RÉUNION DE QUESTIONS-RÉPONSES INTERNE ADMD AVEC LA PRÉSIDENTE ET LA VICE-PRÉSIDENTE 13 JUIN 2024

DROITS DU PATIENT

1. *Comment faire valoir ses droits de refus de traitement quand le médecin n'entend pas le refus? Quels sont l'efficacité, le poids, les modalités pratiques de saisie du service de médiation? (BB)*

   Quels sont les services de médiation?

   - Tout hôpital doit disposer d'un service de médiation;
   - Pour les questions de psychiatrie : les plateformes régionales pour la santé mentale.
   - Service de médiation fédéral «droits du patient» pour les plaintes extrahospitalières.

   À noter que le service de médiation d'un hôpital est payé par celui-ci et peut se poser dès lors le problème de l'indépendance.

   Pour que médiation il y ait, les deux parties doivent être d'accord d'y avoir recours. Nul ne peut être forcé à la médiation. Aucune décision contraignante ne peut émaner d'une médiation. Le service de médiation permet de restaurer le dialogue, notamment quand la parole du patient n'a pas été entendue, par exemple pour un refus de traitement. Le refus de prise en compte d'un refus de traitement vient généralement d'une mauvaise communication et la discussion permet souvent de trouver un terrain d'entente.

   Toutefois, si le contentieux persiste, et que le médecin par exemple ne respecte pas un refus de traitement, une procédure judiciaire en référé, certes coûteuse, permet d'avoir une décision dans un temps relativement rapide.

2. *Au cas où **une équipe soignante ne respecte pas les droits légaux du patient** (refus actuels de traitements) et que l'affaire présente un caractère d'urgence, est-il légitime d'appeler la police dans le sens où cela peut s'apparenter à **une maltraitance?** (AVK)*

   Appeler la police ne sert à rien. L'officier prendra éventuellement note de la plainte mais ne pourra rien faire d'autre.

   Par la suite, si un non-respect d'un refus de traitement a occasionné un préjudice à la personne, c'est une autre question.

3. *Si une personne porte un pendentif de refus de réanimation, fait un AVC et que les proches sont présents. Ceux-ci doivent-ils appeler les urgences pour leur dire de ne rien faire? S'ils ne le font pas, risquent-ils d'être accusés de non-assistance à personne en danger? (CS)*

   Il faut souligner que le pendentif de refus de réanimation est en parfaite conformité avec la loi relative aux droits du patient qui prévoit que le patient a le droit de refuser un traitement et qu'il peut signifier ce droit de manière anticipée, pour le futur.

   Cela étant, il faut toujours faire appel à un service médical ne fût-ce que pour assurer le confort de la personne qui peut être en souffrance, tout en informant les services de secours du refus de réanimation du patient.

   Différents cas peuvent se présenter :

   - Lorsque la personne porte un pendentif de refus de réanimation, les informations préalables lui ayant été fournies, elle assume le fait que si elle se trouve en arrêt cardio-respiratoire, il n'y aura pas de réanimation. Les professionnels de la santé doivent en tenir compte, tout en assurant un confort au patient.
   - La personne ne porte pas de pendentif mais a rempli une déclaration anticipée de refus de traitements dans laquelle elle a inscrit son refus de réanimation, les mandataires ou les personnes présentes doivent en informer les professionnels de la santé. La personne désignée comme mandataire (ou le représentant selon la cascade) prendra les décisions et fera valoir les droits du patient.
   - Si la personne ne porte pas de pendentif et n'a pas rempli de déclaration anticipée de refus de traitements, le mandataire désigné par le patient (ou le représentant selon la cascade) exercera les droits du patient et prendra les décisions en matière de santé. Mais le représentant risque de ne pas être entendu par les professionnels de la santé dans un premier temps, ne pouvant s'appuyer sur la manifestation écrite du patient.

4. *Qu'en est-il du **PSPA** (Projets de Soins Personnalisé et Anticipé)? (BB)*

   Un des mantras de la modernisation de la loi relative aux droits du patient est de pouvoir respecter les volontés et l'autonomie du patient, d'être toujours au plus près du patient. Le PSPA est un des outils qui permet au patient de faire connaître ses volontés non seulement quant à ses refus de traitement, mais aussi quant à ses souhaits liés à son histoire, à ses objectifs de vie et à ses valeurs (ex : souhait de ne pas être placé en maison de repos).

   Le PSPA est un document évolutif permettant de regrouper ces informations et complète la déclaration anticipée de refus de traitements. Cette dernière est maintenant reconnue de manière expresse par la loi relative aux droits du patient (auparavant, la reconnaissance de la déclaration anticipée de refus de traitements était plutôt induite de la loi).

