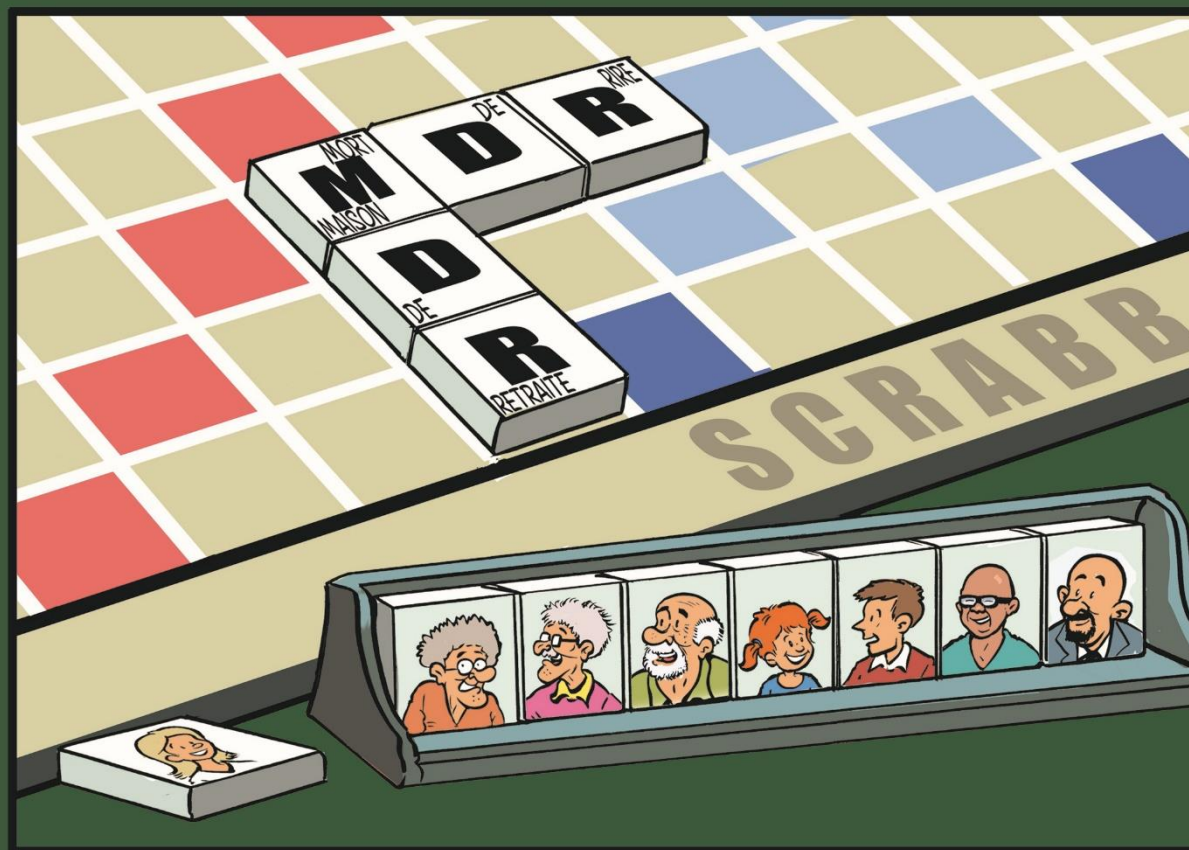


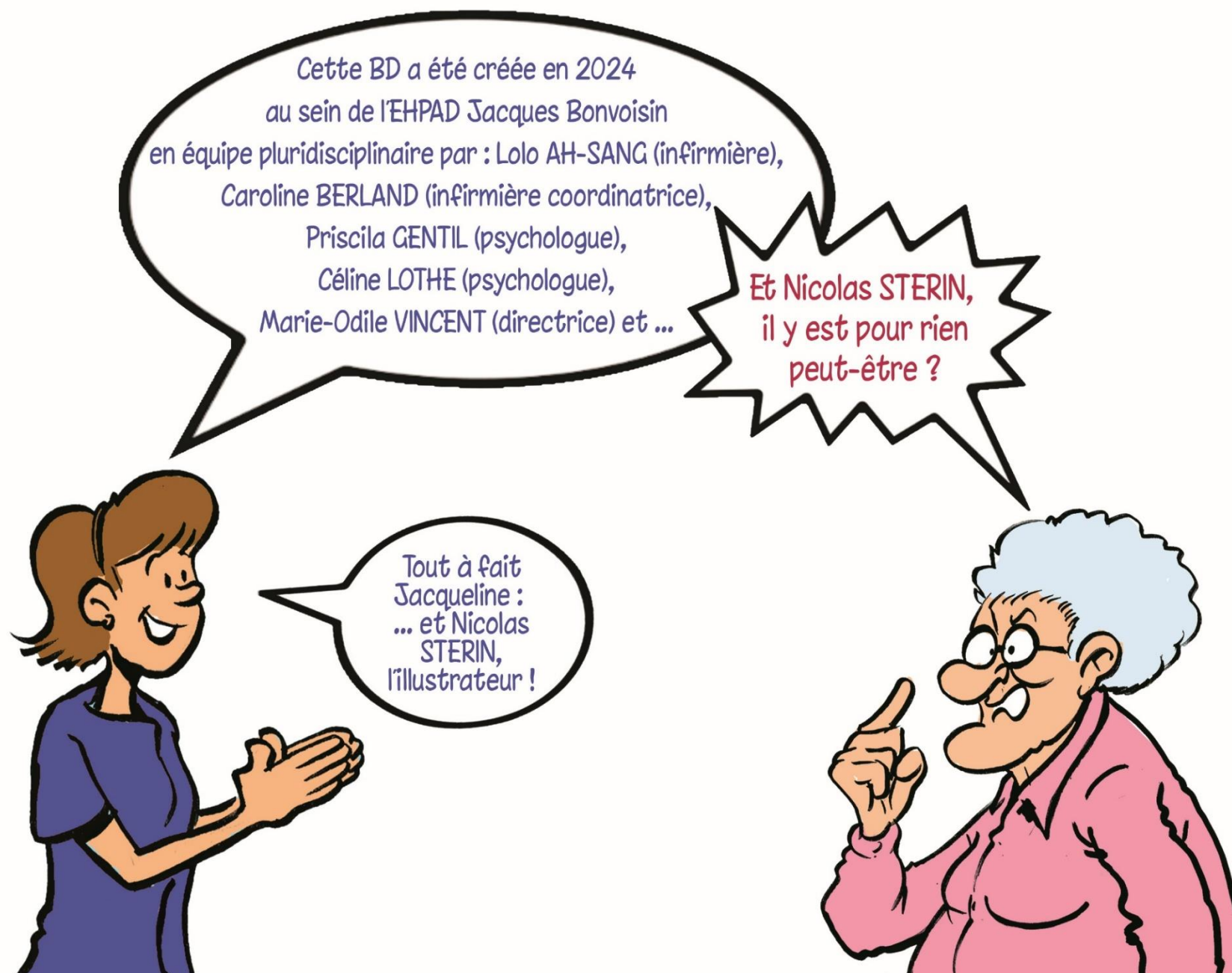
MDR

La BD des droits de la personne en fin de vie !



Une création
de l'EHPAD
Jacques Bonvoisin
de Dieppe
et de
Nicolas Stérin







« Ah si seulement ils s'en étaient parlé ! »

Voilà ce que nous nous disons souvent après un décès dont nul – résident comme famille – n'avait voulu parler, qu'aucun n'avait souhaité anticiper ni préparer. Parce que c'était impensable.

