

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT EN FIN DE VIE



Brochure d'information pour
les familles et les proches

TABLE DES MATIÈRES

Préparer la fin de vie	4
Qui décide en fin de vie	5
Changements physiques et traitements	7
Les derniers moments de la vie : possibilités médicales	11
Soins palliatifs	11
Euthanasie	12
Faire face à un départ imminent	15
Accompagnement palliatif en maison de repos et de soins	17
Après le décès	18
Organisations d'assistance	20





Brochure d'information pour les familles et les proches

Cette brochure d'information vise à aider les familles et les proches à traverser sereinement les moments difficiles liés à la fin de vie. Elle apporte des réponses aux questions qui peuvent se poser au moment de préparer et de vivre cette phase ultime.

PRÉPARER LA FIN DE VIE

Il importe qu'un résident d'une maison de repos et de soins puisse continuer à vivre autant que possible comme s'il était encore chez lui. Ce principe s'applique tant aux activités quotidiennes (alimentation, hygiène, mobilité et convictions religieuses) qu'aux attentes liées à la fin de vie.

Peu après l'admission, l'infirmier en chef abordera ces sujets avec le résident et sa famille. Il discutera des choix à privilégier si la situation médicale du résident se dégrade ou lorsque la fin de vie s'approche.



Qui décide en fin de vie ?

Dans la législation belge, mais également dans notre vision des soins, le droit à l'autodétermination du **résident** en fin de vie est primordial. C'est le résident qui décide d'accepter ou de refuser des interventions, qui comprennent des examens médicaux, des traitements (médicamenteux ou chirurgicaux, urgents ou non), des soins au sens large (assistance respiratoire, aide pour s'alimenter ou soins d'hygiène) et des décisions liées à la fin de vie.

Le résident peut désigner une **personne de confiance** pour l'accompagner dans l'exercice de ses droits, par exemple pour l'aider à obtenir des informations sur son état de santé et son pronostic, ou pour consulter le dossier de soins. Le résident choisit cette personne de confiance lui-même. Il peut s'agir d'un membre de sa famille, mais aussi d'un(e) ami(e) proche. L'identité de la personne de confiance est consignée dans le dossier de soins ou dans le projet de soins et de vie. La personne de confiance veille à ce que les volontés et les choix du résident soient respectés, mais elle n'a pas le droit de prendre des décisions.

Lorsque le résident n'est plus en mesure de prendre des décisions lui-même, la loi prévoit la possibilité de désigner un **représentant** qui exercera ses droits lorsqu'il est juridiquement ou de fait incapable. Cette situation survient lorsque le résident n'est plus en mesure de s'exprimer ou de prendre des décisions lui-même, parce qu'il est dans le coma ou atteint de démence avancée, par exemple. Le médecin (généraliste) évalue la situation en concertation avec l'équipe de soins. Le résident doit désigner son représentant par écrit tant qu'il est en mesure d'exercer ses droits. Cette désignation peut être révoquée par écrit à tout moment, tant par le résident que par le représentant.

Le représentant peut exercer les droits suivants :

- le droit à l'information ;
- le droit d'accepter ou de refuser une intervention ;
- le droit au libre choix du praticien ;
- le droit de consulter le dossier médical du résident ;
- le droit de déposer une plainte lorsque ces droits ne sont pas respectés

Le représentant doit respecter et relayer les volontés du résident. Il ne peut donc jamais agir à l'encontre de la volonté exprimée par le résident concernant l'acceptation ou le refus d'un traitement.

Lorsqu'aucun représentant n'a été désigné, l'équipe de soins vérifie d'abord si un **administrateur** a été désigné. Si ce n'est pas le cas, elle demande au conjoint ou au partenaire légal ou de fait (la personne avec laquelle le résident cohabitait officiellement avant son admission dans la maison de repos et de soins) de remplir le rôle de représentant.

Si le résident n'a pas de conjoint ou de partenaire, ou si cette personne ne souhaite pas assumer ce rôle, l'équipe de soins se tourne vers les enfants, un parent ou une sœur ou un frère majeur du résident.

Le droit de représentation revient donc (dans cet ordre) :

1. au représentant désigné par le résident ;
2. à l'administrateur du résident ;
3. au partenaire (conjoint ou cohabitant légal ou de fait) ;
4. aux enfants ;
5. à un parent (mère ou père) ;
6. à une sœur ou un frère majeur.

