



PLATEFORME VIP

VIEILLISSEMENT ET PRÉCARITÉ, MAIS PAS QUE :
FIN DE VIE, MORT, DEUIL

J'AIMERAIS QUE ÇA SE PASSE COMME ÇA

pour ma fin de vie et après

5ème édition - Novembre 2025

FRANÇAIS

العربية

هكذا أرغب أن تسير الأمور

عند نهاية حياتي وما بعدها

النسخة الخامسة - نوفمبر 2025


**Le Relais
Ozanam**

ACCOMPAGNER ~ HÉBERGER ~ LOGER

MEMBRE GROUPEMENT DES POSSIBLES

Sommaire

1. PRÉAMBULE.....P-3

2. CONSEILS PRATIQUES.....P-5

3. LA FIN DE VIE QU'EST-CE QUE C'EST ?.....P-7

4. POURQUOI ANTICIPER MA FIN DE VIEP-9

5. MES VOLONTÉS NON MÉDICALES.....P-12

- Explications.....p-13
- Formulaire.....p-16

6. MES VOLONTÉS MÉDICALES.....P-32

- Les directives anticipées.....p-33
 - Explications.....p-33
 - Formulaire.....p-38
- La personne de confiance.....p-51
 - Explications.....p-51
 - Formulaire.....p-56

8. ANNEXES.....P-58

- Carte à garder sur soi.....p-60
- Localisation de mes directives anticipées.....p-62
- Cas particulier / Témoin.....p-64
- Document d'annulation / modification.....p-68
- Formulaire concernant le don d'organe.....p-70
- Formulaire de refus de soin.....p-76

الفهرس

- 1. التمهيد.....ص.4
- 2. إرشادات عملية.....ص.6
- 3. نهاية الحياة، ماذا تعني؟.....ص.8
- 4. لماذا أخطط لمرحلة نهاية الحياةص.10
- 5. رغباتي غير الطبية.....ص.12
 - التوضيحات.....ص.14
 - النموذج.....ص.16
- 6. رغباتي الطبية.....ص.32
 - التوجيهات المسبقة.....ص.34
 - التوضيحات.....ص.34
 - النموذج.....ص.38
 - التوضيحات.....ص.52
 - التوضيحات.....ص.52
 - النموذج.....ص.56
- 8. الملحقات.....ص.58
 - بطاقة أبقياها معي.....ص.60
 - مكان توجيهاتي المسبقة.....ص.62
 - الحالات الخاصة والشهود.....ص.64
 - وثيقة الإلغاء أو التعديل.....ص.68
 - نموذج التبرع بالأعضاء.....ص.70
 - نموذج رفض الرعاية.....ص.76

Préambule

POURQUOI CE DOCUMENT ALORS QUE DE NOMBREUSES CHOSES EXISTENT DÉJÀ ?

Nous sommes un groupe de professionnel·les et de résident·es de 3 Pensions de Famille (gérées par le Relais Ozanam et l'Oiseau Bleu).

Chacun·e d'entre nous a vécu des décès sur son lieu de travail ou d'habitation. Et pour chacune de ces situations, nous avons manqué de réponses à nos questions. L'existant ne nous semblait pas adapté, pas suffisamment en lien avec notre réalité.

Nous entendions parler de la mort, du vieillissement, nous le voyions, le vivions, mais nous ne savions pas comment faire... Et personne ne se penchait sur la question. Comment se débrouiller de ces méli-mélos ?

À un moment, nous avons eu besoin de parler, de s'autoriser enfin à parler de ce sujet tabou et difficile... **qui fait partie de la vie.**

C'était un pari, un voyage dans l'inconnu, mais il nous semblait important de ne pas « rien faire » de notre expérience. En discutant avec d'autres structures, nous nous sommes rendu·es compte que nous étions nombreux·euses à vivre ces situations, à être dans un flou opaque.

Avec le présent document, nous souhaitons permettre aux autres (professionnel·les et personnes accompagnées) d'aller plus vite, de moins piétiner que nous. Nous voudrions, modestement aider à améliorer la vie des gens qui rentrent dans les structures du social, permettre aux personnes d'accéder à certains de leurs droits.

Nous n'avons pas prétention à répondre à toutes les questions et d'englober toutes les situations, mais espérons que cela vous servira.

SI DES QUESTIONS DEMEURENT, DE NOMBREUSES AUTRES RESSOURCES EXISTENT.

Cet outil a reçu plusieurs prix :

en 2021, le prix de l'innovation de la FEHAP

en 2022, le prix coup de coeur du réseau VADA

لَمْ أعدنا هذه الوثيقة على الرغم من وجود العديد غيرها من قبل؟

نحن مجموعة من المهنيين والمقيمين في 3 دور للإقامة العائلية (والتي تديرها Le Relais Ozanam و L'Oiseau Bleu).

لقد عايش كل فرد منا حالات وفيات في مكان عمله أو إقامته. وفي كل واحدة من هذه الحالات، لم نستطع الحصول على إجابات لأسئلتنا. ورغم كل الموجود، لم نجد أنه كان مناسبًا لنا، ولا كافيًا لحقيقة الحالات التي عايشناها.

كنا نسمع عن مواضيع الموت والشيخوخة، ونراها ونعيشها، ولكننا لم نكن نعرف كيف نتعامل معها... ولم يكن أحد قد عمل عليها. كيف يمكننا التعامل مع هذه التعقيدات المحيرة؟

وفي لحظة ما، شعرنا بالحاجة إلى التحدث، وأن نسمح لأنفسنا أخيرًا بالتحدث عن هذا الموضوع الصعب وغير المقبول اجتماعيًا... **والذي هو ليس إلا جزءًا من الحياة.**

وجدنا في ذلك مخاطرة، مثل رحلة في المجهول، لكن تجربتنا كانت تملي علينا ألا نقف مكتوفي الأيدي. وعند مناقشتنا الأمر مع جهات أخرى، أدركنا أننا لم نكن وحدنا في حيرتنا هذه، وأن العديد من الأشخاص غيرنا مروا بنفس تجربتنا.

نأمل، بهذه الوثيقة، أن نساعد الآخرين (من مهنيين وأفراد مستفيدين) على التقدم بخطوات أسرع، وبقدر أقل من التخطي الذي عايشناه. ونرجو، بكل تواضع، المساعدة في تحسين حياة الأفراد الذين يقيمون في المؤسسات الاجتماعية، وتسهيل وصولهم إلى جزء من حقوقهم.

لا يسعنا أن ندعي معرفة الإجابة عن جميع الأسئلة والإحاطة بجميع المواقف بهذا الصدد، لكننا نأمل أن تجدوا فيه الفائدة.

في حال بقيت لديكم أي أسئلة، يُرجى الرجوع إلى المصادر الأخرى المتوفرة.

حصلت هذه الأداة على العديد من الجوائز:

جائزة الابتكار من FEHAP في 2021

جائزة التقدير من شبكة VADA في 2022

Conseils pratiques

Nous voulions être court·es ... c'est raté ! Nous n'avons pas réussi à enlever des parties. En revanche, nous avons essayé d'être clair·es et facilitant·es.

Les pages sur fond orange sont les pages explicatives.

Pour qu'il soit plus facile de se représenter les choses nous avons glissé quelques exemples très concrets issus de nos expériences propres.

Le fond blanc indique les pages à compléter.

Pour que ce soit plus pratique, ces pages sont détachables.

Nous nous sommes appuyés sur les textes de lois. Ce document a été relu par des expert·es pour s'assurer de sa véracité.

Commençons par mes volontés non médicales

Quand je vais décéder, beaucoup de choses vont devoir être organisées : mes obsèques, des démarches administratives, le tri de mes affaires personnelles...

Si je suis en lien avec ma famille, c'est elle qui va s'occuper de tout ça, sinon ce sera une proche (ami.e, voisin.e), ou l'une des professionnel.le.s qui m'accompagnent.

Quelle que soit la personne qui va s'en charger, elle a besoin de mon aide pour être sûre de respecter ma volonté.

En effet, de nombreuses possibilités existent, mais qu'est-ce qui est important pour moi ? Qu'est-ce que je souhaite vraiment ?

EXEMPLE

REGARDONS LE CAS DE JULES

Il était résident à la Pension de Famille le Refuge. Il vient de mourir.

L'équipe de la Pension de Famille ne connaît pas les volontés de Jules. Comme il était très proche de Jean-Pierre, c'est vers ce dernier qu'elle se tourne pour les connaître. Jean-Pierre et Jules, n'en ont jamais parlé non plus.

Les décisions prises le seront donc arbitrairement, sans savoir si elles sont bien les derniers souhaits de Jules.

Il aurait pourtant suffi d'en parler ...

Nous avons essayé de préciser certains éléments, de souligner des points de vigilance ou de réflexion.

Le document est bilingue. Les logos AR / FR et les codes couleurs noir et orange vous permettent de repérer les deux langues.

Le document doit être rempli dans les deux langues. C'est pour que les informations soient compréhensibles par la personne qui exprime ses volontés comme par les personnes qui l'accompagnent.

Formulaire "mes volontés non médicales"

CONCERNANT MES OBSÈQUES

- Je peux si je le souhaite désigner une personne physique ayant qualité pour pourvoir à l'organisation de mes funérailles. C'est elle qui se chargera de l'organisation de mes obsèques :
Nom, Prénom(s) : _____
Coordonnées : _____
Lien avec moi : _____
- Pour mes obsèques, j'aimerais que l'on m'habilite de façon particulière ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- Comment ? (vêtement, bijou...) : _____
- Ca peut être à porter sur moi ou à mettre dans mon cercueil (je peux préciser ce que je veux)
- Je souhaite que mon entourage puisse venir voir mon corps une dernière fois ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- J'aimerais une cérémonie religieuse ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas
- Quelle est ma religion ? _____
- Je préférerais être ☐ crématisée ☐ ou enterrée ☐ Je ne sais pas
- À quel endroit je voudrais que cela ait lieu ? (Ville, existence d'un caveau familial...) : _____

A SAVOIR

- Si je ne désigne personne pour organiser mes funérailles, des recherches seront faites pour solliciter ma famille. Est-ce que je suis d'accord avec ça ?
- Si rien n'a été précisé et que personne ne se manifeste, ma cérémonie (enterrement ou crématisation) aura lieu dans la ville où je suis décédée.
- Si je n'ai pas les ressources suffisantes pour prendre en charge ma cérémonie, la mairie de ma commune de décès peut prendre en charge mes obsèques avec l'obligation de respecter mon choix d'être crématisée ou enterrée.
- La commune peut faire des recherches sur ma famille pour qu'elle rembourse les frais.

- Ce document est **un support, un outil**, vous pouvez ne pas répondre à toutes les questions, rajouter des pages si besoin... Il ne faut pas que cette trame vous bloque !
- Ce document a été pensé pour que des personnes accompagnées, hébergées, ou logées dans des structures sociales puissent exprimer leurs volontés, nous avons également réalisé un guide pour les professionnel·les accompagnant·es.

إرشادات عملية

كنا نود أن يكون هذا الدليل مختصرًا... لكننا لم ننجح! لم نستطع حذف بعض الأجزاء منه. لكننا في المقابل حاولنا أن يكون واضحًا وسهل الاستخدام.

الصفحات ذات الخلفية البرتقالية هي صفحات الشرح.

سعيًا إلى توضيح بعض العناصر، وتبسيط الضوء على النقاط التي يجب الانتباه لها أو التفكير فيها.

حتى يسهل تصوّر بعض المواقف، أضفنا بعض الأمثلة الواقعية جدًا من تجاربنا الشخصية.

Commençons par mes volontés non médicales

Quand je vais décider, beaucoup de choses vont devoir être organisées : mes obsèques, des démarches administratives, le tri de mes affaires personnelles...

Si je suis en lien avec ma famille, c'est elle qui va s'occuper de tout ça, sinon ce sera une proche (ami.e, voisin.e), ou l'une des professionnel.le.s qui m'accompagnent.

Quelle que soit la personne qui va s'en charger, elle a besoin de mon aide pour être sûre de respecter ma volonté.

