souffrance constante et insupportable *
Décrivez la ou les souffrance(s) physique(s) constante(s) et insupportable(s), exprimées par le patient résultant de cette ou ces affection(s).

Souffrance(s) PHYSIQUE(S) :

3/7

Caractère INAPAISABLE de la souffrance *
Décrivez en quelques phrases les raisons objectives et subjectives pour lesquelles la souffrance était inapaisable (entre autres trajet de soins).

8. CAPACITÉ DE DISCERNEMENT

Le patient mineur était-il capable de discernement ? *

☐ Oui

☐ Non, expliquez pourquoi :

9. DEMANDE DU PATIENT
Demande RÉFLÉCHIE, RÉPÉTÉE, VOLONTAIRE et SANS PRESSION

*Qu'est-ce qui vous a convaincu que la demande de votre patient était réfléchie, répétée, volontaire et sans pression extérieure ? * (merci ici d'expliquer et ne pas répondre uniquement « oui »)*

RÉDACTION de la demande
La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été actée par écrit ? *

☐ Oui

☐ Non, expliquez pourquoi :

Date de cette demande écrite* :/...../.....

PAR QUI la demande a-t-elle été actée ?
La demande d'euthanasie du patient a-t-elle été actée par le patient ? *

☐ Oui

☐ Non

Si vous avez répondu non : la demande d'euthanasie du patient a-t-elle été rédigée par un tiers majeur choisi par le patient(car le patient n'était pas physiquement en état de le faire et cette personne majeure n'avait aucun intérêt matériel à son décès). Elle a actée la demande en présence du médecin et les raisons pour lesquelles le patient n'était pas en état de mettre sa demande par écrit ni de la signer y sont mentionnées ? *

☐ Oui

☐ Non, expliquez pourquoi :

Les REPRÉSENTANTS LÉGAUX ont-ils marqués leur accord sur la demande ? *

☐ Oui

☐ Non, expliquez pourquoi :

4/7

Ce second médecin ou psychologue consulté a-t-il suivi une formation complémentaire ?

- ☐ EOL/LEIF
☐ Soins palliatifs

RAPPORT du pédopsychiatre ou psychologue consulté

Que dit le pédopsychiatre ou psychologue consulté quant à la CAPACITÉ DE DISCERNEMENT du mineur? * Résumez, en quelques phrases, ou copiez ici ou ajoutez le rapport du médecin consulté.

ne pas employer

13. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES que vous souhaitez donner

DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN

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

Information pour les professionnels de la santé

Site du service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement>>Professionnels>>Professionnels de la santé>>Santé humaine>>Prestations de soins spécifiques>>Euthanasie

[Euthanasie : informations générales pour les professionnels de la santé](#)

Information pour les citoyens/patients

Site du service public fédéral (SPF) Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, rubrique Thèmes>>Santé>>Votre santé>>Euthanasie
[L'euthanasie en Belgique](#)

ÉDITEUR RESPONSABLE. Jacqueline Herremans et Wim Distelmans, co-présidents de la CFCEE
Octobre 2026