Ces personnes ne sont pas obligées d'assumer ce rôle. L'ordre est suivi jusqu'à ce qu'une personne accepte de devenir le représentant du résident. Si personne ne souhaite assumer ce rôle ou en cas de désaccord entre plusieurs personnes de même rang, l'équipe multidisciplinaire de la maison de repos et de soins défend les intérêts du résident.



Changements physiques et traitements

Trois groupes de maladies :

- Les **maladies neurodégénératives**, comme la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, la maladie de Parkinson ou la maladie de Charcot (SLA), évoluent généralement lentement sur plusieurs années. En général, le décès n'est pas une conséquence directe de la maladie, mais il est dû à des complications qui y sont associées. Dans leur dernière phase de vie, les résidents éprouvent souvent de plus en plus de difficultés à s'alimenter et à boire et souffrent d'infections récurrentes.
- **Les cancers** évoluent souvent de manière fluctuante. Une longue période relativement stable grâce aux traitements peut être suivie d'une phase de déclin rapide, qui finit par entraîner le décès.
- Le **déclin physique** dû au vieillissement ou au dysfonctionnement de certains organes ou fonctions. L'état général se détériore progressivement, l'organisme devient plus fragile ce qui rend la récupération de plus en plus difficile.

L'état de santé du résident dépend de sa condition physique, de la capacité de son organisme à se rétablir, de sa volonté de poursuivre certains traitements et de son choix de se faire hospitaliser ou non.

Trois groupes de résidents :

- Les résidents qui optent pour un **traitement médical maximal**, comme la réanimation, l'admission aux soins intensifs ou l'administration de traitements invasifs dans une optique de guérison ou de prolongation de la vie. Ce choix est relativement peu courant dans une maison de repos et de soins.
- Les résidents qui optent pour des **soins de confort** et renoncent à tout traitement de prolongation de la vie, comme la (non-)prise ou l'arrêt d'antibiotiques, l'hydratation artificielle, l'alimentation artificielle ou l'oxygénothérapie. Peu de résidents font ce choix au moment de l'admission, mais plus ils avancent vers la fin de vie, plus ils marquent une préférence pour cette approche.
- Les résidents qui optent pour un **traitement partiel**, qui consiste à accepter certaines interventions médicales et à en refuser d'autres. Ce choix peut

découler de convictions personnelles, d'un sentiment d'angoisse ou du souhait de conserver une certaine qualité de vie.

Ce groupe comprend les résidents qui :

- souhaitent encore être hospitalisés pour se soumettre à un examen clinique ou recevoir un traitement en cas de problème aigu ;
- acceptent un suivi médical à la seule condition qu'il soit ambulatoire (hospitalisation de jour ou consultation auprès d'un spécialiste).

En fonction des **choix du résident**, certains traitements seront entamés et d'autres non. Ces accords constituent une véritable boussole pour les médecins traitants et pour les médecins de garde, qui doivent parfois prendre des décisions complexes dans l'urgence du moment.

Traitements

Certains **traitements**, comme les sondes, l'oxygénothérapie ou l'alimentation et l'hydratation artificielles, peuvent être inconfortables ou pénibles à supporter. Ils visent souvent à prolonger la vie, mais ne favorisent pas toujours le confort ou la qualité de vie du résident. La décision d'arrêter les traitements est généralement prise lorsque l'organisme montre clairement qu'il a atteint ses limites.

1. Assistance respiratoire

Dans certaines affections, comme les maladies pulmonaires chroniques, la démence, l'artériosclérose ou l'insuffisance cardiaque, les problèmes respiratoires peuvent s'accroître en fin de vie. Des troubles de la déglutition peuvent entraîner le passage d'aliments ou de liquides dans les voies respiratoires, augmentant ainsi le risque de pneumonie. En outre, il peut devenir plus difficile d'expectorer les sécrétions, ce qui peut donner lieu à des infections pulmonaires répétées.

Les **antibiotiques** améliorent souvent temporairement les infections, mais il peut arriver que les chances de guérison diminuent et que les infections reviennent plus rapidement.

Au cours de cette phase, les **traitements** visent surtout à assurer le **confort** du résident, par exemple par l'apport supplémentaire d'oxygène en cas de difficultés respiratoires et l'administration de morphine ou d'anxiolytiques en cas d'agitation. Dans certaines situations, une sédation palliative peut également être envisagée.

