

Bulletin

177

2^e trimestre
2026

Don d'organes
après euthanasie :
enjeux et principes
d'une procédure
rigoureuse

p.6

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

Secrétariat

Avenue Eugène Plasky 144 bte 3 à B-1030 Bruxelles - Belgique
Tél. : +32 (0)2 502 04 85
info@admd.be - www.admd.be
Permanence téléphonique du lundi au vendredi de 9h à 12h
et de 14h à 17h et visites sur rendez-vous

Notre secrétariat et nos antennes répondent à vos questions

Accès en transports en commun

Trams

7 et 25 → arrêt Meiser
ou Diamant
62 → arrêt Meiser

Bus

12, 21, 29, 69, 63 → arrêt
Plasky

28 → arrêt Diamant

Trains SNCB

Gare du Nord → tram 25
Gare Centrale → bus 29 ou
63
Schuman → bus 21
Meiser → 7 min. à pied

Comité d'honneur

Jacques Bredael
Jacques Brotschi
Paul Danblon†
Jean-Pierre de Launoit†
Pierre de Loch†
Édouard Delruelle
Roland Gillet†
Philippe Grollet†
Hervé Hasquin†
Arthur Haulot†
Claude Javeau†
Jean Klastersky
Edouard Klein†
Roger Lallemand†
Philippe Mahoux
Pierre Mertens†
Philippe Monfils
Anne Morelli
François Perin†
Ilya Prigogine†
Georges Primo†
François Rigaux†
Roger Somville†
Lise Thiry†
Georges Van Hout†
Jean Van Ryn†

Président d'honneur
Yvon Kenis†

Conseil d'administration

Présidente

Jacqueline Herremans

Vice-présidente

Michèle Morret-Rauis

Vice-président

Michel Driesen

Trésorier

André Mali

Secrétaire général

Benoît Van der Meerschen

Membres

Mara Barreto
François Damas
France Lemaître
Marc Mayer
Johan Puttemans
Andrée Poquet
Paule Roelants
Paul van Oye
Alain Van Kerckhoven

Éditrice responsable

Jacqueline Herremans
Avenue Eugène Plasky 144 bte 3
B-1030 Bruxelles

ÉDITO 03

NOUVELLES DE L'ADMD 04

Agenda 4

BELGIQUE 05

Focus sur le Collectif Auguste et les autres 5

Don d'organes après euthanasie : enjeux et principes d'une procédure rigoureuse 6

ÉTHIQUE 11

Mort choisie, foi et dialogue 11

INTERNATIONAL 14

15 juillet 2026 : la France adopte la loi relative au droit à l'aide à mourir 14

QUIZ 18

À vos méninges 18

TÉMOIGNAGE 19

Appel à témoignages 19

Témoignage de Joseph Lejeune 20

CULTURE 22

François Damas - Ritualiser la mort 22

INFOS UTILES 26

Des consultations de fin de vie 26

Recrutement de nouveaux membres 28

Renouvellement cotisation 29

Pendentif 30

Antennes régionales 31



Jacqueline Herremans
Présidente de l'ADMD

Anticiper, encore et toujours

Voici donc officiellement notre deuxième bulletin de l'année 2026. De façon progressive, nous rattrapons notre retard. Et nous avons déjà plein de projets pour les numéros suivants ainsi que pour nos newsletters.

C'est ainsi que dans le prochain bulletin, à la suite de l'article de France Lemaître consacré au don d'organes après euthanasie, vous recevrez les explications utiles pour faire connaître vos volontés à ce sujet. Et nous poursuivrons avec toutes les déclarations anticipées, tous ces outils qui permettent le respect de notre autonomie. Apprenons une règle d'or : celle de l'anticipation. Pour nous, pour nos proches et pour les professionnels de la santé afin que des questionnements pénibles ne se posent pas en situation de crise.

Des nouvelles concernant l'évolution de la législation française de fin de vie vous seront également données. L'étape du Conseil constitutionnel a été franchie avec cependant des réserves d'interprétation qui peuvent étonner. Il en est ainsi de la réserve d'interprétation quant à la clause de conscience créant un régime particulier pour les établissements privés refusant par principe l'aide à mourir. Nous savions que les murs avaient des oreilles. Aujourd'hui, la France nous apprend que les murs ont une conscience. Certes, en Belgique, il a fallu mettre les points sur les i en 2020, le législateur confirmant que la clause de conscience est personnelle et non institutionnelle.

J'imagine que l'on reviendra dans les mois qui viennent sur la loi n° 2026-794 du 18 août 2026 relative au droit à l'aide à mourir et ses décrets d'application. Les plus optimistes estiment que cette loi pourra entrer en vigueur en janvier 2027. Entre-temps, les demandes de patients français continuent à nous parvenir. En 2025, sur les 4.487 déclarations d'euthanasie reçues à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie (CFCEE), 123 d'entre elles concernaient des patients qui ne résidaient pas en Belgique, dont 110 Français. Les demandes sont bien plus nombreuses mais les patients venant de France doivent encore franchir des barrières bien plus difficiles que ceux qui résident en Belgique. Nous devons d'ailleurs d'emblée décourager les patients atteints de troubles psychiatriques compte tenu

des exigences d'un suivi thérapeutique et d'un examen de plusieurs mois de la demande, qui ne peut se faire à distance. Et malheureusement, pour ces patients atteints de maladies psychiatriques, la loi française, quelle que soit l'interprétation que l'on pourra lui donner, les exclura du bénéfice de l'aide à mourir.

« Mort choisie, foi et dialogue », nous écrit Alain Van Kerckhoven. Lorsque l'homme ou la femme éprouve de grandes souffrances causées par une maladie grave et incurable et que surgit la demande de mettre fin à une vie qui a perdu tout son sens, les dogmes religieux s'effacent et reste l'humain. Alain part de son expérience d'écouter à l'ADMD. Mais il faut bien reconnaître que nous manquons d'études sociologiques pour approcher d'une manière autre que médicale les demandeurs d'euthanasie. Les rapports de la CFCEE nous donnent beaucoup d'informations sur les pathologies affectant les patients, aussi sur les souffrances... mais qui sont-ils, ces patients, dans la vie, dans la société ? Au détour d'une remarque, l'on apprendra que l'un était médecin, l'autre artiste, qu'un prêtre était présent le jour de l'euthanasie, que les enfants sont revenus de l'étranger pour accompagner leur mère, leur père.

Le besoin d'une large étude couvrant toutes les décisions médicales de fin de vie, de l'arrêt de traitement à l'euthanasie en passant par la sédation profonde et continue, est rappelé d'année en année par la CFCEE. Tous les cinq ans, les Pays-Bas présentent une telle étude qui aborde aussi les refus d'euthanasie. Pourquoi pas la Belgique ? Cette étude permettrait aussi de répondre à cette question lancinante : comment expliquer la différence entre les déclarations rédigées en néerlandais et celles en français. En principe, nous devrions avoir une proportion de 60/40 %. En 2025, nous en étions à 75,3/24,7 %.

En attendant cette étude, vos témoignages sont importants pour parler des personnes, des humains que nous sommes, avant même d'être des patients en demande d'euthanasie. Merci de nous les adresser encore et encore. Ils seront également très importants dans la perspective du 25^e anniversaire de la loi relative à l'euthanasie en 2027. ○



SALON du bien vieillir

Pour les futurs retraités, les retraités, les aidants-proches et leurs familles

SAMEDI 26 SEPTEMBRE 2026
10h à 18h

SANTÉ & PRÉVENTION
HABITAT & CONFORT
LOISIRS & BIEN-ÊTRE
INFORMATIONS & CONSEILS

Salle "La Petite Europe"
Grand'Rue 48
6951 Nassogne (Bande)

Entrée gratuite

L'horaire des conférences est disponible sur le site de la commune www.nassogne.be

Transport possible sur réservation pour le 11 septembre au plus tard

POUR PLUS D'INFOS : Kathleen.Stegemans@nassogne.be - 08422 07 44

CONFÉRENCES ANIMATIONS ESPACE RENCONTRES

Editeur responsable: M. Quirynen, Place communale 2, 6950 Nassogne

CONFÉRENCE-ÉCHANGE

CHOISIR MA FIN DE VIE

Mardi 6 octobre à 14h

Animée par Monsieur Michel Driesen
Vice-président de l'ASBL ADMD
Association pour le droit de mourir dans la dignité

Réservation obligatoire
02 774 35 43
fase.cmd@woluwe1200.be

ENTRÉE GRATUITE

Lieu
Salle des conférences (-1) de la maison communale
2, avenue Paul Hymans

À l'initiative de Charles SIX, échevin des seniors

SOUS L'ÉGIDE DU COLLÈGE DES BOURGMESTRE, ÉCHEVINS ET ÉCHEVINS DE WOLUWE-SAINT-LAMBERT

ADMD

www.woluwe1200.be

WOLUWE-SAINT-LAMBERT
commune accueillante, commune innovante

Pour la première fois en après-midi

4

A G E N D A

10/10/26

SALON DES AÎNÉS

STANDS, CONFÉRENCES ET DÉMONSTRATIONS

Loisirs - Santé
Bien-être - Sports

Programme complet →

10h00 > 17h00
Centre sportif de Soumagne
Place de la Gare 1

ENTRÉE GRATUITE

BAR ET RESTAURATION
ACCÈS PMR



Commune de
Soumagne

Service de la famille
T. 04 377 97 99
famille@soumagne.be

CCCA - AÎNÉS
FLORENVILLE

Conseil Consultatif Communal des Aînés

Salon des Aînés

Mardi
13
OCTOBRE
2026

+ D'INFOS
sur le site www.respectseniors.be

3 questions à

Lydie Amici, fondatrice du

*Collectif
Auguste et les Autres*



Le Collectif Auguste et les Autres est une association de familles concernées par la problématique de la survenue avant l'âge de 65 ans de troubles neurocognitifs tels que la maladie d'Alzheimer, les dégénérescences lobaires fronto-temporales, la maladie à corps de Lewy et tout autre trouble dit apparenté. L'association soutient et accompagne les personnes atteintes par ces pathologies, ainsi que leurs proches, en proposant des activités de loisirs, une aide à la recherche d'informations et une mise en relation avec des intervenants de terrain. Parallèlement, le Collectif interpelle les responsables politiques, les professionnels de la santé et les acteurs de terrain pour faire évoluer la prise en charge et l'accompagnement du public qu'il représente.

Qu'est-ce qui distingue un diagnostic de trouble neurocognitif posé avant 65 ans ?

Entre 40 et 65 ans, vous êtes généralement dans la vie active. Vous avez très souvent des responsabilités et des engagements financiers. La maladie fait vaciller toute une famille. La personne malade va petit à petit perdre pied, et les proches aussi.

D'autant que l'entrée dans la maladie des personnes jeunes peut s'observer par des symptômes atypiques, et pas systématiquement un trouble de la mémoire. Il peut s'agir d'un changement de personnalité, d'une apathie, d'erreurs inhabituelles commises au travail, de difficultés à trouver ses mots, à utiliser les objets de la vie quotidienne, ou d'un repli sur soi. Peuvent également s'ajouter des troubles de la perception visuelle.

Tous ces symptômes sont souvent interprétés comme de la dépression ou un burn-out, voire une maladie psychiatrique. On observe alors une errance diagnostique qui peut durer plusieurs années (4 à 5 ans). Et pendant ce temps, la situation se dégrade tant au niveau privé que professionnel, avec des conséquences pouvant être désastreuses (licenciement, divorce, problèmes financiers, etc.).

À un stade avancé, la démence précoce évolue vers une grande dépendance. Les soins deviennent lourds et un maintien à domicile avec des prestations 7j/7 est extrêmement coûteux.

Quelles sont les principales lacunes que vous constatez dans l'accompagnement de ces personnes en Belgique ?

La maladie en soi est une tragédie, car elle est incurable. La seconde tragédie est un problème de prise en charge.

Les familles se sentent souvent seules et abandonnées au sein d'une société qui n'est pas sensibilisée à cette réalité. Chacune compose, en fonction de ses recherches, de rencontres fortuites, de mises en relation ou non, d'un réseau et de son niveau de littératie, un trajet de soins qui n'est pas tracé. Ce n'est pas normal. C'est une défaillance.

Une autre lacune est l'absence d'accompagnement systématique de la part des cliniques de la mémoire.

La fin de vie est également rarement abordée. Le respect des droits du patient est questionnable. Celui du choix de vie, tout autant.

Quelles sont vos revendications prioritaires auprès des pouvoirs publics ?

Actuellement, les besoins des personnes atteintes de démence précoce en Belgique francophone ne sont pas rencontrés.

Il est crucial de développer une expertise dans leur prise en charge, de créer un accompagnement, des centres de soins de jour et des lieux de vie adaptés lorsque le maintien à domicile n'est plus envisageable, ainsi qu'un programme de suivi pour les personnes maintenues à domicile.

La région flamande a, elle, octroyé une reconnaissance aux personnes atteintes de démence précoce, avec un budget à la clé. Concrètement, il y a une vingtaine de structures dédiées, labellisées, avec du personnel formé à la prise en charge de la démence précoce.

Aujourd'hui, l'espoir repose sur ce qui sera mis en œuvre au fédéral pour pallier l'absence de décisions et d'actions en Belgique francophone. ○

Entretien réalisé par Pierre Vangrootloon, journaliste à l'ADMD.