Parce que nous vivons dans une société où nous n'avons pas appris à dire ces choses-là.

Parce que cela fait de la peine et que peut-être, si nous ne l'évoquons pas, ça n'arrivera pas...

Notre expérience en EHPAD nous a appris que la politique de l'autruche en matière de fin de vie n'est jamais le bon choix, et qu'à l'inverse, les mots préparent, aident au détachement et au travail de deuil, consolent même.

Savoir ce qui va se passer rassure ; respecter ce que veut son proche apaise.

Alors nous nous sommes demandé comment nous, professionnels en EHPAD pour qui la mort est plus familière, pouvions aider ceux qui la rencontrent moins souvent et de façon plus intime. Nous avons voulu montrer comment l'on peut échanger à son sujet avec authenticité, par des mots ou des silences, sans drame, parfois même avec légèreté. Nous avons aussi voulu informer les personnes de leurs droits pour leur donner la possibilité d'agir. Parce qu'être acteur de sa fin de vie, c'est être vivant.

L'idée de la BD s'est très vite imposée. A la portée de tous, enfants et adultes, elle donne envie d'être parcourue.

On y apprend en s'amusant, voire en riant.

Gérard, Jacques et Jacqueline vous attendent. Nous vous laissons faire leur connaissance et vous souhaitons une belle lecture.

Delphine LANGLET
Directrice Générale de la Fondation Partage & Vie

Marie-Odile VINCENT
Directrice de l'EHPAD Jacques Bonvoisin

PERSONNAGES PRINCIPAUX



Jacques



Fils de Gérard



Fille de Gérard



Animatrice



Gérard



Jacqueline



Camille,
petite-fille
de Gérard



Jules,
petit-fils
de Gérard



Raymonde



Lolo, infirmière



Yvette Jeune,
femme de Gérard



Copain pêcheur
de Gérard



Le banquier



Aide-soignante
(blouse fushia)

DU PULL ROSE A ST PIERRE



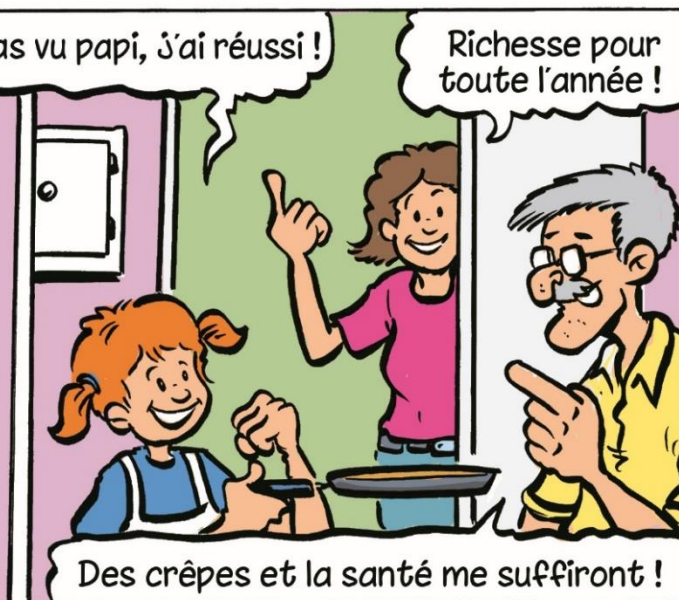
PERSONNE DE CONFIANCE (1)



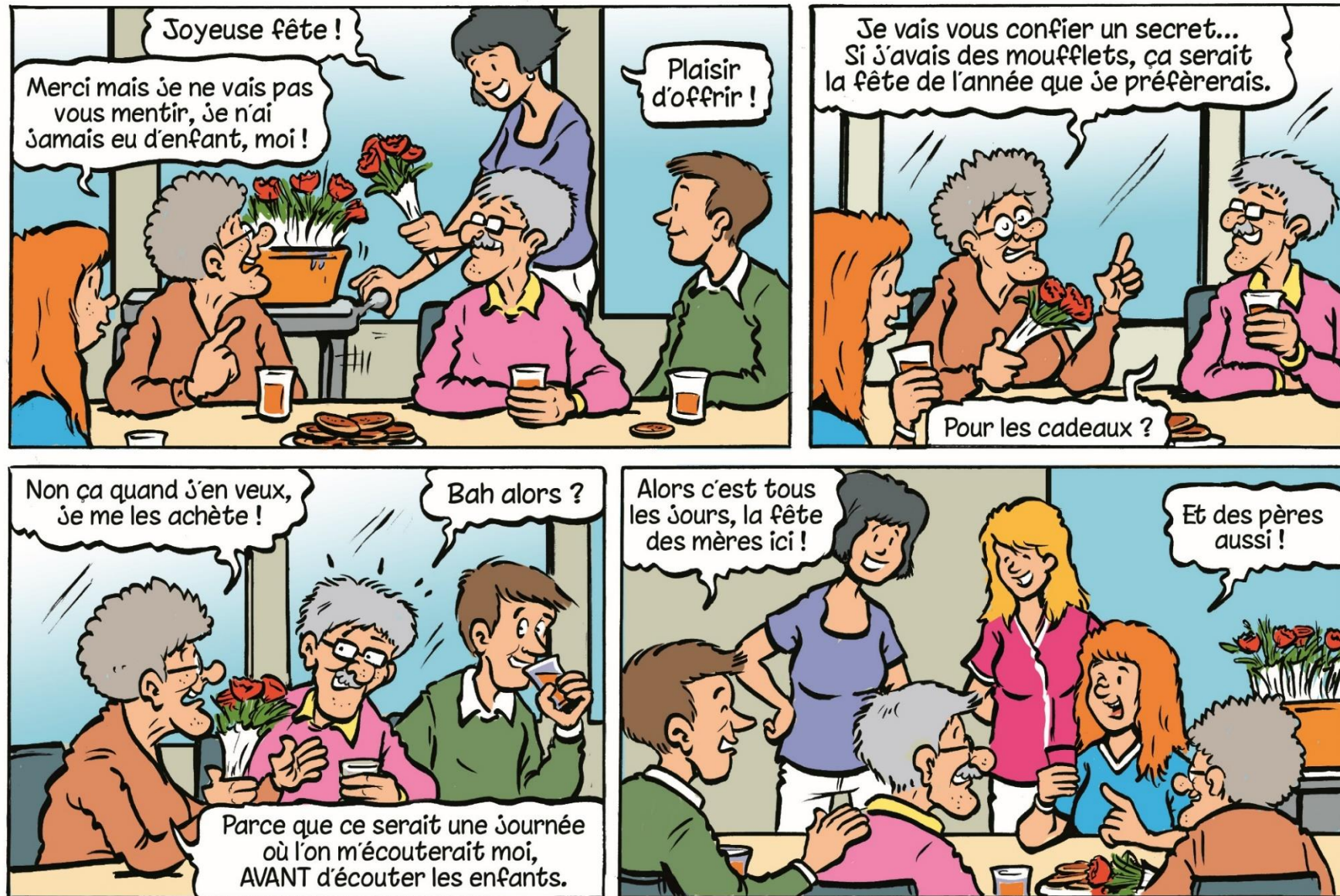
PERSONNE DE CONFIANCE (2)



