WWW.PLATEFORME-VIP.ORG

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 / ENGLISH

I WANT IT TO HAPPEN LIKE THIS

for the end of my life and beyond

5th edition - November 2025

Le Relais Ozanam

ACCOMPAGNER ~ HÉBERGER ~ LOGER

MEMBRE GROUPEMENT DES POSSIBLES

ars Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
Fondation de France
PRÉFETE DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES Liberté Égalité Fraternité
isère LE DÉPARTEMENT
FONDATION POUR LE LOGEMENT
FONDATION PFG sous l'égide de la Fondation de France
Pfi Pompes funèbres intercommunales de la région grenobloise
RETRAITE COMPLEMENTAIRE agirc-arrco
KLÉSIA Assureur d'intérêt général

FR

Sommaire

1. PRÉAMBULE.....P-4

2. CONSEILS PRATIQUES.....P-6

3. LA FIN DE VIE QU'EST-CE QUE C'EST ?.....P-8

4. POURQUOI ANTICIPER MA FIN DE VIE P-10

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

- **Explications.....p-12**
- **Formulaire.....p-15**

6. MES VOLONTÉS MÉDICALES.....P-25

- **Les directives anticipées.....p-26**
  - Explications.....p-26
  - Formulaire.....p-31
- **La personne de confiance.....p-40**
  - Explications.....p-40
  - Formulaire.....p-45

8. ANNEXES.....P-47

- **Carte à garder sur soi.....p-49**
- **Localisation de mes directives anticipées.....p-51**
- **Cas particulier / Témoin.....p-53**
- **Document d'annulation / modification.....p-55**
- **Formulaire concernant le don d'organe.....p-58**
- **Formulaire de refus de soin.....p-63**

EN

Table of contents

1. FOREWORD.....P-5

2. HELPFUL TIPS.....P-7

3. WHAT IS END OF LIFE?.....P-9

4. WHY SHOULD I PREPARE FOR MY END OF LIFE.....P-11

5. MY NON-MEDICAL WISHES.....P-13

- **Explanations.....p-13**
- **Form.....p-15**

6. MY MEDICAL WISHES.....P-25

- **Advance directives.....p-27**
  - Explanations.....p-29
  - Form.....p-31
- **Trusted person.....p-41**
  - Explanations.....p-41
  - Form.....p-45

7. APPENDICES.....P-47

- **Card to keep with me.....p-49**
- **Where to find my advance directives.....p-51**
- **Special case / Witness.....p-53**
- **Cancellation / modification document.....p-55**
- **Organ donation form.....p-58**
- **Refusal of treatment form.....p-65**

FR

Préambule

POURQUOI CE DOCUMENT ALORS QUE DE NOMBREUSES CHOSES EXISTENT DÉJÀ ?

Nous sommes un groupe de professionnel·les et de résidant·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 ?

A 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

EN

Foreword

WHY THIS DOCUMENT, WHEN SO MANY OTHERS ALREADY EXIST?

We are a group of professionals and residents of 3 social housing communities (managed by Relais Oznaman and Oiseau Bleu).

Each of us has seen deaths at work or at home. And in each case, we had questions that were left unanswered. We believe that the existing documentation is unsuited to the task and does not align with the reality of the situation.

We would hear about death and ageing, see it, experience it, but we didn't know how to approach it. No one else had tackled the issue yet. How could we find clear answers in all this confusion?

Eventually, we needed to address it. This difficult and taboo topic **is a normal part of life.**

Even though it was a gamble in uncharted territory, it seemed important to "do something" and not let our experiences go to waste. We talked to other organizations and realized that so many of us were going through the same vague, undefined situations.

With this document, we want to enable others (professionals and those being cared for) to move forwards faster than us and with surer footing. Our modest hope is to help improve the lives of those entering social housing and give them better access to some of their rights.

Though we know this cannot answer every question or cover every possible scenario, we hope you find it useful.

IF YOU STILL HAVE QUESTIONS, MANY OTHER RESOURCES ARE AT YOUR DISPOSAL.

This tool has received several awards:

In 2021, it won FEHAP's innovation award

In 2022, it won the VADA network's "Coup de cœur" award

FR

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 un.e proche (ami.e, voisin.e), ou l’un.e 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 ?

- 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 connait 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 suffit d’en parler …

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) : _____
  Coordoonnées : _____
  Lien avec moi : _____
- Pour mes obsèques, j’aimerais que l’on m’habille 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 ☐ crématisé.e ☐ ou enterré.e ☐ Je ne sais pas
- A 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 crématisé.e ou enterré.e.
- La commune peut faire des recherches sur ma famille pour qu’elle rembourse les frais.

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

Le document est bilingue.
Les logos EN / 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.

- 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.

EN

Helpful tips

We wanted to keep things brief – but we failed! We couldn't remove any sections. However, we tried to be as clear and helpful as possible.

Pages with an orange background are explainers.

To make things easier to visualize, we added very concrete examples drawn from our own experiences.

A white background means the page needs to be filled out.

For ease of use, these pages are removable.

Our work is based on European law. This document has been reviewed and validated by experts.

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.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 ?

- 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 connait 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 suffit d'en parler ...

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'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)
- 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 ☐ ou enterré.e ☐ Je ne sais pas
- A 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 crématisé.e ou enterré.e.
- La commune peut faire des recherches sur ma famille pour qu'elle rembourse les frais.

We tried to clarify some points and underline things that require attention or careful thinking.

This document is bilingual. The two languages are indicated by the EN / FR badges and the black and orange color codes.

It must be filled out in both languages. This ensures that all information can be understood by both the people expressing their wishes and those caring for them.