En effet, de nombreuses possibilités existent, mais qu'est-ce qui est important pour moi ? Qu'est-ce que je souhaite vraiment ?

EXEMPLE

REGARDONS LE CAS DE JULES

Il était résidant à la Pension de Famille le Refuge. Il vient de mourir.

L'équipe de la Pension de Famille ne connaît pas les volontés de Jules. Comme il était très proche de Jean-Pierre, c'est vers ce dernier qu'elle se tourne pour les connaître. Jean-Pierre et Jules, n'en ont jamais parlé non plus.

Les décisions prises le seront donc arbitrairement, sans savoir si elles sont bien les derniers souhaits de Jules.

Il aurait pourtant suffi d'en parler ...

هذه الوثيقة مكتوبة بلغتين.

شعارا AR/FR والألوان المعتمدة بالأسود والبرتقالي تساعدكم على التمييز بين اللغتين.

الخلفية البيضاء تشير إلى الصفحات المطلوب تعبئتها.

هذه الصفحات يمكن فصلها لتسهيل الأمور.

استندنا في كتابتنا إلى النصوص القانونية، وقد راجع خبراء هذه الوثيقة للتأكد من صحتها.

Formulaire "mes volontés non médicales"

CONCERNANT MES OBSÈQUES

• Je peux si je le souhaite désigner une personne physique ayant qualité pour pourvoir à l'organisation de mes funérailles. C'est elle qui se chargera de l'organisation de mes obsèques :

Nom, Prénom(s) :

Coordonnées :

Lien avec moi :

• Pour mes obsèques, j'aimerais que l'on m'habilite de façon particulière ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

• Comment ? (vêtement, bijou...)

.....

Ça peut être à porter sur moi ou à mettre dans mon cercueil (je peux préciser ce que je veux)

• Je souhaite que mon entourage puisse venir voir mon corps une dernière fois ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

• J'aimerais une cérémonie religieuse ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

• Quelle est ma religion ?

• Je préférerais être ☐ crématisée ☐ ou enterrée ☐ Je ne sais pas

• À quel endroit je voudrais que cela ait lieu ? (Ville, existence d'un caveau familial...)

.....

A SAVOIR

• Si je ne désigne personne pour organiser mes funérailles, des recherches seront faites pour solliciter ma famille. Est-ce que je suis d'accord avec ça ?

• Si rien n'a été précisé et que personne ne se manifeste, ma cérémonie (enterrement ou crématisation) aura lieu dans la ville où je suis décédé.e.

• Si je n'ai pas les ressources suffisantes pour prendre en charge ma cérémonie, la mairie de ma commune de décès peut prendre en charge mes obsèques avec l'obligation de respecter mon choix d'être crématisée ou enterrée.

• La commune peut faire des recherches sur ma famille pour qu'elle rembourse les frais.

يجب تعبئة الوثيقة باللغتين،

لضمان وضوح المعلومات للشخص الذي يعبر عن رغباته وللمرافقين له على حد سواء.

• هذه الوثيقة هي **وسيلة داعمة، وأداة**، وبإمكانكم ألا تجيبوا عن جميع الأسئلة، أو إضافة بعض الصفحات عند الحاجة... أي لا تتقيدوا حصراً فيها!

• هذه الوثيقة مُصممة خصيصاً للأشخاص المرافقين، أو المستضافين، أو المقيمين في المؤسسات الاجتماعية، حتى يتمكنوا من التعبير عن رغباتهم، لكننا أعدنا أيضاً دليلاً للمهنيين المرافقين.



La fin de vie, qu'est-ce que c'est ?

LA « FIN DE VIE » DÉSIGNE LES DERNIERS MOMENTS DE VIE D'UNE PERSONNE.

Elle n'est pas forcément liée à l'âge, et peut être la conséquence de l'arrivée en phase avancée ou terminale d'une maladie grave ou d'un accident.

À ce stade de ma vie, l'objectif n'est pas de me guérir mais plutôt de veiller à mon « bien-être » et à celui de mon entourage jusqu'à la fin.

Cette situation soulève de nombreuses questions. Comment faire respecter mes droits et libertés individuelles ? Comment être accompagné·e ? ...

Ma fin de vie et ma mort viennent impacter les professionnel·les qui m'accompagnent, ma famille, mes voisin·es, mes proches, mais aussi le collectif de mon lieu de vie.

Si je ne suis pas en lien avec ma famille, c'est vers les personnes que je vois quotidiennement (équipe, voisin·es...) que je vais me tourner. Il est donc important qu'eux·elles aussi soient préparé·es à cette situation pour pouvoir être mieux présent·es à mes côtés.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LA FIN DE VIE

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>

AUBRY R. - Fin de vie et précarité, *Rizome*, 2017/2 n°64 – page 7

ELICAB R., GUILBERT A., OVERNEY L. et HAERINGER AS : Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie *in Revue JALMALV* 2013/1 n°112 – pp.11/25

نهاية الحياة، ماذا تعني؟

«نهاية الحياة» تعني اللحظات الأخيرة من الحياة.

وهي ليست مرتبطة بالضرورة بعمر معين، إذ قد تكون نتيجة الوصول إلى حالة متأخرة أو حرجة من مرض خطير أو نتيجة حادث.

في هذه المرحلة من حياتي، لا يكون الهدف هو الوصول إلى الشفاء، بل التركيز على «رفاهيتي» ورفاهية من من حولي حتى آخر لحظة.

هذه الحالة تفتح الباب للعديد من الأسئلة. كيف أضمن احترام حقوقي وحياتي الشخصية؟ كيف أحصل على دعم يرافقني؟ ...

ستؤثر نهاية حياتي ووفاتي على المهنيين الذين يرافقونني، وعائلتي، وجيراني، والأشخاص المقربين مني، وكذلك على المجتمع في مكان سكني.

إذا لم أكن على تواصل مع عائلتي، فيمكنني الاعتماد على الأشخاص الذين أراهم يوميًا (مثل الفريق، والجيران، وغيرهم). لذا من الضروري أن يكون هؤلاء الأشخاص مهنيين لهذا الوضع حتى يكونوا حاضرين بجانبني على أفضل ما يكون.

لمعرفة المزيد عن نهاية الحياة

<https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>

AUBRY R. - Fin de vie et précarité, *Rizome*, 2017/2 n°64 – page 7

ELICAB R., GUILBERT A., OVERNEY L. et HAERINGER AS : Prendre soin des personnes en grande précarité atteintes de maladies graves et en fin de vie *in* *Revue JALMALV* 2013/1 n°112 – pp.11/25

Pourquoi anticiper ma fin de vie ?

Nous savons que le sujet de la fin de vie et de la mort nous concerne tous. Nous ne voulons pas y penser car cette idée nous fait peur, cela nous semble loin.

Il est pourtant nécessaire de prendre le temps d'y réfléchir en avance.

En Europe, nous avons « *le droit de mourir dans la dignité, dans des conditions conformes à nos souhaits et dans les limites de la législation nationale du pays où nous résidons* »

(Article 8 de la Charte européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée).

Encore faut-il que mes souhaits soient connus !

En laissant une trace écrite, ou en en parlant autour de moi, j'aide mes proches, les professionnel·les qui m'accompagnent et les médecins qui me soigneront à respecter ce qui est important pour moi.

En ce sens, le présent document est utile. Il permettra que mes volontés - générales (concernant mes affaires, les personnes que je souhaite contacter...) et médicales - soient respectées dans la mesure du possible (cadre juridique, financier, administratif, médical ...).



En écrivant mes souhaits, c'est moi qui décide ce que je veux jusqu'au bout. Je n'impose pas à mon entourage ou aux professionnel·les qui m'accompagnent de faire des choix à ma place sans savoir ce que j'aurais voulu.

SI JE NE COMPRENDS PAS, OU QUE C'EST TROP COMPLIQUÉ POUR MOI DE REMPLIR CE DOCUMENT SEUL·E...

Je peux demander de l'aide aux professionnel·les qui m'accompagnent : mon·ma médecin traitant·e, mon·ma référent·e social·e, mon·ma mandataire judiciaire ...

لماذا أخطط لمرحلة نهاية الحياة؟

نحن ندرك أن موضوع نهاية الحياة والوفاة يعيننا جميعًا، لكننا نتهرب أحيانًا من التفكير فيه لأن هذه الفكرة تخيفنا، وقد تبدو بعيدة عنا.

رغم ذلك، من الضروري أخذ الوقت الكافي للتفكير فيه مسبقًا.

في أوروبا، لدينا: "حق الموت بكرامة، في ظروف تتماشى مع إرادتنا وضمن حدود التشريعات الوطنية للبلد الذي نقيم فيه".
(المادة 8 من الميثاق الأوروبي لحقوق ومسؤوليات كبار السن الذين يحتاجون إلى مساعدة ورعاية طويلة الأمد).

لكنني أولاً يجب أن أعبر عن رغباتي! عندما أترك أثرًا مكتوبًا، أو أتحدث عن ذلك مع من حولي، فإنني أسهل على المقربين مني، والمهنيين الذين يرافقونني، والأطباء الذين سيعالجونني احترام ما أراه مهمًا.

وفي ضوء هذا، تتوضح أهمية هذه الوثيقة، فهي ستضمن احترام رغباتي، سواء العامة منها (المتعلقة بأموري العامة، أو الأشخاص الذين أود التواصل معهم) أو الطبية، وذلك ضمن الحدود الممكنة (ضمن الحدود القانونية أو المالية أو الإدارية أو الطبية...).

أريد...



بكتابة رغباتي، سأكون أنا من يقرر ما أريده حتى آخر لحظة، ولن أفرض بذلك على محيطي أو المهنيين المرافقين لي اتخاذ قرارات نيابة عني دون أن يتسنى لهم معرفة رغباتي.

إذا كان هناك ما يصعب عليّ فهمه، أو ما يصعب عليّ تعبئته وحدي...

يمكنني طلب المساعدة من المهنيين المرافقين لي: طبيبي المعالج، أو منسق شؤوني الاجتماعية، أو وكيلي القضائي...

**Mes volontés
non médicales**

نموذج رغباتي غير الطبية



Commençons par mes volontés non médicales

Quand je vais décéder, beaucoup de choses vont devoir être organisées : mes obsèques, des démarches administratives, le tri de mes affaires personnelles...

Si je suis en lien avec ma famille, c'est elle qui va s'occuper de tout ça, sinon ce sera un·e proche (ami·e, voisin·e), ou l'un·e des professionnel·les qui m'accompagnent.

Quelle que soit la personne qui va s'en charger, elle a besoin de mon aide pour être sûre de respecter ma volonté.

En effet, de nombreuses possibilités existent, mais qu'est-ce qui est important pour moi ? Qu'est-ce que je souhaite vraiment ?

- Parler de ma fin de vie,
C'est pas l'heure !

- Ce n'est jamais l'heure de
toute façon, mais parlons-
en quand même !

EXEMPLE

REGARDONS LE CAS DE JULES

Il était résidant à la Pension de Famille le Refuge. Il vient de mourir.

L'équipe de la Pension de Famille ne connaît pas les volontés de Jules. Comme il était très proche de Jean-Pierre, c'est vers ce dernier qu'elle se tourne pour les connaître. Jean-Pierre et Jules, n'en ont jamais parlé non plus.

Les décisions prises le seront donc arbitrairement, sans savoir si elles sont bien les derniers souhaits de Jules.

Il aurait pourtant suffi d'en parler ...

لنبدأ برغباتي غير الطبية

عندما يحين أجلي، يجب التخطيط مسبقًا للعديد من الأمور: مراسم دفني، والإجراءات الإدارية، وفرز ممتلكاتي الشخصية...

إذا كنت على تواصل مع عائلتي، فهي التي ستتولى كل هذا، وإلا فسيحل محلها شخص مقرب (صديق أو جار)، أو أحد المهنيين المرافقين لي.

وأيًا كان الشخص الذي سيتولى المسؤولية، فإنه سيحتاج إلى مساعدتي وتوجيهي لضمان احترام رغباتي.