France Lemaitre
Administratrice de l'ADMD

Don d'organes après euthanasie : enjeux et principes d'une procédure rigoureuse

Depuis 2005, plus de 80 personnes ont fait don de leurs organes après une euthanasie en Belgique. Une pratique rare et strictement encadrée qui repose sur un principe intangible : l'indépendance totale entre la décision d'euthanasie et celle du don.

6

La pénurie d'organes reste l'un des principaux défis des programmes de transplantation, un taux non négligeable de patients décédant faute d'avoir pu recevoir à temps l'organe dont ils avaient besoin. La Belgique a depuis longtemps été sensibilisée à la problématique du prélèvement et de la transplantation d'organes comme en atteste la loi du 13 juin 1986¹. La loi repose sur le principe du consentement présumé : toute personne remplissant les conditions prévues par la loi est, après son décès, potentiellement donneuse d'organes. Le prélèvement est permis sur le corps de toute personne inscrite au registre de la population ou depuis plus de 6 mois au registre des étrangers, sauf si elle a exprimé de son vivant une opposition au prélèvement, acté au registre national. La loi prévoit aussi la possibilité de faire acter au registre national sa volonté d'être donneur d'organes. Il est cependant à noter que, dans la pratique clinique, les médecins consultent dans la très grande majorité des cas les proches avant de procéder au don afin de rechercher les volontés du défunt.

Les prélèvements d'organes et de tissus peuvent s'effectuer chez des patients en état de mort cérébrale (DBD : Donation after Brain Death) définie par la disparition totale de la circulation cérébrale en présence d'un débit cardiaque préservé. Ils peuvent aussi s'effectuer chez des donneurs chez qui le diagnostic de mort repose sur l'objectivation d'un arrêt circulatoire (DCD : Donation after Circulatory Death). Pour ces derniers la classification de Maastricht², établie en 1995, comprend 4 catégories dont la troisième, à laquelle les médecins sont le plus souvent confrontés, correspond aux donneurs dont le décès survient après un arrêt circulatoire consécutif à une désescalade des traitements devenus déraisonnables au vu de la pathologie du patient.

Quand euthanasie et don d'organes se rencontrent

En Belgique, une cinquième catégorie a vu le jour : le prélèvement d'organes à partir d'un donneur décédé suite à une euthanasie. Cette nouvelle catégorie a été créée pour s'adapter à

l'évolution de la législation, l'euthanasie ayant été dépénalisée sous conditions depuis la loi du 28 mai 2002³. Le don d'organes et de tissus après euthanasie est l'association de deux procédures distinctes qui bénéficient d'un cadre légal strict.

C'est en 2005, à l'hôpital universitaire d'Anvers qu'a été réalisé le premier prélèvement d'organes après l'euthanasie d'une patiente prénommée Diane⁴. Depuis, la pratique s'est progressivement développée, plus de 80 personnes ayant à ce jour en Belgique fait don de leurs organes après une euthanasie. La procédure reste néanmoins marginale par rapport au nombre total des euthanasies. Ceci s'explique notamment pour des raisons médicales, une grande partie des personnes demandant une euthanasie souffre d'un cancer évolué ou de polypathologies contre-indiquant le don. Les donneurs potentiels sont dès lors le plus souvent des patients souffrant de maladies neuro-dégénératives et plus rarement d'affections psychiatriques incurables. On estime ainsi qu'environ 10 % des personnes

¹ Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Don d'organes : législation et consentement au don en Belgique. Bruxelles : SPF Santé publique; [consulté le 10 août 2026].

² Kootstra G, Daemen JHC, Oomen APA. Categories of non-heart-beating donors. *Transplant Proc.* 1995;27(5):2893-4.

³ Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. *Moniteur belge.* 22 juin 2002.

⁴ Ysebaert D, Van Beeumen G, De Greef K, Squifflet JP, Detry O, De Roover A, et al. Organ procurement after euthanasia: Belgian experience. *Transplant Proc.* 2009;41(2):585-6. doi:10.1016/j.transproceed.2008.12.025.

euthanasiées pourraient théoriquement être donneuses d'organes et de tissus⁵. Une autre explication est la réticence et la difficulté pour le médecin d'aborder le sujet du don s'il n'est pas évoqué spontanément par le patient.

Face au développement de cette pratique, le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique a publié en janvier 2023 l'avis n°83 consacré au don d'organes après euthanasie⁶. Le respect du choix libre et éclairé du patient y constitue l'impératif central. Les informations concernant le don doivent être présentées sans créer de pression et les examens nécessaires en vue du don (analyses sanguines, imagerie ou autres investigations) doivent nécessiter le consentement du patient. Les membres du Comité ne s'accordent toutefois pas sur la question de savoir qui doit aborder le sujet du don d'organes. Certains considèrent qu'un médecin devrait pouvoir informer spontanément un patient de cette possibilité, comme il le ferait pour d'autres choix de fin de vie. D'autres craignent qu'une telle proposition ne modifie la dynamique de la demande d'euthanasie, en particulier chez des patients vulnérables ou dont la demande de mourir peut évoluer avec le temps. Le Comité consultatif de Bioéthique insiste également sur le fait que l'euthanasie ne peut jamais être conditionnée à un don d'organes, et sur le fait que le patient doit rester libre de renoncer au don ou à l'euthanasie elle-même jusqu'au dernier moment.

⁵ Bollen J, van Smaalen T, ten Hoopen R, van Heurn E, Ysebaert D, van Mook W. Potential number of organ donors after euthanasia in Belgium. *JAMA*. 2017;317(14):1476-7. doi:10.1001/jama.2017.0729.

⁶ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique. Avis n°83 du 9 janvier 2023 relatif au don d'organes après euthanasie. Bruxelles : Comité consultatif de Bioéthique de Belgique ; 2023.

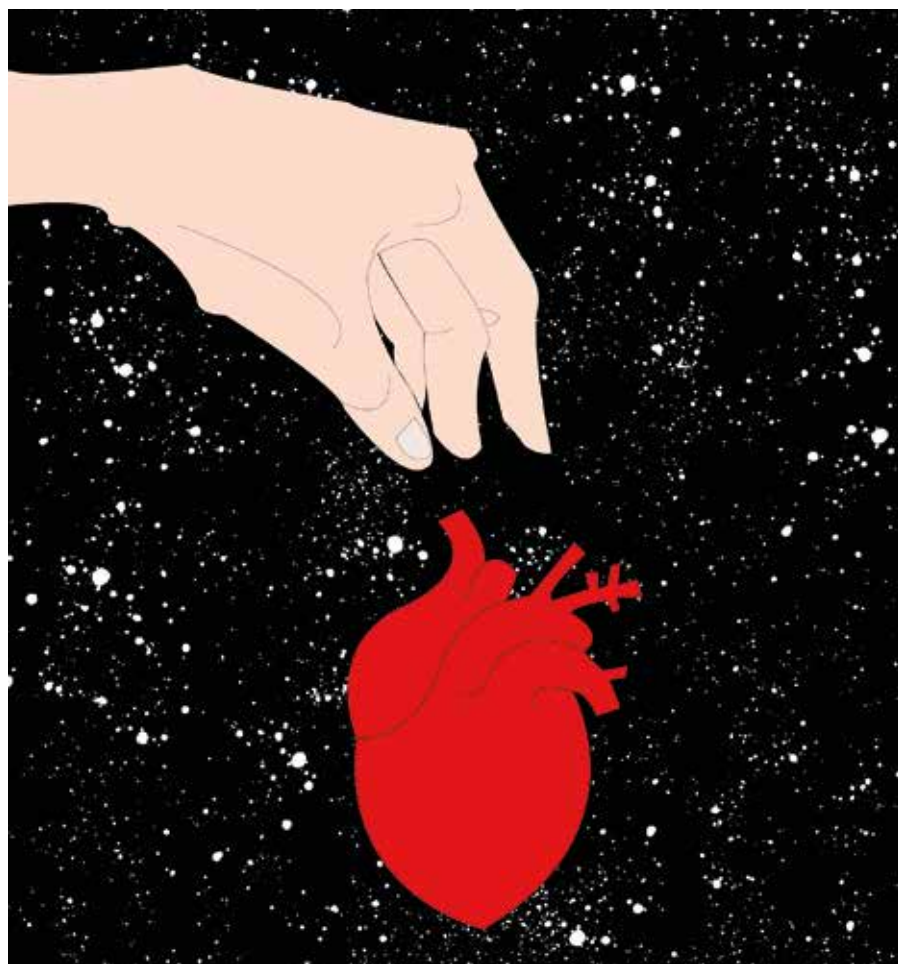
Ceci vise à éviter qu'un patient ne perçoive sa mort comme "utile" à autrui, ce qui créerait une pression morale le poussant à poursuivre la procédure.

La décision de demander une euthanasie et celle de donner ses organes doivent impérativement rester deux démarches distinctes. La procédure doit suivre une séquence précise : dans un premier temps, les médecins vérifient que la demande d'euthanasie répond aux conditions prévues par la loi, indépendamment de toute possibilité de don. Ce n'est qu'une fois cette étape achevée que la question du prélèvement d'organes peut être abordée avec le patient. Celui-ci doit rester libre de renoncer au don, sans que cela n'influence sa prise en charge ni sa demande d'euthanasie.

Afin d'éviter tout conflit d'intérêts, les différentes étapes sont également

prises en charge par des équipes distinctes. Cette séparation vise à garantir que l'intérêt des futurs receveurs ne puisse jamais intervenir dans la décision concernant la fin de vie du patient. L'euthanasie peut se faire soit sur la base d'une demande actuelle d'un patient qui se trouve dans une situation médicale sans issue, liée à une affection grave et incurable, entraînant une souffrance constante, insupportable et inapaisable. L'euthanasie peut également se faire sur base d'une déclaration anticipée rédigée par le patient qui se trouve dans une situation de coma irréversible dans l'état actuel des connaissances scientifiques, suite à une maladie incurable.

Les deux cas de figure peuvent être suivis de don d'organes, comme le montrent les deux situations suivantes. Le premier exemple concerne un patient de 61 ans atteint de sclérose latérale amyotrophique, devenu tétraplégique et qui souffre d'une paralysie respiratoire progressive.



Il souhaite bénéficier d'une euthanasie sur base d'une demande actuelle et exprime également sa volonté de donner ses organes. Face à une maladie incurable responsable de souffrances physiques et psychologiques, il a été acté que le patient répondait bien aux critères de la loi de dépénalisation sous conditions de l'euthanasie. Dans un second temps, le sujet du don a été discuté et la procédure élaborée. L'euthanasie du patient a été réalisée en salle d'opération. Après une période de *no touch* et la constatation du décès, ses deux poumons, ses deux reins et son foie ont été prélevés. L'ensemble des étapes s'est déroulé dans un climat de sérénité remarquable pour l'ensemble des intervenants, patient, famille et les différentes équipes soignantes.

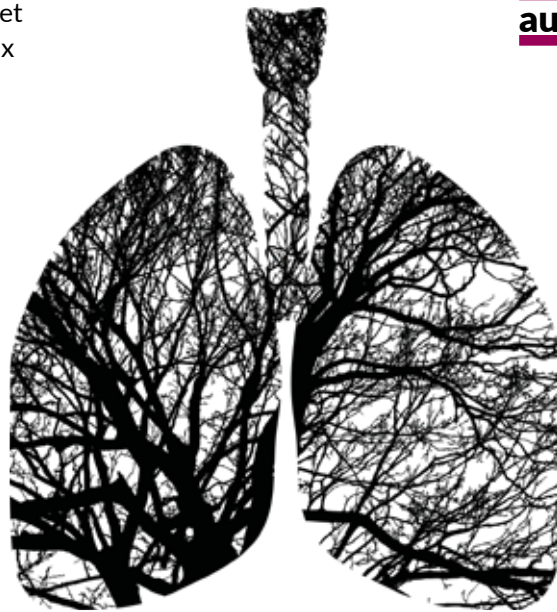
Le second exemple est celui d'une euthanasie suite à une déclaration anticipée et concerne une patiente de 37 ans admise aux soins intensifs après une réanimation de 20 minutes pour un arrêt cardiaque secondaire à une pendaison. L'évolution clinique a été marquée par un coma post-anoxique persistant et irréversible. Les critères légaux d'application de sa déclaration anticipée étaient donc pleinement réunis. La patiente était par ailleurs inscrite au registre national comme donneuse d'organes. L'euthanasie s'est déroulée en salle d'opération en vue du don. Le foie, les deux reins, le cœur pour les valves et des tendons ont été prélevés. Dans les deux cas, la procédure qui a mené au don d'organes a été rigoureuse et a respecté une séquence précise.

Les enjeux éthiques

Pour éviter la confusion entre décision d'euthanasie et décision de prélèvement, le don d'organes après euthanasie doit se réaliser dans le respect de la législation en vigueur mais également dans le respect des

principes éthiques d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice distributive. Le principe d'autonomie met en avant le respect des volontés du patient. Il s'applique par-delà la mort, le défunt ayant droit au respect de ce qu'il a exprimé avant de mourir.

Le principe de bienfaisance commande de considérer en premier le bien et l'intérêt du patient. Pour le



patient, cela implique de soulager une souffrance devenue insupportable et de respecter ses choix de fin de vie. Le médecin peut satisfaire à sa demande mais peut aussi, en mobilisant sa clause de conscience, rester libre de ne pas consentir à l'aider à mourir sous réserve de l'orienter vers un autre confrère. Le principe de non malfaisance commande de « *primum non nocere* ». Le devoir de ne pas nuire impose de ne jamais laisser l'intérêt des receveurs prendre le pas sur celui du patient qui demande l'euthanasie.