   Un PSPA est souvent complété lors d'une entrée en maison de repos, mais n'est pas figé. Le patient peut demander l'aide d'un professionnel de la santé pour le compléter. En Flandre, il s'agit même d'un des éléments requis pour l'agréation des maisons de repos.

   Le PSPA a également fait son apparition dans le cadre des soins palliatifs et ce, même avant qu'il ne soit défini par la loi relative aux droits du patient.

Les modèles proposés actuellement sont trop complexes. L'ADMD prévoit de développer un modèle et de revoir la déclaration anticipée de refus de traitements.

Le PSPA est à distinguer du dossier médical, qui ne reprend que les données médicales, mais peut toutefois y être intégré.

La publicité du PSPA doit encore être organisée de manière claire via les plateformes e-health.

DEMANDE ACTUELLE D'EUTHANASIE

5. *Que se passe-t-il si le patient qui a fait une demande actuelle d'euthanasie **n'est plus tout à fait conscient** et ne peut plus s'exprimer quand **le médecin consulté** vient le voir?*

   Le médecin consulté doit examiner le dossier médical du patient et le patient, mais il n'est pas dit qu'il doit s'entretenir avec lui. Si la mort est prévue à brève échéance, le médecin consulté pourra, à partir du moment où il a tous les éléments du dossier, donner un avis sur le caractère grave et incurable de l'affection et sur le caractère inapaisable et constante des souffrances.

   Bien entendu, il est souhaitable que cet examen puisse se dérouler alors que le patient peut s'exprimer. Éventuellement, lors de la visite du médecin, envisager d'alléger les doses de morphine ou de sédatifs.

6. *Que se passe-t-il si le patient a fait une demande actuelle d'euthanasie, le ou les avis des médecins consultés ont été donnés, mais le patient devient inconscient?*

   La loi n'exige pas que le patient confirme la demande au moment de l'euthanasie. L'euthanasie peut être pratiquée. Mais attention, ne pas laisser s'écouler beaucoup de temps. Cela ne vaut que si c'est une question de jours.

7. *Légalement, **le médecin traitant** peut-il être **de la famille du patient** qui demande l'euthanasie et donc **pratiquer l'euthanasie**? (PR)*

   Légalement, il n'y a rien qui l'en empêche, ce n'est donc pas interdit mais cela est déconseillé au niveau des règles déontologiques. En effet, en principe, déontologiquement, le médecin ne soigne pas ses proches.

8. *Que répondre **aux personnes âgées qui en ont marre de vivre** mais qui ne peuvent bénéficier de l'euthanasie pour l'instant? (PG)*

   La fatigue de vivre ne peut être considérée comme une affection grave et incurable. La vieillesse n'est pas une maladie. Il s'agit d'examiner si le patient remplit les conditions essentielles requises par la loi relative à l'euthanasie. En ce qui concerne l'affection grave et

incurable, il est à souligner que les polypathologies (en majorité liées à l'âge) peuvent être acceptées comme affection grave et incurable.

9. *Suite à une demande actuelle, le médecin traitant estime avec son patient que c'est la seule option raisonnable et que le dossier est complet au point de vue du ou des avis requis, le patient a en quelque sorte «le feu vert» pour obtenir l'euthanasie.* ***Combien de temps dure ce «feu vert»****? (CP)*

   En Belgique, il n'y a pas de péremption de la demande actuelle d'euthanasie. La Commission fédérale d'évaluation et de contrôle de la loi relative à l'euthanasie (CFCEE) recommande cela étant d'éventuellement actualiser les avis. Ceci est certainement recommandé dans les cas où les patients sont atteints de troubles cognitifs et pourraient perdre leur capacité de formuler une demande d'euthanasie. Pensons aux cas de patients atteints de la maladie d'Alzheimer : il ne faut toutefois pas attendre de basculer de l'autre côté du miroir, il faut encore avoir des moments de lucidité.

CAS PSYCHIATRIQUES

10. *Qu'en est-il de* ***l'avis donné par l'Ordre des médecins concernant la consultation de 2 psychiatres*** *en cas d'affections psychiques? Faut-il que le médecin traitant consulte en plus du 1er médecin consulté, 2 psychiatres, auquel cas il y aurait donc 3 médecins consultés en plus du médecin traitant? Ou faut-il que les 2 médecins consultés en plus du médecin traitant soient 2 psychiatres, auquel cas il y aurait 2 médecins consultés? Et à l'ADMD, que doit-on dire, cette procédure conseillée par l'Ordre des médecins est-elle obligatoire? (PR et GM et ES)*

    Le médecin traitant devra en tout cas consulter un autre médecin compétent quant à la pathologie, qui déterminera si l'affection est grave et incurable et si les souffrances sont inapaisables. Dans l'hypothèse où le décès n'est pas prévu à brève échéance, ce qui est généralement le cas pour un patient psychiatrique, un deuxième médecin doit être consulté. Selon une directive de l'Ordre des médecins belge, pour la demande d'un patient psychiatrique, les deux médecins consultés doivent être des psychiatres.