- This document is a **guide and a tool** – you can leave some questions blank, add more pages if needed, etc. Don't let its contents stop you from filling it out!
- It was written for people who are being supported by or residing in social housing and who can express their wishes. We have also written a guide for professional caregivers.

FR

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*

EN

What is end of life?

“END OF LIFE” MEANS A PERSON’S FINAL MOMENTS.

It is not necessarily linked to age and could be the result of an advanced or terminal incurable illness or an accident.

At this stage of my life, the aim is not to cure me. It’s to look after my well-being and that of the people around me until the end.

This situation gives rise to many questions. How can I make sure my individual rights and freedoms are respected? How can I be supported? etc.

The end of my life and my death impacts the professionals supporting me, my family, neighbors, and loved ones, but also the residential community I live in.

If I am not in contact with family, then the people I see every day (team, neighbors, etc.) are the ones I will turn to. It’s therefore important for them to be prepared for this situation too, so they can be there for me.

LEARN MORE ABOUT END OF LIFE

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

AUBRY R. - “Fin de vie et précarité”, in *Rhizome, 2017/2 n°64, page 7*

ELICABE R., GUILBERT A., OVERNEY L. and 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, pages 11-25*

FR

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 « l*e 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 …

EN

Why should I prepare for my end of life?

We know that the topic of end of life and death affects us all. We try not to think of it because it scares us. It seems very distant.

However, we must take the time to think about it beforehand.

In Europe, we have "*the right to die with dignity, in circumstances that accord with our wishes and within the limits of the national legislation of our country of residence.*" (Article 8 of the European Charter of rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance).

However, I need to make my wishes known!
By leaving a written record or discussing it with the people around me, I'm helping my loved ones, professional caregivers, and doctors respect what's important to me.

That's where this document is useful: it enables my wishes – both general (concerning my belongings, the people I want to notify, etc.) and medical – to be respected as far as possible (legally, financially, administratively, medically, etc.).

By writing down my wishes, I'm the one who decides what I want up until the end. I'm not forcing those around me or my professional caregivers to make choices on my behalf, without knowing what I would have wanted.

IF I DON'T UNDERSTAND, OR IT'S TOO COMPLICATED FOR ME TO FILL OUT THIS DOCUMENT ALONE...

I can ask for help from my professional caregivers: my doctor, social worker, legal representative, etc.

FR

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 connait pas les volontés de Jules. Comme il était très proche de Jean-Pierre, c'est vers ce dernier qu'elle se tourne pour les connaitre. 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 suffit d'en parler …

EN

Let’s start with my non-medical wishes

When I die, many things will need to be arranged: the funeral, administrative formalities, the sorting of my personal belongings, etc.

If I’m in contact with my family, they will be the ones to handle this. If not, those close to me (friend, neighbor) or one of my professional caregivers will take care of it.

Whoever handles this process needs my help to make sure my wishes are respected.

There are many different options – but what is truly important to me? What do I really want?

- Now isn’t the right time to talk about my end of life!

- It’s never the right time, but let’s talk about it anyway!

EXAMPLE

LET’S LOOK AT JULES’ CASE

He was a resident of the Le Refuge “pension de famille” (community housing). He died recently.

The community housing team did not know Jules’ wishes. As he was very close to Jean-Pierre, the team turned to him for those decisions. Jean-Pierre and Jules had never talked about it either.

The decisions taken were therefore arbitrary, and nobody knew if they matched Jules’ final wishes.

All he had to do was talk about it...

Mes volontés non médicales

My non-medical wishes

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

MON IDENTITÉ / MY IDENTITY

Nom / Last name: _____

Prénom(s) / First and middle names: _____

Adresse / Address: _____

_____

_____

Date et lieu de naissance / Date and place of birth:

Coordonnées du ou de la médecin traitant·e / Contact info of primary care doctor:

_____

_____

_____

J’AI CONSCIENCE QUE CES INFORMATIONS NE RELÈVENT PAS D’UN CADRE LÉGAL, MAIS QU’ELLES PEUVENT ÊTRE JUGÉES UTILES POUR MES PROCHES.
I ACKNOWLEDGE THAT THIS INFORMATION IS NOT LEGALLY BINDING, BUT MAY BE USEFUL FOR THOSE AROUND ME.

AI-JE FAIT DES DÉMARCHES AUTOUR DE MA FIN DE VIE ? AUPRÈS DE QUI ?
HAVE I MADE ANY PREPARATIONS CONCERNING MY END OF LIFE? WITH WHOM?

Contrat obsèques / Funeral contract: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Références / Reference: _____

Assurance vie / Life insurance: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Références / Reference: _____

Testament / Last will and testament: ☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Références / Reference: _____

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

CONCERNANT MES OBSÈQUES / MY FUNERAL

- 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.
  If I wish, I can appoint a natural person to be in charge of organizing my funeral. This person will be responsible for funeral arrangements.

  Nom, Prénom(s) / Last name, First name: _____

  _____

  Coordonnées / Contact info: _____

  _____

  _____

  Lien avec moi / Relationship to me: _____

  _____

- Pour mes obsèques, j'aimerais que l'on m'habille de façon particulière ?
  For my funeral, do I want to be dressed a certain way?

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

- Comment ? (vêtement, bijou...) / How? (clothes, jewelry, etc.)

FR

_____

_____

_____

_____

EN

_____

_____

_____

_____

Ça peut-être à porter sur moi ou à mettre dans mon cercueil (je peux préciser ce que je veux).
Either worn by me or placed in my coffin (I can specify what I want).

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

- Je souhaite que mon entourage puisse venir voir mon corps une dernière fois ?
  Do I want those close to me to come and view my body one last time?