Le principe de justice distributive désigne les règles justes d'attribution des ressources dans une perspective collective. Il intervient ici principalement dans le système d'allocation des organes à greffer, la Belgique fonctionnant en collaboration avec la

fondation Eurotransplant qui œuvre pour une utilisation optimale des organes disponibles en établissant la meilleure combinaison possible entre organes et receveurs. Si l'ensemble des règles légales et éthiques est respecté, il paraît donc légitime d'adhérer à la demande du patient qui souhaite faire don de ses organes après son euthanasie et accomplir ainsi un dernier geste altruiste.

La règle du donneur mort au cœur du débat

En pratique, l'euthanasie est d'abord pratiquée selon la procédure habituelle par le médecin qui a accompagné le patient dans sa demande. Elle entraîne l'arrêt de la circulation sanguine. Dans les protocoles belges de don après euthanasie, une période de cinq minutes de *no touch* est observée, pendant laquelle aucune intervention n'est réalisée, afin de confirmer le caractère irréversible de l'arrêt circulatoire et le constat du décès. Ce n'est qu'ensuite que commence la procédure de prélèvement par une autre équipe, indépendante de la première, issue d'un centre de coordination de prélèvement et de transplantation d'organes. On ne le mentionne pas suffisamment mais cette période est importante également sur le plan moral et philosophique car elle est propice au recueillement, au respect du patient et à la conscientisation du don qui va être réalisé. La succession de ces deux procédures respecte la *dead donor rule*, ou « règle du donneur mort ». Selon cette règle, un organe vital ne peut être prélevé que sur une personne décédée et le prélèvement ne peut être la cause de la mort. La rapidité du prélèvement après la période de *no touch* est essentielle. Après l'arrêt de la circulation, les organes ne sont plus alimentés en sang ni en oxygène. Cette période que l'on appelle « d'ischémie chaude » doit

donc idéalement être la plus courte possible afin de préserver au mieux les organes destinés à la transplantation.

Pour le Comité consultatif de Bioéthique, la *dead donor rule* constitue une garantie essentielle, l'euthanasie doit entraîner le décès avant tout prélèvement d'organes vitaux, afin de maintenir une séparation claire entre la décision de mourir et celle de donner ses organes. Toutefois, dans un article publié en juillet 2026 dans le *New England Journal of Medicine*, Winberg et al.⁷ invitent à reconsidérer le caractère absolu de cette règle dans le cas précis où un patient fait le choix de manière libre et sans pression de recourir à l'euthanasie et de faire don de ses organes. Les auteurs s'interrogent sur la nécessité de maintenir l'exigence d'un décès préalable au prélèvement. Parmi les arguments avancés figure la possibilité d'éviter l'ischémie chaude si le prélèvement était réalisé avant l'arrêt circulatoire, ce qui pourrait améliorer la qualité des greffons.

Des progrès qui réduisent l'impact de l'ischémie chaude

Les auteurs n'abordent cependant pas dans leur article les progrès réalisés dans la préservation des organes durant la période d'ischémie chaude. Historiquement, certains greffons prélevés après arrêt circulatoire (DCD) présentaient davantage de lésions liées à cette période et, selon l'organe, certaines complications étaient plus fréquentes qu'avec les greffons prélevés chez les patients en mort cérébrale (DBD). Les avancées médicales récentes ont toutefois permis de considérablement réduire cet écart, les résultats obtenus avec des

greffons après une procédure DCD se rapprochant désormais fortement de ceux des DBD dans les centres expérimentés, grâce à l'amélioration des protocoles à plusieurs niveaux.

La préparation du patient a été optimisée. Il est ainsi souvent endormi profondément, entouré par les proches de son choix. Il est ensuite pris en charge en salle d'opération où il est préparé en vue du don (mise en place de champs stériles, préparation du matériel) qui sera immédiatement débuté après la période de *no touch* qui suit l'euthanasie et le constat du décès. Des progrès techniques majeurs ont également été réalisés comme la perfusion régionale normothermique et l'utilisation de machines de perfusion *ex vivo*. La perfusion régionale normothermique consiste, après le constat du décès, à utiliser une circulation extracorporelle pour reperfuser les organes avec du sang oxygéné à température corporelle avant le prélèvement. L'objectif n'est donc plus seulement de refroidir l'organe pour ralentir sa dégradation comme cela était le cas auparavant mais de rétablir temporairement un métabolisme proche de la physiologie normale. Enfin, une fois prélevés, certains organes peuvent ensuite être connectés à une machine qui fait circuler un liquide ou du sang oxygéné en leur sein. Ces machines de perfusion *ex vivo* dans lesquelles les greffons sont placés peuvent les préserver, les réoxygéner et même tester leur fonctionnement avant transplantation^{8,9}.

La priorité : préserver la confiance envers ces deux pratiques

Ces évolutions sont donc importantes à prendre en compte dans le débat sur la *dead donor rule* car elles relativisent l'argument selon lequel une meilleure qualité des greffons pousse à avoir une réflexion sur un assouplissement de cette règle en faveur d'un prélèvement précédant le décès. De plus, un tel changement soulève plusieurs questions éthiques dont celle de conserver la confiance de la population envers les médecins et le système de soins ; la certitude que la décision de mourir ne sera jamais influencée par la possibilité de sauver d'autres vies étant un point crucial. C'est là que se situe la véritable ligne rouge car le risque est en fine que la recherche du mieux devienne dans ce cas précis l'ennemi du bien.

Le don d'organes après euthanasie est encore actuellement une pratique marginale qui peut permettre aux patients qui en expriment le souhait d'accomplir un dernier geste altruiste. Il peut également contribuer à répondre à la pénurie de greffons, à condition de garder comme principe essentiel que la décision d'euthanasie ne puisse jamais être influencée par la possibilité de sauver d'autres vies. Par ailleurs, les progrès techniques permettent aujourd'hui de mieux préserver les greffons issus de donneurs DCD et rendent moins robuste la nécessité de remettre en question la *dead donor rule*. Enfin, la confiance des patients, des familles et de la société dans le système de soins doit rester l'enjeu majeur. ○

9



⁷ Winberg C, Ball I, Truog RD. Contextualizing the dead donor rule in an era of voluntary euthanasia. *N Engl J Med*. 2026;395:194-200. doi:10.1056/NEJMms2601611.

⁸ Klein Nulend R, Hameed A, Singla A, Yuen L, Lee T, Yoon P, et al. Normothermic machine perfusion and normothermic regional perfusion of DCD kidneys before transplantation: a systematic review. *Transplantation*. 2025;109(2):362-375. doi:10.1097/TP.0000000000005132.

⁹ Rawashdeh B, Haj Mohammad N, Al-Abdallat H, Cooper E, Schimmers P, Hussein A, et al. Normothermic regional perfusion in organ transplantation: trends, key topics, and evolving research focus. *Exp Clin Transplant*. 2026;24(1):59-68. doi:10.6002/ect.2025.0181.

Quelques chiffres en matière de don d'organes après euthanasie (Belgique, Pays-Bas, Espagne, Québec)



Savez-vous que la Belgique a fait œuvre de pionnière en matière de don d'organes avec le premier cas en 2005 ? Aux Pays-Bas, ce fut en 2012. Pour le Québec et l'Espagne, il fallait bien entendu attendre une législation permettant l'aide médicale à mourir. Mais il faut bien reconnaître que tant l'Espagne que le Québec ont actuellement dépassé la Belgique en ce qui concerne cette double procédure.

10

27

Sur le site de Transplant Québec (<https://www.transplantquebec.ca/>), l'on peut lire que « le don d'organes en contexte d'aide médicale à mourir (AMM) a été introduit en 2017. En 2025, 27 personnes ont généreusement offert leurs organes suite à l'acceptation de leur demande d'AMM ».

L'Espagne, leader mondial en matière de transplantation d'organes, affiche 73 cas de donneurs d'organes sur les 565 patients ayant obtenu l'euthanasie en 2025. Paradoxe : pour 0,13 % d'euthanasies par rapport au total des décès, l'Espagne présente le plus haut taux de don d'organes après euthanasie en comparaison avec la Belgique, les Pays-Bas et le Québec.

73

13
34

En Belgique, en 2025, 13 cas de don d'organes ont été enregistrés pour 4.487 euthanasies. Et aux Pays-Bas 34 cas pour 10.341 euthanasies.





Alain Van Kerekhoven
Administrateur de l'ADMD

Mort choisie, foi et dialogue

Cet article examine la place des traditions chrétienne, juive et musulmane dans le débat sur la mort choisie, en privilégiant une approche laïque fondée sur l'écoute plutôt que sur l'opposition entre croyance et incroyance. Il montre l'intérêt de prendre au sérieux les ressources internes des religions, leurs tensions et leurs évolutions, afin de favoriser un dialogue mieux informé et plus respectueux des consciences confrontées à la fin de vie.

Introduction

L'idée de cet article remonte à quelques années, lorsqu'un jeune musulman, accompagné de sa mère athée, est venu à l'ADMD pour chercher des réponses concernant sa grand-mère pour laquelle la médecine n'offrait plus ni perspectives ni soulagement. Elle souhaitait mourir, mais ne voulait pas que son petit-fils en souffre trop. Lui, de son côté souffrait de l'état de sa grand-mère, mais craignait qu'elle s'exposât au châtement de l'au-delà. Il venait chercher des réponses eschatologiques, et j'étais là, face à lui, avec un formulaire d'adhésion.

Les arguments

Dans les traditions du Livre, la vie humaine est généralement comprise comme *un don sacré*, dont l'être humain ne peut disposer souverainement. Cet argument constitue l'un des fondements majeurs des doctrines religieuses qui s'opposent à la mort choisie.

Il s'accompagne souvent d'une thèse connexe : *l'être humain ne serait pas propriétaire de sa propre vie*. Cette idée existe dans de nombreuses cultures. Dans le Phédon, Socrate affirme que les hommes appartiennent aux dieux

et ne peuvent quitter cette garde sans autorisation divine ; l'âme y est comparée à un prisonnier, et « il n'est pas permis à l'homme de se donner la mort tant qu'un dieu ne lui envoie pas une nécessité¹ ».

Une troisième thèse est développée par Thomas d'Aquin : la mort volontaire constitue à la fois *un manquement à la charité envers soi-même* et une faute contre Dieu, puisque la vie est reçue comme un don divin².

Pour un non-croyant, ces arguments peuvent être difficiles à recevoir, car ils reposent sur des prémisses théologiques qu'il ne partage pas. Toutefois, l'enjeu n'est pas ici d'opposer croyance et incroyance, mais d'adopter une démarche laïque attentive aux convictions de chacun, orientée vers l'écoute et l'accompagnement.

Il serait donc peu utile de répondre à ces arguments en les réduisant à des fautes de raisonnement, telles que l'appel à l'autorité, l'appel à la tradition ou la pétition de principe. Une telle critique peut avoir sa pertinence dans un débat théorique, mais elle sera inopérante, voire blessante, face à une personne croyante confrontée à la fin de vie, à la souffrance ou à la crainte du jugement divin. Dans ce contexte,

la question n'est pas de disqualifier abstraitement ses raisons, mais de chercher une réponse susceptible d'être entendue à l'intérieur même de son horizon spirituel.

Cette réponse dépendra naturellement de la tradition religieuse à laquelle l'interlocuteur se rattache.

Les textes

Le Talmud rapporte plusieurs récits dans lesquels des personnages confrontés à des situations extrêmes acceptent ou choisissent la mort. Ainsi, R. Hanina ben Teradyon, condamné à être brûlé vif, accepte que son bourreau abrège son agonie ; le récit précise ensuite qu'une voix céleste annonce que le maître et son bourreau ont part au monde à venir. Le traité *Gittin* évoque également le suicide collectif de jeunes captifs promis à l'esclavage sexuel, ainsi que l'histoire d'une mère qui se jette d'un toit après la mort de ses sept fils martyrs³.

Ces passages ne sauraient être interprétés comme une approbation générale du suicide ou de l'euthanasie. Ils indiquent plutôt que la tradition talmudique a pu reconnaître, dans des circonstances limites, une valeur religieuse ou morale à certaines morts acceptées ou choisies.

¹ Platon, *Phédon* 62b-c : Socrate explique que les hommes sont des possessions des dieux et qu'il ne leur est pas permis de se donner la mort.

² Thomas d'Aquin, *Somme théologique*, II-II, question 64, article 5.

³ Talmud de Babylone, *Avodah Zarah* 18a ; *Gittin* 57b.

La Bible et le Coran n'offrent guère ce genre d'exemples. Dans l'Ancien Testament, les morts volontaires qui y sont relatées ne sont pas présentées comme des modèles à suivre. Saül, déjà disqualifié comme roi en raison de sa désobéissance à la parole du Seigneur, se jette sur son épée après avoir demandé à son écuyer de l'achever. Abimélec, usurpateur violent, demande lui aussi à son écuyer de le tuer afin d'échapper à l'humiliation. La mort volontaire n'y est donc pas absente, mais elle est associée à des personnages placés en rupture avec la Loi.

De même, dans les Évangiles, la mort volontaire de Judas est associée au désespoir et à la trahison et n'est en rien exemplative.