في الواقع، هناك العديد من الخيارات المتاحة، لكن ما الذي يهمني منها؟ وما الذي أريده حقًا؟

- هذا ليس الوقت المناسب
للتحدث عن نهاية حياتي!

- الوقت لن يكون مناسبًا أبدًا، لكن
لنتحدث عن ذلك على أي حال!

مثال

لنتأمل حالة جول

كان جول مقيمًا في ملجأ دار الإقامة العائلية، وقد توفي حديثًا.

لم يعرف فريق دار الإقامة العائلية رغبات جول، ولأنه كان مقربًا جدًا من جان بيير، فقد تواصلت معه الدار لمعرفة رغبات جول. لكن جان بيير وجول لم يتكلما في الموضوع أبدًا.

لهذا، ستكون القرارات المتخذة تعسفية، من دون معرفة ما إذا كانت تمثل حقًا رغبات جول الأخيرة.

كان يكفي فقط أن يتحدث عن الأمر...

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

MON IDENTITÉ

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Coordonnées du ou de la médecin traitant·e :

هويتي

_____ النسب:

_____ الاسم (أو الأسماء) الشخصية:

_____ العنوان:

تاريخ الميلاد ومكانه:

معلومات الاتصال بطبيبي المعالج:

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

J'AI CONSCIENCE QUE CES INFORMATIONS NE RELÈVENT PAS D'UN CADRE LÉGAL, MAIS QU'ELLES PEUVENT ÊTRE JUGÉES UTILES POUR MES PROCHES.

AI-JE FAIT DES DÉMARCHES AUTOUR DE MA FIN DE VIE ? AUPRÈS DE QUI ?

Contrat obsèques : ☐ Oui ☐ Non

Références : _____

Assurance vie : ☐ Oui ☐ Non

Références : _____

Testament : ☐ Oui ☐ Non

Références : _____

أدرك أن هذه المعلومات لا تدرج ضمن إطار قانوني، ولكن قد يعتبرها المقربون مني معلومات قيّمة.

هل قمت بأي ترتيبات مسبقة تخص نهاية حياتي؟ مع من؟

عقد الجنازة: ☐ نعم ☐ لا

المعلومات المرجعية: _____

تأمين على الحياة: ☐ نعم ☐ لا

المعلومات المرجعية: _____

وصية: ☐ نعم ☐ لا

المعلومات المرجعية: _____

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

CONCERNANT MES OBSÈQUES

- Je peux si je le souhaite désigner **une personne physique ayant qualité pour pourvoir à l'organisation de mes funérailles**. C'est elle qui se chargera de l'organisation de mes obsèques .

Nom, Prénom(s) : _____

Coordonnées : _____

Lien avec moi : _____

بخصوص مراسم دفني

- يحق لي، إذا رغبت، تعيين شخص محدد ليتولى ترتيب مراسم دفني. هذا الشخص هو من سينظم جنازتي.

النسب، والاسم (أو الأسماء) الشخصية: _____

معلومات الاتصال: _____

الصلة: _____

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

- Pour mes obsèques, j'aimerais que l'on m'habille de façon particulière ?

☐

Oui

☐

Non

☐

Je ne sais pas

- Comment ? (vêtement, bijou...)

Ça peut-être à porter sur moi ou à mettre dans mon cercueil (je peux préciser ce que je veux).

- بالنسبة لمراسم دفني، هل أود أن أرتدي شيئاً محدداً؟

☐ لا أعرف

☐ لا

☐ نعم

- ما هي؟ (ملابس، أو مجوهرات...)

يمكن أن أرتدي هذه الأشياء أو أن توضع في تابوتي (يمكنني تحديد ما أريد).

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

• Je souhaite que mon entourage puisse venir voir mon corps une dernière fois ?

☐ Oui
 ☐ Non
 ☐ Je ne sais pas

• J'aimerais une cérémonie religieuse ?

☐ Oui
 ☐ Non
 ☐ Je ne sais pas

• Quelle est ma religion ?

• Je préférerais être

☐ crématisé·e
 ☐ enterré·e

☐ Je ne sais pas

• هل أرغب في أن يزورني الأشخاص المحيطين بي لرؤية جثماني لآخر مرة؟

☐ نعم
 ☐ لا
 ☐ لا أعرف

• هل أرغب في إقامة مراسم دينية؟

☐ نعم
 ☐ لا
 ☐ لا أعرف

• ما ديانتي؟

• أفضّل أن

☐ يُدفن جثماني
 ☐ يُحرق جثماني

☐ لا أعرف

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

À SAVOIR

- Si je ne désigne personne pour organiser mes funérailles, des recherches seront faites pour solliciter ma famille. Est-ce que je suis d'accord avec ça ?
- Si rien n'a été précisé et que personne ne se manifeste, ma cérémonie (enterrement ou crémation) aura lieu dans la ville où je suis décédé·e.
- Si je n'ai pas les ressources suffisantes pour prendre en charge ma cérémonie, la mairie de ma commune de décès peut prendre en charge mes obsèques avec l'obligation de respecter mon choix d'être crématisé·e ou enterré·e.
- La commune peut faire des recherches sur ma famille pour qu'elle rembourse les frais.

لأخذ العلم:

- إذا لم أعين شخصًا لترتيب جنازتي، فسيجري البحث عن أفراد العائلة للتواصل معهم. هل أوافق على هذا؟
- إذا لم تُحدّد أي ترتيبات لجنازتي ولم يتولّ أي شخص مسؤولية ترتيبها، فسُتقام مراسم جنازتي (سواء كانت دفنًا أو حرقًا) في المدينة التي توفيت فيها.
- إذا لم يكن لدي ما يكفي من الموارد لتغطية تكاليف جنازتي، فيمكن لبلدية مدينتي التي توفيت فيها أن تتكفل بمصاريف جنازتي مع إلزامها باحترام اختياري بحرق جثمانني أو دفنه.
- يمكن للبلدية البحث عن عائلتي لتسترد منها التكاليف.

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

POUR MA CÉRÉMONIE

Pour ma cérémonie, j'aimerais qu'il y ait (je peux donner des précisions) :

- De la musique ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- Des lectures de texte ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- Des fleurs, une plaque... ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

في مراسم جنازتي

في مراسم جنازتي، هل أرغب في أن يكون هناك (يمكنني التفصيل فيما أريد):

- موسيقى؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

- قراءة نصوص؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

- زهور، أو لوحة تذكارية... ؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

POUR MA CÉRÉMONIE

Pour ma cérémonie, j'aimerais qu'il y ait (je peux donner des précisions) :

- Autre ?

COMME LA LOI L'INDIQUE, MON ENTOURAGE SE DOIT DE RESPECTER MES VOLONTÉS.

Il est tout de même important de laisser à mes proches une marge de liberté pour exprimer leur affection et leur peine. Cela aide parfois au processus de deuil.

في مراسم جنازتي

في مراسم جنازتي، أرغب في أن يكون هناك (يمكنني التفصيل فيما أريد):

- هل لديك أي إضافات أخرى؟

وفقًا للقانون، على المحيطين بي احترام رغباتي.

لكن، من المهم في نفس الوقت أن أترك للمقربين مني حيزًا من حرية التصرف ليستطيعوا التعبير عن مشاعرهم وحزنهم، فهذا يساعدهم على تجاوز فترة الحداد.

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"



QU'EST-CE QUE JE VEUX FAIRE DE MES BIENS ?

- À qui je veux donner quoi ? (argent, mobilier, vêtements...)
.....
.....
- Si j'ai un animal de compagnie, qu'est-ce que j'aimerais qu'on en fasse ?
.....
.....

EXEMPLE

REGARDONS À NOUVEAU LE CAS DE JULES

Jules, résidant d'une Pension de Famille qui vient de mourir :
Certain·es de ses voisin·es proches souhaitent récupérer des affaires en souvenir.
Les professionnel·les se questionnent sur la répartition des affaires, sur qui peut entrer dans le domicile ... et ils·elles n'en savent rien.

De cela aussi il aurait pourtant suffi d'en parler...

كيف أريد التصرف بممتلكاتي؟

- ماذا أريد أن أعطي لكل شخص؟ (مال، أو أثاث، أو ملابس...)

.....
.....

- إذا كان لدي حيوان أليف، فما رغبتني بشأنه؟

.....
.....

مثال

لنتأمل من جديد حالة جول

جول، المقيم في دار الإقامة العائلية والذي توفي حديثاً:
رغب بعض جيرانه المقربين منه حيازة بعض ممتلكاته ليحتفظوا بها تذكارات.
احترار المهنيون حول كيفية توزيع ممتلكاته، ومن يحق له الدخول إلى مسكنه... ولم تكن لديهم أدنى فكرة.

كان يكفيهم فقط أن يتحدث عن هذا الأمر أيضاً...



Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

À SAVOIR

- La loi m'interdit de déshériter mes enfants.
- Les sous que j'ai sur mon compte seront utilisés pour financer mes obsèques.

RESPECT DE MA VIE PRIVÉE

- Est-ce que j'accepte que des proches (famille, ami·es, voisin·es), pénètrent dans mon logement suite à mon décès ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

(Dans tous les cas, il faudra que quelqu'un vienne pour ôter les affaires et faire le ménage.)

لأخذ العلم:

- يمنعني القانون من حرمان أولادي من الميراث.
- ستُنْفَق المبالغ المالية الموجودة في حسابي على تكاليف مراسم جنازتي.

احترام خصوصيتي

- هل أوافق على أن يدخل المقربون مني (العائلة، والأصدقاء، والجيران) إلى مسكني بعد وفاتي؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

(سيُتعيّن على شخص ما أن يدخل لأخذ الأغراض وتنظيف المكان في كل الأحوال).

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

- Qu'est-ce que je voudrais qu'on fasse de mes effets personnels et de mes données numériques (ce que j'ai sur mon ordinateur, mon téléphone ...) ?

- Est-ce que je suis d'accord qu'on regarde mes photos, qu'on lise mon agenda, les e-mails, les messages échangés ? ... et qui peut y avoir accès ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- كيف أرغب التعامل مع متعلقاتي الشخصية وبياناتي الرقمية (الموجودة على حاسوبي، أو هاتفي...)?

- هل أوافق على أن يطلع شخص ما على صوري، ومفكراتي، وبريدي الإلكتروني، ورسائل محادثاتي؟ ... ومن يمكنه الاطلاع عليها؟

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"

POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES :

- Je donne ici les contacts

Accompagnant·e social·e

Nom : _____

Coordonnées : _____

Mandataire judiciaire

Nom : _____

Lien avec moi : _____

Coordonnées : _____

بخصوص الإجراءات الإدارية

- أدون هنا جهات الاتصال الخاصة بي

المرشد الاجتماعي

النسب: _____

معلومات الاتصال: _____

وكيلي القضائي

النسب: _____

الصلة: _____

معلومات الاتصال: _____

Formulaire "mes volontés non médicales"

نموذج "رغباتي غير الطبية"



POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES :

- Je donne ici les contacts

Membre de la famille à contacter pour l'aspect administratif

Nom : _____

Lien avec moi : _____

Coordonnées : _____

À SAVOIR

Si je n'ai pas de famille, ce sont les professionnel·les qui m'accompagnent qui vont devoir s'occuper de ces démarches.

Afin de les protéger (droit des données personnelles...), je peux faire une note écrite dans laquelle je demande explicitement que ce soit eux·elles qui gèrent tout ça.

بخصوص الإجراءات الإدارية

- أدون هنا جهات الاتصال الخاصة بي

جهة الاتصال من العائلة المعنية بالأمور الإدارية

النسب: _____

الصلة: _____

معلومات الاتصال: _____

لأخذ العلم:

إذا لم تكن لدي عائلة، فسيتعيّن على المهنيين المرافقين لي تولي هذه الإجراءات. من أجل ضمان حمايتهم (حقوق المعلومات الشخصية...), يمكنني كتابة تصريح أذكر فيه بوضوح تفويضي لهم لتولي كل هذه الأمور.