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

- J'aimerais une cérémonie religieuse ? / Do I want a religious ceremony?

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

- Quelle est ma religion ? / What is my religion?

_____

- Je préférerais être / I would prefer to be

☐ crématisé·e / cremated ☐ enterré·e / buried

☐ Je ne sais pas / I don’t know

- À quel endroit je voudrais que cela ait lieu ? (Ville, existence d'un caveau familial...)
  Where do I want it to take place? (City, family plot, etc.)

FR

_____

_____

_____

_____

EN

_____

_____

_____

_____

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS
ENGLISH

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.

GOOD TO KNOW

- If I don’t nominate someone to organize my funeral, people will try to get in touch with my family. Do I agree to this?
- If nothing was specified and nobody can be found, my ceremony (burial or cremation) will take place in the city in which I died.
- If I do not have the financial resources for my ceremony, the municipality of the commune in which I died may pay for my funeral and must respect my choice of cremation or burial.
- The commune may try to get in touch with my family to seek reimbursement.

POUR MA CÉRÉMONIE / MY CEREMONY

Pour ma cérémonie, j’aimerais qu’il y ait (je peux donner des précisions) :
For my ceremony, do I want there to be (I can provide more detail):

- De la musique ? / Music?

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

_____

_____

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS
ENGLISH

POUR MA CÉRÉMONIE / MY CEREMONY

Pour ma cérémonie, j’aimerais qu’il y ait (je peux donner des précisions) :
For my ceremony, do I want there to be (I can provide more detail):

- Des lectures de texte ? / Reading of texts?

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

  _____

  _____

- Des fleurs, une plaque... ? / Flowers, a plaque, etc.?

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

  _____

  _____

- Autre ? / Other?

FR

_____

_____

EN

_____

_____

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.

AS SET OUT BY LAW, THOSE CLOSE TO ME MUST RESPECT MY WISHES.

However, I must give them a certain degree of freedom to express their affection and grief. This sometimes helps the mourning process.

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

QU'EST-CE QUE JE VEUX FAIRE DE MES BIENS ?
WHAT DO I WANT DONE WITH MY BELONGINGS?

- À qui je veux donner quoi ? (argent, mobilier, vêtements...)
  Who do I want to get what? (money, furniture, clothes, etc.)

FR

_____

_____

EN

_____

_____

- Si j'ai un animal de compagnie, qu'est-ce que j'aimerais qu'on en fasse ?
  If I have a pet, what do I want to happen to it?

FR

_____

_____

EN

_____

_____

EXEMPLE / EXAMPLE

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 suffit d’en parler...

LET’S LOOK AT JULES’ CASE AGAIN

Jules, who lived in community housing, just died:
Some of his closest neighbors wanted to keep some of his belongings as mementos.
The staff wondered how to distribute his belongings, who could enter his home... And had no clarity on the situation.

Here, too, all he had to do was talk about it...

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

À SAVOIR / GOOD TO KNOW

- La loi m’interdit de déshériter mes enfants.
  Under French law, I cannot write my children out of my will.
- Les sous que j’ai sur mon compte seront utilisés pour financer mes obsèques.
  The money in my accounts will be used to cover my funeral expenses.

RESPECT DE MA VIE PRIVÉE / RESPECT OF MY PRIVATE LIFE

- Est-ce que j’accepte que des proches (famille, ami·es, voisin·es), pénètrent dans mon logement suite à mon décès ?
  Do I allow those close to me (family, friends, neighbors) to enter my home after my death?

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

  _____

  _____

(Dans tous les cas, il faudra que quelqu’un vienne pour ôter les affaires et faire le ménage.)
(In any case, someone will have to come in to clear out my belongings and clean up.)

- 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…) ?
  What do I want done with my personal belongings and digital information (what’s on my computer and cell phone, etc.)?

FR

_____

_____

EN

_____

_____

- 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 ?
  Do I allow people to look at my photos and read my agenda, emails, and messages?… And who is allowed access?

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

  _____

  _____

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS / ENGLISH

POUR LES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES / ADMINISTRATIVE PROCEDURES :

- Je donne ici les contacts / Here are the people to get in touch with :

Accompagnant·e social·e / Social worker

Nom / Name : _____

Coordonnées / Contact info :_____

_____

Mandataire judiciaire / Legal representative

Nom / Name : _____

Lien avec moi / Relationship to me : _____

Coordonnées / Contact info :_____

_____

Membre de la famille à contacter pour l'aspect administrative
Family member to contact for administrative procedures

Nom / Name :_____

Lien avec moi / Relationship to me :_____

Coordonnées / Contact info : _____

_____

À SAVOIR / GOOD TO KNOW

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.

In the absence of family, my professional caregivers will have to handle these procedures.

In order to protect them (right to personal data, etc.), I can write a note asking for them specifically to manage all of this.

Formulaire "mes volontés non médicales“
“My non-medical wishes” form

FRANÇAIS
ENGLISH

- Est-ce que j’ai des **contrats en cours** qu’il faudra arrêter ?
  (banque, téléphone, assurance, sécurité sociale, abonnement...)
  Do I have any **ongoing contracts** that need to be ended?
  (Bank, phone, insurance, social security, subscriptions, etc.)