    Cette directive déontologique formulée par l'Ordre des médecins est une application logique de la loi pour pratiquer l'euthanasie d'un patient psychiatrique dans les meilleures conditions possibles.

    1er médecin consulté : doit être compétent quant à la pathologie => pour un cas psychiatrique => psychiatre.

    2ème médecin consulté : spécialiste de la pathologie ou psychiatre => psychiatre.

    Dans la pratique, pour les cas difficiles, un 3ème psychiatre est même parfois consulté.

    Par contre, la rencontre physique des 3 médecins concernés n'a pas vraiment de sens et a d'ailleurs été supprimée dans la nouvelle directive. La logique veut par contre qu'il y ait

concertation entre eux, cette concertation s'étendant aux professionnels de la santé autres que les psychiatres qui suivent le patient.

11. *Un patient psychiatrique est-il capable de faire une demande actuelle d'euthanasie? (CS)*

    C'est au cas par cas et sur la base des différents entretiens avec le patient que les psychiatres pourront donner leur avis.

    La demande d'un patient souffrant de dépression chronique sévère réfractaire à tout traitement doit être entendue et peut recevoir une réponse positive. Attention : les médecins s'assureront que la dépression n'est pas par exemple réactionnelle à la suite d'un accident de la vie, dépression qui pourrait être traitée et qui dès lors ne pourrait être considérée comme incurable.

    Certains troubles psychiatriques rendent la demande plus difficilement audibles. Il en est ainsi pour les patients atteints de paranoïa.

    Mais la procédure prendra nécessairement plus de temps que pour un patient souffrant d'une maladie somatique.

12. ***Un patient psychiatrique qui refuserait tout traitement*** *(< droits du patient), pourrait-il être entendu dans sa demande actuelle d'euthanasie? (NV)*

    À nouveau c'est du cas par cas. Il faudrait d'abord s'assurer que les traitements evidence-based ont été tentés. Mais il s'agit de garder un juste équilibre entre les bénéfices espérés et les effets secondaires ainsi qu'un espoir raisonnable de voir les effets positifs survenir dans un délai pas trop éloigné. Si un patient présentant des troubles psychiatriques est suivi depuis par exemple 40 ans, se trouve toujours en souffrance, on ne va pas encore exiger qu'il suive encore un Xème traitement.

    Par contre, si le patient refuse tout traitement et n'en a jamais suivi, le médecin refusera certainement d'entendre sa demande.

13. *Situation : une patiente en* ***profonde dépression*** *hospitalisée à la Ramée, souhaite l'euthanasie.* ***Son médecin traitant est contre et également le psychiatre*** *de la Ramée. A la question «A-t-elle été traitée pour sa dépression?», cela semble peu efficace. Réponse donnée : sa demande doit passer par un autre médecin traitant ou un autre psychiatre, et possibilité que l'un de ses deux médecins contacte EOL pour avoir le nom d'un médecin. Impression d'avoir rejeté cette patiente dans sa souffrance.* ***Comment aider ce type de patient?*** *(NV)*

    Difficile de répondre à un cas particulier : quel traitement cette patiente a-t-elle suivi? Combien de temps? Comme pour toute autre pathologie où les médecins n'entendent pas la demande, prendre l'avis d'un autre médecin, dans ce cas d'un psychiatre, est en effet la bonne réponse.

    Rappeler également que le médecin sur la base de la clause de conscience a bien sûr le droit de refuser mais doit s'exprimer dans les 7 jours de la demande et doit transmettre le dossier

médical du patient dans les 4 jours à un autre médecin désigné par le patient ou la personne de confiance. Dans tous les cas, le médecin qui refuse d'entendre la demande d'un patient, il doit transmettre les coordonnées d'un centre ou d'une association spécialisé dans la problématique de l'euthanasie.

Idéalement, une consultation de fin de vie dédiée aux patients psychiatriques en demande d'euthanasie devrait être organisée. Actuellement existe Ulteam avec la consultation notamment de Bea Verbeeck, psychiatre.

La maladie d'Alzheimer n'est pas un trouble psychiatrique, mais un trouble cognitif d'ordre neurologique.

ACTE D'EUTHANASIE

14. *Il existe différents protocoles pour poser l'acte d'euthanasie. Parfois c'est une question de préférence opératoire du médecin, parfois c'est une question de disponibilité de la substance létale. Peut-on brosser dans les grandes lignes une vue* ***des différents protocoles pratiqués*** *en matière d'euthanasie en soulignant* ***les différences, les avantages et inconvénients?*** *(MD)*

Il existe 2 voies possibles : la voie Intraveineuse (IV) et la voie *per os* (potion à boire).