Le Coran, qui se présente comme confirmant les révélations antérieures de la Torah et de l'Évangile, n'offre pas davantage d'ouverture en faveur de la mort choisie. Le verset 4:29 est particulièrement explicite : « Ne vous tuez pas les uns les autres ou vous-mêmes. Dieu est miséricordieux envers vous⁴. » Ce passage inscrit l'interdit de l'auto-destruction dans une théologie de la miséricorde divine, où la vie humaine demeure placée sous la souveraineté de Dieu. Nous y reviendrons.

Quant aux exceptions pénales ou guerrières présentes dans la Bible ou le Coran, elles ne fondent nullement un droit individuel à disposer de sa propre vie ni de celle d'autrui. Elles s'inscrivent dans des cadres juridiques, collectifs et normatifs spécifiques, qui ne peuvent être assimilés à une autorisation personnelle de provoquer la mort⁵.

Au-delà de l'interdit

Nous avons vu que seul le Talmud offre des exemples directement mobilisables pour la réflexion.

Une autre voie consiste à rechercher, dans chacune des traditions, des passages qui n'autorisent pas la mort volontaire, mais ouvrent un espace d'interprétation. Cette voie se déploie utilement sur deux plans distincts, qu'il importe de ne pas confondre.

Le premier est eschatologique : à qui appartient le jugement dernier ? Les traditions religieuses ne confondent pas nécessairement l'interdit d'un acte avec la condamnation définitive de la personne qui l'accomplit. Dans les trois religions du Livre, la faute grave n'exclut donc pas nécessairement l'espérance du pardon, y compris sans repentir. Le Coran 39:53 interdit de désespérer de la miséricorde d'Allah ; dans l'Évangile de Luc 23:34, Jésus demande le pardon de ses bourreaux avant toute repentance explicite de leur part ; dans Exode 33:19, Dieu affirme qu'il fait grâce à qui il veut faire grâce, sans énoncer le repentir comme condition préalable. Ces textes ne justifient pas la mort choisie, ils rappellent plus modestement que le jugement ultime n'appartient qu'à Dieu seul. Ce fil demeure fragile, et il serait malhonorable de le présenter autrement. Mais il suffit à déplacer la question : non plus « l'acte est-il permis ? », mais « qui, en dernière instance, en juge ? »

Le second plan est celui de l'accompagnement humain, et c'est là que les traditions religieuses offrent leurs ressources les plus riches et les moins disputées. Indépendamment de la position doctrinale sur la mort choisie, les trois traditions convergent vers une éthique exigeante du soin, de la présence et de la compassion envers celui qui souffre et qui approche de la mort. C'est sans doute là que croyants et non-croyants peuvent le plus aisément se rejoindre : non sur la permission de mourir, mais sur la

manière d'accompagner. La question n'est pas de résoudre théologiquement le sort de celui qui va mourir, mais d'ouvrir un espace où foi et souffrance puissent coexister avec la décision qui a été prise.

Quelques positions

Ces ressources théoriques trouvent des échos dans des prises de position concrètes, au sein de chacune des trois traditions. Dans le monde catholique, plusieurs exemples montrent que la foi a parfois été articulée à une réflexion bienveillante envers la mort choisie. Thomas More, dans *Utopia* (1516), met ainsi favorablement en scène des prêtres et des magistrats qui invitent les personnes atteintes de maladies incurables et douloureuses à choisir volontairement la mort ou à accepter d'en être délivrées. Cette représentation n'a pas empêché la béatification puis la canonisation de son auteur.

Dans le protestantisme contemporain, plusieurs courants se sont prononcés plus explicitement en faveur de l'assistance à mourir. L'United Church of Christ ou les unitariens britanniques ont ainsi chacun défendu la possibilité d'une aide à mourir encadrée^{6,7}.

En Belgique, cette réflexion a également trouvé des expressions importantes au sein du christianisme. Le chanoine Pierre de Lochet ou le vice-recteur de l'UCL Gabriel Ringlet ont ainsi soutenu, chacun à leur manière, une approche chrétienne attentive aux personnes ayant choisi l'euthanasie. Dès 2003 d'ailleurs, la Commission d'éthique biomédicale hospitalo-facultaire de l'UCL recommandait à la Faculté de médecine de veiller à ce que l'accompagnement des patients en fin de vie soit enseigné dans les cours théo-

⁴ Coran, sourate 4 (An-Nisâ'), v. 29.

⁵ Les attentats-suicides revendiqués au nom du *jihad* relèvent d'une requalification politico-juridique contemporaine, largement contestée dans les milieux musulmans et ne peuvent sérieusement être invoqués ici.

⁶ United Church of Christ, Faithfully Facing Dying: A Lenten Study Guide on Critical Issues and Decisions for the Members of the United Church of Christ (Cleveland: United Church of Christ, 2010), 4, consulté le 29 juin 2026.

⁷ General Assembly of Unitarian and Free Christian Churches, motion on assisted dying, April 2013, cité dans Dignity in Dying, "Unitarian and Free Christian Churches Support a Change in the Law on Assistance to Die," April 15, 2013, consulté le 29 juin 2026.



riques et cliniques de médecine, « en ce compris la demande d'euthanasie⁸ ».

À l'instar du monde chrétien, le judaïsme religieux présente également une pluralité de positions et certains courants libéraux, réformés ou humanistes adoptent des positions ouvertes. Ainsi, le rabbin réformé britannique Jonathan Romain défend publiquement l'assistance à mourir comme une option compatible avec une foi juive fondée sur la compassion, la dignité et la responsabilité morale⁹. Dans le judaïsme humaniste, des voix telles que celle de Miriam Jerris soutiennent plus explicitement le droit à une assistance pour mourir, en privilégiant l'autonomie personnelle et la liberté de choix en fin de vie¹⁰.

Dans le monde musulman, la littérature bioéthique islamique contemporaine demeure largement opposée à l'euthanasie et au suicide assisté. Des marges d'assouplissement existent toutefois dans la pratique de la non-réanimation et dans l'arrêt du maintien artificiel de la vie. En Arabie saoudite, la fatwa n°12086 du

Permanent Committee for Scholarly Research and Ifta autorise ainsi l'arrêt des dispositifs de maintien artificiel de la vie¹¹. L'ouvrage collectif dirigé par Mohammed Ghaly¹² rassemble des contributions examinant l'arrêt de traitement, l'autonomie personnelle et l'euthanasie à partir des ressources internes de la tradition islamique. Un levier particulièrement fécond est celui de la *maṣlaḥa*, principe selon lequel Dieu veut le bien de l'humanité et qui permet aux juristes de justifier rationnellement la licéité de l'arrêt ou du refus de traitements. Ezieddin Elmahjub (Université du Qatar) a proposé dans ce cadre une approche intermédiaire entre la conception de la vie comme valeur sacrée non négociable et une éthique intégrant les considérations de douleur et de dignité¹³. Ces débats ne débouchent pas sur une reconnaissance de l'euthanasie, mais attestent que la tradition islamique est elle aussi traversée par des tensions réelles entre souveraineté divine et souci de la personne mourante.

Conclusion

Si les frontières juridiques et culturelles de la mort choisie évoluent à l'échelle mondiale, elles se déplacent également au sein d'espaces religieux trop souvent négligés. Or les traditions du Livre structurent la vie spirituelle, morale et communautaire de quatre milliards de personnes. Toute réflexion sérieuse sur la fin de vie ne peut donc faire l'économie d'un examen attentif de ces croyances, de leurs tensions et de leurs évolutions.

Un dialogue approfondi et respectueux avec les croyants apparaît dès lors indispensable. Si les institutions rechignent à l'engager, il appartient sans doute à chacun de contribuer, à son niveau, à créer les conditions d'un échange plus juste, plus informé et plus humain – et c'est à cette condition que des rencontres comme celle qui est à l'origine de cet article pourront, un jour, se passer avec l'écoute éclairée qu'elles méritent. ○



⁸ Commission d'éthique biomédicale hospitalo-facultaire de l'UCL, « Avis de la Commission d'éthique biomédicale hospitalo-facultaire de l'UCL sur l'accompagnement du patient en fin de vie, en ce compris la demande d'euthanasie », Louvain Médical 124, no 7 (2005) : 253-258.

⁹ Jonathan Romain, "A Jewish View of Assisted Dying," *Modern Believing* 56, no. 2 (2015): 103-12, <https://www.liverpooluniversitypress.co.uk/doi/10.3828/mb.2015.10>.

¹⁰ Miriam Jerris, "Escalating Bliss and a Choiceful Death," *Society for Humanistic Judaism*, October 11, 2023, consulté le 29 juin 2026.

¹¹ Madadin, M., Al Sahwan, H. S., Altarouti, K. K., Altarouti, S. A., Al Eswaikt, Z. S., & Menezes, R. G. (2020). The Islamic perspective on physician-assisted suicide and euthanasia. *Medicine, science, and the law*, 60(4), 278-286.

¹² Ghaly, Mohammed, dir. *End-of-Life Care, Dying and Death in the Islamic Moral Tradition*. Leiden : Brill, 2022.

¹³ Elmahjub, Ezieddin. « Normative Account of Islamic Bioethics in End-of-Life Care. » *Global Bioethics* 33, no 1 (2022) : 133-154.



Jacqueline Herremans
Présidente de l'ADMD

15 juillet 2026 : la France adopte la loi relative au droit à l'aide à mourir

Enfin, pourrait-on dire. Mais modérons notre enthousiasme. Les Français doivent encore s'armer de patience avant que cette loi n'entre en vigueur. Le Conseil constitutionnel doit dans un premier temps statuer sur cinq saisines avant que la loi ne puisse être promulguée. Par ailleurs, il faudra également attendre les décrets d'application. Ceci nous amènera sans doute en 2027, année du 25^{ème} anniversaire de la loi belge relative à l'euthanasie. Mais aussi année électorale présidentielle...

D'où vient la France ?

14

Rappeler toutes les étapes de cette marche d'Echternach pour en arriver à ce vote historique serait trop long et fastidieux. Je citerai donc quelques étapes de manière tout à fait arbitraire.

Dès 1978, le sénateur Henri Caillavet dépose une proposition de loi intitulée « Vivre sa mort ». Il amènera le CCNE (Comité consultatif national d'éthique) à proposer en 2000, la notion « d'engagement solidaire et d'exception d'euthanasie » (avis N°63)¹. Le professeur Léon Schwartzberg fera l'objet d'une suspension d'un an d'exercice de la profession par l'Ordre des médecins pour avoir révélé dans la presse, en 1987, l'euthanasie qu'il avait apportée à un malade incurable².

L'association pour le droit de mourir dans la dignité se constitue en 1980 en France, deux ans avant l'ADMD Belgique.

Diverses affaires viendront relancer le débat : Vincent Humbert, fauché dans la vingtaine par un accident de la route qui le laissera tétraplégique et qui adressera une supplique au président Chirac pour qu'on le laisse mourir. Le 24 septembre 2003, sa mère, Marie Humbert parvient à lui administrer des médicaments, sans toutefois provoquer sa mort qui surviendra quelques heures par après en réanimation. S'ensuit la 1^{ère} loi Léonetti, loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, que l'on peut résumer en « laisser mourir ».

Je retiendrai toutefois de cette loi la terminologie de l'obstination déraisonnable qui remplace de manière adéquate l'acharnement thérapeutique.

Il y aura aussi Chantal Sébire qui mettra fin à ses jours le 19 mars 2008, seule, dans son appartement de la banlieue de Dijon. Le même jour, Hugo Claus, après avoir échangé une dernière coupe de champagne avec sa femme, bénéficiait de l'euthanasie à l'hôpital du Middelheim d'Anvers.

Il y eut l'espoir en 2012 avec la promesse 21 du candidat présidentiel François Hollande : « Permettre à toute personne majeure atteinte d'une maladie incurable, en phase avancée ou terminale et éprouvant des souffrances physiques ou psychiques insupportables impossibles à apaiser, de demander une aide active pour mourir ».

Et la montagne accoucha d'une souris, la loi Claeys-Leonetti. La France invente un nouveau droit : celui de demander la sédation profonde et continue, à savoir un traitement médical qui plonge le patient dans l'inconscience et le coupe donc de toute communication avec le monde extérieur. En quelque sorte, le « faire dormir ». Une faible avancée avec également une application minimaliste s'apparentant plutôt à une sédation pas trop profonde (titrage des médicaments) et discontinuée, les patients mourant après une agonie de plusieurs jours, voire semaines. Et faut-il ajouter, accordée avec parcimonie aux patients, les médecins craignant que la sédation soit assimilée à une euthanasie.

¹ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-63-fin-de-vie-arret-de-vie-euthanasie>

² Cette décision sera annulée par le Conseil d'Etat



Sous l'ère Macron, allait-on enfin connaître une réelle avancée ?

Le Comité consultatif national d'éthique a commencé à entrouvrir la porte en son avis 139 portant sur des « Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité ». Quelques phrases épinglées du communiqué de presse : « Si le législateur décide de légiférer sur l'aide active à mourir, un certain nombre de critères éthiques devront être respectés. Ainsi, dans ce cas « la possibilité d'un accès légal à une assistance au suicide devrait être ouverte aux personnes majeures atteintes de maladies graves et incurables, provoquant des souffrances physiques ou psychiques réfractaires, dont le pronostic vital est engagé à moyen terme. La demande d'aide active à mourir devrait être exprimée par une personne disposant d'une autonomie de décision au moment de la demande, de façon libre, éclairée et réitérée ».³

Le mot « euthanasie » apparaît également timidement. Peu de références à la Belgique qui pour certains représentaient le modèle à ne pas suivre. Il faut dire que le président d'honneur du CCNE Didier Sicard ne rate pas une occasion pour critiquer ou plutôt caricaturer la loi belge relative à l'euthanasie et son application.