Type de contrat Type of contract	Numéro de contrat Contract number	Entreprise / Coordonnées Company / Contact info

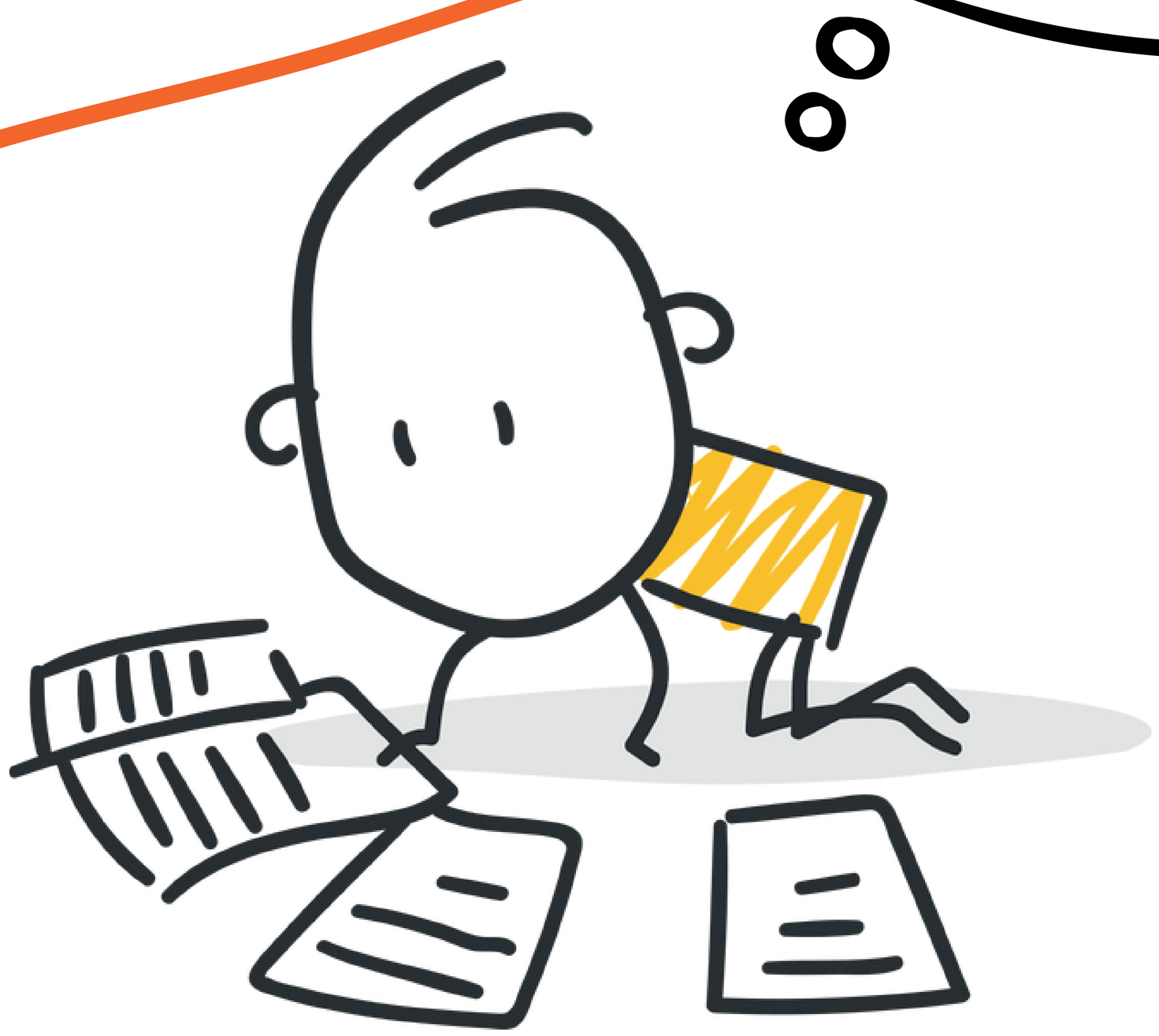
Fait à / Signed at:

Le / On:

Signature :

Mes volontés médicales

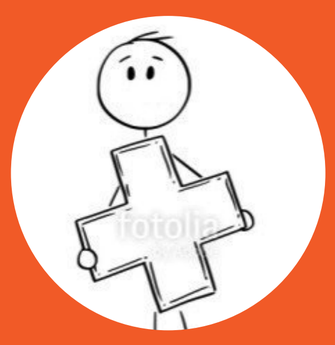
My medical wishes



FR

Passons maintenant à mes volontés médicales

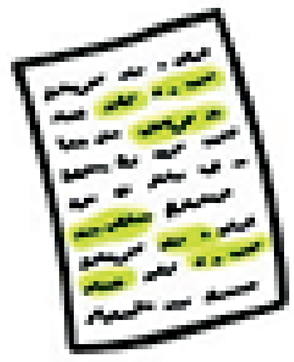
LA LOI PROPOSE DEUX DISPOSITIFS POUR ME PERMETTRE D'EXPRIMER MES VOLONTÉS MÉDICALES : LES DIRECTIVES ANTICIPÉES ET LA PERSONNE DE CONFIANCE.



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.

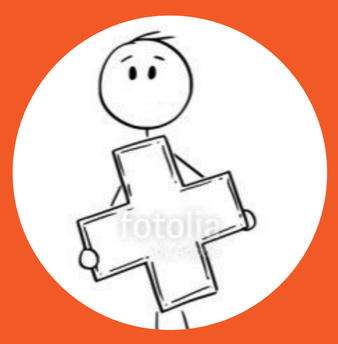
QUAND EST-CE QUE JE RÉDIGE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES ?

- **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).

EN

Let’s move on to my medical wishes

FRENCH LAW SETS OUT TWO METHODS FOR EXPRESSING MY MEDICAL WISHES: ADVANCE DIRECTIVES AND THE TRUSTED PERSON.



Writing my wishes down is the best way to have them be respected.