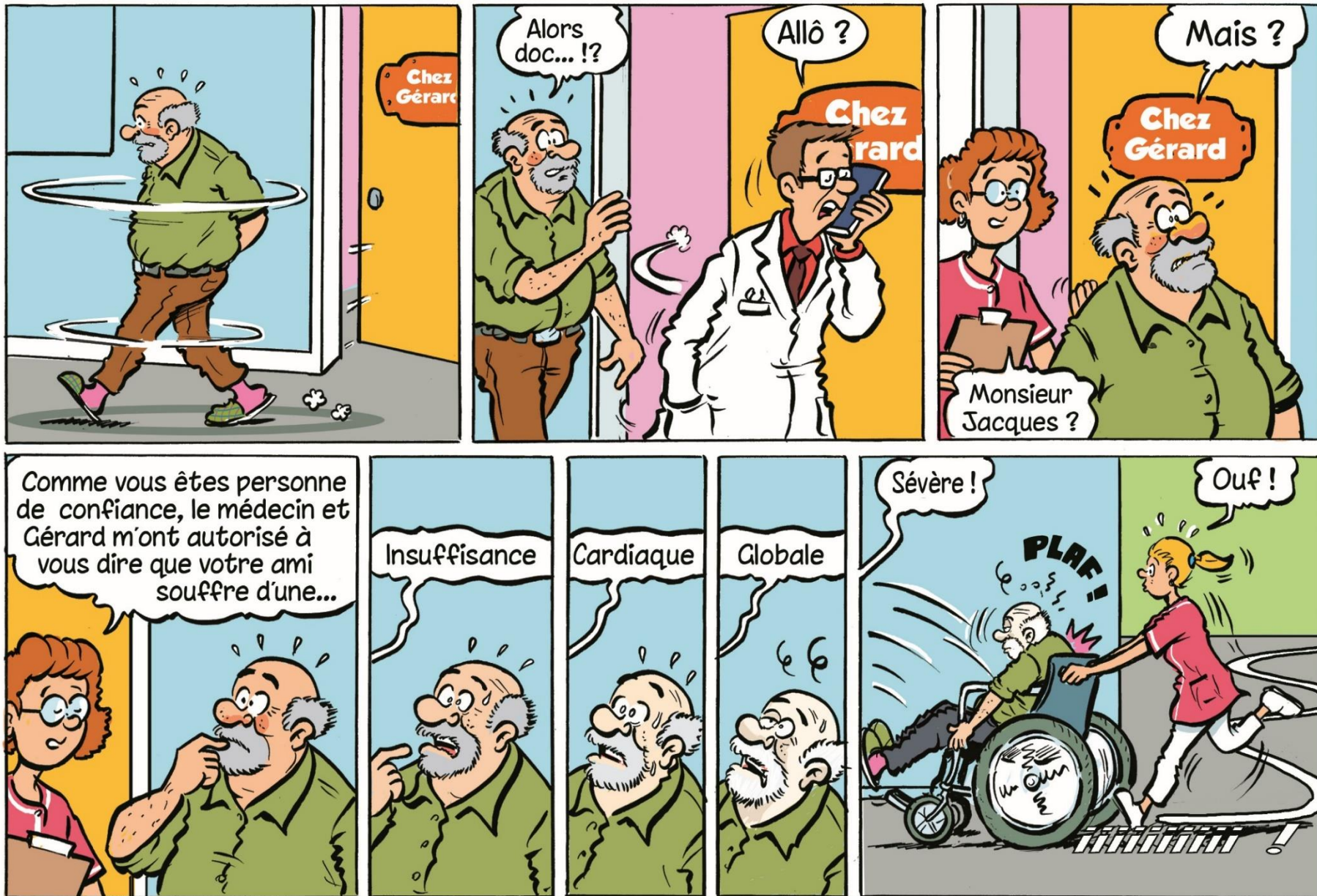
CHANDELEUR EN FAMILLE



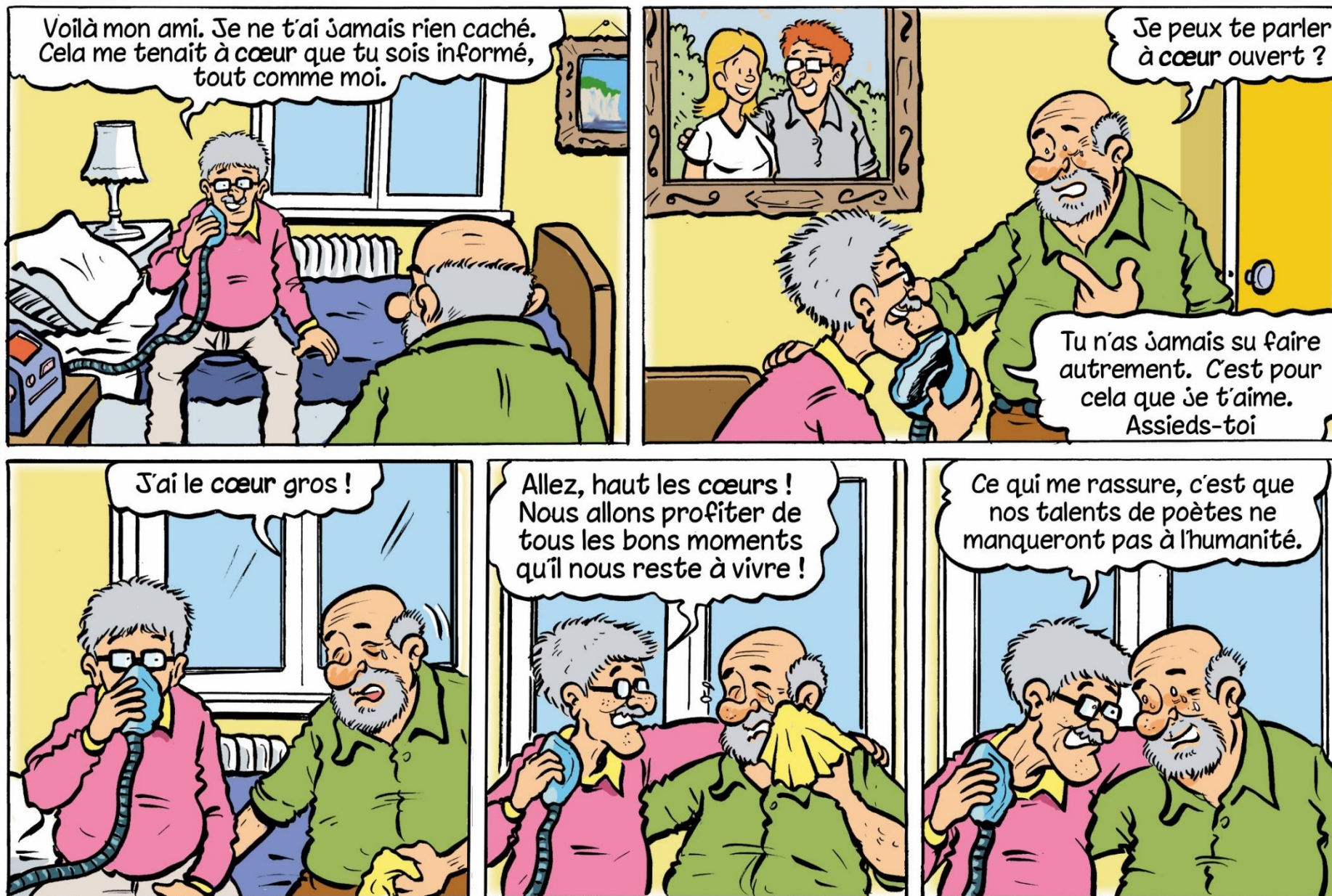
FÊTE DES MÈRES



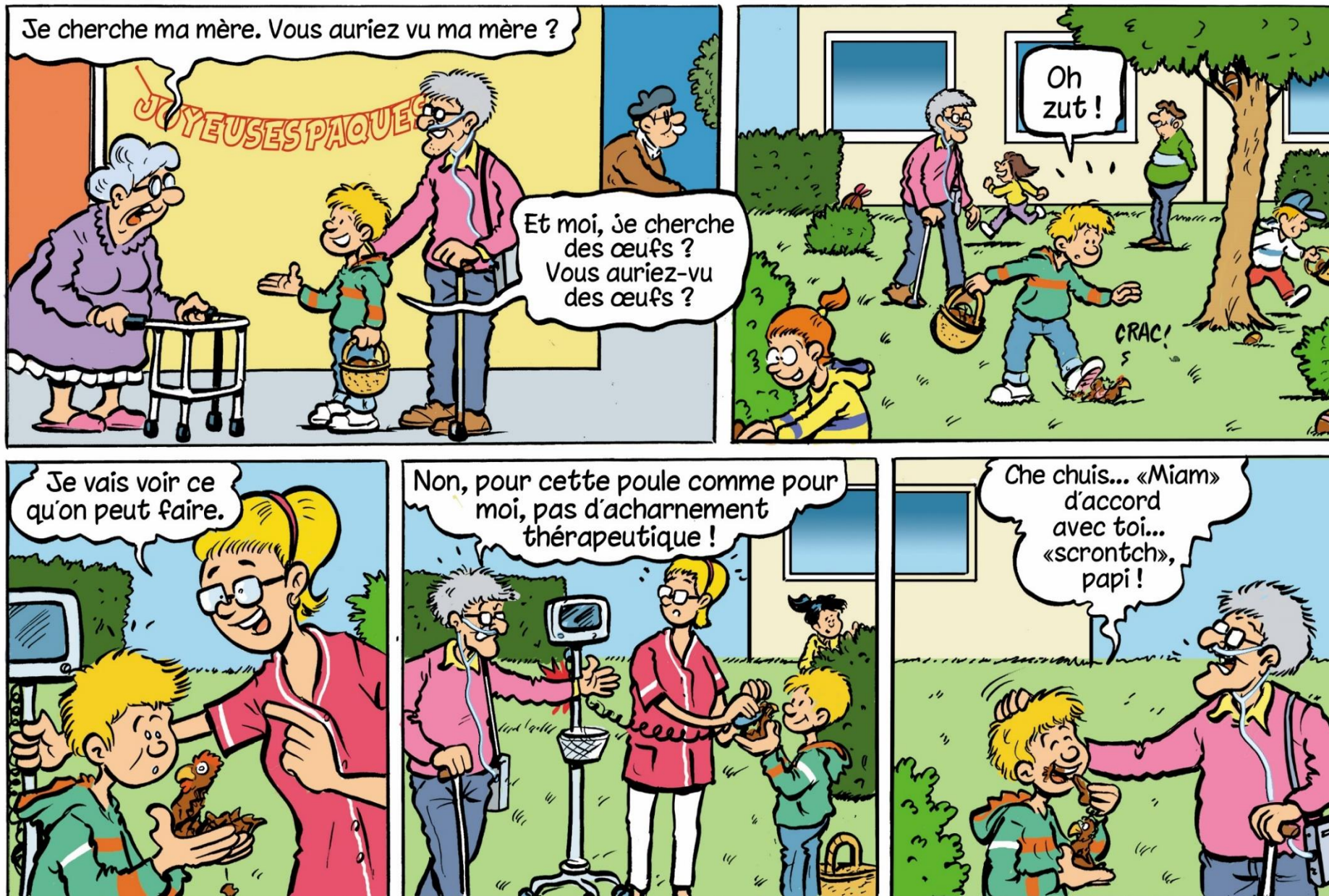
ANNONCE DE LA MALADIE