A. Pour la voie per os, le pharmacien prépare un sirop de barbituriques. Il peut ajouter un arôme par exemple de framboise afin de cacher quelque peu le goût amer de la potion. Il faut donner au préalable un antiémétique afin d'éviter les risques de nausées..

Pour cette voie, le patient doit encore être capable de boire et sans s'arrêter : le risque existe si le patient la boit trop lentement qu'il s'endorme et la moitié de la dose ne suffit pas.

Cette voie est peu appliquée en Belgique même si pour le premier cas d'euthanasie légale, le patient avait choisi le sirop de barbiturique. Nombre de médecins préfèrent recourir à la seconde méthode, leur assurant plus de sécurité.

B. Pour la voie intraveineuse, le médecin injecte un anesthésiant à une dose mortelle (Pentothal ou propofol). Cette voie est très rapide et la plus courante. Lorsque la voie veineuse n'est pas accessible, il peut dès lors arriver, mais c'est rarissime, de devoir pratiquer une injection intra-osseuse (IO), voire intracardiaque. Les médecins peuvent recourir à l'assistance technique d'un infirmier, voire d'un confère plus expérimenté pour placer la perfusion. Pour les euthanasies à domicile, il est d'ailleurs conseillé de ne pas se retrouver seul non seulement par rapport à son patient, mais aussi pour les proches.

Certains médecins injectent au préalable un sédatif (dormicum) qu'on utilise pour les anesthésies brèves et qui ne fait qu'endormir le patient;

Il est important d'expliquer aux proches les différentes étapes avant et pendant le processus :

- Placement de la perfusion uniquement avec du sérum physiologique
- Sédatif pour endormir le patient qui va sans doute ronfler car il dort très profondément

- Injection létale

L'utilisation d'un baby baxter (100 ml de sérum physiologique), au lieu d'une injection directe en IV, permet un processus un peu plus lent et donne un peu plus de temps aux proches.

En cas de rupture de stock de Pentothal, qui a l'avantage de pouvoir être utilisé en toute petite quantité, un autre produit est utilisé, soit le propofol sous la forme de deux grandes seringues préremplies. Le propofol est irritant et donne une sensation de brûlure, il est donc intéressant d'utiliser au préalable soit un sédatif, soit un anesthésique local (xylocaïne).

Il est possible d'administrer après l'anesthésiant, lorsque le patient est plongé dans l'inconscience, un curarisant, qui est un paralysant neuromusculaire.

DÉCLARATIONS ANTICIPÉES

15. *Dans les déclarations anticipées,* ***un médecin peut-il être témoin, personne de confiance, mandataire****? Peut-on faire un rappel? (PG)(CW)*

    Dans une déclaration anticipée d'euthanasie, le médecin peut être témoin, par contre, le médecin et l'équipe soignante, qui pourraient être amenés à pratiquer l'acte d'euthanasie, ne peuvent être désignés comme personnes de confiance.

    Dans une déclaration anticipée de refus de traitement, le médecin peut légalement être désigné comme mandataire, MAIS il faut l'éviter dans le sens où cela signifierait que l'on confie un mandat au médecin qu'il devrait lui-même exécuter. Il vaut toujours mieux éviter de mettre deux casquettes sur la même personne.

    À noter que si aucun mandataire n'a été désigné ou n'est disponible au moment où son intervention est nécessaire, les droits du patient seront exercés par la cascade (époux ou partenaire cohabitant, enfant majeur, parent, frère ou une sœur majeur du patient). À défaut ou en cas de désaccord, c'est le professionnel des soins de santé concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

16. *Si une personne veut* ***modifier une personne de confiance ou un mandataire*** *sur une DA, peut-elle simplement envoyer une lettre signée par elle et par sa personne de confiance ou son mandataire? (PR/ES)*

    Si l'on veut passer par l'enregistrement d'une déclaration anticipée d'euthanasie à la Commune, il est préférable de remplir une nouvelle déclaration pour signaler le changement de personne de confiance. A noter que ceci n'est pas nécessaire dans le cas où un témoin disparaîtrait, le rôle du témoin s'arrêtant au moment où la déclaration est remplie.

    Dans les autres cas, et en particulier pour la déclaration anticipée relative aux traitements, Il est possible pour le déclarant d'envoyer une lettre, considérée comme un avenant, éventuellement récusant ad nutum (avec effet immédiat) un mandataire ou une personne de confiance et mentionnant le nom d'un nouveau mandataire ou personne de confiance. Cette lettre doit alors être contresignée par ce nouveau mandataire ou personne de confiance. Le

nouveau mandataire doit aussi apposer un paraphe sur la déclaration initiale afin qu'on ne puisse lui objecter qu'il n'est pas au courant des refus de traitements précisés et qu'il ne peut préciser les volontés de son mandant.