Au-delà de divers sondages qui les uns après les autres témoignaient d'une adhésion très largement majoritaire à une liberté pour choisir sa fin de vie, il y eut un moment

suspendu, à savoir l'exercice de participation citoyenne que constitua la Convention citoyenne sur la fin de vie : 184 citoyens tirés au sort, illustrant la diversité de la société française, qui ont débattu de décembre 2022 à avril 2023 sous l'égide du Conseil économique, social et environnemental (CESE) pour évaluer le cadre légal de la fin de vie⁴. Ces citoyens ont entendu des experts, se sont approprié cette matière complexe, ont consacré neuf week-ends pour débattre.

Pour résumer les conclusions :

« À 75,6 % la Convention se positionne en faveur d'une aide active à mourir, considérant que le cadre légal en vigueur (loi Claeys-Leonetti de 2016) est insuffisant. Elle évoque, par exemple, la limite posée par la loi, dans l'état actuel, sur la pratique de la sédation profonde et continue. Sur la question du suicide assisté ou de l'euthanasie, la Convention se prononce pour une mise en place conjointe des deux, considérant que choisir une des deux solutions ne répondrait pas à la diversité des situations rencontrées ». En d'autres mots, « la Convention citoyenne appelle à repenser le cadre d'accompagnement de la fin de vie et se positionne en majorité pour une ouverture de l'aide active à mourir sous conditions ».

Je passerai sur les vicissitudes du parcours parlementaire avec notamment l'épisode de la dissolution décrétée par le Président de la République le 9 juin 2024 et les trois navettes Assemblée Nationale-Sénat, le Sénat rejetant

³ <https://www.ccne-ethique.fr/fr/avis/avis-139-questions-ethiques-relatives-aux-situations-de-fin-de-vie-autonomie-et-solidarite?taxo=0> Cet avis reprend aussi les différentes approches du CCNE concernant la fin de la vie

⁴ <https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/>

tout simplement la proposition de loi. Parcours chaotique pour en arriver au vote solennel de la loi relative au droit à l'aide à mourir le 15 juillet 2026 : 291 pour, 241 contre, 29 abstentions.

Et ce 15 juillet 2026, je me suis réjouie avec mes amis de l'ADMD France qui voyaient ainsi leurs efforts de quelques décennies enfin récompensés. Pas totalement cependant lorsque l'on lit attentivement le texte adopté.

Que dit la loi relative à un droit à l'aide à mourir votée ce 15 juillet ?⁵

Dans les débats qui ont précédé ce vote, il y avait la volonté bien marquée de créer une loi française. Pas question de « copier » la loi belge, par exemple. Jusque dans les choix des mots. Pas question de parler d'euthanasie ! Soit. Peu importe le flacon, pourvu qu'on ait l'ivresse. Nos amis canadiens parlent bien d'aide médicale à mourir.

Donc, les Français ont opté pour « le droit à l'aide à mourir ».

Mais au-delà de la forme, retrouve-t-on les grands principes de notre loi relative à l'euthanasie ? Pas tout à fait. Hélas, le législateur français ne s'est guère inspiré de Boileau : « Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, Et les mots pour le dire arrivent aisément ».

16

Prenons la définition : « le droit pour une personne qui en a exprimé la demande d'être autorisée à recourir à une substance létale [...] afin qu'elle se l'administre ou, lorsqu'elle n'est physiquement pas en état de le faire, qu'elle se le fasse administrer par un médecin ou un infirmier ».

Autrement dit, la loi française privilégie l'auto administration. Faisons simple : parlons d'assistance au suicide, si ce n'est que l'on ne peut parler ni de suicide assisté, ni d'euthanasie.

Quelles sont les conditions ?

La loi parle de « conditions d'accès ». Très vite, le mot « éligible » est apparu. Soit, si ce n'est que les opposants se sont lancés dans un comptage absurde de tous les patients qui pourraient rentrer dans les critères en oubliant bien entendu qu'il s'agit d'une démarche personnelle, singulière.

Venons-en aux cinq conditions cumulatives :

1. Être âgé d'au moins 18 ans ;
2. Être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France ;
3. Être atteint d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, qui engage le pronostic vital, en phase avancée ou en phase terminale. La phase avancée étant comprise

comme l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie.

4. Présenter une souffrance liée à cette affection, qui est soit réfractaire aux traitements, soit insupportable lorsque celle-ci a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter un traitement. Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir ;
5. Être apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée.

Je m'arrête à la définition de la phase avancée : « la phase avancée étant comprise comme l'entrée dans un processus irréversible marqué par l'aggravation de l'état de santé de la personne malade qui affecte sa qualité de vie ». Quand estimera-t-on qu'un patient atteint de la sclérose en plaques entre dans la phase avancée ? Et un patient tétraplégique à la suite d'un accident ?

Je ferai l'impasse sur la description de la procédure à l'exception du collège pluriprofessionnel composé d'un médecin indépendant et d'un auxiliaire médical ou d'un aide-soignant qui intervient ou non dans le traitement de la personne. Le médecin qui a reçu la demande participe à la réunion de ce collège, réunion de préférence « physique ». Et à l'issue de cette « procédure collégiale », le médecin notifie sa décision à la personne dans un délai de quinze jours à partir de la formulation de la demande. Pourquoi ce délai de quinze jours ? Quelle est la conséquence si ce délai n'est pas respecté ?

La loi française transforme ce qui est un trajet singulier et personnel en une démarche administrative. Et ce sera encore plus marquant avec les décrets d'application qui auront notamment à « préciser » les modalités d'information, la forme et le contenu de la demande et de sa confirmation, la procédure de vérification des conditions, etc.

Je m'interroge aussi sur la Commission de contrôle et d'évaluation et sa composition : deux médecins, un membre (sic) du Conseil d'État, un membre (sic) de la Cour de Cassation, deux membres d'associations agréées représentant les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou dans les instances de santé publique, deux personnalités (sic) désignées en raison de leurs compétences dans le domaine des sciences humaines et sociales (sic). Et il faut noter qu'il faudra attendre les décrets d'application pour la mise en place de cette commission.

Et l'attente risque d'être longue.

⁵ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/I17t0323_texte-adopte-seance

Quand les Français peuvent-ils espérer l'entrée en vigueur de la loi ?

Le Conseil constitutionnel a été saisi par le Premier ministre, le Président du Sénat groupe de Sénateurs LR (Les Républicains), un groupe de députés mené par Patrick Hetzel, LR, avec des membres d'autres groupes politiques, un groupe de députés du RN. Le mémoire des Républicains du Sénat comporte quelque 70 pages.

Curieuse démarche de la part d'un premier ministre que d'annoncer son intention de saisir le Conseil constitutionnel avant même le vote solennel de la loi. Était-ce dans l'intention de faire hésiter quelques parlementaires ? Il est de notoriété publique que Sébastien Lecornu n'est pas un grand partisan de cette loi. Il a soulevé la question de la constitutionnalité notamment de la clause de conscience personnelle et non institutionnelle, répondant ainsi à la contestation des institutions religieuses qui entendraient refuser que des patients puissent exercer leur droit à l'aide à mourir dans leurs murs.

En principe, le Conseil constitutionnel doit se prononcer dans le mois. Il y a peu de risques qu'il « retoque » l'intégralité de la loi. En revanche, il pourrait prononcer l'inconstitutionnalité de certaines dispositions. Quelles en seraient les conséquences ?

En dehors des saisines prévues par la loi, quelques associations bien connues dans ce que j'appelle la catosphère ont adressé au Conseil constitutionnel des contributions extérieures. Je citerai à titre d'exemples la Fondation Jérôme Lejeune et le Centre européen pour la loi et la justice. Cela me permet d'aborder une dernière question : le débat pourri par ces diverses associations et leurs représentants au Parlement. Le point Godwin a été très souvent dépassé. Il ne servait à rien de ne pas retenir le mot euthanasie. Cela n'a pas empêché les opposants de faire l'amalgame euthanasie-nazisme. Nous avons connu la chose à l'entame des débats en Belgique. Mais très rapidement, cette rumeur a été étouffée dans l'œuf. Pas en France.

Les opposants ont par ailleurs fait preuve de beaucoup d'imagination morbide. La dernière « tarte à la crème » a été de soutenir que ces lois d'aide à mourir cachaient un dessein peu honorable : offrir un vivier pour les dons d'organes avec bien entendu le trafic juteux de dons d'organes. Faut-il rappeler qu'en Belgique ces deux procédures sont bien encadrées et indépendantes l'une de l'autre et que le don d'organes est gratuit ? Ainsi, Grégor Puppink du Centre européen pour la loi et la justice⁶, a tenu des propos abjects concernant le cas de la jeune Emeline qui avait souhaité que son euthanasie soit suivie du don d'organes. D'une belle histoire, pleine d'humanité, Grégor Puppink en a fait un récit horrible, prétendant que les organes avaient été prélevés du vivant de cette adolescente.

Conclusion : mettre le pied dans la porte en évitant qu'elle ne se referme brutalement

Je me suis réjouie avec mes amis Français du vote solennel du 15 juillet 2026 ! Cette loi peut être considérée comme une avancée. Mais une avancée à l'image de la France en ce domaine. La politique des petits pas. Et je ne peux m'empêcher de m'interroger sur la faisabilité de cette législation. Les voyages aller simple de patients français vers la Suisse ou la Belgique ne vont pas prendre fin de sitôt.

Je crains aussi les dommages collatéraux. Les débats en France ont été une occasion pour caricaturer la loi belge relative à l'euthanasie et se complaire dans des contrevérités. Redresser, rétablir la vérité est une entreprise énergivore mais nécessaire. Plus les années passent, plus je suis persuadée que nous avons eu raison d'adopter la loi belge relative à l'euthanasie il y aura un quart de siècle l'année prochaine. ○



⁶ <https://ecj.org/?lng=fr> <https://ecj.org/euthanasia/french-institutions/euthanasia--organ-donation-a-new-pool-of-donors?lng=fr>

1

Après une euthanasie, le don d'organes est toujours possible.

Vrai Faux

2

La famille du patient ne peut pas s'opposer au don d'organes après euthanasie.

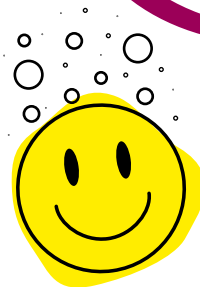
Vrai Faux

3

Un mineur peut demander l'euthanasie sans l'accord de ses parents.

Vrai Faux

à vos Méninges



6

Quel compositeur a laissé un Requiem inachevé à sa mort en 1791, aujourd'hui le plus joué au monde ?

5

Qui a écrit : « Ce n'est pas la mort que je crains, c'est de mourir », et dans quel ouvrage ?

4

Un mineur peut rédiger une déclaration anticipée d'euthanasie (DAE).

Vrai Faux

18

Réponses

- 1) Faux. Le don d'organes après une euthanasie est possible pour les patients atteints d'une maladie neurologique ou de troubles psychiatriques, mais il est exclu pour les patients atteints d'un cancer. Pour toute question sur ce sujet, nous vous conseillons de consulter le SPF Santé publique ou votre médecin traitant.
- 2) Vrai. Si le patient a exprimé de son vivant le souhait de faire don de ses organes, la famille n'a pas de droit de veto. La décision appartient au patient seul, dans le cadre de son autonomie et de son consentement éclairé. Les équipes médicales veillent néanmoins à informer les proches et à accompagner la famille dans ce moment.
- 3) Faux. Depuis la loi du 28 février 2014, l'euthanasie est possible pour les mineurs, mais avec des conditions plus restrictives que pour les adultes. L'enfant doit lui-même formuler la demande, être atteint d'une maladie grave et incurable avec un décès prévu à brève échéance, et un psychologue ou pédopsychiatre doit attester de sa capacité de discernement. L'accord des parents est obligatoire.
- 4) Faux. La possibilité de rédiger une DAE n'est pas ouverte aux mineurs, même s'ils peuvent formuler une demande actuelle d'euthanasie dans les conditions décrites ci-dessus.
- 5) Michel de Montaigne (1533-1592), dans les Essais. Philosophe et humaniste français, Montaigne est l'un des premiers auteurs à avoir écrit sur la mort avec une liberté de ton et une lucidité qui restent modernes. Cette distinction entre la mort comme état et le mourir comme processus vécu est au cœur de sa réflexion.
- 6) Wolfgang Amadeus Mozart (1756-1791). Son Requiem en ré mineur (K. 626), commandé anonymement en 1791, resta inachevé à sa mort. Il fut complété par son élève Franz Xaver Süssmayr. C'est aujourd'hui le requiem le plus joué au monde.

Appel à témoignages

Partagez
votre
expérience

Adressez-nous vos témoignages sur la fin de vie, l'euthanasie, la déclaration anticipée ou l'accompagnement d'un être cher, que vous ayez une expérience directe ou indirecte liée à la fin de vie en Belgique, que vous soyez un patient en demande d'euthanasie, un proche ayant accompagné un patient dans son parcours, voire un médecin.

Ces récits, publiés sur notre site dans la rubrique Témoignages et dans notre Bulletin, ont une valeur précieuse : ils éclairent celles et ceux qui s'interrogent, qui hésitent, ou qui traversent à leur tour une situation difficile. Et témoignent aussi de l'humanité que ces trois lois votées en 2002 (droits du patient, soins palliatifs et euthanasie) ont pu apporter à la fin de vie.