ANNONCE DE LA MALADIE 2



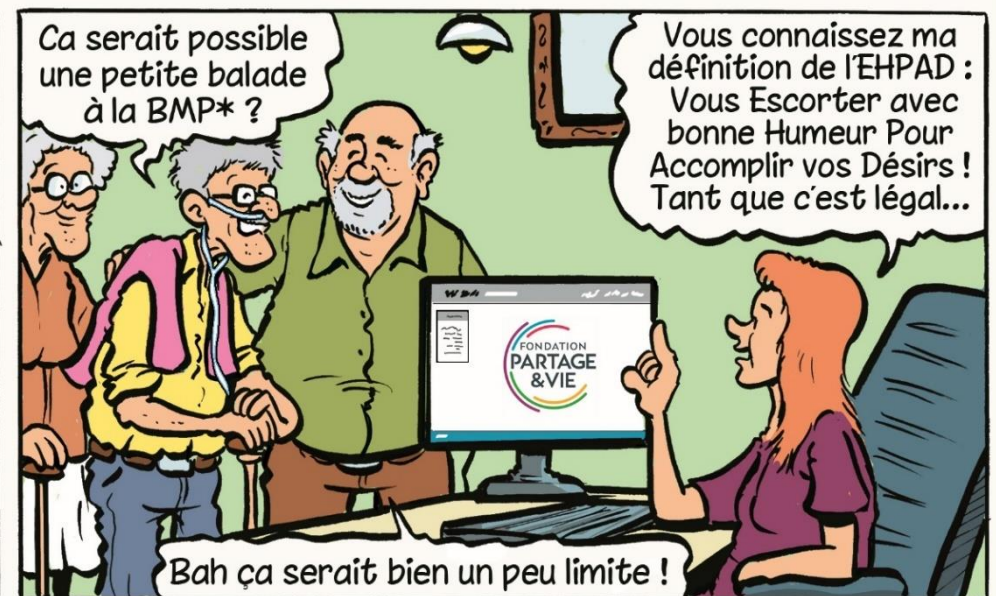
CHASSE AUX OEUFS



DIRECTIVES ANTICIPEES

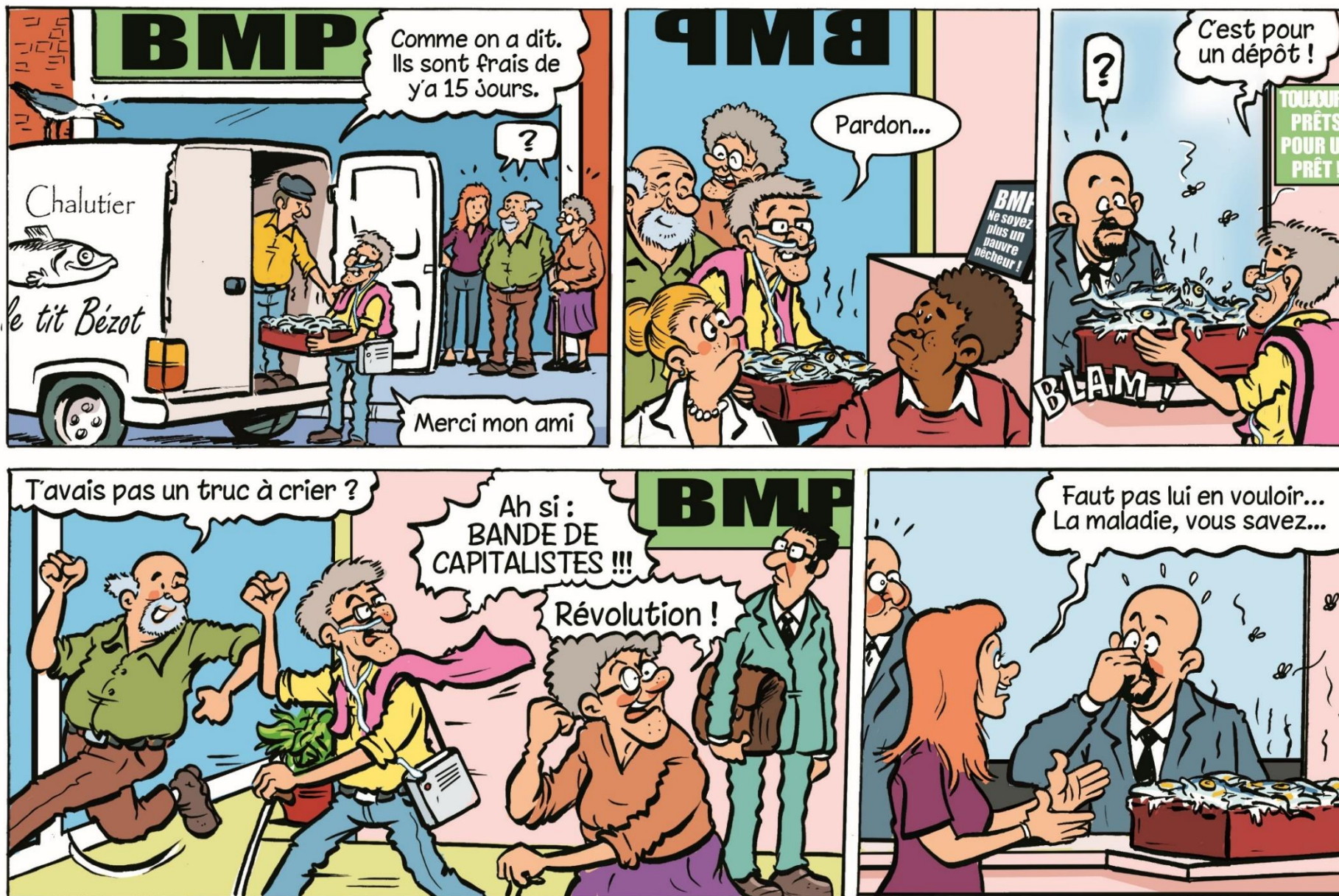


QUELQUE CHOSE À FINIR (1)