17. *Quid du **DMG (Dossier Médical Global)?** Les déclarations anticipées peuvent-elles y être intégrées? Par qui est-il consulté? Est-ce une base fédérale ou régionale? (BB)*

    Les patients peuvent demander à leur médecin d'introduire leurs déclarations anticipées dans le DMG, mais il n'y a pas encore de formalisme à ce sujet. Certains médecins intègrent les déclarations anticipées dans le DMG de leur patient, d'autres non car cela dépend aussi du programme utilisé par le médecin.

    Ne pas confondre avec le dossier médical partagé : voire plateformes E-Health.

DÉCLARATION ANTICIPÉE D'EUTHANASIE

Témoins

18. *Deux volontaires ou employés de l'ADMD, peuvent-ils signer des formulaires de déclarations anticipées relatives à l'euthanasie en tant que **témoins**, alors qu'une seule des deux **verra le requérant (visite à domicile ou à l'hôpital)** (ES/MaRO)*

    Non, les deux témoins doivent toujours rencontrer le requérant. Leur rôle est en effet d'attester qu'il s'agit bien de M. X ou de Mme Y. qui remplit la déclaration anticipée d'euthanasie. Lorsqu'il s'agit d'un rendez-vous dans les locaux de l'ADMD, les volontaires ou employés qui jouent le rôle de témoins doivent tous les deux voir, rencontrer le requérant. Lorsqu'il s'agit d'une visite à domicile ou à l'hôpital, soit il est possible qu'une autre personne joue le rôle de témoin sur place (infirmière, aide-soignante, personne de la famille…), soit les deux volontaires ou employés doivent se rendre au domicile ou à l'hôpital.

19. *D'après nos échos**, les communes n'enregistrent pas/plus les coordonnées des 2 témoins** lors de l'enregistrement de la DAE dans le registre national. N'y a-t-il pas une discordance entre les exigences de la loi quant au document écrit et ce que les administrations en font sur le plan pratique? (PH.G)*

    Le rôle des témoins s'arrête au moment où la déclaration est remplie. Il est donc logique de ne pas enregistrer leurs noms. En revanche, les noms des personnes de confiance sont enregistrés. Ceci permet aux professionnels de la santé de contacter les personnes de confiance si nécessaire.

    L'application ODEA permet à tout médecin de vérifier si son patient a déposé une déclaration anticipée d'euthanasie et de connaître le nom et coordonnées de la/des personnes(s) de confiance.

Notion d'inconscience

20. ***Actuellement** la notion «… que vous seriez **inconscient** et que la situation serait jugée irréversible selon l'état actuel de la science» pour qu'une DAE soit prise en compte signifie-t-elle que la personne doit être dans le **coma** (ou pourrait-elle être prise en compte si la personne ne peut plus s'exprimer)?*

    Oui, actuellement la notion d'état inconscience irréversible eu égard à l'état actuel de la science est interprétée comme être dans un coma tel que l'on ne reviendra jamais à la conscience. L'on pense à des états d'éveil non répondant appelés communément d'états végétatifs.

    L'ADMD se bat pour élargir le champ d'application de la déclaration anticipée de telle façon que nous pourrions définir dans nos déclarations les situations dans lesquelles nous demandons l'application de l'euthanasie alors que nous souffrons de troubles cognitifs qui nous privent de pouvoir faire une demande actuelle.

DÉCLARATION ANTICIPÉE DE REFUS DE TRAITEMENTS

21. *Quand une personne demande s'il faut absolument être membre de l'ADMD pour avoir **un formulaire valable de DAT** ou s'il existe d'autres formulaires sur internet tout aussi valables. Que répondre? (GeM)*

    Il existe certes d'autres formulaires, mais ils ne sont pas tous valables. Ainsi la brochure publiée à l'initiative de Maggy De Block comporte des erreurs. faire attention à certains formulaires qui circulent proposant une liste de refus de traitements à cocher dont le refus d'antibiotiques!

    Le formulaire DAT de l'ADMD va être amélioré et se présentera en deux parties :

    - l'une consacrée aux refus de traitements que le médecin doit obligatoirement respecter
    - l'autre consacrée aux souhaits de traitements du patient qui peuvent être pris en compte par les professionnels de la santé qui gardent toutefois leur liberté thérapeutique.