- Est-ce que j'ai des **contrats en cours** qu'il faudra arrêter ?
(banque, téléphone, assurance, sécurité sociale, abonnement...)

Type de contrat	Numéro de contrat	Entreprise / Coordonnées

Fait à :

Le :

Signature :

نموذج "رغباتي غير الطبية"

- هل لدي عقود جارية ينبغي إنهاؤها؟
(حساب بنكي، أو خط هاتفي، أو تأمين، أو ضمان اجتماعي، أو اشتراكات...)

الشركة/معلومات الاتصال	رقم العقد	نوع العقد

المكان:

التاريخ:

التوقيع:

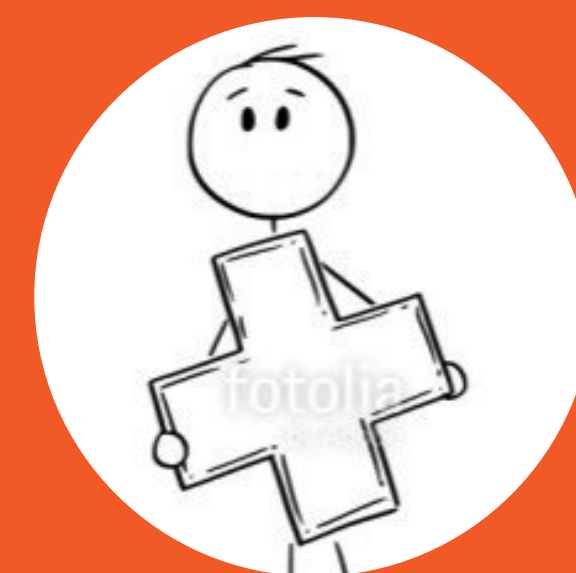
***Mes volontés
médicales***

رغباتي الطبية



Passons maintenant à mes volontés médicales

LA LOI PROPOSE DEUX DISPOSITIFS POUR ME PERMETTRE D'EXPRIMER MES VOLONTÉS MÉDICALES : LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ET LA PERSONNE DE CONFIANCE.



Les rédiger est le meilleur moyen de faire respecter mes choix.

LES DIRECTIVES ANTICIPÉES SONT :

Loi du 2 février 2016, Article 1111-11 du Code de la santé publique

- Un document à mon nom, daté et signé sur lequel j'indique si je souhaite poursuivre, limiter, arrêter ou refuser certains traitements ou actes médicaux.
- Elles ont une durée illimitée, et sont modifiables à tout moment.
- **Rédiger mes directives anticipées est un droit, pas un devoir !**



EST-CE QUE JE PEUX RÉDIGER MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- Je peux les rédiger si je suis majeur·e.
- Si je **ne peux pas** écrire, je peux demander de l'aide, mais il me faut faire appel à **deux témoins**. (cf annexes)
- Si je suis sous tutelle (et non sous curatelle) et que je souhaite rédiger mes directives anticipées, je dois avoir l'autorisation du juge ou du conseil de famille, s'il existe.

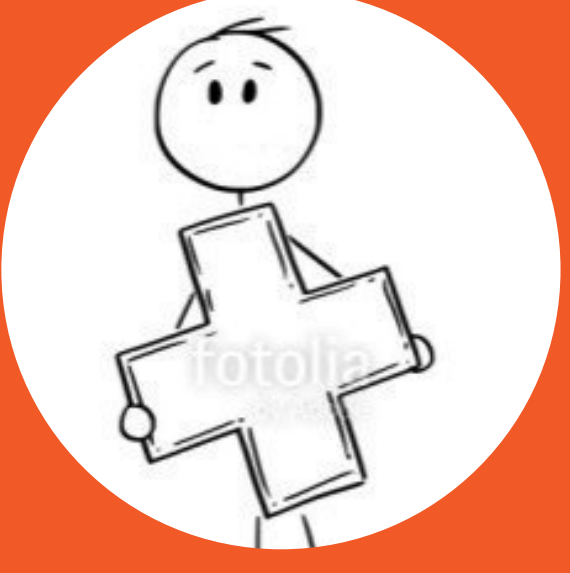


QUAND EST-CE QUE JE RÉDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- **Pas besoin** d'attendre d'être malade ou mourant·e pour rédiger mes directives anticipées.
- À partir de mes 18 ans, je peux rédiger mes directives anticipées à **tout moment** de ma vie.
- Pour rédiger mes directives anticipées, j'ai besoin de **disponibilité** (en temps et dans ma tête).



لننتقل الآن إلى رغباتي الطبية



يقترح القانون آليتين لأعبر بهما عن رغباتي الطبية: التوجيهات المسبقة والشخص محل الثقة.

صياغتها وتدوينها هو أفضل وسيلة لضمان احترام رغباتي.



التوجيهات المسبقة هي:

قانون 2 فبراير 2016، المادة 11-1111 من قانون الصحة العامة

- وثيقة باسمي تحمل توقيعي والتاريخ الموافق، أذكر فيها رغبتني بمتابعة أو تقييد أو إيقاف أو رفض بعض العلاجات أو الإجراءات الطبية.
- ليس لهذه الوثائق فترة صلاحية محددة، ويمكن تعديلها في أي وقت.
- صياغة توجيهاتي المسبقة هو حق، وليس واجبًا!

هل يمكنني صياغة وتدوين توجيهاتي المسبقة؟



- يمكنني صياغتها وتدوينها إذا كنت شخصًا بالغًا.
- يمكنني طلب المساعدة إذا لم أستطع كتابتها بشرط وجود شاهدين. (راجع الملحقات)
- إذا كنت تحت الوصاية (وليس تحت القوامة)، وأردت صياغة توجيهاتي المسبقة، فيجب الحصول على إذن من القاضي أو من مجلس العائلة، إن وُجد.

متى يمكنني صياغة توجيهاتي المسبقة؟



- ليس من الضروري لأن أنتظر المرض أو اقتراب الوفاة لأصوغ توجيهاتي المسبقة.
- يمكنني صياغة توجيهاتي المسبقة في أي لحظة من حياتي بعد سن 18.
- أحتاج لأن أكون متفرغًا (في الوقت وفي الذهن) لصياغة توجيهاتي المسبقة.



QUE FAIRE DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- Je garde **l'original** de mes directives anticipées.
- Afin qu'elles soient prises en compte, je peux en donner une copie à :
 - ✓ ma personne de confiance (si elle a été déclarée)
 - ✓ un·e ou des proches (famille, ami·es, voisin·es ...)
 - ✓ mon·ma médecin traitant·e
 - ✓ mon·ma mandataire judiciaire
 - ✓ aux professionnel·les de ma structure
- Je peux **garder sur moi** une carte précisant la localisation de mes directives anticipées ainsi que les coordonnées de ma personne de confiance. (cf : annexes)

À MOI DE DIRE QUI PEUT Y AVOIR ACCÈS.

Je peux par exemple mettre mes directives anticipées dans une enveloppe fermée en précisant les conditions d'ouverture.

Il faut quand même que j'en parle autour de moi afin que mon entourage sache où les trouver en cas de besoin.



COMMENT SONT UTILISÉES MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- Sauf exception mes directives anticipées s'imposent au ou à la médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement.
- Si je n'ai pas écrit mes directives anticipées, le/la médecin doit recueillir l'avis de ma personne de confiance ou, à défaut, tout autre avis de la famille ou des proches. En fonction de cet avis il·elle pourra prendre sa décision en fonction de ma situation médicale.



ATTENTION !

- ➡ La loi évolue sur ce sujet, il est donc utile de me renseigner régulièrement sur cette démarche et la durée de validité de mes écrits.
- ➡ Il est conseillé de revoir régulièrement mes directives anticipées et d'en parler autour de moi.

ماذا أفعل بتوجيهاتي المسبقة؟

- أحتفظ بالنسخة الأصلية من توجيهاتي المسبقة.
- حتى يأخذها الآخرون بالحسبان، يمكنني إعطاء نسخة منها إلى:



- ✓ الشخص محل ثقتي (في حال تعيينه)
- ✓ شخص أو أكثر من المقررين مني (العائلة، أو الأصدقاء، أو الجيران...)
- ✓ طبيبي المعالج
- ✓ وكيل القضاة
- ✓ المهنيين في مؤسستي
- يمكنني أن أبقى معي بطاقة تحدد مكان توجيهاتي المسبقة بالإضافة إلى معلومات الاتصال بالشخص محل ثقتي. (راجع: الملحقات)
- أنا من يقرر من يمكنه الاطلاع عليها.

يجب أيضًا التحدث عن هذا الأمر مع محيطي ليعرفوا أين يجدونه وقت الحاجة.

يمكنني على سبيل المثال وضع توجيهاتي المسبقة في ظرف مغلق مع تحديد الظروف التي يمكن فتحه فيها.



كيف ستُطبّق توجيهاتي المسبقة؟



- فيما عدا الاستثناءات، تُعتبر توجيهاتي المسبقة مُلزمة للطبيب عند اتخاذ أي قرار متعلق باستقصاء طبي أو تدخل أو علاج.
- إذا لم أكتب توجيهاتي المسبقة، فسيلجأ الأطباء إلى استشارة الشخص محل ثقتي، أو استشارة عائلتي أو المقررين مني في حال عدم وجوده. وفي ضوء هذه الاستشارة، سيأخذ الطبيب قراره بشأن حالتي الطبية.

انتباه!

- القانون دائم التغير حول هذا الموضوع، لذا من الأفضل أن أتعلم بانتظام عن هذه الإجراءات وعن المدة الزمنية التي تبقى فيها كتاباتي صالحة.
- من المستحسن مراجعة توجيهاتي المسبقة بانتظام والتحدث عنها مع محيطي.

Formulaire "mes directives anticipées"

التوجيهات المسبقة "نموذج"



MON IDENTITÉ

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Coordonnées du ou de la médecin traitant·e : _____

هويتي

النسب:

الاسم (أو الأسماء) الشخصية: _____

العنوان:

تاريخ الميلاد ومكانه:

معلومات الاتصال بطبيبي المعالج:

MES DIRECTIVES CONCERNANT LES DÉCISIONS MÉDICALES

Je veux m'exprimer :

- à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple, état d'inconscience prolongé entraînant une perte de communication définitive avec les proches...) ;
- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.

توجيهاتي بخصوص القرارات الطبية

أرغب في التعبير عن إرادتي:

- بخصوص الحالات التي أوافق فيها أو لا أوافق على إبقائي على قيد الحياة اصطناعياً (مثل حالة الغيبوبة المطوّلة التي ينقطع فيها التواصل نهائياً مع المقربين مني...)؛ و
- بخصوص العلاجات الهادفة إلى إبقائي على قيد الحياة اصطناعياً.

VOICI LES LIMITES QUE JE VEUX FIXER POUR LES ACTES MÉDICAUX ET LES TRAITEMENTS, S'ILS N'ONT D'AUTRE BUT QUE DE PROLONGER MA VIE ARTIFICIELLEMENT, SANS RÉCUPÉRATION POSSIBLE DANS LES CONDITIONS QUE JE NE SOUHAITERAIS PAS.

- En cas d'arrêt cardiaque et/ou respiratoire, j'accepte la mise en œuvre d'une **réanimation cardiorespiratoire** :

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- Est-ce que j'accepte :

La mise en place d'un **tube pour respirer** (ou assistance respiratoire)

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

هذه هي القيود التي أريد وضعها على الإجراءات الطبية والعلاجات التي يكون هدفها الوحيد إطالة حياتي اصطناعياً دون أمل للتعافي من الظروف التي لا أرغب العيش فيها.

- في حالة توقف القلب أو الرئتين أو كليهما، هل أوافق على إجراء الإنعاش القلبي الرئوي:

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

- هل أوافق على:

تركيب أنبوب للتنفس (أو دعم للتنفس)

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

- Est-ce que j'accepte :

La mise en œuvre d'une **dialyse chronique**

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

Des **interventions** médicales ou chirurgicales :

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

La mise en place d'une **alimentation ou une hydratation par voies artificielles** :

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- هل أوافق على:

التحال الكلوي (غسيل الكلى) الدائم:

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

التدخلات الطبية أو الجراحية:

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

التغذية أو التمييه بالطرق الاصطناعية:

☐ نعم ☐ لا ☐ لا أعرف

- Je souhaite évoquer d'autres situations (comme par exemple la poursuite ou l'arrêt de traitements ou d'actes pour ma maladie).