ADVANCE DIRECTIVES ARE:

French Law No 2016-87 of February 2, 2016. Article No 1111-11 of the French Public Health Code

- A document featuring my name, the date, and my signature, where I state whether I want to continue, limit, stop, or refuse certain medical treatments or acts.
- They do not expire and can be modified at any time.
- **Writing down my advance directives is a right, not a duty!**

WHEN CAN I WRITE DOWN MY OWN ADVANCE DIRECTIVES?

- I can write them down if I am an adult.
- If I **cannot** write, I can ask for help. In that case, I need **two witnesses** to be present. (cf: appendices)
- If I am under guardianship (and not curatorship), and I want to write down my advance directives, I need permission from the judge or family council if it exists.

WHEN DO I WRITE DOWN MY ADVANCE DIRECTIVES?

- There’s **no need** to wait until I’m sick or dying to write down my advance directives.
- I can write down my advance directives **at any point** in my life starting from age 18.
- To write down my advance directives, I need **capacity** (both in terms of time and mental faculty).

FR

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.

EN

WHAT DO I DO WITH MY ADVANCE DIRECTIVES?

- I keep the **original copy** of my advance directives.
- To ensure they are taken into account, I can provide a copy to:

✓ my designated trusted person (if one has been appointed)
✓ a loved one (family, friends, neighbors, etc.)
✓ my doctor
✓ my legal representative
✓ the professionals in my housing

- I can **keep a card with me** that explains where to find my advance directives and the contact details of my trusted person. (cf: appendices)

I DECIDE WHO HAS ACCESS TO THEM.

I can, for example, keep my advance directives in a sealed envelope that specifies when it can be opened.

I still need to discuss this with the people around me, so that they know where to find them if needed.

HOW ARE MY ADVANCE DIRECTIVES USED?

- Unless exceptions apply, my advance directives must be respected by the doctor when it comes to any decisions about examinations, procedures, and treatment.
- If I haven't written down any advance directives, the doctor must ask for the opinion of my trusted person, or failing that, the opinions of family and loved ones. Based on this opinion, the doctor will make a decision depending on my medical situation.

WARNING!

⇨ French law on this topic is still changing, so I should keep informed on this procedure and how long my written documents are valid.

⇨ It is recommended that I review my advance directives regularly and discuss them with the people around me.

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS
ENGLISH

MON IDENTITÉ / MY IDENTITY

Nom / Last name : _____

Prénom(s) / First and middle names :

_____

Adresse / Address : _____

_____

_____

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

_____

Coordonnées du ou de la médecin traitant·e / Contact info of primary care doctor :

_____

_____

_____

MES DIRECTIVES CONCERNANT LES DÉCISIONS MÉDICALES
MY DIRECTIVES ABOUT MEDICAL DECISIONS

Je veux m'exprimer / I want to express my wishes :

- 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…) ;
  regarding situations where I do or do not want to be kept alive artificially (for example, an extended state of unconsciousness that leads to a permanent loss of my ability to communicate with loved ones, etc.);

- à propos des traitements destinés à me maintenir artificiellement en vie.
  regarding treatments intended to keep me alive artificially.

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS
ENGLISH

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.

HERE ARE THE LIMITS I WANT TO SET FOR MEDICAL ACTS AND TREATMENTS, IF THEIR ONLY GOAL IS TO EXTEND MY LIFE ARTIFICIALLY WITH NO POSSIBILITY OF RECOVERY UNDER CONDITIONS I WOULD NOT WISH TO ENDURE.

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

  If my heart or breathing stops, I consent to **cardiopulmonary resuscitation (CPR)** :

  ☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

- Est-ce que j'accepte / Do I agree to :

La mise en place d’**un tube pour respirer** (ou assistance respiratoire)
Undergo **intubation** (for breathing or respiratory support)

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

La mise en œuvre d’une **dialyse chronique**
Undergo **long-term dialysis**

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

Des **interventions** médicales ou chirurgicales
Undergo medical or surgical **interventions**

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

La mise en place d’une **alimentation ou une hydratation par voies artificielles**
Undergo **tube feeding and hydration**

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS / ENGLISH

- Je souhaite évoquer d’autres situations (comme par exemple la poursuite ou l’arrêt de traitements ou d’actes pour ma maladie).
  Other situations (for example, continuing or stopping treatments or acts for my illness).

_____

FR _____

_____

_____

EN _____

_____

_____

- 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 :
  If **life-sustaining treatments are withdrawn**, I consent to **deep, continuous sedation combined with pain relief**, meaning a treatment that puts me to sleep and keeps me unconscious until I die :

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

POUR INFORMATION / FOR MY 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.

Pain is one of our fears when it comes to end of life. It is therefore important to know that no matter what I decide about stopping certain treatments, I will always be administered comfort care.

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS
ENGLISH

AUTRES INFORMATIONS / OTHER INFORMATION

- J'accepte de donner mes organes / I agree to donate my organs

☐ Oui / Yes ☐ Non (annexes) / No (appendices) ☐ Je ne sais pas / I don’t know

- Je préfèrerais finir ma vie / I would prefer to spend my last days

☐ Chez moi / At home ☐ À l’hôpital / In the hospital

☐ Je ne sais pas / I don’t know

☐ Autre (rapatriement, rapprochement familial...)
Other (repatriation, family reunification, etc.)

FR

_____

_____

EN

_____

_____

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 coordinatio**n.

End-of-life care at home is possible nowadays thanks to **numerous assistance programs** (home care, meal deliveries, mobile palliative care teams, etc), but it requires **a lot of coordination**.

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.

If, when the time comes, I change my mind and would feel more secure in the hospital, that can be arranged.

AS WITH EVERYTHING ELSE, I MUST DISCUSS THIS WITH THE PEOPLE AROUND ME.