22. *Qu'en est-il de ces **refus de traitements mentionnés dans le dossier médical du patient** s'il n'y a pas de DAT et que l'on se retrouve dans un autre environnement, dans un hôpital? Comment le médecin hospitalier sera mis au courant des refus de traitement du patient s'il n'y a pas de mandataires et si le médecin n'a pas accès à un dossier médical style e-health dans lequel serait mentionné ce refus? (CP)*

    C'est à régler dans le cadre du dossier médical partagé via les plateformes e-health. On y travaille pour que les choses soient bien claires.

23. *Si je suis dans **l'impossibilité physique de signer ma DAT**, puis-je faire compléter une DAT en mon nom? (plusieurs membres, vol et ES)*

    On ne peut faire une réponse générale car c'est du cas par cas et il y a différents moyens d'attester que c'est la volonté de la personne.

    Par analogie de ce qui se fait pour la DAE, l'idée est de faire authentifier, confirmer par un tiers (médecin ou personnel soignant) que les refus de traitements mentionnés dans la DAT correspondent bien aux volontés du déclarant. Exemple "J'ai pu parler avec Mme X, qui n'est pas capable d'écrire et de signer sa DAT, et je peux attester que les refus de traitements indiqués dans sa DAT correspondent aux traitements que Mme X refuse pour le cas où elle deviendrait incapable de s'exprimer"....

    À noter qu'avec les moyens techniques actuels, la déclaration peut être dictée avec la reconnaissance vocale, les signatures peuvent être authentifiées électroniquement.

PERSONNE SOUS ADMINISTRATION DES BIENS OU DE LA PERSONNE

24. *Quelle est la différence entre une personne sous administration des biens et une personne sous administration des biens et de la personne?*

    Une personne sous administration des biens (seulement) peut soit être assistée, soit être représentée pour ce qui concerne uniquement la gestion de ses biens

    Actuellement, de nombreux Juges de paix saisis d'une requête, accompagnée d'un certificat médical mentionnant la maladie d'Alzheimer par exemple, pour désigner un administrateur de la personne ont tendance à cocher automatiquement l'intégralité de la liste des incapacités, et donc la demande d'euthanasie. Comme il s'agit d'une capacité que seule la personne elle-même peut exercer et personne d'autre, l'on se retrouve dans une impasse.

    Les droits du patient ont été supprimés de cette liste et c'est dès lors aux professionnels de la santé d'estimer si le patient est encore en capacité de prendre des décisions médicales. L'idéal serait d'obtenir par analogie ce même raisonnement logique pour l'euthanasie.

25. *Une personne **sous administration des biens et de la personne** peut-elle faire une demande actuelle d'euthanasie? (cfr question suivante même situation pour déclaration anticipée d'euthanasie)*

    Si un patient est sous administration de la personne et que le Juge a coché la case : incapable de demander l'euthanasie, en principe la personne ne peut plus formuler cette demande.

    Néanmoins, une demande peut être introduite devant le Juge de Paix pour que celui-ci revienne sur sa décision.

    Attention, un administrateur de la personne ne peut jamais prendre la décision de demander une euthanasie à la place du patient.

Si on ne dispose pas du temps nécessaire, ce sera aux professionnels de la santé de prendre la décision en âme et conscience de pratiquer l'euthanasie tout en se préservant des preuves de la capacité de discernement du patient, tout en étant conscients qu'il y a un risque de plainte. Et compte tenu de la modification introduite en 2024 de la loi relative à l'euthanasie, cela pourrait avoir pour conséquence que puisque aussi bien il s'agit d'un manquement à la condition essentielle de la demande du patient, la prévention retenue entrerait dans le chapitre de l'homicide volontaire par préméditation.

26. *Une personne **sous administration des biens et de la personne** peut-elle remplir et signer une **DAE?** (cfr question précédente même situation pour demande actuelle)*

    Si le Juge de Paix lui a ôté la capacité de demander l'euthanasie, en principe, la personne ne peut plus formuler cette demande et ne peut donc remplir et signer une DAE.

27. *Si une déclaration anticipée d'euthanasie a été rédigée, que plus tard **un administrateur de la personne** est désigné car la personne est devenue «vulnérable» et qu'ensuite le requérant se trouve dans une situation d'inconscience irréversible (BB) :*

28. *A. cet administrateur de la personne peut-il être **le porte-parole du requérant** s'il n'y a pas de personne de confiance désignée dans la DAE?*

    Non, car l'administrateur de la personne n'a aucun rôle dans l'euthanasie. (L'administrateur de la personne peut éventuellement avoir un rôle à jouer pour les droits du patient (très rare), pas pour l'euthanasie!). Néanmoins, dans les faits, si l'administrateur de la personne est proche du patient, en tant que proche, il pourrait, tout comme l'ADMD pourrait le faire, signaler au corps médical l'existence d'une DAE.

29. *si une personne de confiance est désignée, qui de **la personne de confiance ou** de **l'administrateur de la personne** a la priorité pour être le porte-parole du requérant?*

    La personne de confiance.