* Banque Mutualiste des Poissonniers

QUELQUE CHOSE À FINIR (2)

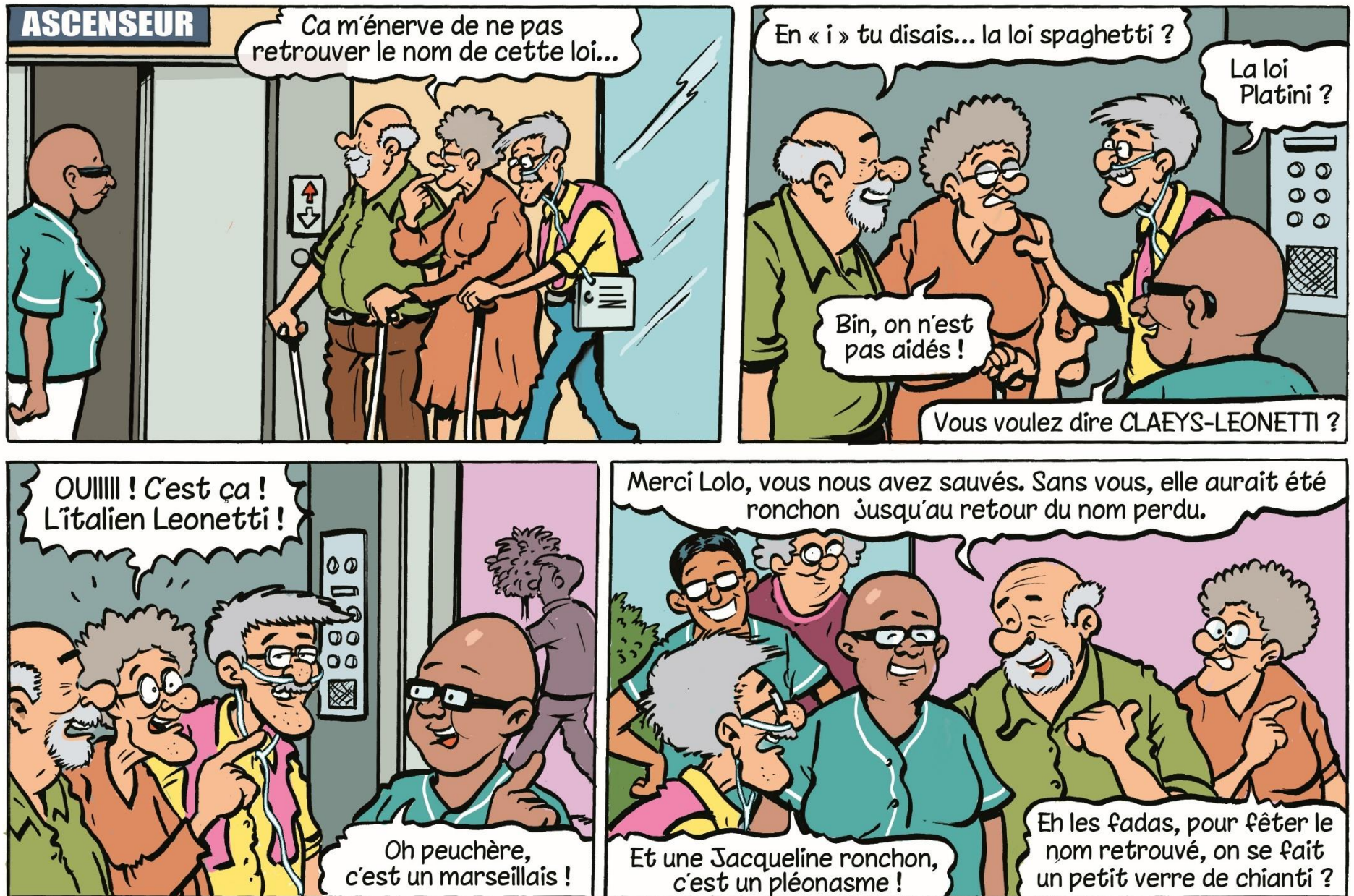


QUELQUE CHOSE À FINIR (3)

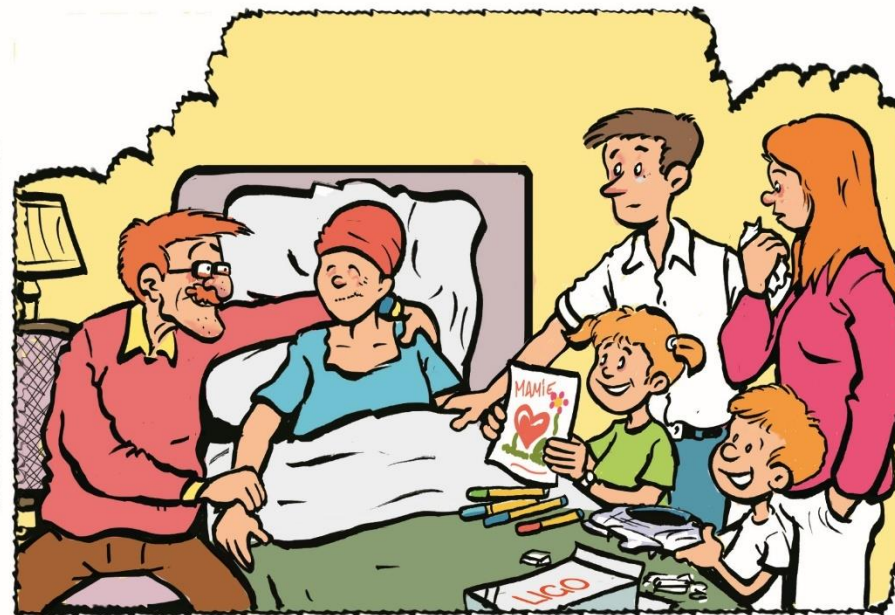


DOULEUR ET LOI (1)