- En cas **d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie**, j'accepte de bénéficier d'**une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur**, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès.

☐ Oui

☐ Non

☐ Je ne sais pas

- أود التطرق إلى حالات أخرى (مثل إيقاف أو الاستمرار في العلاجات أو الإجراءات الخاصة بمرضي).

- في حال إيقاف العلاجات التي تبقيني على قيد الحياة، أوافق على تلقي تسكين عميق ومستمر مع علاج للآلام، ويعني هذا العلاج المخدر الذي يبقيني في حالة فقدان الوعي حتى وفاتي.

☐ نعم

☐ لا

☐ لا أعرف

POUR INFORMATION

L'une de nos craintes concernant la fin de vie est la douleur. Il est donc important de savoir que quelles que soient mes décisions concernant l'arrêt de certains traitements, les soins de confort me seront toujours administrés.

AUTRES INFORMATIONS

- J'accepte de donner mes organes

☐

Oui

☐

Non (annexes)

☐

Je ne sais pas

للعلم

الألم هو إحدى مخاوفنا المتعلقة بنهاية الحياة، لذلك من الضروري معرفة أنه مهما كانت قراراتتي بشأن إيقاف بعض العلاجات، سأتلقي دائمًا الرعاية التلطيفية.

معلومات أخرى

- أوافق على التبرع بأعضائي

لا أعرف

☐

لا (الملحقات)

☐

نعم

☐

Formulaire "mes directives anticipées"



التوجيهات المسبقة "نموذج"

• Je préférerais finir ma vie

☐

Chez moi

☐

À l'hôpital

☐

Je ne sais pas

☐

Autre (rapatriement, rapprochement familial...) :

• أفضل أن تنتهي حياتي

☐ في المستشفى

☐ في مسكني

☐ لا أعرف

☐ غير ذلك (العودة إلى الوطن، أو في تجمع عائلي...):

La fin de vie à domicile est aujourd’hui possible grâce à de nombreux dispositifs d’accompagnement (Hospitalisation à Domicile, portage de repas, équipe mobile de soins palliatifs ...), mais nécessite un **grand travail de coordination**.

أصبح من الممكن قضاء فترة نهاية الحياة في المسكن بفضل توفر العديد من آليات الدعم (الاستشفاء المنزلي، وإيصال الوجبات، وفريق الرعاية التلطيفية المتنقل...)، لكن ذلك يتطلب بذل جهد كبير في التنسيق.

Si le moment venu je change d’avis et que ça me rassure finalement d’être hospitalisé·e, c’est tout à fait possible.

IL FAUT, COMME POUR LE RESTE, EN PARLER AUTOUR DE MOI.

إذا شعرت في لحظة ما أنه من الأفضل لي دخول المستشفى، فإن هذا ممكن تمامًا.

أسوةً ببقية الأمور، يجب أن أتحدث عن هذا الأمر أيضًا مع محيطي.

Formulaire "mes directives anticipées"

التوجيهات المسبقة "نموذج"



SI MON ÉTAT DE SANTÉ S'AGGRAVE

- Je souhaite prévenir :
(il peut s'agir de personnes mais aussi de lieux, associations, collectifs...)

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____

Lien : _____
Souhait de les revoir :
☐ Oui ☐ Non

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____

Lien : _____
Souhait de les revoir :
☐ Oui ☐ Non

(Je peux aussi préciser, si en plus de les prévenir je souhaiterais les revoir, ou pas.)

في حال تدهور حالتي الصحية

- أود إخبار:

(يمكن أن يكونوا أشخاصًا، أو أماكن، أو جمعيات، أو تجمعات...)

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____

الصلة: _____
الرغبة في رؤيتهم مجددًا: _____
لا ☐ نعم ☐

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____

الصلة: _____
الرغبة في رؤيتهم مجددًا: _____
لا ☐ نعم ☐

(يمكنني أيضًا تحديد ما إذا كنت أرغب أو لا أرغب في رؤيتهم مجددًا، بالإضافة إلى إخبارهم).

Formulaire "mes directives anticipées"

التوجيهات المسبقة "نموذج"



SI MON ÉTAT DE SANTÉ S'AGGRAVE

- Je souhaite prévenir :
(il peut s'agir de personnes mais aussi de lieux, associations, collectifs...)

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____
Souhait de les revoir :
☐ Oui ☐ Non

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____
Souhait de les revoir :
☐ Oui ☐ Non

(Je peux aussi préciser, si en plus de les prévenir je souhaiterais les revoir, ou pas.)

في حال تدهور حالتي الصحية

- أود إخبار:

(يمكن أن يكونوا أشخاصًا، أو أماكن، أو جمعيات، أو تجمعات...)

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____
الرغبة في رؤيتهم مجددًا:
☐ لا ☐ نعم

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____
الرغبة في رؤيتهم مجددًا:
☐ لا ☐ نعم

(يمكنني أيضًا تحديد ما إذا كنت أرغب أو لا أرغب في رؤيتهم مجددًا، بالإضافة إلى إخبارهم).

Formulaire "mes directives anticipées"



التوجيهات المسبقة "نموذج"

- Au contraire, je ne veux pas que les personnes ci-dessous soient informées :

Nom : _____
Prénom : _____

Nom : _____
Prénom : _____

(Je peux aussi préciser, si en plus de les prévenir je souhaiterais les revoir, ou pas.)

- في المقابل، لا أريد إخبار الأشخاص الوارد ذكرهم هنا:

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____

(يمكنني أيضًا تحديد ما إذا كنت أرغب أو لا أرغب في رؤيتهم مجددًا، بالإضافة إلى إخبارهم).

CHAQUE PERSONNE EST DIFFÉRENTE.

Nous n'avons pas tous la même représentation de la famille.
C'est moi qui suis le·la mieux placé·e pour savoir si je veux renouer des liens ou pas à ce moment-là. Si je ne dis rien, les professionnel·les le feront pour moi, avec LEUR bon sens, qui n'est pas forcément le mien.



كل شخص مختلف.

لا نملك جميعًا نفس التصور عن العائلة.
أنا أكثر شخص يعرف ما إذا كنت أرغب في إعادة التواصل معهم أم لا في تلك اللحظة. إذا لم أعبر عن رغبتني، فإن المهنيين هم من سيتولون ذلك نيابة عني، لكن ذلك وفقًا لتقديرهم الخاص، والذي ليس بالضرورة أن يكون مناسبًا لي.

التوجيهات المسبقة "نموذج"

EN CAS DE DÉCÈS

- Je souhaite prévenir :
(il peut s'agir de personnes mais aussi de lieux, associations, collectifs...)

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____

Nom : _____
Prénom : _____
Coordonnées : _____
Lien : _____

في حال الوفاة:

- أود إخبار:

(يمكن أن يكونوا أشخاصًا، أو أماكن، أو جمعيات، أو تجمعات...)

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____
معلومات الاتصال: _____
الصلة: _____

Formulaire "mes directives anticipées"



التوجيهات المسبقة "نموذج"

- Au contraire, je ne veux pas que les personnes ci-dessous soient informées :

Nom : _____
Prénom : _____

Nom : _____
Prénom : _____

- في المقابل، لا أريد إخبار الأشخاص الوارد ذكرهم هنا:

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____

النسب: _____
الاسم الشخصي: _____

- J'aimerais qu'il y ait l'annonce de mon décès dans le journal local.

☐

Oui

☐

Non

☐

Je ne sais pas

- أود أن يُعلن عن وفاتي في الجريدة المحلية.

لا أعرف ☐

لا ☐

نعم ☐

Fait à :

Le :

Signature :

المكان:

التاريخ:

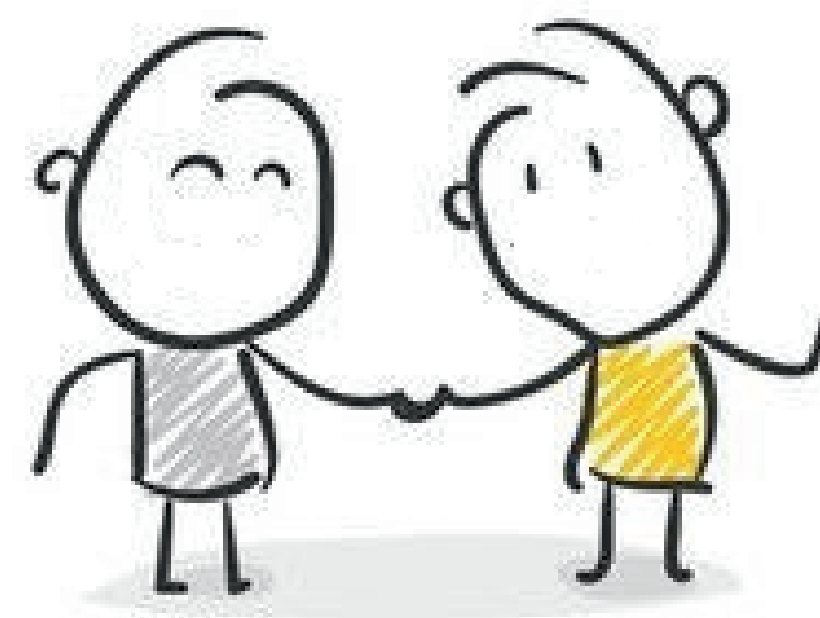
التوقيع:

Personne de confiance

QU'EST-CE QU'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

Loi du 2 février 2016, Article 1111-6 du Code de la santé publique

- Une **personne physique que je choisis** et en qui j'ai confiance.
- Elle exprimera **mes volontés sur ma fin de vie** si je ne suis plus en mesure de le faire.
- Sa désignation est **un droit** et non une obligation.
- Mon·ma médecin traitant.e doit m'informer sur ces questions.



EST-CE QUE JE PEUX DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

- Je peux désigner une personne de confiance si je suis majeur·e.
- Je n'ai pas besoin d'être malade pour désigner ma personne de confiance



COMMENT DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

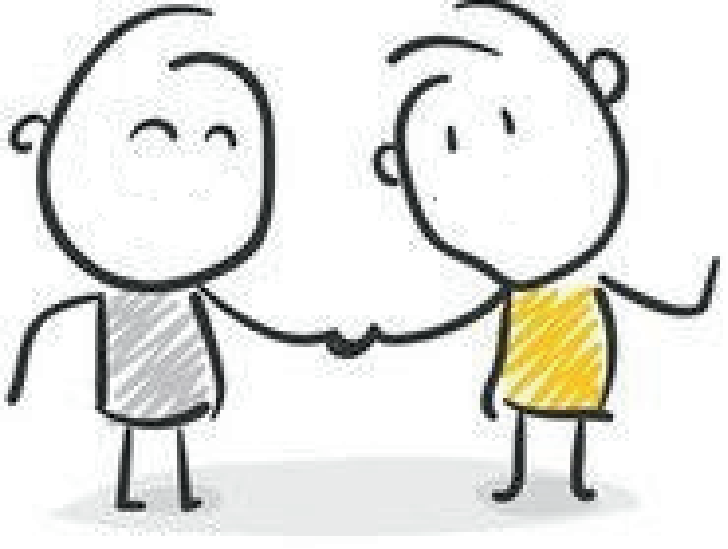
- La désignation de la personne de confiance se fait à l'écrit. Elle est modifiable et valable sans limitation de durée.
- Le document de désignation doit être signé par ma personne de confiance et moi-même.
- Il est important que ma personne de confiance ait connaissance de mes volontés. Je lui donne donc mes directives anticipées et j'échange avec elle à ce propos.