Si vous éprouvez une difficulté pour exprimer votre témoignage, prenez contact avec nous par téléphone **+32(0)2 502 04 85** ou par courriel info@admd.be

Nous vous répondrons pour convenir ensemble de la forme et du contenu de votre témoignage.

*Votre parole compte.
Merci de nous faire confiance.*



« Tous ses documents étaient en ordre » : un témoignage sur les limites de la déclaration anticipée d'euthanasie

Ma sœur et moi avons récemment été confrontés à une situation qui nous a fait prendre conscience d'une réalité méconnue concernant l'application de l'euthanasie.

Le mari de ma sœur, âgé de 72 ans, a appris début 2025 qu'il était atteint d'un cancer. Dès l'annonce du diagnostic, il a clairement exprimé son refus de subir des traitements lourds et éprouvants. Il a choisi de recevoir uniquement des soins destinés à soulager ses douleurs et à préserver autant que possible son confort.

20

Par ailleurs, il a réaffirmé à plusieurs reprises son souhait de ne pas faire l'objet d'un acharnement thérapeutique. Il s'est également rendu à l'administration communale afin d'y enregistrer et de signer officiellement une déclaration anticipée relative à l'euthanasie.

Malgré sa maladie et les souffrances qu'elle lui imposait, il s'est montré courageux et s'est peu plaint. Mais au début du mois de mai 2026, son état s'est fortement dégradé : importantes hémorragies au niveau d'une plaie buccale, difficultés respiratoires, perte progressive de mobilité dans la maison.

Dans la nuit du 20 au 21 mai, sa respiration est devenue de plus en plus difficile.

Lorsque l'infirmière est arrivée le matin, elle a assisté à sa perte de connaissance. Face à la gravité de la situation, elle a appelé le SMUR. Les secouristes ont constaté sa détresse respiratoire, photographié les documents relatifs à sa déclaration anticipée d'euthanasie ainsi qu'à son refus d'acharnement thérapeutique, puis ont décidé de le transporter à l'hôpital.

Ma sœur et moi sommes arrivés aux urgences quelques minutes plus tard. Elle s'est immédiatement rendue à son chevet. Un peu plus tard, on est venu me chercher pour que je les rejoigne.

Lorsque je suis entré dans le box des urgences, j'ai découvert mon beau-frère inconscient sur son lit d'hôpital. Il portait un masque à oxygène et recevait une perfusion. Sa bouche était ouverte et son thorax se soulevait de façon impressionnante à chaque respiration.

Profondément bouleversé, j'ai demandé à l'infirmier :

« Mais que faites-vous ? Tous ses documents sont en ordre. Il a clairement exprimé ses volontés. Pourquoi le laissez-vous souffrir ainsi ? Qu'attendez-vous ? »

La réponse m'a complètement déconcerté. L'infirmier m'a expliqué que l'hôpital ne pouvait pas procéder à une euthanasie dans ces circonstances et que cela relevait du médecin traitant.

J'avoue ne pas avoir compris cette réponse. Le médecin avait pourtant prévenu ma sœur que le décès était imminent et qu'il surviendrait probablement dans la journée.

Je me suis alors posé de nombreuses questions. Pourquoi administrer de l'oxygène si cela ne faisait que prolonger une agonie déjà inévitable ? Pourquoi ne pas mettre en œuvre ce que le patient avait expressément demandé et préparé depuis longtemps ?

Je pensais que les volontés de fin de vie, enregistrées officiellement et accessibles dans les dossiers médicaux, pouvaient être consultées rapidement par les professionnels de la santé. Il me semble qu'une telle vérification devrait être systématique lorsqu'une personne arrive dans un état critique.

Ce témoignage ne vise pas à accuser qui que ce soit. Il exprime simplement l'inquiétude que j'ai ressentie en découvrant que, malgré toutes les démarches entreprises pour préparer une fin de vie conforme à ses souhaits, leur application ne paraît pas toujours aussi simple ni aussi automatique qu'on pourrait le croire.

Il est important que chacun soit conscient de cette réalité et s'informe précisément sur les conditions dans lesquelles une déclaration anticipée d'euthanasie peut être mise en œuvre.

Il est également essentiel que les différents intervenants disposent de toutes les informations nécessaires et utilisent les outils mis à leur disposition afin de respecter au mieux les volontés exprimées par les patients.

C'est pourquoi je souhaite partager cette expérience. Si elle peut aider d'autres personnes à mieux s'informer et à poser les bonnes questions à temps, alors ce témoignage aura été utile.

Merci de le partager autour de vous.

Par notre membre

Joseph Lejeune

Entretien François Damas

22

© Les Mots de la Fin ® Les Films de la Passerelle

« Vous lui avez sauvé sa mort » : François Damas et le sens des rites en fin de vie

Médecin et ancien chef de service des soins intensifs, François Damas, administrateur de l'ADMD, dirige la « consultation sur la fin de vie » à l'hôpital de La Citadelle à Liège qui a fait l'objet d'un documentaire, « Les mots de la fin » (2022), diffusé en France sur Arte. Auteur de « La mort choisie - Comprendre l'euthanasie et ses enjeux » (Éditions Mardaga, 2020), il publie un nouvel ouvrage où se croisent spiritualité et philosophie, patients, psychiatres et témoins - dont lui-même - ainsi que des tendances montantes dans la société : festival de la mort, coopératives funéraires, cafés mortels - toutes manières d'une réappropriation partagée de la fin de vie.

Votre ouvrage donne le sentiment d'être le fruit d'un consistant travail de réflexion, de recherches et de terrain. Comment est née l'envie de l'écrire ?

Ce livre est né à la suite d'un séminaire de réflexion organisé par Véronique Fournier (Ndlr : docteur de santé publique et cardiologue, elle a présidé le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie en France). À l'issue de ces séminaires ponctuels, l'idée est que chaque édition débouche sur une publication. J'ai donc repris les interventions des différents participants, auxquelles j'ai ajouté mon expérience personnelle et de nombreux exemples issus de ma pratique.

Le thème des rites s'est imposé progressivement. Dans l'accompagnement des personnes qui demandent une euthanasie et de leurs proches, j'ai souvent eu le sentiment qu'il manquait quelque chose : les moments étaient parfois un peu démunis sur le plan symbolique, comme s'il leur manquait une dimension essentielle.

Les enseignements axés sur les rites, par Gabriel Ringlet, lors de ma formation du Forum EOL (Ndlr : plus d'infos sur <https://eol.admd.be/formations/>) ont fortement nourri cette réflexion. C'est véritablement à partir de là que l'idée centrale du livre a pris forme.

Dans le documentaire « Les Mots de la fin » (2022) où l'on vous suit lors de consultations de fin de vie, on observe déjà cet aspect : très peu parlent de rituels ou de la manière de donner du sens à ce moment.

Cela m'a toujours frappé. De nombreuses personnes qui viennent me voir demandent souvent une euthanasie comme on demanderait une intervention médicale parmi d'autres. Elles disent : « Je voudrais une euthanasie », puis s'arrêtent là.

Or, il faut prendre le temps de leur demander : Avez-vous conscience de ce que vous demandez ? Mesurez-vous ce que cela va représenter pour vous, mais aussi pour votre entourage ?

Je suis toujours surpris de voir combien cette dimension est parfois absente. Pourtant, il ne s'agit pas de soigner une entorse ou de poser un plâtre. Nous parlons d'un événement majeur qui laissera une empreinte durable chez ceux qui restent.

Le rôle du professionnel est aussi d'aider la personne à prendre conscience de cette réalité.

Avez-vous l'impression que notre société évolue, malgré tout, autour des questions de la fin de vie ?

Je pense qu'il existe effectivement un mouvement de fond. On voit apparaître des initiatives comme les cafés mortels, et plus largement une volonté de redonner du sens à certains passages importants de l'existence.

Il faut rester prudent et ne pas idéaliser cette évolution, mais je la trouve encourageante. Nous avons tout intérêt à parcourir notre chemin de vie avec davantage de conscience, en accordant de l'importance à ce que nous vivons tout en apprenant progressivement à nous détacher.

Au fond, la question essentielle est très simple : de quoi avons-nous réellement peur ?

Votre livre mêle votre expérience de terrain à des références philosophiques et anthropologiques, ainsi que des témoignages, des souvenirs et des entrevues. L'ambition était de proposer une approche plurielle la plus exhaustive possible ?

Oui. J'aime réfléchir à ma pratique. Je ne suis ni philosophe, ni sociologue, ni anthropologue, mais j'ai besoin de prendre du recul sur ce que j'observe.

Les concepts et les références permettent parfois de mieux comprendre ce qui se joue dans l'accompagnement de la fin de vie et de donner du sens à notre pratique quotidienne.

En Belgique, la pratique de l'euthanasie reste-t-elle marginale dans les parcours de fin de vie, tant du côté des patients que des médecins ? Quelle évolution observez-vous ?

Toutes les personnes confrontées à une maladie grave ne demandent évidemment pas une euthanasie. Et parmi les médecins, beaucoup préfèrent encore faire appel à des confrères plus expérimentés lorsqu'ils sont confrontés à une telle demande.

Mais je constate malgré tout une amélioration progressive de l'accompagnement des fins de vie, en particulier chez les médecins généralistes, qui s'y impliquent davantage.

Cela reste toutefois une pratique profondément liée à la personnalité de chacun. Il n'existe pas de modèle unique.

Chaque accompagnement est le fruit d'une rencontre entre un médecin, un patient et une famille.

L'an prochain, la Belgique célébrera les 25 ans des lois relatives à la fin de vie. Faut-il renforcer la formation des futurs médecins sur ces dimensions humaines et relationnelles ?

Oui, sans hésitation. Nous devrions davantage former les médecins à une approche globale de la personne. La maladie ne peut pas être envisagée uniquement sous son angle médical.

En médecine, nous avons tendance à soigner un individu sans toujours prendre en compte son environnement familial. En fin de vie, cette dimension devient pourtant essentielle.

C'est d'ailleurs tout l'apport des soins palliatifs : considérer la personne dans sa globalité, avec son histoire, ses proches et son contexte de vie.

L'euthanasie ne remplace pas cette philosophie ; au contraire, elle exige sans doute encore davantage cette approche globale afin que les choses puissent se dérouler dans les meilleures conditions possibles pour tous.

24

Dans cet ouvrage, on vous découvre dans un registre très personnel. Vous racontez notamment le départ de votre frère. Était-il évident pour vous d'aborder cette expérience familiale ?

Oui, parce que cette histoire illustre parfaitement ce que j'essaie d'expliquer.

Cette épreuve nous a profondément transformés. Malgré les difficultés qui existaient au sein de la famille, elle nous a permis de grandir collectivement. La manière dont cette fin de vie s'est déroulée a contribué à apaiser certaines relations et à rétablir un dialogue qui s'était fragilisé au fil des années.

Pendant longtemps, on a considéré que le médecin devait rester à distance de ses émotions. On parle souvent de la différence entre l'empathie et la sympathie : être capable de comprendre ce que vit l'autre, sans pour autant s'identifier à lui.

Cette distance est nécessaire, bien sûr. Mais je pense aussi qu'il ne faut pas avoir honte d'être ému. Si certains confrères découvrent la manière dont je confie mes émotions dans ce livre, j'espère que cela va plutôt rassurer. Cela montre simplement que nous ne sommes pas des techniciens dépourvus d'états d'âme.

Vous développez dans votre ouvrage la notion de « mort solitaire » par opposition à la « mort solidaire ». Pouvez-vous rappeler les fondamentaux de ce concept ?

Nous vivons encore largement avec l'idée que mourir est une affaire strictement individuelle.

On attribue souvent à Pascal cette formule selon laquelle « le destin de l'homme est de mourir seul ». Personnellement, je ne partage pas cette vision.

J'espère ne pas mourir seul.

Évidemment, les circonstances ne le permettent pas toujours. Mais lorsque c'est possible, je crois profondément que la fin de vie devrait être un moment partagé, accompagné, porté par les proches plutôt qu'affronté dans l'isolement.

Cette réflexion rejoint tout ce que vous soulevez autour des rites et des célébrations. À vous lire, ils permettent non seulement d'accompagner la personne qui va mourir, mais aussi d'aider ceux qui restent à traverser cette épreuve.

Exactement. Les rites ne sont pas des accessoires. Ils permettent de donner du sens à ce qui arrive, d'exprimer les émotions, de raconter une histoire commune et, finalement, de transformer un événement potentiellement traumatique en un moment de transmission.

C'est ce qui permet souvent de dépasser la colère, les regrets ou l'amertume.

Vous portez aussi un regard critique sur la standardisation des funérailles. On a parfois le sentiment que tout est organisé selon une logique de prestation plutôt que d'accompagnement.

Je me garderais d'opposer les « bons » et les « mauvais ».

Les entreprises funéraires cherchent, dans leur immense majorité, à accomplir leur travail avec sérieux. Il existe certes une certaine standardisation, mais je constate aussi de nombreuses évolutions.

Les coopératives funéraires développent d'autres approches, plus personnalisées, mais les grandes entreprises elles-mêmes réfléchissent de plus en plus à des cérémonies adaptées à chaque histoire de vie.

Les choses sont beaucoup plus nuancées qu'on ne le pense.