30. *Quid de **personnes démentes** qui n'ont rempli **aucune déclaration anticipée** de refus de traitement, qui n'ont **plus de famille** et qui sont **sous administration des biens (et de la personne?**), une tierce personne peut-elle signer une DAT à leur place? Et qui peut refuser des traitements à leur place? (NVdB – ES)*

    Il revient aux professionnels de la santé d'estimer si le patient est encore en capacité de prendre une décision médicale.

    Si la personne démente n'est plus capable de prendre une décision médicale, n'a rempli aucun document, n'a pas désigné de mandataire, n'a plus aucune famille (donc pas de cascade possible), les médecins agiront au mieux de son intérêt.

Faire compléter des déclarations anticipées de refus de traitement pour des personnes démentes et les faire signer par sa famille ne semble pas correct…

La cascade n'intervient qu'au moment où il faut décider ou pas d'un traitement pour le patient, mais pas anticipativement!

Un administrateur de la personne qui aurait été désigné par un Juge de Paix pourrait aussi refuser un traitement si le patient n'est plus capable d'exprimer sa volonté pour autant que ce soit prévu dans sa mission; En revanche, si ce refus est demandé par un mandataire désigné ou par un représentant de la cascade, il a une force légale.

31. *Si une déclaration anticipée de refus de traitement a été rédigée, que plus tard un administrateur de la personne est désigné car la personne est devenue «vulnérable» et qu'ensuite le déclarant n'est plus capable de s'exprimer (BB) :*

    cet administrateur de la personne peut-il représenter le déclarant concernant la DAT s'il n'y a pas de mandataire désigné?

    Oui, l'administrateur de la personne pourra éventuellement représenter le patient(voir la mission définie par le Juge de Paix) et il intervient avant la cascade. Mais il faut évidemment qu'il soit mis au courant de la déclaration anticipée de refus de traitement.

    si un mandataire est désigné, qui du ***mandataire ou de l'administrateur de la personne*** *a la priorité pour représenter le déclarant concernant la DAT? (cfr. idem DAE)*

    Le mandataire vient avant l'administrateur de la personne.

    Pour exercer les droits du patient en cas d'incapacité pour le patient de s'exprimer, l'ordre de priorité est le suivant : 1) Mandataire 2) Administrateur de la personne 3) Cascade.

    Mais avec la réserve précisée ci-dessus : voir la mission définie par le Juge de Paix.

INTERNATIONAL

32. *Connaître plus en détail* ***la situation au Pays Bas par rapport à leur DA*** *(qui a un champ d'application déjà élargi). Par ex : nombre d'euthanasies chez des patients atteints de démence (et ce, sur base d'une DA), réticence (ou pas) de la part des médecins à poser l'acte (notamment du côté des neurologues) … (MB)*

    Aux Pays-Bas, la plupart des euthanasies de patients déments concernent des cas où le patient peut encore s'exprimer. Plus rare sont les euthanasies de patients atteints de maladies neurodégénératives évolutives sur la base d'une déclaration d'euthanasie.

    Les déclarations anticipées néerlandaises sont plus explicatives que les nôtres et sont régulièrement mises à jour, en dialogue avec les médecins. Le patient, qui se sait atteint d'une maladie évolutive, type Alzheimer, peut y décrire le stade qu'il ne veut pas dépasser (ne plus reconnaître ses enfants, …). Ainsi, si ce patient arrive à un stade où il n'a plus la capacité de formuler une demande actuelle d'euthanasie, le médecin pourra prendre en considération sa

déclaration anticipée. Les cas sont rares, mais existent. À noter qu'aux Pays-Bas tout comme en Belgique, il n'est pas requis par la loi que le patient confirme sa demande au dernier moment.

Ces cas néerlandais ne sont pas la conséquence d'une modification de la législation, mais d'une décision de jurisprudence. Pour une euthanasie d'une personne atteinte de démence, à la suite du transfert de ce cas par les Commissions régionales de contrôle, le Ministère public avait décidé de traduire le médecin devant le Tribunal correctionnel. Le médecin a bénéficié d'un acquittement. De Hoge Raad a confirmé cette jurisprudence.

En Belgique, il faudra passer par une modification de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

33. *Connaitre plus en détail **la situation dans les pays ayant déjà légiféré en matière d'euthanasie**. Par ex : est-ce toujours une dépénalisation (et pas une légalisation)? Quelles difficultés rencontrent-ils sur le terrain? … (MB)*

    Cette question fera l'objet d'une autre séance.