الشخص محل الثقة

ما المقصود بالشخص محل الثقة؟

قانون 2 فبراير 2016، المادة 1111-6 من قانون الصحة العامة



- هو شخص محدد أختاره ويكون محل ثقتي.
- سيعبّر هذا الشخص عن رغباتي المتعلقة بنهاية حياتي إذا لم أكن في وضع يسمح لي بالتعبير عنها.
- هذا التعيين هو حق وليس واجبًا.
- يجب على طبيبي المعالج إطلاعي على هذه المسائل.

هل أستطيع تعيين الشخص محل الثقة؟



- يمكنني تعيين الشخص محل الثقة إذا كنت شخصًا بالغًا.
- ليس من الضروري أن أكون مريضًا حتى أعين الشخص محل ثقتي.

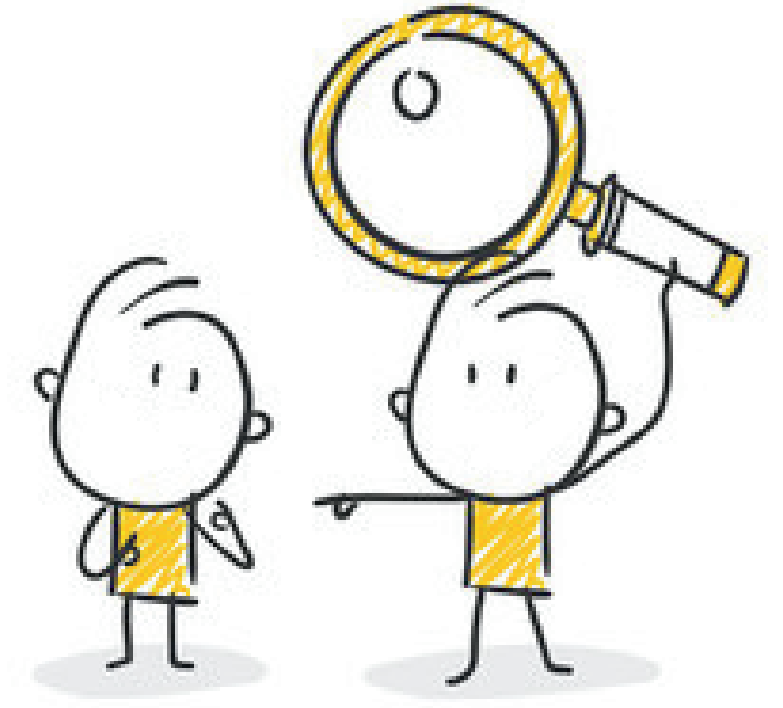
كيف أعين الشخص محل الثقة؟



- يمكنني تعيين الشخص محل الثقة كتابيًا، وهذا التعيين قابل للتعديل وسارٍ دون فترة صلاحية محددة.
- يجب أن أوقع أنا والشخص محل ثقتي على وثيقة التعيين.
- من الضروري أن يكون الشخص محل ثقتي على دراية برغباتي، ويعني هذا أن أعطيه نسخة عن توجيهاتي المسبقة وأن أتناقش معه عن الموضوع.

QUI EST-CE QUE JE PEUX DÉSIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE ?

- Je peux choisir n'importe qui dans mon entourage (famille, ami·e, voisin·e, membre de l'équipe qui m'accompagne...).
- Cette personne doit être d'accord. C'est son droit de refuser.



ATTENTION

JE PEUX, S'IL·ELLE EST D'ACCORD DESIGNER UN·E PROFESSIONNEL·LE QUI M'ACCOMPAGNE COMME PERSONNE DE CONFIANCE. IL EST CEPENDANT IMPORTANT DE S'INTERROGER SUR CE QUE CELA IMPLIQUE. QUE SE PASSE-T-IL SI IL·ELLE CHANGE DE TRAVAIL, PART EN CONGÉS ?



DANS QUELLES CONDITIONS MA PERSONNE DE CONFIANCE VA-T-ELLE CONSULTÉE ?

- Si je ne suis pas en mesure de m'exprimer et que je n'ai pas rédigé mes directives anticipées, **le·la médecin a l'obligation** de chercher à savoir si j'ai désigné une personne de confiance. Deux cas de figure :
 - Si je n'en ai pas désigné, le·la médecin va consulter mes proches (famille, ami·es...)
 - Si j'en ai désigné une, **son témoignage l'emporte sur les autres** (quel que soit le lien qu'il y a entre ma personne de confiance et moi-même)
- Ma personne de confiance **ne prend pas de décisions**, elle témoigne de mes volontés.
- La responsabilité des décisions revient au médecin.

من الأشخاص الذين يمكنني تعيينهم ليكونوا محل الثقة؟



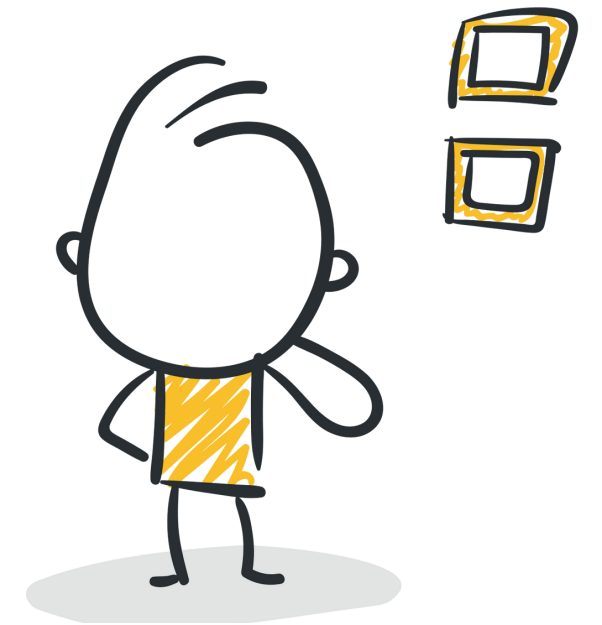
- يمكنني اختيار أي شخص من محيطي (العائلة، أو الأصدقاء، أو الجيران، أو أحد أفراد الفريق المرافق لي...).
- موافقة هذا الشخص ضرورية، ومن حقه أن يرفض.

انتباه

يمكنني تعيين أحد المهنيين المرافقين لي ليكون الشخص محل ثقتي إذا وافق هو على ذلك. لكن من المهم التفكير جيدًا بما يترتب على هذا. مثلاً، ماذا سيحدث إذا غيّر عمله، أو أخذ إجازة؟

ما الحالات التي ستؤخذ فيها مشورة الشخص محل ثقتي؟

- إذا لم أكن في وضع يسمح لي بالتعبير عن رغباتي ولم أصوغ توجيهاتي المسبقة، فمن واجب الأطباء تقصي ما إذا كنت قد عيّنت شخصًا محل ثقة. وهنا توجد حالتان:



← إذا لم أعين شخصًا، فسيتواصل الأطباء مع المقربين مني (العائلة، أو الأصدقاء...)

← إذا كنت قد عيّنت شخصًا، فإن شهادته أقوى من شهادات الآخرين (مهما كانت الصلة بيني وبين الشخص محل ثقتي)

- الشخص محل ثقتي لا يتخذ أي قرارات، بل يشهد على رغباتي.

- تعود مسؤولية اتخاذ القرارات إلى الطبيب.

Formulaire "Personne de confiance"

نموذج "الشخص محل الثقة"



DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné·e :

Date et lieu de naissance :

Désigne la personne de confiance suivante :

Nom :

Prénom(s) :

Adresse :

Numéro de téléphone privé :

Numéro de téléphone professionnel :

Adresse mail :

تعيين الشخص محل الثقة

أنا الموقع أو الموقعة أدناه:

تاريخ الميلاد ومكانه:

أعيّن الشخص محل الثقة الآتي:

النسب:

الاسم (أو الأسماء) الشخصية:

العنوان:

رقم الهاتف الشخصي:

رقم الهاتف المهني:

البريد الإلكتروني:

Formulaire "Personne de confiance"

نموذج "الشخص محل الثقة"



Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui ☐ Non

Cette personne possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ Oui ☐ Non

لقد أطلعت هذا الشخص على توجيهاتي المسبقة أو على رغباتي في حال كنت في وضع أعجز فيه عن التعبير عنها:

☐ نعم ☐ لا

يملك هذا الشخص نسخة عن توجيهاتي المسبقة:

☐ نعم ☐ لا

Moi :

Fait à :

Le :

Signature :

Personne de confiance :

Fait à :

Le :

Signature :

أنا:

المكان:

التاريخ:

التوقيع:

الشخص محل الثقة:

المكان:

التاريخ:

التوقيع:

- 1. Carte à garder sur soi**
- 2. Localisation de mes directives anticipées**
- 3. Cas particulier/témoins**
- 4. Document d'annulation/modification**
- 5. Formulaire concernant le don d'organe**
- 6. Formulaire de refus de soin**

1. بطاقة أبقياها معي

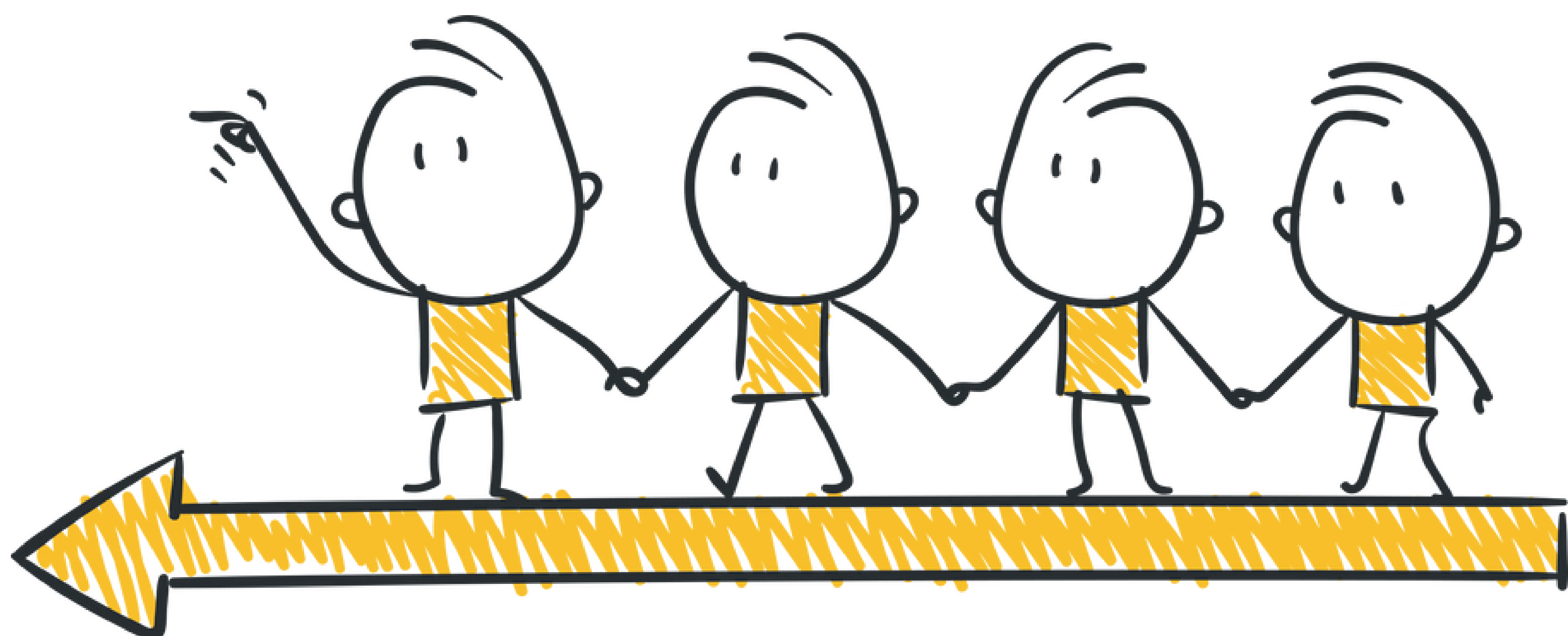
2. مكان توجيهاتي المسبقة

3. الحالات الخاصة والشهود

4. وثيقة الإلغاء أو التعديل

5. نموذج التبرع بالأعضاء

6. نموذج رفض الرعاية



CARTE À GARDER SUR SOI

بطاقة أبقيا معا



Je peux remplir, découper et garder cette carte dans mon portefeuille.
En cas d'accident on saura que j'ai rédigé mes directives anticipées et
à qui s'adresser pour les connaître.