Les traitements visant le confort ont toutefois aussi leurs **limites**. L'aspiration

des sécrétions (mucus) peut être ressentie comme invasive ou s'avérer peu efficace, et peut même, dans certains cas, augmenter les sécrétions. L'apport d'oxygène n'améliore pas toujours le confort en fin de vie et peut parfois prolonger une situation d'inconfort. Pour les proches, ces traitements peuvent parfois donner le sentiment de retarder le moment des adieux.

L'augmentation de la dose de morphine ou d'anxiolytiques peut altérer l'état de conscience du résident, ce qui peut compliquer la communication avec ses proches. C'est la raison pour laquelle ces choix sont toujours évalués avec précaution, en pensant au confort et à la dignité du résident.

2. Alimentation/hydratation

L'alimentation peut devenir plus complexe en fin de vie.

L'**alimentation artificielle** peut apporter une amélioration temporaire dans certaines situations, comme pour éviter la sous-alimentation ou faciliter la cicatrisation des plaies. Toutefois, au fil du temps, on accorde plus d'importance à la qualité de vie plutôt qu'à la quantité.

Les **régimes précédemment prescrits** (peu de graisses, sans sel, régime pour diabétiques, etc.) sont souvent abandonnés. Le goût et le plaisir passent avant tout, grâce à une adaptation de la forme et de la consistance des aliments proposés (nourriture mixée ou boissons épaissies, par exemple).

À un **stade plus avancé**, l'organisme n'est parfois plus en mesure de digérer correctement les aliments et la sensation de faim disparaît. L'alimentation et l'hydratation artificielles peuvent devenir pénibles à supporter et ne plus améliorer le confort. Leur arrêt peut alors contribuer à un meilleur confort. L'idée n'est bien sûr pas de « laisser le résident mourir de faim », mais de respecter l'évolution naturelle et de donner la priorité au confort.

3. Hospitalisation

Le suivi médical et les possibilités de traitement, qui visent généralement à prolonger la vie, sont de toute évidence plus étendus dans un hôpital que dans une maison de repos et de soins.

En maison de repos et de soins, à un stade avancé de la maladie, l'accent est davantage mis sur le confort et sur la qualité de vie. Certains résidents préfèrent alors ne plus se faire hospitaliser, par crainte d'être traités de manière impersonnelle, d'une absence prolongée de leur environnement

familier ou du risque de ne pas pouvoir décéder dans leur propre chambre.

Pour les résidents désorientés ou plus vulnérables sur le plan cognitif, une hospitalisation peut être très difficile à supporter. Le changement d'environnement peut les rendre plus confus, plus agités ou plus anxieux. De même, le retour dans la maison de repos et de soins se passe parfois difficilement, tant sur le plan physique qu'émotionnel.

La décision d'hospitaliser ou non un résident implique toujours de peser soigneusement le pour et le contre, en tenant compte de sa situation médicale, de ses souhaits et du contexte plus large. L'essentiel est de considérer ce qui favorise le plus son confort, son bien-être et sa dignité à ce moment-là.



LES DERNIERS MOMENTS DE LA VIE : POSSIBILITÉS MÉDICALES

En fin de vie, une personne est souvent affaiblie par l'âge, la maladie ou les traitements médicaux. L'organisme est plus vulnérable et se rétablit moins facilement. Certaines fonctions corporelles ralentissent et certains organes fonctionnent moins bien. Enfin, l'organisme se prépare à s'éteindre. Il arrive souvent que le résident plonge dans un sommeil profond ou coma, qui rend tout contact impossible.

Entend-il encore ce qu'on dit à ce moment-là ? A-t-il toujours conscience de ce qui l'entoure ? Personne ne le sait avec certitude. C'est pourquoi une présence calme et respectueuse reste essentielle, tant dans les paroles que dans la proximité physique.

Très souvent, la respiration change aussi. Elle ralentit et devient plus irrégulière, avec parfois de longues pauses entre deux respirations (apnées). Pour les proches, ce sont là des moments intenses qu'ils passent à attendre et à observer, tout en sachant que la fin est proche.