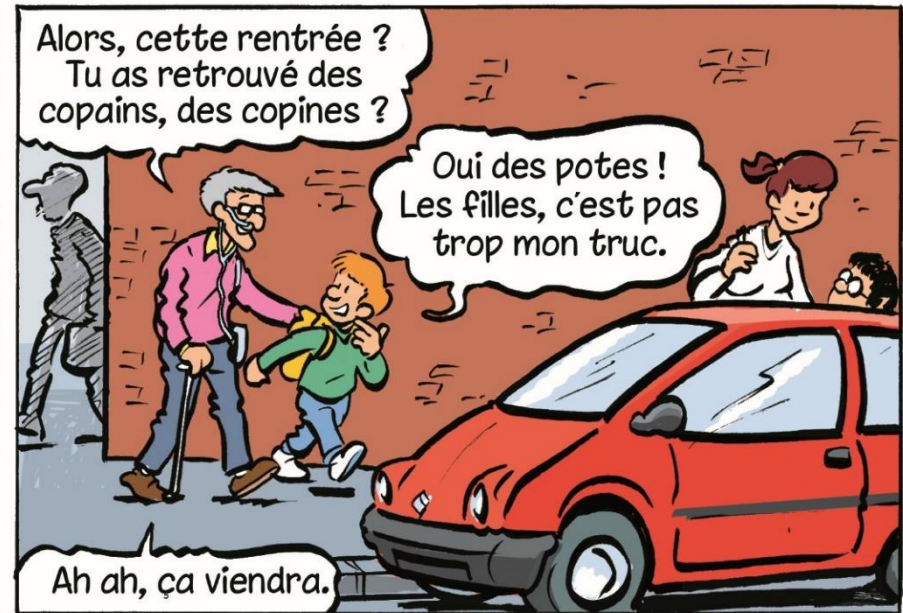
DOULEUR & LOI CLAEYS-LEONETTI (3/3)



TRANSMISSION



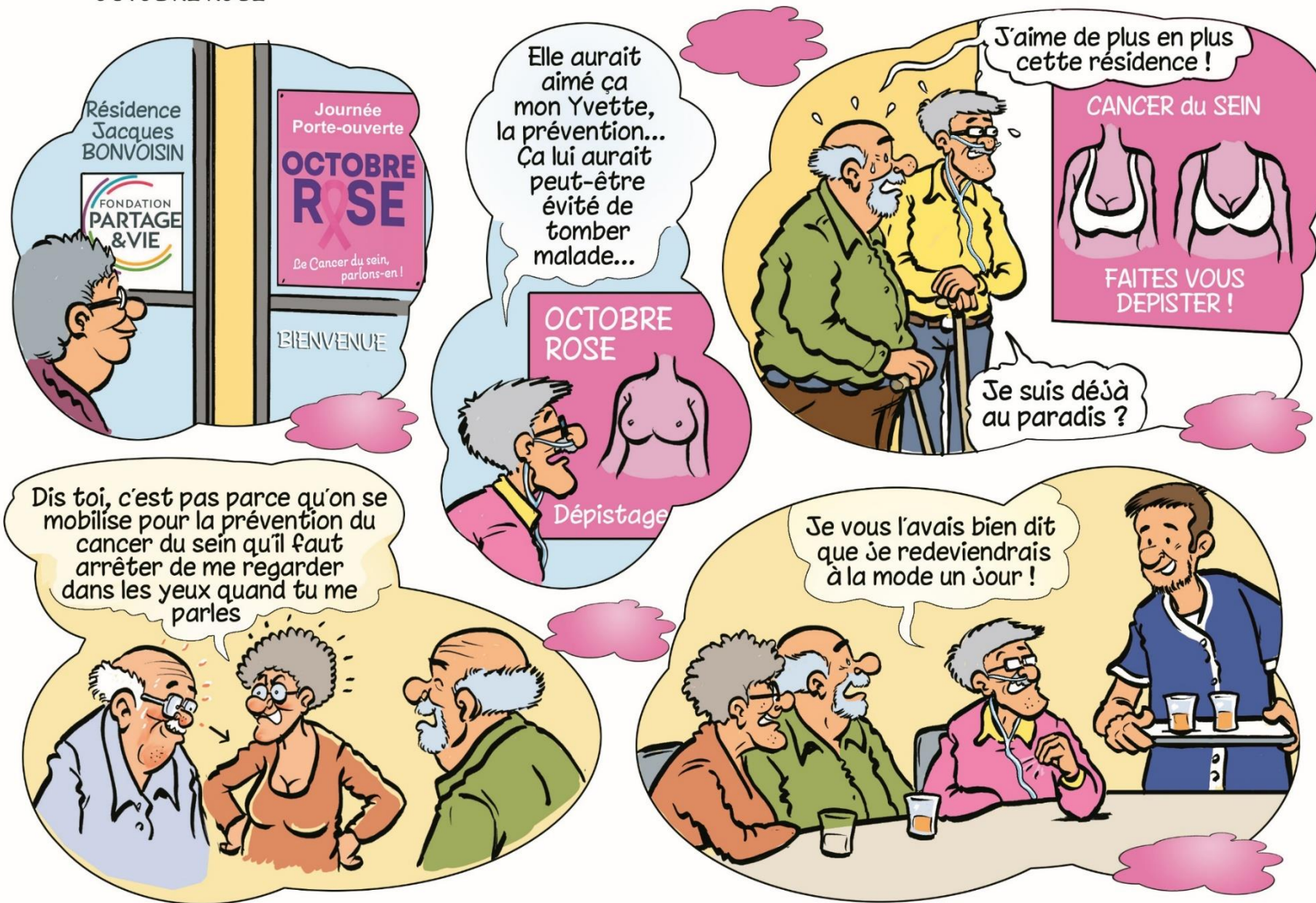
C'EST LA RENTRÉE



SOUHAITS POUR L'APRES.