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS / ENGLISH

SI MON ÉTAT DE SANTÉ S'AGGRAVE / IF MY CONDITION WORSENS

- Je souhaite prévenir :
  (il peut s’agir de personnes mais aussi de lieux, associations, collectifs...)
  I would like to notify:
  (this can be a list of people but also places, clubs, organizations, etc.)

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me : _____
Souhait de les revoir / Do I wish to see them again :
☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me : _____
Souhait de les revoir / Do I wish to see them again :
☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me : _____
Souhait de les revoir / Do I wish to see them again :
☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me : _____
Souhait de les revoir / Do I wish to see them again :
☐ Oui / Yes ☐ Non / No

- Au contraire, je ne veux pas que les personnes ci-dessous soient informées :
  Inversely, I do not want the following people to be notified :

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____

Nom / Last name : _____
Prénom / First name : _____

(Je peux aussi préciser, si en plus de les prévenir je souhaiterais les revoir, ou pas.)
(In addition to notifying them, I can also specify whether or not I’d like to see them again.)

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS / ENGLISH

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.

EVERYONE IS DIFFERENT.

Not everyone has the same definition of family.
I know best when it comes to deciding whether or not to rekindle relationships at this point. If I don’t say anything, professionals will make those decisions for me following THEIR instincts, which might not align with mine.

EN CAS DE DÉCÈS / IF I DIE

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

  I would like to notify:
  (this can be a list of people but also places, clubs, organizations, etc.)

Nom / Last name :_____
Prénom / First name :_____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me :_____

Nom / Last name :_____
Prénom / First name :_____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me :_____

Nom / Last name :_____
Prénom / First name :_____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me :_____

Nom / Last name :_____
Prénom / First name :_____
Coordonnées / Contact info :
_____
_____
Lien / Relationship to me: _____

Formulaire "directives anticipées“
“Advance directives” form

FRANÇAIS
ENGLISH

- Au contraire, je ne veux pas que les personnes ci-dessous soient informées :
  Inversely, I do not want the following people to be notified:

Nom / Last name : _____

Prénom / First name : _____

Nom / Last name :_____

Prénom / First name :_____

- J’aimerais qu’il y ait l’annonce de mon décès dans le journal local.
  I would like my death to be announced in the local newspaper.

☐ Oui / Yes ☐ Non / No ☐ Je ne sais pas / I don’t know

Fait à / Signed at:

Le / On:

Signature :

FR

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.

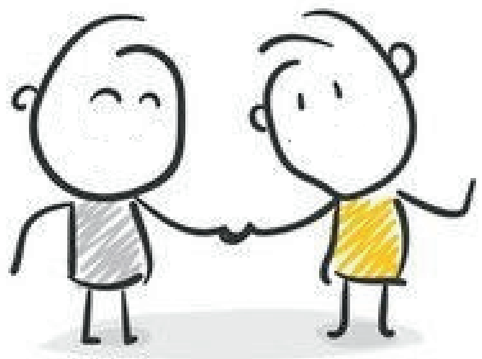
EN

Trusted person

WHAT IS A TRUSTED PERSON?

French Law No 2016-87 of February 2, 2016. Article No 1111-6 of the French Public Health Code

- It's a **natural person of my choosing**, whom I trust.
- This person will express **my wishes on my end of life** if I am no longer able to do it myself.
- Nominating someone is **a right**. It's not obligatory.
- My doctor must inform me about these questions.



WHEN CAN I NOMINATE A TRUSTED PERSON?

- I can nominate a trusted person if I am an adult.
- I don't need to be ill to nominate my trusted person.

HOW CAN I NOMINATE A TRUSTED PERSON?

- Nominating a trusted person is done via a written document. This document can be modified and does not expire.
- The nomination document must be signed by both my trusted person and myself.
- It's important for my trusted person to know my wishes. I will therefore provide them with a copy of my advance directives and discuss the matter with them.

FR

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 CONSULTEE ?

- 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.

EN

WHO CAN I NOMINATE AS MY TRUSTED PERSON?

- I can choose anyone around me (family, friend, neighbor, member of my support team, etc.).
- This person must agree to be nominated. They have the right to refuse.

WARNING

I CAN NOMINATE MY PROFESSIONAL CAREGIVER AS MY TRUSTED PERSON WITH THEIR AGREEMENT. HOWEVER, I MUST ASK MYSELF WHAT THAT MEANS. WHAT WILL HAPPEN IF THEY CHANGE JOBS OR GO ON HOLIDAY?

IN WHAT SITUATIONS WILL MY TRUSTED PERSON BE CONSULTED?

- If I'm not able to express myself and haven't written any advance directives, **the doctor is obliged** to try and find out if I nominated a trusted person. Two possible cases:

  → If I haven't nominated anyone, the doctor will consult those close to me (family, friends, etc.).

  → If I did nominate someone, **their testimony is prioritized over others** (no matter what the relationship is between me and my trusted person).

- My trusted person **does not make any decisions** – they testify to my wishes.
- The doctor is responsible for making decisions.

Formulaire "Personne de confiance“
“Trusted person” form

FRANÇAIS / ENGLISH

DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
TRUSTED PERSON NOMINATION

Je soussigné·e / I, the undersigned : .....

Date et lieu de naissance / Date and place of birth :

.....

Désigne la personne de confiance suivante :
Nominate the following as my trusted person:

Nom / Last name : .....

Prénom(s) / First and middle names: .....

Adresse / Address : .....

Numéro de téléphone privé / Private phone number : .....

Numéro de téléphone professionnel / Work phone number : .....

Adresse mail / Email address : .....