Au cours de ces derniers moments aussi, les prestataires de soins veillent au confort et à la dignité du résident. Ils s'efforcent de soulager la douleur et l'inconfort autant que possible, se rendent disponibles et accompagnent la famille avec calme.

Plusieurs décisions médicales peuvent être prises au cours de la dernière phase de vie. L'objectif des soins glisse alors résolument vers le confort et la qualité de vie. En fonction de la situation, des souhaits du résident et du contexte médical, plusieurs formes d'accompagnement et de soins peuvent être envisagées.

Soins palliatifs

1. Soins de confort

Les soins de confort visent à garantir le bien-être du résident et à rendre ses derniers jours aussi agréables et paisibles que possible.

Le résident reçoit des traitements contre la douleur, la dyspnée, l'agitation ou

l'anxiété afin de soulager au maximum l'inconfort.

Les examens et actes médicaux, comme la prise de la température ou de la tension, sont moins importants et donc limités au strict minimum.

2. Sédation palliative

La décision d'instaurer une sédation palliative ne peut être prise que par le médecin traitant, en présence de symptômes réfractaires. Ceux-ci ne peuvent plus être suffisamment soulagés par les traitements. Il peut s'agir notamment d'une détresse respiratoire sévère, d'un œdème pulmonaire, d'une obstruction des voies respiratoires, ou encore de douleurs ou d'une anxiété difficiles à apaiser.

La décision est prise en concertation avec le résident et avec son consentement éclairé. Lorsque le résident n'est plus capable de donner son consentement, la décision est prise en concertation avec le représentant et en dialogue avec la famille.

Le résident est plongé dans un sommeil profond, afin qu'il ne ressente plus la douleur ni l'inconfort. Durant cette phase, les soins sont adaptés en priorité au confort.

Le contact avec le résident disparaît, ce qui peut être émotionnellement difficile pour les proches. Un certain temps peut encore s'écouler entre le début de la sédation et le décès.

Euthanasie

1. Qu'est-ce que l'euthanasie ?

L'euthanasie est « l'acte, pratiqué par un médecin, qui met intentionnellement et activement fin à la vie d'une personne, à la demande expresse de celle-ci ».

Remarque importante : la demande d'euthanasie doit **toujours** émaner du **résident lui-même**.

Ne sont **pas considérés** comme une euthanasie :

- l'abandon ou l'arrêt d'un traitement curatif ou de prolongation de la vie ;
- le refus d'un traitement par le résident : tant qu'il est jugé capable d'exprimer sa volonté, il a le droit de refuser un traitement, même si cette décision est susceptible d'abrégé sa vie ;
- les traitements destinés à améliorer la qualité de vie et le confort du résident en cas de maladie incurable (soins palliatifs et sédation palliative).



Une demande d'euthanasie est généralement l'expression d'une souffrance, physique et/ou psychique. Cette démarche peut reposer sur plusieurs raisons, comme des douleurs intenses, l'angoisse, la peur de voir ses souffrances empirer ou de ne plus pouvoir décider de son propre sort plus tard. Il est donc essentiel d'écouter le résident avant tout, car c'est souvent ce dont il a le plus besoin.

La première chose à faire consiste toujours à trouver des moyens de soulager les souffrances. Lorsque ces moyens sont insuffisants, l'euthanasie peut finalement être envisagée dans le cadre légal.

Pour les proches, il est souvent difficile d'accepter qu'un membre de la famille demande une euthanasie.

2. Qui peut demander l'euthanasie ?

Depuis 2002, en Belgique, toute personne majeure, capable d'exprimer sa volonté et à même de prendre des décisions conscientes, peut demander l'euthanasie. La demande doit être formulée de manière volontaire et réfléchie et ne pas résulter d'une pression extérieure. Elle doit en outre être formulée de manière répétée. Personne ne peut prendre cette décision à la place de la personne concernée.

Le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue et faire état d'une souffrance physique ou psychique constante et insupportable qui ne peut être suffisamment apaisée avec les moyens médicaux actuels. C'est pourquoi il importe que la demande d'euthanasie soit formulée pendant une période de stabilité, où les symptômes sont traités et contrôlés dans la mesure du possible et où le patient se sent en sécurité.