OCTOBRE ROSE





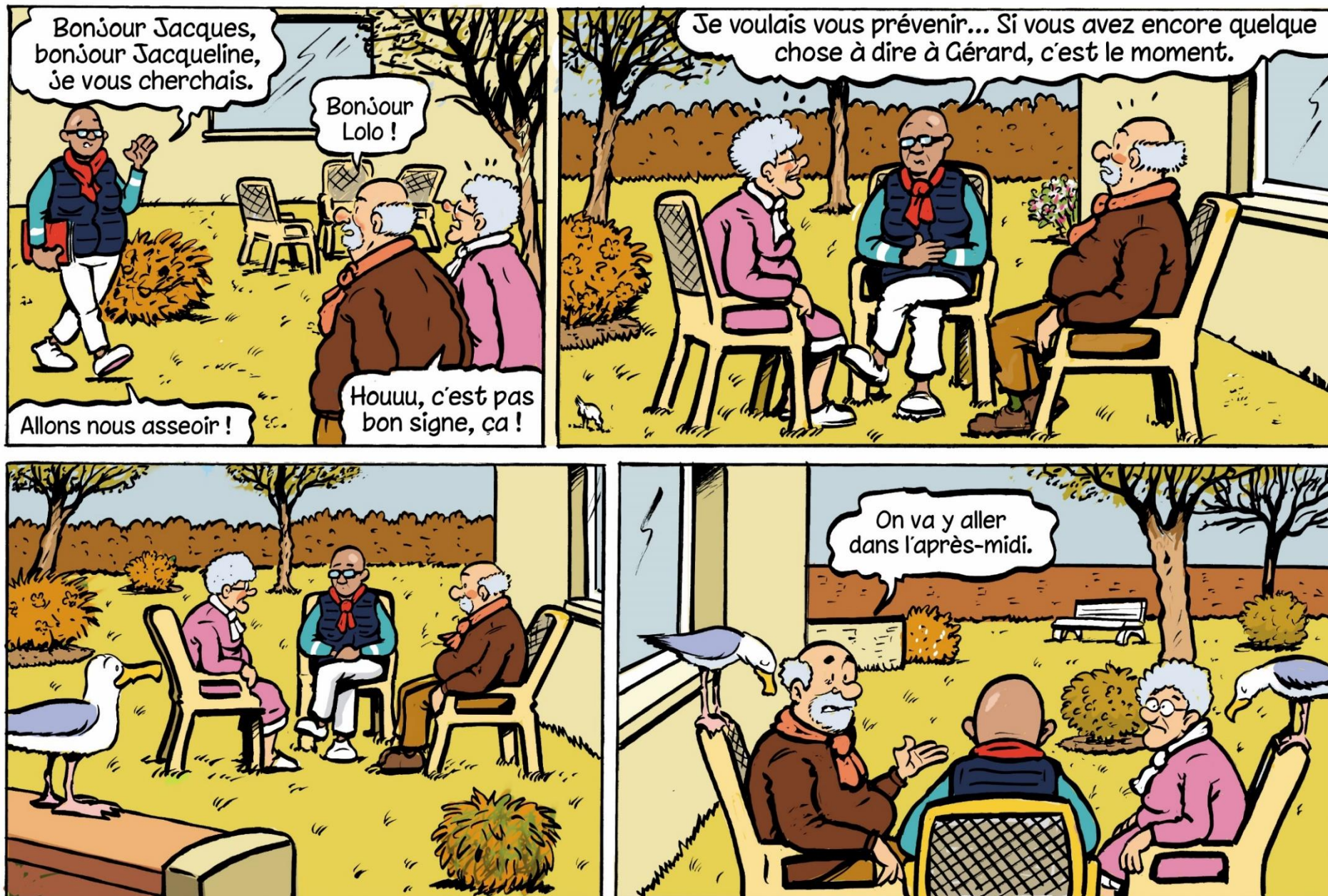
TRISTESSE



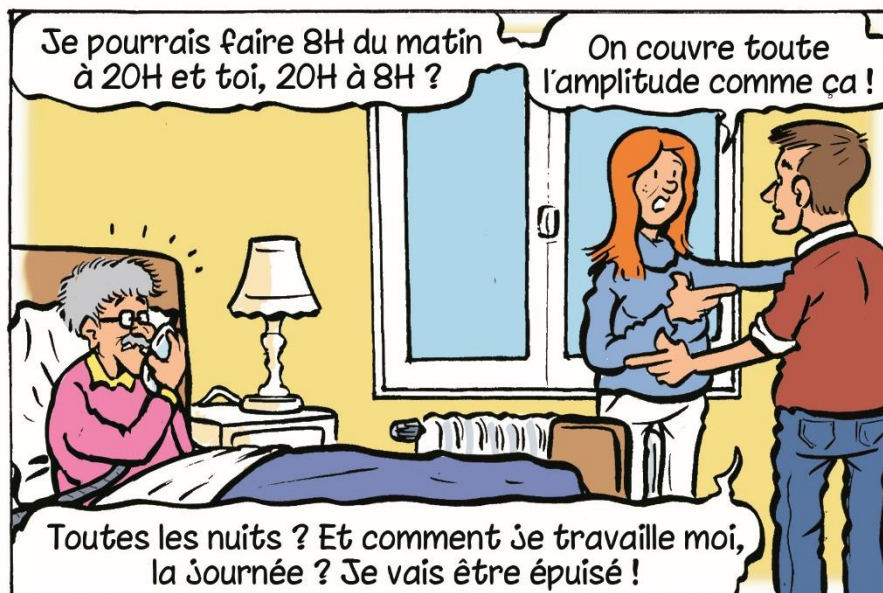
AIDANTS



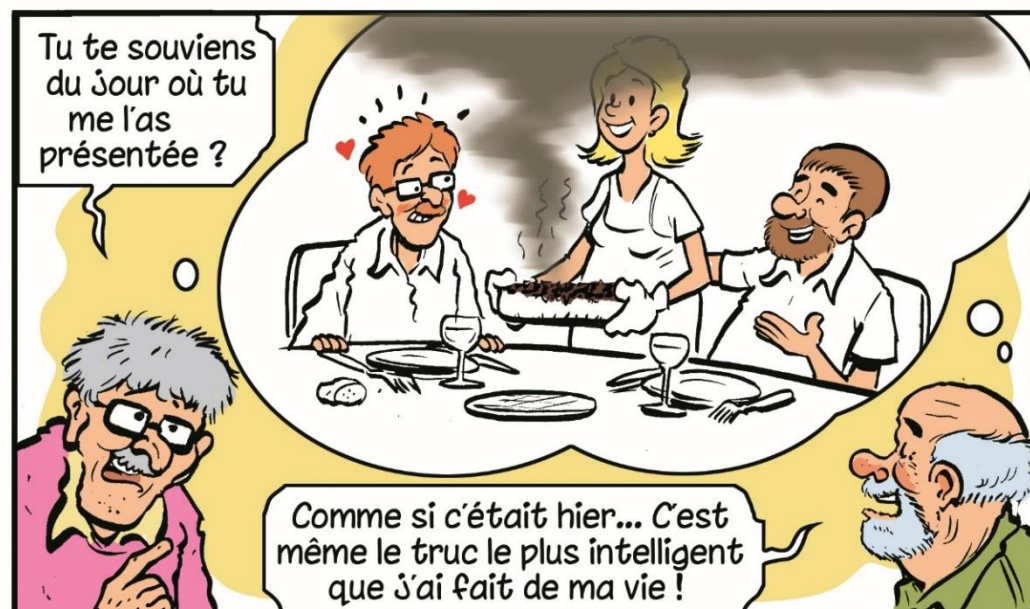
LE TEMPS DES AU REVOIR



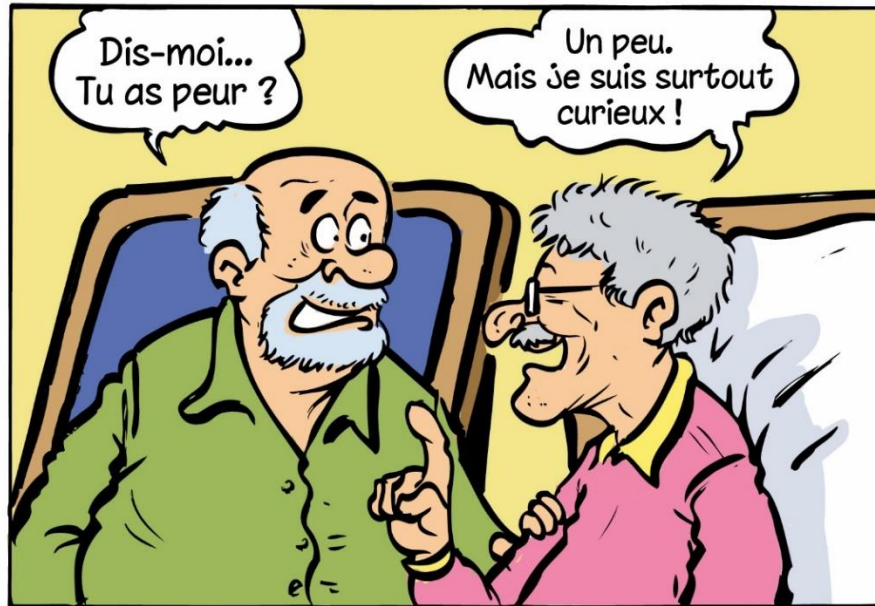
LÀ OU PAS LÀ ?



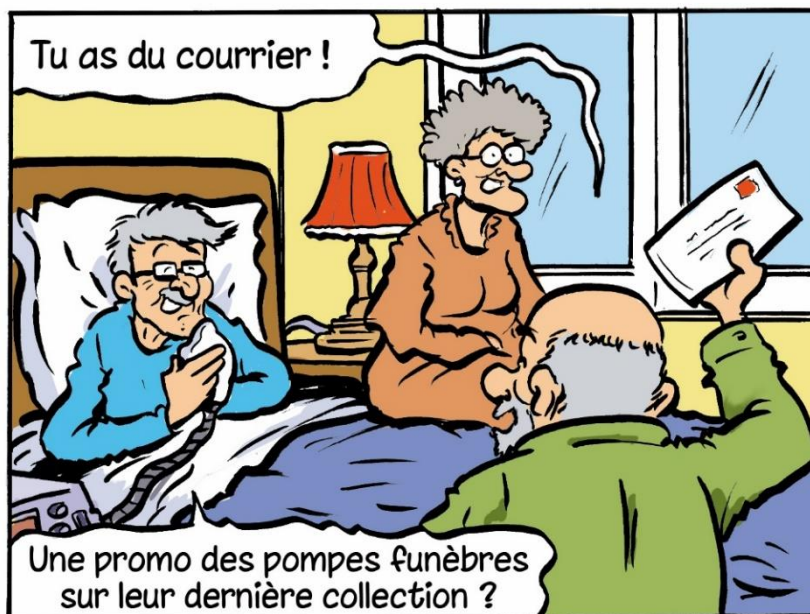
AU REVOIR (1)



AU REVOIR (2)



MORT DE RIRE





TOUS ENSEMBLE, ÇA FAIT DU BIEN



DISPERSION DES CENDRES



LOI CLAEYS-LEONETTI

Elle renforce les droits des patients
mais n'autorise ni euthanasie ni suicide assisté.

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie complète la loi Leonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005.

« Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance.

Les professionnels de santé mettent tout en œuvre, par tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. »
(article L.1110-5 alinéa 2 du code de la santé publique)

« Les actes de (...) traitements et de soins peuvent être suspendus (...) conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. »
(article L.1110-5)

Sont renforcés par la loi du 2 février 2016 :

- Le droit à la « **sédation profonde et continue** » jusqu'au décès pour les patients atteints d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présentant une souffrance réfractaire aux traitements.
- Le droit de rédiger des **directives anticipées** contraignantes qui s'imposent au médecin.
- Le droit à une « **assistance médicalisée pour terminer sa vie dans la dignité** ».
- Le droit de désigner une **personne de confiance**, dont le rôle est renforcé.

PERSONNE DE CONFIANCE : ce que dit la loi

Art. L. 1111-6. du code de la santé publique - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage.

Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé ou prise en charge dans un établissement médico-social (article L.311-5-1 CASF), il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article.

Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement.

La personne qui désigne une personne de confiance peut conserver ce document avec elle.

Toutefois, il est recommandé d'intégrer aussi cette information au dossier médical du médecin traitant et/ou de l'hôpital et/ou de l'établissement médico-social (ex : EHPAD).

Pensez aussi à informer les proches.

DIRECTIVES ANTICIPEES

Elles consistent en une déclaration écrite signée et datée qui vous permet de faire connaître par avance vos souhaits sur votre fin de vie dans le cas où vous ne pourriez plus manifester votre volonté. (Par exemple : suite à un coma, en cas de troubles cognitifs profonds, à la suite d'un accident, du fait de l'évolution d'une maladie).

Des modèles sont proposés sur le site [service-public.fr](https://www.service-public.fr) mais vous pouvez aussi exprimer vos volontés sur papier libre, daté et signé.

Ces directives expriment **vos** volonté portant sur les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux.

Elles **s'imposent au médecin** pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement sauf dans les 2 cas suivants :