Je lui ai fait par de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :
I have shared my advance directives or wishes with them, should I one day no longer be able to express myself:

☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Cette personne possède un exemplaire de mes directives anticipées :
This person has a copy of my advance directives:

☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Moi / Me:

Fait à / Signed at:

Le / On:

Signature :

Personne de confiance / Trusted person:

Fait à / Signed at:

Le / On:

Signature :

Annexes
Appendices

FRANÇAIS / ENGLISH

1. **Carte à garder sur soi**

   Card to keep with me

2. **Localisation de mes directives anticipées**

   Where to find my advance directives

3. **Cas particulier/témoins**

   Special case / Witnesses

4. **Document d'annulation/modification**

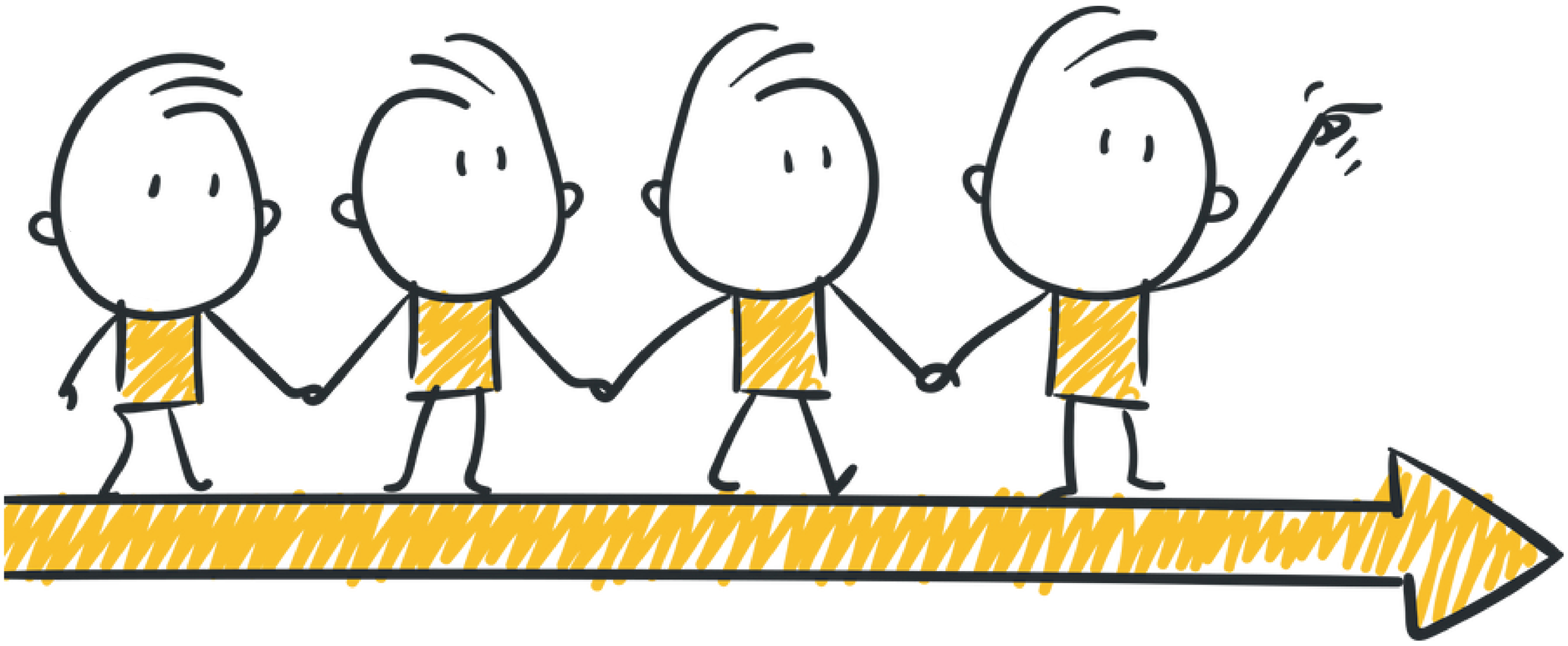
   Cancellation/modification document

5. **Formulaire concernant le don d'organe**

   Organ donation form

6. **Formulaire de refus de soin**

   Refusal of treatment form



CARTE A GARDER SUR SOI
CARD TO KEEP WITH ME

FRANÇAIS / ENGLISH

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.

Card to cut out

Je déclare avoir rédigé mes directives anticipées	Pour en avoir connaissance, contactez :
Nom ..... Prénom(s) ..... Adresse .... Date ..... Signature	Nom ..... Téléphone ..... Qualité ..... **OU** Nom ..... Téléphone ..... Qualité ..... ***J'AI DONNÉ À CES PERSONNES UN EXEMPLAIRE DE MES DIRECTIVES ANTICIPÉES***

Carte à découper

I can fill out this card, cut it out, and keep it in my wallet.
If an accident happens, people will know that I wrote advance directives and who to get in contact with to see them.

CARTE A GARDER SUR SOI
CARD TO KEEP WITH ME

FRANÇAIS
ENGLISH

Card to cut out

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

Carte à découper

J'aimerais que ça se passe comme ça, pour ma fin de vie et après.
I want it to happen like this, for the end of my life and beyond.

Localisation de mes directives anticipées

Where to find my advance directives

FRANÇAIS / ENGLISH

J'INDIQUE ICI OÙ SONT CONSERVÉES MES DIRECTIVES ANTICIPÉES.

HERE, I SPECIFY WHERE MY ADVANCE DIRECTIVES ARE LOCATED

Le formulaire est chez moi / The form is in my home : ☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Si oui, à l'adresse actuelle / If yes, current address :

.....

À tel endroit / In this place :

.....

.....