3. Déclaration anticipée relative à l'euthanasie

Lorsque le résident se trouve dans un état d'inconscience permanente et irréversible, il ne peut plus exprimer sa volonté. Dans ce cas, une demande d'euthanasie ne peut être prise en compte que s'il a préalablement rédigé une déclaration anticipée relative à l'euthanasie. Cette déclaration doit être établie par le patient lui-même, en présence de deux témoins.

Toute déclaration anticipée relative à l'euthanasie établie, révisée ou confirmée après l'entrée en vigueur, le 2 avril 2020, de la loi modifiant la législation sur l'euthanasie reste valable pour une durée indéterminée et ne doit plus être renouvelée tous les cinq ans. Les déclarations anticipées établies avant cette modification ne sont pas automatiquement converties : elles relèvent de

l'ancienne législation et doivent donc encore être confirmées (une dernière fois) pour être valables pour une durée indéterminée.

La déclaration peut être enregistrée à la commune pour que les médecins puissent la consulter si nécessaire.

4. Quand un médecin peut-il refuser une euthanasie ?

Un médecin peut refuser d'entamer la procédure si les conditions légales ne sont pas remplies. S'il décide néanmoins de l'entamer, il s'expose à des sanctions judiciaires et professionnelles.

La loi prévoit également qu'un médecin peut refuser une demande d'euthanasie pour des raisons personnelles, même lorsque les conditions légales sont réunies, par exemple si celle-ci va à l'encontre de ses valeurs ou de ses convictions, ou s'il ne se sent pas en mesure d'y donner suite.

Dans ce cas, le médecin doit en informer le patient et lui expliquer les raisons de son refus. Il doit également renvoyer le patient vers un autre médecin. Le patient ou son représentant peut aussi consulter un autre médecin de sa propre initiative. Il va de soi que ce médecin devra également respecter toutes les conditions légales et les procédures en matière d'euthanasie.

Faire face à un départ imminent

Il n'existe malheureusement pas de guide indiquant ce qu'il faut dire ou faire dans une telle situation. La tristesse liée à la perte imminente d'un proche touche chacun d'entre nous différemment. Ces émotions sont très personnelles et chacun les vit à sa manière. Il est important de les respecter.

Beaucoup de questions peuvent émerger en ces moments difficiles. Quand dire au revoir ? Faut-il laisser libre cours à ses émotions ? Faut-il exprimer ses regrets ou évoquer les conflits du passé ? Avez-vous encore des questions à poser, attendez-vous encore des réponses ? Ou certains sujets sont-ils difficiles à aborder ?

Il n'existe pas de réponse toute faite à ces questions. Chacun vit ces moments à sa manière. Pour la personne en fin de vie, il s'agit également d'une période intense et particulière. Il est parfois possible d'échanger quelques mots, mais ce n'est pas toujours le cas.

Si vous vous sentez le désir et la force d'accompagner votre proche, il peut être



bénéfique de faire ce que vous avez toujours fait ensemble. Pour certains, cela signifie être ensemble sans trop échanger, pour d'autres, partager un bon repas ou évoquer des souvenirs.

Parfois, de petits gestes peuvent avoir une grande importance pour votre proche : mettre de la musique douce, diffuser une odeur appréciée, lui tenir la main, lui faire un massage ou simplement être présent de manière sereine. Dans ces moments, des activités que le résident aimait pratiquer avant sa maladie peuvent aussi apporter du réconfort et de la reconnaissance.

Mais souvent, il suffit simplement d'être là. Lui tenir la main, ne pas parler, exprimer sa gratitude ou son amour, ou encore dire au revoir, peut être précieux. Le silence peut aussi être précieux.

Accompagnement palliatif en maison de repos et de soins

De nombreux résidents expriment le souhait de finir leurs jours dans la maison de repos et de soins où ils vivent. C'est pourquoi nous accordons une grande importance à l'accompagnement en fin de vie, ainsi qu'aux soins palliatifs au sein de l'établissement. Plusieurs **collaborateurs de l'équipe de soins** ont suivi une formation en soins palliatifs ou ont une grande expérience dans cet accompagnement.

En outre, la maison de repos et de soins peut faire appel à **une équipe externe** spécialisée, qui dispose d'une grande expertise en matière de soins de confort et est en mesure de reconnaître les signes de la fin de vie. Cette équipe épaula l'équipe de soins et lui prodigue des conseils en cas de besoin. Les résidents et leur famille peuvent également compter sur leur accompagnement pendant cette période souvent difficile et émotionnellement éprouvante.