- ☀ En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation
- ☀ Lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale.

Les directives n'ont pas vocation à être utilisées si vous êtes en capacité d'exprimer vos volontés. Elles sont modifiables ou annulables.

Pensez à **informer votre médecin et vos proches** de l'existence de vos directives anticipées et de leur lieu de conservation.



Directives anticipées (de nature médicale) et autres volontés sont à dissocier. Les secondes ne sont pas une directive, au sens de la loi.

Pour ceux qui veulent aller plus loin : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits>

OBSTINATION DERAISONNABLE / ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE

L'obstination déraisonnable (anciennement appelée acharnement thérapeutique) est le fait de pratiquer, d'entreprendre des actes ou de poursuivre des traitements alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (articles L.1110-5 et R.4127-37 du code de la santé publique).

« La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la **procédure collégiale** prévue à l'article L. 1110-5-1 et **dans le respect des directives anticipées** et, en leur absence, après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient (...)

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. »
(Article R.4127-37-2 I. et II. du code de la santé publique)

*Il est donc important
lors de l'entrée en EHPAD,
que le résident puisse
faire part de sa volonté
ou informer les services,
du nom de la personne
de confiance détenant
les directives anticipées,
afin de pouvoir respecter
les choix du résident.*

La procédure collégiale est prévue aux articles L.1110-5 à L.1110-5-2 et R.4127-37 à R.4127-37-4 du CSP.
<https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-37-2-limitation-arret-traitement>

SOINS PALLIATIFS

Lois sur les soins palliatifs :

La loi 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs pose le droit à une bonne mort à toute personne en fin de vie.

La loi du 4 mars 2002 vient renforcer ce droit.

« Les soins palliatifs (...) visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».
(article L.1110-10 du code de la santé public)

« S'il y a autant de façons de mourir que de personnes qui meurent, les besoins des uns et des autres permettent de définir ce qui pourrait être qualifié de **« fin de vie réussie »**.

Celle-ci serait une fin de vie digne, respectueuse des attentes de chacun (du mourant d'abord), une fin de vie qui laisse dans la mémoire de ceux qui restent le souvenir **de moments pendant lesquels circule une émotion juste, où chacun se sent humain et objet d'attention.** » Thérèse Vannier, médecin pionnier des soins palliatifs, 1976

*« Tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire. »
Thérèse Vannier*

Définition des soins palliatifs par l'OMS (1990):

Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille (...)

Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil.

PASSAGE DE RELAIS