34. *Faut-il être **résident belge** pour bénéficier d'une euthanasie en Belgique? (LDS – resp. des vol)*

    La Belgique est un des rares pays, ayant légiféré sur l'euthanasie, qui accepte les non-résidents. C'est également le cas au Grand-Duché du Luxembourg. La Suisse, même si elle n'a pas légiféré, accepte aussi les non-résidents.

    Aux Pays-Bas, la loi ne prévoit pas d'exclusion des non-résidents, mais leur système de soins de santé (le patient doit être repris dans le système de sécurité sociale) ne permet pas à un non-résident d'obtenir l'euthanasie. Idem au Québec et au Canada.

    L'Espagne a prévu que le patient devait être espagnol ou résident. La France, dans son projet de loi, exclut les non-résidents.

    Le souci est de trouver un lieu pour pratiquer l'euthanasie d'un non-résident par un médecin non hospitalier.

35. *Les modalités de suicide assisté en **Suisse interdisent-elles la présence du médecin** (en tout cas celui qui a fourni le produit létal) au moment de l'acte? (MD)*

    Le médecin peut être présent.

QUESTIONS DIVERSES

36. *Y a-t-il **un délai de prescription** pour que la famille ou un membre de l'équipe médicale puisse porter plainte contre la pratique de l'euthanasie d'une personne et si oui, quel est-il? (CS)*

Les délais de prescriptions dépendent des préventions retenues. Pour meurtre par empoisonnement, il est question de 30 ans. Pour les autres préventions introduites en 2024, soit 20 ans, soit 10 ans.

37. *Un médecin belge ne peut pratiquer une euthanasie en France, mais est-ce **qu'un médecin français ne résidant pas en Belgique pourrait pratiquer une euthanasie en Belgique?** Question purement théorique (NB/ES)*

    Le Comité consultatif de bioéthique a été consulté pour cette question et a rendu un avis.

    Un médecin français peut pratiquer son art en Belgique après avoir demandé (formulaire à compléter) et obtenu l'accord du SPF Santé Publique.

    De là à ce qu'un médecin français, qui devrait bien connaître et respecter la loi belge, accompagne un patient pour venir pratiquer une euthanasie en Belgique…l'avis du comité consultatif a été défavorable car cela s'apparenterait à un réseau, voire à du tourisme de l'euthanasie.

    La CFCEE a accepté qu'un médecin pratiquant en France donne un avis dans le cadre d'une demande d'euthanasie.

38. ***L'assurance vie d'un non-résident** (français) est-elle impactée par une euthanasie en Belgique? (CP)°*

    L'assurance-vie ne sera pas impactée puisque la déclaration de décès mentionnera «Mort naturelle».

39. *Que répondre aux questions pratiques, souvent posées par des non-résidents : **«budget»** à prévoir pour l'ensemble de la démarche, **lieu** où l'acte pourrait être pratiqué; **organisation du service post-mortem** (rapatriement ou non de la dépouille ou des cendres en cas d'incinération, ensevelissement sur place de la dépouille ou des cendres). (CP/MD)*

    En cas d'hospitalisation, le coût varie d'un hôpital à l'autre. À noter que pour les non-résidents, une caution leur sera demandée, sauf cas d'urgence. Conformément à la réglementation européenne, les ayants-droits pourront obtenir un remboursement auprès de leur caisse d'assurance sociale.

    Certains frais ne peuvent être précisés car dépendent du choix des proches : logement des proches, type de funérailles, incinération (moins cher que de rapatrier le corps pour inhumation dans le pays d'origine).

FONCTIONNEMENT INTERNE

40. *Le Conseil d'Administration de l'ADMD ne devrait-il pas réfléchir à créer en son sein* ***un poste de rédactrice ou rédacteur en chef(fe) du trimestriel*** *afin de soulager Jacqueline et lui permettre de se concentrer sur l'essentiel de son rôle de présidente?*

    Un candidat avait été pressenti pour ce poste, mais cela n'a finalement pas pu aboutir. Le projet n'est pas abandonné, mais il n'est pas facile de trouver une personne, connaissant bien la matière et compétente pour remplir cette tâche.

41. *Ne pas prendre pour argent comptant ce que disent les interlocuteurs. Prudence à adopter quant aux réponses données.* ***Ne pas donner de réponses catégoriques*** *quand on n'est pas en possession de tous les éléments (cf. cas Despiegelaere Jean-Pierre/Decroly/réponse de PG) (JH)*

    Prudence! Quand on entend des récits de personnes, avec éventuellement des jugements sur des médecins, il faut bien avoir à l'esprit qu'on ne connait pas tous les éléments du dossier et dès lors s'abstenir de tout commentaire.

42. ***RGPD*** *: destruction (et non poubelle) des documents sur lesquels apparaissent des données personnelles et interdiction de prendre copie de tableaux, bases de données etc. chez soi.*

    Petit rappel ;-)