بطاقة للقص

Je déclare avoir rédigé mes directives anticipées

Nom
Prénom(s)
Adresse
.....
Date

Signature

Pour en avoir connaissance, contactez :

Nom
Téléphone
Qualité

ou

Nom
Téléphone
Qualité

J'AI DONNÉ À CES PERSONNES UN EXEMPLAIRE DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Carte à découper

يمكنني تعبئة هذه البطاقة وقصها والاحتفاظ بها في محفظتي.
في حال وقوع حادث، سيعرف الآخرون أنني قد صغت توجيهاتي المسبقة ودونتها، وسيعرفون مع من
يمكنهم التواصل للوصول إليها.

CARTE À GARDER SUR SOI

بطاقة أبقها معي



بطاقة للقص

Carte à découper



PLATEFORME VIP

VIEILLISSEMENT ET PRÉCARITÉ, MAIS PAS QUE :
FIN DE VIE, MORT, DEUIL

Une plateforme d'innovation du GROUPEMENT DES POSSIBLES

J'aimerais que ça se passe
comme ça

POUR MA FIN DE VIE ET APRÈS

J'AI RÉDIGÉ MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

J'aimerais que ça se passe comme ça, pour ma fin de vie et après.

هكذا أرغب أن تسير الأمور عند نهاية حياتي وما بعدها

Localisation de mes directives anticipées

مكان توجيهاتي المسبقة



J'INDIQUE ICI OÙ SONT CONSERVÉES MES DIRECTIVES ANTICIPÉES.

Le formulaire est chez moi : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, à l'adresse actuelle :

.....
.....

À tel endroit :

.....
.....

J'accepte que quelqu'un entre dans mon logement pour les récupérer :

☐ Oui ☐ Non

أحدد هنا مكان حفظ توجيهاتي المسبقة.

النموذج موجود في مسكني: ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة نعم، ففي هذا العنوان الحالي:

.....
.....

في هذا المكان:

.....
.....

أوافق على دخول شخص إلى مسكني لأخذها:

☐ نعم ☐ لا

Je peux préciser qui :

Nom	Prénom	Qualité (médecin, assistante sociale, curatelle...)	Adresse	Téléphone

يمكنني تحديد الشخص:

الهاتف	العنوان	الصفة (الطبيب، أو المساعد الاجتماعي، أو القوامة...)	الاسم الشخصي	النسب

Cas particulier / Témoins
الحالات الخاصة والشهود



Si je suis dans l'impossibilité physique d'écrire seul·e mes directives anticipées,
quelqu'un·e peut le faire à ma place devant deux témoins (l'un·e peut-être ma
personne de confiance).
Je les désigne ci-dessous :

Je soussigné·e M. ou Mme :
désigne :
et :
comme témoin(s).

إذا كنت عاجزًا جسديًا عن كتابة توجيهاتي المسبقة لوحدي، فيمكن لشخص ما أن يقوم بذلك
نيابة عني بشرط وجود شاهدين (يمكن أن يكون أحدهما هو الشخص محل الثقة الذي عيّنته).
أعيّنهما أدناه:

أنا الموقع أو الموقعة أدناه، السيد أو السيدة:
أعيّن:
و:
ليكون شاهدًا (أو شاهدين).

Fait à :
Le :

المكان:
التاريخ:

Cas particulier / Témoins
الحالات الخاصة والشهود



TÉMOIN 1 :

Je soussigné·e M. ou Mme :

atteste que les directives anticipées ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

.....

الشاهد 1:

..... أنا الموقع أو الموقعة أدناه، السيد أو السيدة:

.....

أشهد بأن التوجيهات المسبقة المذكورة أعلاه هي بالفعل تعبير عن الرغبة الحرة والمستنيرة للسيد أو السيدة:

.....

.....

Fait à :

Le :

.....

المكان:

التاريخ:

Cas particulier / Témoins

الحالات الخاصة والشهود



TÉMOIN 2 :

Je soussigné·e M. ou Mme :

atteste que les directives anticipées ci-avant sont bien l’expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme :

.....

الشاهد 2:

أنا الموقع أو الموقعة أدناه، السيد أو السيدة:

.....

أشهد بأن التوجيهات المسبقة المذكورة أعلاه هي بالفعل تعبير عن الرغبة الحرة والمستنيرة للسيد أو السيدة:

.....

Fait à :

Le :

.....

المكان:

التاريخ:

Modification ou annulation des directives anticipées

تعديل التوجيهات المسبقة أو إلغاؤها



Je soussigné·e M. ou Mme : _____

☐ Déclare annuler mes directives anticipées datées du : _____

☐ Souhaite apporter des modifications à mes directives anticipées :

_____ أنا الموقع أو الموقعة أدناه، السيد أو السيدة: _____

_____ أقر بإلغاء توجيهاتي المسبقة بتاريخ: ☐

_____ أود إجراء بعض التعديلات على توجيهاتي المسبقة: ☐

Fait à :

Le :

المكان:

التاريخ:

Modification ou annulation des directives anticipées

تعديل التوجيهات المسبقة أو إلغاؤها



ATTENTION !

- Si je souhaite modifier mes directives anticipées, je peux en rédiger des nouvelles et demander aux personnes à qui j'ai confié les précédentes de les supprimer.
- Si elles sont enregistrées sur mon dossier médical partagé, je peux en enregistrer des nouvelles.
- Seul le document le plus récent fait foi.
- Si je suis dans l'impossibilité d'écrire seul·e ce document, je fais appel à des témoins (cf annexe précédente).

Document communiqué en vertu de la loi n° 2016-131 du 27 janvier 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie publique.

انتباه!

- إذا كنت أود تعديل توجيهاتي المسبقة، فيمكنني صياغتها من جديد والطلب من الأشخاص الذين أعطيتهم نسخة عن توجيهاتي السابقة أن يتخلصوا منها.
- إذا كانت هذه التوجيهات مسجلة في ملفي الطبي المشترك، يمكنني تسجيلها من جديد.
- الوثيقة الأحدث هي التي يؤخذ بها فقط.
- إذا كنت عاجزًا عن كتابة هذه الوثيقة لوحدي، فيمكنني الاستعانة بالشهود (راجع الملحق السابق).

- En France, tout le monde est donneur d'organes et de tissus, sauf si la personne a exprimé un refus de son vivant.
- Si je ne le souhaite pas, je m'inscris sur internet sur le registre national des refus, ou par courrier en complétant le formulaire suivant.
- Ce formulaire doit être rempli en français. Si je ne peux pas écrire, deux témoins doivent attester que le document rédigé par une autre personne correspond bien à l'expression de mes souhaits.

التبرع بالأعضاء

- في فرنسا، كل شخص هو متبرع بأعضائه وأنسجته، ما لم يعبر عن رفضه لذلك وهو على قيد الحياة.
- إذا كنت لا أود ذلك، ينبغي لي تسجيل اسمي على الإنترنت في السجل الوطني للرافضين، أو عبر البريد بتعبئة الاستمارة الآتية.
- يجب تعبئة هذا النموذج باللغة الفرنسية. إذا لم أتمكن من الكتابة، يجب على شاهدين أن يشهدا بأن الوثيقة التي صاغها شخص آخر تعبر بصدق عن رغباتي.

في النموذج، يجب أن تذكر معلومات الاتصال بك ثم تذكر رغباتك: "أعارض أخذ أي جزء من جسدي أو كلها بعد وفاتي: " يطلب النموذج "وضع إشارة على الخانة أو الخانات التي تختارها":

اعترض على جميع الأعضاء
نعم لا
اعترض على جميع الأنسجة
نعم لا

أو

اعترض على الأعضاء الآتية فقط:
الكبد الكلية القلب الرئتين البنكرياس الأمعاء

اعترض على الأنسجة الآتية فقط:
القرنية الجلد الأوعية أو الصمامات العظام أو الأوتار أو الغضاريف

اعترض على البحث العلمي
(ملاحظة: هذا يختلف عن التبرع بالجسم لأغراض علمية):
نعم لا

اعترض على التشريح الطبي (للبحث عن سبب الوفاة)، باستثناء التشريح المطلوب قضائيًا الذي لا يمكن لأحد رفضه:
نعم لا

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NATIONAL DES REFUS

1/ JE COMPLETE LES INFORMATIONS SUIVANTES

Cocher la ou les cases de votre choix

☐ 1^{ère} demande d'inscription Ou ☐ Modification d'inscription

Nom de naissance :
Nom usuel :
Prénom(s) (selon l'ordre à l'état civil) :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Né(e) le (jour/mois/année) :/...../..... Cette inscription n'est possible qu'à partir de l'âge de 13 ans
Lieu de naissance, ville :
Code postal (si France) : Pays :

Adresse (domicile) :
.....
Code postal : Ville :
E-mail :

2/ JE M'OPPOSE AU PRELEVEMENT DE TOUT OU PARTIE DE MON CORPS APRES MA MORT

Cocher la ou les cases de votre choix

OPPOSITION pour **TOUS LES ORGANES** :

☐ Oui ☐ Non

OPPOSITION pour **TOUS LES TISSUS** :

☐ Oui ☐ Non

----- **OU** -----

OPPOSITION pour les **SEULS organes suivants** :

☐ Foie ☐ Reins ☐ Cœur ☐ Poumons ☐ Pancréas ☐ Intestins

OPPOSITION pour les **SEULS tissus suivants** :

☐ Cornées ☐ Peau ☐ Vaisseaux ☐ Valves ☐ Os / Tendons / Cartilages

OPPOSITION pour la recherche scientifique (attention : différent du don du corps à la science)

☐ Oui ☐ Non

OPPOSITION pour autopsie médicale (pour rechercher la cause du décès) *exceptées les autopsies judiciaires auxquelles nul ne peut se soustraire*

☐ Oui ☐ Non

3/ JE SOUHAITE QUE MA CONFIRMATION D'INSCRIPTION ME SOIT ENVOYEE

Cocher la ou les cases de votre choix

☐ Par courrier Ou ☐ Par mail

Date :/...../.....

Signature :

4/ JE RETOURNE CE FORMULAIRE SOUS ENVELOPPE AFFRANCHIE AU TARIF LETTRE en joignant obligatoirement une photocopie lisible d'une pièce d'identité officielle (carte d'identité, permis de conduire, titre de séjour, passeport,...) à :

Agence de la biomédecine
Registre national des refus
1 avenue du Stade de France
93212 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX

INFORMATIONS :

Les informations nominatives vous concernant sont enregistrées dans le système informatique du registre national des refus. Elles sont confidentielles et, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez du droit d'accès et de rectification en écrivant au registre national des refus, à l'adresse ci-dessus, en joignant la copie d'une pièce d'identité.

Les informations recueillies dans ce formulaire sont traitées par l'Agence de la biomédecine en sa qualité de responsable du traitement au sens de la loi n°78-17 du 17 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Je reconnais avoir été informé(e), conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, qu'un défaut de réponse aux questions ne permettrait pas le traitement de ma demande.

Pourquoi réalisons-nous ce traitement de données personnelles et pour quelles finalités ?

L'Agence de la biomédecine est une agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique. Elle exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

Les données traitées au travers de ce formulaire nous permettent d'assurer le fonctionnement et la gestion du registre national automatisé des refus de prélèvement conformément aux dispositions du code de la santé publique. Ce registre permet à toute personne majeure ou mineure âgée de 13 ans au moins de s'inscrire sur le registre afin de faire connaître qu'elle refuse qu'un prélèvement d'organes ou de tissus soit opéré sur son corps après son décès, soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à d'autres fins scientifiques, soit dans plusieurs de ces trois cas.