En tant que membre de la famille ou proche, vous pouvez bien sûr **veiller le résident** et, si vous le souhaitez, passer la nuit sur place. Il n'est pas toujours possible de proposer un lit supplémentaire dans tous les résidences, mais, selon les possibilités, vous pouvez apporter votre propre matériel ou dormir dans un fauteuil. Vous pouvez également choisir de faire appel, à vos frais, à un garde-malade.

N'hésitez pas à en parler à l'équipe de soins, qui vous aidera à trouver la meilleure solution.

Après le décès

Lorsqu'un résident décède et que le médecin a constaté le décès, la maison de repos et de soins en informe la famille ou les proches. Cela peut se faire de jour comme de nuit, en fonction des accords préalablement établis.

Un collaborateur demande à la famille et aux proches s'ils souhaitent se recueillir auprès du défunt. Ils peuvent prendre le temps dont ils ont besoin.

La maison de repos et de soins contacte ensuite l'entrepreneur de pompes funèbres choisi, qui vient prendre en charge le corps après que les adieux ont eu lieu. En l'absence de préférence, un entrepreneur de pompes funèbres avec lequel l'établissement collabore sera contacté. Celui-ci prendra ensuite contact avec la famille ou les proches afin de régler les aspects pratiques, tels que le faire-part de décès et l'organisation de la cérémonie, laïque ou religieuse.

L'avis de décès est affiché dans un espace de recueillement au sein de la maison de repos et de soins. Des moments de recueillement et de commémoration sont régulièrement organisés. Les résidents ont alors la possibilité d'évoquer la personne décédée et de se souvenir des bons moments partagés.

Après le décès, l'équipe de soins reste à votre disposition pour toute question ou tout accompagnement.



ORGANISATIONS D'ASSISTANCE À BRUXELLES, EN WALLONIE ET DANS LA COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

BRUXELLES

Fédération Bruxelloise de Soins Palliatifs et Continus asbl

rue des Cultivateurs 30 – 1040 Bruxelles
02 648 04 02 – federation@fbsp.be
www.fbsp-bfpz.be

Brusano

rue Breydel 40 – 1040 Bruxelles
02 880 29 85 – info@brusano.brussels
www.brusano.brussels

WALLONIE

Fédération Wallonne des Soins Palliatifs asbl

www.soinspalliatifs.be
federation@fwsp.be

PLATES-FORMES RÉGIONALES

PalliHO asbl (Hainaut Occidental)

chaussée de Renaix 140 – 7500 Tournai
069 22 62 86 – info@palliho.be
www.palliho.be

Plate-forme du Hainaut Oriental

boulevard Zoé Drion 1 – 6000 Charleroi
071 92 55 40 – soins.palliatifs@skynet.be
www.palliacharleroi.be

Reliance asbl (Mons, Borinage, La Louvière, Soignies)

rue de la Loi 30 – 7100 La Louvière
064 57 09 68 – info@relianceasbl.be
www.relianceasbl.be

Pallium asbl (Brabant Wallon)

avenue Henri Lepage 5 – 1300 Wavre
010 39 15 75 – coordination@pallium-bw.be
www.pallium-bw.be

PalliaNAM asbl (Namur)

rue Charles Bouvier 108 – 5004 Bouge
081 43 56 58 – info@pallianam.be
www.pallianam.be

PalliaLiège asbl (Liège)

rue du Mont Saint-Martin 90 – 4000 Liège
04 342 35 12 – info@pallialiege.be
www.pallialiege.be

PalliaVerviers asbl (l'Est francophone)

rue de la Marne 4 – 4800 Verviers
087 23 00 16 – info@palliaverviers.be
www.palliaverviers.be

PalliaLux (Luxembourg)

rue du Manoir 3 – 6900 Marche-en-Famenne
084 43 30 09 – info@pallialux.be
www.pallialux.be

COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE

Palliativpflegeverband Ostbelgien VoG

Kaperberg 2 - 4700 Eupen

0477 60 78 05 - ppv.ostbelgien@palliativ.be

www.palliativpflegeverband.com

EUTHANASIE

ADMD

Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité

avenue Eugène Plasky 144/3 - 1030 Schaerbeek

02 502 04 85 - www.admd.be



NOTES