Dans votre livre, certaines phrases sont particulièrement fortes. Des patients vous disent notamment : « Docteur, vous lui avez sauvé sa mort » ou encore « Rendez-vous compte, nous ne sommes même pas tristes. ».

Ce ne sont pas des phrases que j'entends tous les jours, mais elles existent réellement.

Elles montrent qu'une fin de vie bien accompagnée peut profondément transformer le vécu des familles.

À l'inverse, je n'ai jamais reçu de reproches directs du type : « Vous lui avez volé sa mort. » Cela ne signifie pas que tout le monde vive ces situations sereinement, mais je n'ai jamais été confronté à une accusation aussi frontale.

En revanche, j'ai pu entendre dans des cas où je ne me trouvais pas impliqué, certaines familles qui restent profondément bouleversées, notamment lorsqu'elles n'ont pas eu le temps de se préparer ou lorsque l'accompagnement n'a pas été suffisamment construit en amont.

Bientôt vingt-cinq ans après l'adoption de la loi sur l'euthanasie en Belgique, estimez-vous qu'elle présente encore des lacunes importantes ?

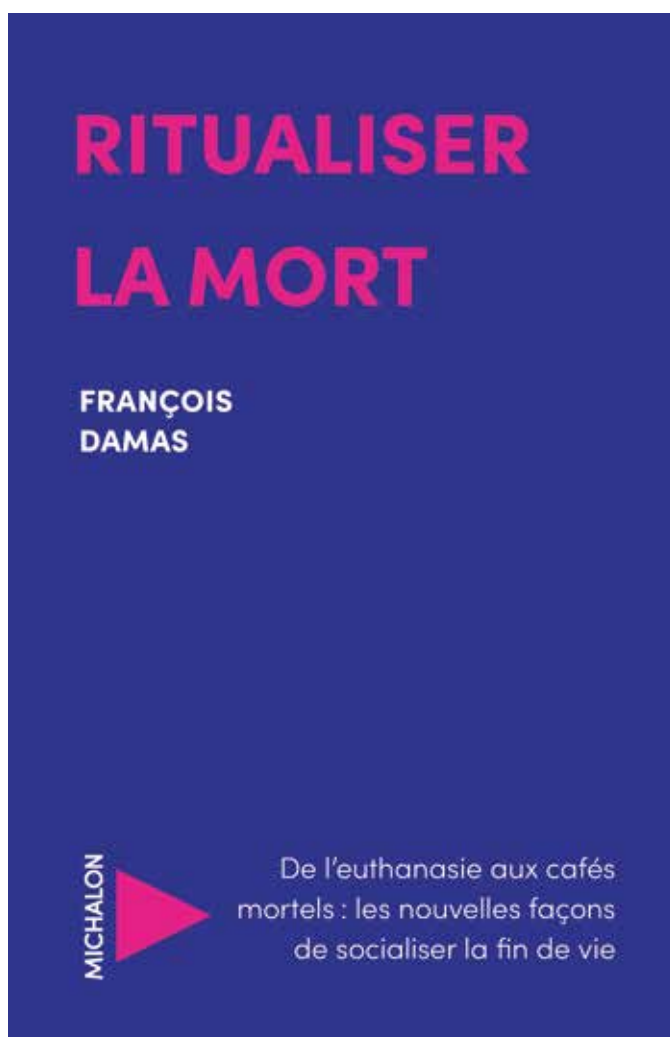
Parfois, nous n'avons simplement pas les ressources nécessaires pour assurer l'accompagnement global, comme vous le savez.

Mais je crois que la loi, telle qu'elle est, est bien faite. Elle offre une marge de manœuvre assez large, pour les patients comme pour les médecins. Elle balise correctement la bonne pratique clinique.

La seule chose qui manque, à mon avis, concerne les maladies neurodégénératives. Mais c'est difficile.

Comme cette question a été plus ou moins résolue aux Pays-Bas et au Québec, je pense que nous devrions pouvoir suivre leur exemple et trouver un moyen d'élargir la déclaration anticipée. Cela demandera encore un certain apprentissage de la part des médecins pour pouvoir l'appliquer correctement. ○

Entretien réalisé par Pierre Vangrootloon, journaliste à l'ADMD.



25

L'ADMD met à votre disposition, sous forme de prêt, le DVD du documentaire « Les mots de la fin » (2022), qui suit les consultations de fin de vie du Docteur François Damas.

Ce prêt est réservé à l'organisation de conférences ou d'autres événements autour de la fin de vie, et n'est pas destiné à un usage personnel ou privé.

Consultations « fin de vie »

N'hésitez pas à consulter le site internet : www.admd.be/information/consultations-concernant-la-fin-de-vie/

Note pour les non-résidents

Les cas psychiatriques des personnes non-résidentes en Belgique ne peuvent malheureusement pas être pris en compte, vu la complexité de leur suivi thérapeutique.

Bruxelles

ADMD

« Consultation EOL de fin de vie »

Avenue Eugène Plasky 144 bte 3 à 1030 Bruxelles

La consultation a pour objectif d'informer toute personne qui le désire des possibilités offertes en Belgique pour aménager une vie finissante et, au cas où un(e) patiente le souhaite, de l'accompagner dans le processus de demande d'euthanasie.

Cette consultation est actuellement réservée aux personnes résidant en Belgique ou pouvant être accueillies chez des résidents en Belgique.

Cette consultation est assurée par les docteurs Michèle MORRET-RAUIS et Jean-Louis DE VICQ, deux jeudis après-midi par mois et par le docteur Michel ROLAND, deux vendredis matin par mois.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)2 588 27 85 (les lundi, mardi, jeudi et vendredi entre 9h et 12h ou entre 14h et 17h).

CHU BRUGMANN (SITE HORTA)

« Consultation Soins supportifs, douleur et éthique »

Place A. Van Gehuchten 4 à 1020 Bruxelles

Une consultation d'information « Soins supportifs, douleur et éthique » est ouverte au CHU Brugmann (site Horta). Cette consultation est réservée aux résidents belges et n'est actuellement plus en mesure d'accepter les cas psychiatriques.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)2 477 30 35 entre 8h et 16h.

ULTEAM

Hôpital Universitaire de Jette-Bruxelles (UZ Bruxelles)

J. Vander Vekenstraat 158 à 1780 Wemmel

Un centre médical a été créé à Wemmel, une commune de la périphérie bruxelloise, par LEIF, l'équivalent flamand de notre réseau EOL. Il est destiné à aider des patients qui éprouvent des difficultés à résoudre leurs problèmes relatifs à la fin de vie. Il comporte des consultations de diverses spécialités et dispose d'un accord avec la V.U.B. pour pouvoir faire hospitaliser des patients dans l'hôpital universitaire de Jette-Bruxelles. Une version française de sa présentation est disponible. Voir le site Internet <https://leif.be/professionnelle-info/ulteam/>

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)78 05 01 55.

Brabant wallon

HELORA – Hôpital de Nivelles

« Consultation de fin de vie »

Rue Samiette 1 à 1400 Nivelles

La consultation a pour objectif d'informer toute personne qui le souhaite des possibilités offertes en Belgique pour organiser une fin de vie conforme à ses valeurs. Elle permet également, si un(e) patient(e) en exprime le souhait, d'être accompagné(e) dans le processus de demande d'euthanasie. Les médecins traitants souhaitant accéder au second avis nécessaire dans le cadre d'une demande d'euthanasie peuvent également y adresser leurs patients (contact préalable souhaité).

Cette consultation est assurée par le Dr Sébastien LOIX, médecin en soins intensifs et président du Comité d'Éthique des hôpitaux de La Louvière–Jolimont, Lobbes, Nivelles et Tubize.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)67 88 52 11.

Liège

CHR DE LA CITADELLE

« Consultation sur la fin de vie »

Boulevard du 12^e de Ligne 1 à 4000 Liège

Une consultation assurée par le docteur François DAMAS les vendredis après-midi est ouverte pour les patients souhaitant poursuivre une démarche aboutissant éventuellement à une euthanasie et les patients envoyés par leur médecin pour un second avis requis par la loi.

Cette consultation est réservée aux résidents belges.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)43 21 88 25 les mardi et vendredi de 8h00 à 12h30 et de 13h00 à 16h00 et le mercredi de 14h00 à 16h00.

CHU DE LIÈGE (SITE DU SART TILMAN)

« Consultation d'accompagnement et de souhaits de fin de vie »

Avenue de l'hôpital 1 à 4000 Liège

Des médecins et des infirmiers de l'Equipe Mobile de Soins Continus et Palliatifs proposent des consultations d'accompagnement et de souhaits de fin de vie. Elles sont destinées aux Belges et aux résidents en Belgique. Elles se tiennent le mardi matin et le jeudi après-midi.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)43 66 81 92.

CHR DE VERVIERS (SITE LA TOURELLE)

« Consultation concernant la fin de vie »

Rue du Parc 29 à 4800 Verviers

Les consultations sont assurées par la doctoresse Pascale FRÈRE, médecin hématologue, PhD, chef du département d'héματο-oncologie et la doctoresse Catherine ORBAN, médecin interniste, médecin de l'équipe des soins palliatifs. Ces consultations proposent un espace de dialogue, d'information et au besoin d'accompagnement dans le processus de l'euthanasie (explications, mise en conformité du dossier légal, organisation pratique et concrétisation) et dans la réflexion concernant les directives anticipées.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)87 21 94 38 ou à l'adresse : soinspalliatifs@chrverviers.be.

Namur

CHR DE NAMUR

« Consultation de fin de vie »

Avenue Albert 1^{er} 185 à 5000 Namur

Cette consultation est assurée par la doctoresse Giulia ZANDONA.

Attention le premier contact doit être pris par le médecin traitant.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)81 72 75 14.

CHU UCL NAMUR SITE DE DINANT

« Consultation de fin de vie »

Rue Saint Jacques 501 à 5500 Dinant

Consultation organisée pour les patients en fin de vie afin de leur proposer et expliciter toutes les possibilités de soins, en ce compris l'euthanasie.

Cette consultation est assurée par le Dr Benoît PIRET, le vendredi matin.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)82 21 21 57.

Hainaut

RÉSEAU HUMANI CHARLEROI

Site Marie Curie

Chaussée de Bruxelles 140 à 6042 Charleroi

Site Vésale

Rue de Gozée 706 à 6110 Montigny-le-Tilleul

Ces consultations sont assurées par la doctoresse Barbara PLEHIERS.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)71 92 25 11 (en précisant « Consultation de fin de vie de la doctoresse Barbara PLEHIERS, 1^{er} rendez-vous »).

GRAND HÔPITAL DE CHARLEROI

« Consultations Souhaits de fin de vie »

Site les Viviers: Rue du Campus des Viviers 1 à 6060 Charleroi

Unité des soins palliatifs (U38, Route 480)

Cette consultation a pour objectif d'informer et d'accompagner toute personne souhaitant anticiper et exprimer ses souhaits en matière de fin de vie. Elle s'adresse à toute personne majeure et résidant en Belgique, qu'elle soit malade ou non, ainsi qu'aux proches souhaitant s'informer.

La consultation est assurée par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'un(e) infirmier(ère) et d'un(e) psychologue. Elles se tiennent les lundi et jeudi.

Il convient de prendre rendez-vous au 060 11 98 44 ou 45 du lundi au vendredi, entre 9h00 et 17h00.

CHR HAUTE SENNE

(Site Le Tilleriau) à Soignies

Chaussée de Braine 49 à 7060 Soignies

<https://www.chrhautesenne.be/fr>

Cette consultation pour les patients en fin de vie est assurée par le Dr Etienne VAN HONACKER et est ouverte, sur rendez-vous, aux patients hospitalisés et ambulatoires ainsi qu'à leur entourage proche, le 1^{er} vendredi de chaque mois. Plutôt qu'une véritable consultation, il s'agit d'un entretien pour informer sur l'euthanasie, aider à la décision dans un sens ou dans l'autre, et le cas échéant, la prévoir dans le respect de la loi.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)67 34 84 50.

CHWAPI (Site IMC) à Tournai

« Consultation d'accompagnement et de décisions de fin de vie »

Chaussée de Saint-Amand 80 à 7500 Tournai

Celle-ci a comme objectif de répondre aux questions que les patients ou leurs proches se posent sur leur fin de vie : soins palliatifs, déclarations anticipées, euthanasie, etc. Le tout, dans le cadre des lois de 2002 sur les Droits du Patient et sur l'Euthanasie. Attention, il ne s'agit pas d'une consultation clinique de la douleur, ni d'une consultation de gestion de symptômes.

Cette consultation est réservée aux résidents belges.

Cette consultation est assurée tous les mardis, entre 14h et 16h (au 4^{ème} étage du site IMC) par le Dr Jean-Michel DELPERDANGE.

Il convient de prendre rendez-vous via le call-center au +32 (0)69 33 30 00.

Luxembourg

PALLIALUX

« Consultation de fin de vie personnalisée »

Rue du Manoir 3 à 6900 Marche-en-Famenne

PalliaLux vous propose, le temps d'une consultation menée par un médecin, un espace de réflexion et de renseignement sur les choix et possibilités entourant votre fin de vie.

Cette consultation est ouverte à toute personne, résidente de la province, souhaitant réfléchir à son parcours de fin de vie.

Attention, il ne s'agit pas d'une consultation de prise en charge d'une demande d'euthanasie. Suite à cette rencontre, il est nécessaire de s'adresser à son médecin traitant afin de lui expliquer ses choix de fin de vie.