Ce registre permet d'apporter une réponse aux demandes des établissements de santé qui doivent obligatoirement l'interroger préalablement à tout prélèvement à des fins thérapeutiques ou aux fins de recherche des causes du décès ou à d'autres fins scientifiques sur une personne décédée.

Quelles sont les données personnelles qui sont traitées ?

Les données traitées sont les informations mentionnées dans le formulaire d'inscription relatives à votre identité (nom, prénom, civilité, date et lieu de naissance), vos coordonnées, et les éventuelles oppositions au prélèvement d'organes ou de tissus en cas de décès.

Ces informations sont indispensables à la gestion de votre demande et, sans elles, nous ne pourrions l'instruire et valider l'inscription au registre.

Qui aura accès à ces données ?

Pendant toute la durée de leur traitement, ces données personnelles font l'objet d'une protection particulière. Outre les mesures de sécurité mises en œuvre, l'Agence de la biomédecine s'assure en effet en permanence que seules certaines personnes habilitées puissent avoir accès à ces informations (personnels de l'Agence habilités). Nous veillons strictement à ce que les données recueillies ne soient jamais détournées ou utilisées à d'autres finalités qu'une interrogation après le décès.

Quels sont mes droits sur ces données ?

Les utilisateurs disposent pendant toute la durée du traitement d'un droit d'accès, de modification et de rectification sur leurs données personnelles. Ces droits peuvent être exercés en écrivant au registre national des refus à l'adresse ci-dessus en y joignant la copie d'un justificatif d'identité comportant votre signature.

Qui assure le traitement de données personnelles ?

Le registre est géré par l'Agence de la biomédecine, agence nationale de l'Etat créée par les lois de bioéthique, en qualité de responsable du traitement des données personnelles (encadrée par la loi « Informatique & Libertés » du 6 janvier 1978) et dont le siège social se situe au 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (n° SIRET 180 092 587 00013).

معلومات:

تُسجَل معلوماتكم الاسمية في نظام معلومات السجل الوطني للرافضين. هذه المعلومات سرية، لكن يحق لكم الاطلاع عليها وتصحيحها وفقًا للقانون رقم 78-17 المؤرخ في 6 يناير 1978 وتعديلاته، والمتعلق بالمعلوماتية والملفات والحريات، وذلك بمراسلة السجل الوطني للرافضين على العنوان المذكور أعلاه وإرفاق نسخة من وثيقة الهوية.

تعالج وكالة الطب الحيوي المعلومات المُجمَّعة في هذا النموذج، بصفتها الجهة المسؤولة عن المعالجة، وذلك بالمعنى المقصود الوارد في القانون رقم 78-17 المؤرخ في 17 يناير 1978 والمتعلق بالمعلوماتية والملفات والحريات.

أُقر بأنني أبلغت بأن الامتناع عن الإجابة عن الأسئلة سيؤدي إلى عدم معالجة طلبي، وفقًا لأحكام المادة 32 من القانون المؤرخ في 6 يناير 1978 وتعديلاته.

ما الغرض من معالجة هذه المعلومات الشخصية؟

وكالة الطب الحيوي هي وكالة وطنية تابعة للدولة أنشئت بموجب قوانين الأخلاقيات البيولوجية، وتمارس مهامها في مجالات أخذ وزراعة الأعضاء والأنسجة والخلايا، وفي مجالات التكاثر البشري وعلم الأجنة وعلم الوراثة البشرية أيضًا.

تمكننا المعلومات التي نجمعها عبر هذا النموذج من تشغيل وإدارة السجل الوطني الآلي لرافضي التبرع، وفقًا لأحكام قانون الصحة العامة. يسمح هذا السجل لأي شخص بالغ أو قاصر لا يقل عمره عن 13 عامًا بالتسجيل ليعبّر عن رفضه التبرع بأعضاء جسده وأنسجته بعد وفاته، سواء كان ذلك لأغراض علاجية، أو للبحث عن أسباب الوفاة، أو لأغراض علمية أخرى، أو لعدة أسباب معًا مما سبق.

هذا السجل يجيب عن طلبات المؤسسات الصحية التي يفرض عليها القانون إلزاميًا الرجوع إلى السجل قبل أي عملية أخذ عضو أو نسيج من شخص متوفى لأغراض علاجية أو البحث عن أسباب الوفاة أو لأغراض علمية أخرى.

ما المعلومات الشخصية التي نعالجها؟

المعلومات التي نعالجها هي معلومات الهوية (الاسم، واللقب، والحالة المدنية، وتاريخ الميلاد ومكانه)، وتفاصيل الاتصال بكم، وأي اعتراضات قد تكون لديكم على أخذ الأعضاء أو الأنسجة في حالة الوفاة، وهي نفسها المعلومات المذكورة في نموذج التسجيل.

هذه المعلومات ضرورية لإدارة طلبكم، وبدونها لن نتمكن من تسجيلكم في السجل وتثبيت تسجيلكم.

من يمكنه الاطلاع على هذه المعلومات؟

تخضع هذه المعلومات الشخصية خلال كامل فترة معالجتها لحماية خاصة. وبالإضافة إلى التدابير الأمنية، تحرص وكالة الطب الحيوي على ألا يطلع على هذه المعلومات إلا أشخاص محدّدون مُخوّلون (وهم الموظفون المُفَوَّضون في الوكالة). نحن نلتزم بصرامة بألا تُحوّل هذه البيانات المُجمَّعة أو تُستَخدم لغرض آخر غير الاستعلام عنها بعد الوفاة.

ما حقوقي بخصوص هذه البيانات؟

يحق للمستخدمين، خلال كامل فترة المعالجة، الاطلاع على معلوماتهم الشخصية وتعديلها وتصحيحها. يمكنهم ممارسة حقهم بمراسلة السجل الوطني للرافضين على العنوان المذكور أعلاه، مع إرفاق نسخة من وثيقة إثبات الهوية تحمل توقيعهم.

من يعالج البيانات الشخصية؟

وكالة الطب الحيوي هي من تدير السجل، وهي وكالة وطنية تابعة للدولة أنشئت بموجب قوانين الأخلاقيات البيولوجية، بصفتها الجهة المسؤولة عن معالجة المعلومات الشخصية (الخاضعة لقانون «المعلوماتية والحريات» المؤرخ في 6 يناير 1978)، ويقع مقرها الاجتماعي 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (n° SIRET 180 092 587 00013).

Attestation de refus de soins
إفادة رفض الرعاية



Le : _____ à : _____

Je soussigné·e M. Mme :

Certifie que le Dr. :

m’a expliqué les risques encourus qui comprennent de façon non limitative (à
remplir par le·la médecin) :

المكان: _____ التاريخ: _____

أنا الموقع أو الموقعة أدناه، السيد أو السيدة:

أقر بأن الطبيب

قد شرح لي المخاطر المترتبة، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر (يُملأ هذا القسم من الطبيب):

Attestation de refus de soins

إفادة رفض الرعاية



Je reconnais avoir été informé·e clairement et avoir compris ces risques.

Je déclare souhaiter néanmoins (*barrer les mentions inutiles*)

- quitter le service
- refuser l'hospitalisation
- refuser les soins et/ou l'intervention

que me propose le·la Dr. _____

et dégage ainsi ce dernier et son établissement de toutes responsabilités et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de mes choix et décisions.

أقر بإطلاعي على هذه المخاطر بوضوح وفهمي لها.

أعلن أنني أود رغم ذلك (يُرجى شطب ما لا ينطبق):

- مغادرة القسم
- رفض الاستشفاء
- رفض الرعاية أو التدخلات أو كليهما

_____ التي يقترحها عليّ الطبيب

وبذلك أبرئ هذا الأخير ومؤسساته من كل المسؤوليات والتبعات المترتبة، بما في ذلك تلك المهددة للحياة منها، والتي قد تكون نتيجة اختياراتي وقراراتي.

Attestation de refus de soins

إفادة رفض الرعاية



Je comprends que le fait de signer ce document ne m’empêche pas de changer d’avis et de recourir aux soins que j’ai refusés si je le désire, et qu’au contraire, j’y suis encouragé·e.

Mon choix de refus des soins proposés est motivé par les raisons suivantes (à remplir par le·la patient·e s’il·elle le souhaite) :

أدرك أن توقيعي على هذه الوثيقة لا يمنعني من تغيير رأيي وقبول الرعاية التي رفضتها مسبقاً إذا أردت، بل على العكس، أنا مُشجّع على ذلك.

اختياري رفض الرعاية المقترح عليّ مُعلَّل بالأسباب الآتية (يُملأ هذا القسم من المريض إذا رغب):

Attestation de refus de soins

إفادة رفض الرعاية



Signature du·de la patient·e :
توقيع المريض:

Signature du·de la médecin :
توقيع الطبيب:

Signature des témoins (proche, personne de confiance, personnel soignant) :
توقيع الشهود (المقربين مني، أو الشخص محل الثقة، أو كادر الرعاية):

Ce certificat est rédigé en double exemplaire, une copie étant remise au patient, l'autre conservée dans le dossier médical.

تُكتب هذه الشهادة على ورقتين، يأخذ المريض واحدة وتُحفظ الأخرى في ملفه الطبي.

En cas de refus de signature par le·la patient·e, celui-ci est attesté sur le document par le·la médecin et un autre membre de l'équipe médicale.

في حال رفض المريض التوقيع، يوثق الطبيب أو فرد آخر من الفريق الطبي هذا الرفض في المستند.



J'AIMERAIS QUE ÇA SE PASSE COMME ÇA

pour ma fin de vie et après

La Plateforme VIP en 2 mots

Elle est née en 2020 d'une initiative de l'association Le Relais Ozanam (membre du Groupement des Possibles) à partir des constats de terrain et de recherches participatives autour du vieillissement des personnes logées ou hébergées dans les dispositifs sociaux.

La Plateforme VIP s'adresse à l'ensemble des acteurs des secteurs social, médico-social, sanitaire, gérontologique ou encore funéraire concernés par les questions de précarité, vieillissement, fin de vie, mort et deuil pour :

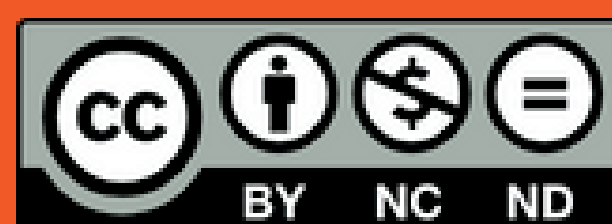
- Développer une meilleure prise en compte des enjeux dans les réponses et les politiques publiques
- Permettre un accompagnement digne des personnes en situation de précarité

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à aller visiter le site internet de la Plateforme, ou à nous contacter !

Une question ? Contactez nous !

plateforme-vip@relaisozanam.org / 06.65.92.74.07

Ce document est édité sous licence creative commons
نُشرت هذه الوثيقة بموجب ترخيص creative commons



Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de modification

مع الإسناد - لا للاستخدام التجاري - لا للتعديل

2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0 FR)

<https://creativecommons.org>

هكذا أرغب أن تسير الأمور

عند نهاية حياتي وما بعدها

Plateforme VIP بكلمتين

تأسست في عام 2020 بمبادرة من جمعية Le Relais Ozanam (وهي عضوة في Groupement des Possibles)، وذلك انطلاقاً من الملاحظات الميدانية والدراسات المشتركة عن موضوع شيخوخة المقيمين أو المُستضافين في المراكز الاجتماعية.

تستهدف Plateforme VIP جميع الأطراف الفاعلة في القطاعات الاجتماعية، والطبية الاجتماعية، والرعاية الصحية، ورعاية المسنين، وحتى قطاع الجنائز، المهتمين بمسائل العوز، والشيخوخة، ونهاية الحياة، والموت والحداد، وذلك بهدف:

- تحسين اعتبار الحلول والسياسات العامة للتحديات القائمة
- توفير دعم مرافق يصون كرامة الأشخاص في حالة العوز

لمزيد من المعلومات، لا تترددوا في زيارة موقع Plateforme VIP الإلكتروني، أو التواصل معنا!

ألديك سؤال؟ تواصل معنا!