Il convient de prendre rendez-vous au +32 (0)84 43 30 09 ou à l'adresse : info@pallialux.be

Recrutons de nouveaux membres

Les adversaires de la dépénalisation de l'euthanasie n'ont pas désarmé ! Parlez de notre action autour de vous ! Persuadez vos proches et vos amis de nous rejoindre !

☐ Je désire recevoir des renseignements sur l'ADMD

Nom de naissance Prénom
☐ par courriel - @dresse courriel
☐ par courrier postal
 Adresse N° Bte
 CP Localité Pays

☐ Je soutiens votre action et vous prie de noter mon adhésion

En cas d'adhésion, veuillez renvoyer le bulletin d'adhésion ci-dessous dûment rempli à l'ADMD et verser le montant équivalent à votre cotisation (détails voir page-ci contre) au compte de l'ADMD : BE26 2100 3911 7829 (GEBABEBB)

Titulaire

Genre: ☐ H ☐ F ☐ Autre

Nom de naissance

Prénom

Adresse

N° Bte

CP Localité

Pays

N° registre national -

(indiqué au verso de la carte d'identité)

Date de naissance

Lieu de naissance

Tél.

GSM

@dresse courriel

Profession

Comment avez-vous connu l'ADMD ?

- ☐ Médecin ☐ Famille/Amis ☐ TV ☐ Radio
☐ Presse article ☐ Presse publicité ☐ Conférence
☐ Mutuelle ☐ Hôpital ☐ Internet ☐ Commune
☐ Autre (à préciser)

Je désire recevoir le bulletin trimestriel de l'ADMD

- ☐ **Oui** au format pdf par courriel
☐ **Oui** au format papier par courrier postal
☐ **Non**

Je désire recevoir des courriels d'information
 (événements, conférences...)

- ☐ **Oui** ☐ **Non**

Date et Signature

L'envoi de ce formulaire signé implique l'acceptation que les informations saisies soient traitées par l'ADMD dans le cadre des services rendus à ses membres.

En raison des exigences du RGPD concernant la durée de conservation des données à caractère personnel, au terme de dix années de cotisation non payée, l'ADMD supprimera définitivement vos coordonnées de la base de données ainsi que les éventuels documents archivés qui vous concernent (ce qui n'invalide bien sûr pas les formulaires en votre possession).

Plus d'information sur la politique de confidentialité de l'ADMD, conforme au RGPD, est disponible sur le site internet www.admd.be/presentation/rgpd/ ou sur un document à demander au secrétariat.

Co-résident(e)

Genre: ☐ H ☐ F ☐ Autre

Nom de naissance

Prénom

Adresse

N° Bte

CP Localité

Pays

N° registre national -

(indiqué au verso de la carte d'identité)

Date de naissance

Lieu de naissance

Tél.

GSM

@dresse courriel

Profession

Comment avez-vous connu l'ADMD ?

- ☐ Médecin ☐ Famille/Amis ☐ TV ☐ Radio
☐ Presse article ☐ Presse publicité ☐ Conférence
☐ Mutuelle ☐ Hôpital ☐ Internet ☐ Commune
☐ Autre (à préciser)

Je désire recevoir le bulletin trimestriel de l'ADMD

- ☐ **Oui** au format pdf par courriel
☐ **Oui** au format papier par courrier postal
☐ **Non**

Je désire recevoir des courriels d'information
 (événements, conférences...)

- ☐ **Oui** ☐ **Non**

Date et Signature

L'envoi de ce formulaire signé implique l'acceptation que les informations saisies soient traitées par l'ADMD dans le cadre des services rendus à ses membres.

En raison des exigences du RGPD concernant la durée de conservation des données à caractère personnel, au terme de dix années de cotisation non payée, l'ADMD supprimera définitivement vos coordonnées de la base de données ainsi que les éventuels documents archivés qui vous concernent (ce qui n'invalide bien sûr pas les formulaires en votre possession).

Plus d'information sur la politique de confidentialité de l'ADMD, conforme au RGPD, est disponible sur le site internet www.admd.be/presentation/rgpd/ ou sur un document à demander au secrétariat.

Cotisation

Déclarations anticipées

Appel au renouvellement de votre cotisation annuelle!

Merci d'effectuer le paiement pour le renouvellement de votre cotisation. Votre soutien à l'association est indispensable. Être membre permet de faire avancer nos combats et de garantir l'application des 3 lois relatives à la fin de vie.

Membre résidant en Belgique: 23€ /membre

Une cotisation réduite est accordée aux étudiants, demandeurs d'emploi, BIM et OMNIO, sur demande écrite avec attestation: 10€

Membre résidant à l'étranger: 40€ /membre

Les chèques ne sont pas acceptés en Belgique.

Pour rappel, votre virement papier doit être exclusivement remis à votre établissement bancaire, mais surtout pas à l'ADMD!

Pour vérifier votre statut de cotisation: lorsque vous recevez le bulletin, soyez attentif à la mention indiquée sur l'étiquette de l'adresse en-dessous de votre (vos) n° de membre. Si vous lisez «**2025**», il est temps de payer la cotisation 2026. Et si vous lisez «**2026**» ou «**2027**», vous êtes en ordre.

Si vous avez récemment versé votre cotisation, merci de ne pas tenir compte de la mention «**2025**» sur l'étiquette en dessous de l'adresse.

L'indication précise de votre (vos) nom(s), prénom(s) et numéro(s) de membre en communication du formulaire de virement nous est d'une aide précieuse pour l'encodage.

L'ADMD vérifie et enregistre tant votre déclaration anticipée de refus de traitements que votre déclaration anticipée relative à l'euthanasie.

Pour rappel, les administrations communales enregistrent uniquement la déclaration anticipée relative à l'euthanasie.

Si vous le désirez, faites-nous un don: à partir de 40€ hors cotisation, il est fiscalement déductible.

(info: déductible à 30 % et limité à 10 % des revenus annuels) (La loi « Dispositions diverses », art 65 est passée avec effet rétroactif pour 2025)

Merci à tous ceux qui nous ont déjà apporté leur soutien.

Handtekening(en)
Signature(s)
Unterschrift(en)

OVERSCHRIJVINGSOPDRACHT ORDRE DE VIREMENT ÜBERWEISUNGSAUFRAG

Bij invulling met de hand, één HOOFDLETTER of cijfer in zwart (of blauw) per vakje
Si complété à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case
Beim Ausfüllen mit der Hand ein GROSSBUCHSTABE oder Zahl in schwarz (oder blau) pro Feld

Gewenste uitvoeringsdatum / Date d'exécution souhaitée dans le futur / Gewünschtes Ausführungsdatum in der Zukunft

Bedrag / Montant / Betrag **EUR** **CENT**

Rekening opdrachtgever (IBAN)
Compte donneur d'ordre (IBAN)
Konto des Auftraggebers (IBAN)

Naam en adres opdrachtgever
Nom et adresse donneur d'ordre
Name und Adresse des Auftraggebers

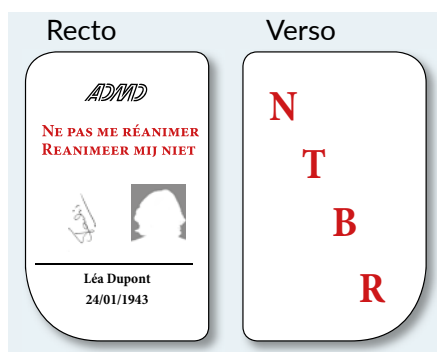
Rekening begunstigde (IBAN)
Compte bénéficiaire (IBAN)
Konto des Begünstigten (IBAN)

BIC begunstigde
BIC bénéficiaire
BIC Begünstigten

Naam en adres begunstigde
Nom et adresse bénéficiaire
Name und Adresse des Begünstigten

Mededeling
Communication
Mitteilung

Aux membres intéressés par le pendentif « Ne pas me réanimer »



Le pendentif actant le refus d'être réanimé (un feuillet d'aluminium de 3x5 cm avec photo, signature et date de naissance) est actuellement en préparation pour les membres qui nous l'ont commandé.

Si vous êtes intéressé(e) et que vous ne nous l'avez pas encore fait savoir, veuillez nous renvoyer le texte ci-dessous par courrier postal adressé à

ADMD, Avenue Eugène Plasky 144 bte 3 à 1030 Bruxelles
ou par courriel à elisabeth.sensique@admd.be



Je suis intéressé(e) – Nous sommes intéressé(e)s – par le pendentif de non-réanimation.

N° de membre :

Nom(s), prénom(s) :

Adresse postale :

.....

.....

Adresse électronique :

Vous recevrez la brochure d'information qui fournit toutes les explications utiles.

Antennes régionales

Ath – Lessines – Enghien

Mme Myriam Wauters

Permanence téléphonique

les lundi et mercredi de 13h à 17h

+32 (0)476 81 56 52

myriam.wauters@admd.be

Sur rendez-vous

Maison de la Laïcité,
Cour Jean Zuallart 6 bte 1
7800 Ath

Brabant Wallon

M. Jean-Pierre Baland

Permanence téléphonique

du lundi au vendredi de 14h à 18h

+32 (0)475 42 54 20

jean-pierre.baland@admd.be

Brabant Wallon centre

Mme Brigitte Kevers

+32 (0)474 59 89 39

brigitte.kevers@admd.be

Brabant Wallon ouest

Mme Anne-Marie Vanderborght

+32 (0)472 25 37 15

annemarievdb.admd@gmail.com

Charleroi

Mme Michèle Deloyer

Rue Goor 40

6061 Montignies-sur-Sambre

+32 (0)472 25 37 08

Comines – Mouscron – Tournai

Mme Bernadette Biset

+32 (0)472 31 28 94

bernadette.biset@admd.be

Permanences

les lundis matin sur rendez-vous
Maison de la Laïcité de Mouscron,
Comines, Estampuis
Rue de Bruxelles 45
7700 Mouscron

M. Luc Pirson

+32 (0)494 57 30 42

luc.pirson@admd.be

Esneux – Ferrières – Vallées d'Ourthes-Emblève

Mme Nelly Henrotin

Rue Joseph Waleffe 9 à 4130 Tilff

+32 (0)4 360 79 77

+32 (0)494 14 42 67

Permanence sur rendez-vous

Maison de la Laïcité de Mery
Avenue d'Esneux 216A
4130 Mery

Liège

Mme Claudine Nottet

+32 (0)479 49 05 96

claudine.admd@gmail.com

Mme Martine Vanvoorden

+32 (0)472 25 40 71

martine.vanvoorden@admd.be

Permanences sur rendez-vous

deux vendredis par mois de 13h30 à 15h30

LUSS – Antenne de Liège

Quai Churchill 22 à 4020 Liège

M. Ivan Lanotte

+32 (0)497 34 03 79

ivan.lanotte@admd.be

4020 Liège

Luxembourg

Mme Michette Satinet

Rue des Rogations 78

6870 Saint-Hubert

+32 (0)61 61 14 68

Mme Michelle Hesbois

6600 Bastogne

+32 (0)497 46 83 21

michelle.hesbois@admd.be

Permanence

le 1^{er} vendredi du mois de 14h à 16h

CPAS de Bastogne

Rue des Récollets 12

6600 Bastogne

Mons – Borinage

Mme Eliane Driesen

+32 (0)477 34 44 50

eliane.driesen@admd.be

Permanence sur rendez-vous

les 3^{ème} jeudis du mois de 16h à 18h

LUSS – Antenne de Mons

Grand'rue 104 à 7000 Mons

Namur

Mme Catherine Wauters

Permanence téléphonique

le lundi de 9h00 à 12h00

+32 (0)476 33 24 67

catherine.wauters@admd.be

Permanence sur rendez-vous

les 1^{er} et 3^{ème} vendredis du mois de 9h à 12h

Centre d'Action Laïque

Rue de Gembloux 48

5002 Saint-Servais

Namur ouest

M. Roland Gelbgras

Permanence téléphonique

le mardi de 9h30 à 11h30

+32 (0)472 25 32 65

roland.gelbgras@admd.be

Spa – Verviers – Waremme

Mme Geneviève Bartholomé

+32 (0)479 37 75 32

genevieve.bartholome@admd.be

Permanence sur rendez-vous

le 1^{er} jeudi du mois

de 13h30 à 15h30

Maison de la Laïcité de Verviers

Rue de Bruxelles 5

4800 Verviers

Associations sœurs d'expression néerlandophone

LEIF (Levens Einde Informatie Forum)

J. Vander Vekenstraat 158 à 1780 Wemmel - +32 (0)78 15 11 55 - info@leif.be - www.leif.be

Recht op Waardig Sterven (RWS)

Van de Wervestraat 2A - B-2060 Antwerpen - +32 (0)3 272 51 63 - info@rws.be - www.rws.be



**Oyez,
Oyez,
Chers Membres,**

Aidez-nous à diffuser localement nos dépliants de présentation dans votre pharmacie, la salle d'attente de votre médecin, chez votre notaire, dans votre bibliothèque, dans votre commune...

Attention, toujours d'abord demander l'autorisation avant de déposer les dépliants.

N'hésitez pas à contacter le secrétariat pour demander le nombre de dépliants que vous souhaitez et que nous nous ferons un plaisir de vous envoyer.



L'ADMD Belgique est membre de la
World Federation of Right to Die Societies et de Right to Die Europe
Secrétariat:

Avenue Eugène Plasky 144 bte 3 à B-1030 Bruxelles - Belgique
www.admd.be - 02 502 04 85

Éditrice responsable: Jacqueline Herremans