J'accepte que quelqu'un entre dans mon logement pour les récupérer
I allow someone to enter my domicile to retrieve them :

☐ Oui / Yes ☐ Non / No

Je peux préciser qui / I can specify the person :

Nom / Name	Prénom / First name	Qualité (médecin, assistante sociale, curatelle...) / Role (doctor, social worker, guardian, etc.)	Adresse / Address	Téléphone / Phone number

J'aimerais que ça se passe comme ça, pour ma fin de vie et après.
I want it to happen like this, for the end of my life and beyond.

Cas particulier / Témoins
Special case / Witnesses

FRANÇAIS
ENGLISH

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 :

If I am unable to physically write down my advance directives by myself, someone can write them for me in the presence of two witnesses (one of whom can be my trusted person).
I nominate them below:

Je soussigné·e M. ou Mme / I, the undersigned, Mr or Ms
.....,
désigne / nominate .....
et / and .....
comme témoin(s) / as witnesses.

Fait à / Signed at :

Le / On :

Signature :

Cas particulier / Témoins
Special case / Witnesses

FRANÇAIS
ENGLISH

TÉMOIN 1 / WITNESS 1 :

Je soussigné·e M. ou Mme / I, the undersigned, Mr or Ms

.....

atteste que les directives anticipées ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme / certify that the above advance directives are the free and informed wishes of Mr or Ms .....

.....

Fait à / Signed at :

Le / On :

Signature :

TÉMOIN 2 / WITNESS 2 :

Je soussigné·e M. ou Mme / I, the undersigned, Mr or Ms

.....

atteste que les directives anticipées ci-avant sont bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M. ou Mme / certify that the above advance directives are the free and informed wishes of Mr or Ms .....

.....

Fait à / Signed at :

Le / On :

Signature :

Modification ou annulation des directives anticipées

Modification or cancellation of advance directives

FRANÇAIS / ENGLISH

Je soussigné·e M. ou Mme / I, the undersigned, Mr or Ms

_____

☐ Déclare annuler mes directives anticipées datées du /
Hereby declare that I cancel my advance directives dated

☐ Souhaite apporter des modifications à mes directives anticipées /
Wish to modify my advance directives

FR

_____

_____

_____

_____

EN

_____

_____

_____

_____

Fait à / Signed at :

Le / On :

Signature :

J'aimerais que ça se passe comme ça, pour ma fin de vie et après.
I want it to happen like this, for the end of my life and beyond.

Modification ou annulation des directives anticipées

Modification or cancellation of advance directives

FRANÇAIS / ENGLISH

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).

WARNING!

- If I want to modify my advance directives, I can write new ones and ask the people I entrusted with older versions to delete them.
- If they were saved in my shared medical file, I can just save the new versions.
- Only the most recent document counts.
- If I am unable to fill out this document alone, I call on witnesses (cf: previous appendix).

Don d'organe
Organ donation

- En France, tout le monde est donneur d'organes et de tissus, sauf si la personne a exprimé un refus de son vivant.

  In France, everyone is an organ and tissue donor by default unless they opted out while alive.

- 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.

  If I do not wish to be a donor, I can sign up to the National refusal register by filling out the following form online or by post.

- 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.

  This form must be filled out in French. If I cannot write, two witnesses must certify that the document filled out by another person matches the expression of my wishes.

In the form, you must provide your contact details and describe your wishes: "Je m'oppose au prélèvement de tout ou partie de mon corps après ma mort." (meaning *I oppose the removal of any or all body parts after my death*.) The form specifies "Tick the box or boxes that apply":

Opposition to ALL ORGANS:
Yes No
Opposition to ALL TISSUES:
Yes No

---------- OR ----------

Opposition to THE FOLLOWING ORGANS ONLY:
Liver Kidney Heart Lungs Pancreas Intestines

Opposition to THE FOLLOWING TISSUES ONLY:
Cornea Skin Vessels/Valves Bones/Tendons/Cartilage

Opposition to scientific research (*caution: differs from donation of body to science*)
Yes No

Opposition to medical autopsies (to determine the cause of death), excluding judicial autopsies that no one can opt out of.
Yes No

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU REGISTRE NATIONAL DES REFUS

1/ JE COMPLETE LES INFORMATIONS SUIVANTES

Cocher la ou les cases de votre choix

☐ **1ère 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

FR

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).

EN

INFORMATION:
Your personal information is stored in the computer system of the National Refusal Register. It is confidential and, in accordance with the amended Law No 78-17 of January 6, 1978 relating to data processing, files, and freedoms, you have the right to access and rectify your data by writing to the National Refusal Register at the above address, attaching a copy of an identity document.

The information collected in this form is processed by the French Agency for Biomedicine in its capacity as data controller within the meaning of Law No 78-17 of January 6, 1978 on data processing, files, and freedoms.

I acknowledge having been informed, in accordance with the provisions of Article 32 of the amended Law of January 6, 1978, that failure to answer the questions will not allow my request to be processed.

Why do we process personal data and for what purposes?

The French Agency for Biomedicine is a national state agency created by bioethics laws. It carries out its duties in the fields of organ, tissue and cell procurement and transplantation, as well as in the fields of human reproduction, embryology, and genetics.

The data processed through this form allows us to ensure the operation and management of the automated national register of organ donation refusals, in accordance with the French Public Health Code's provisions. This register allows any adult, or minor aged 13 years or over, to record their objection to the removal of organs or tissues from their body after death, whether for therapeutic use, for determining the causes of death, for scientific research, or for more than one of these purposes.

This register makes it possible to provide a response to requests from health facilities which *must* be issued prior to any removal from a deceased person for therapeutic purposes, for determining the causes of death, or for other scientific purposes.

What personal data is processed?

The data processed includes the information provided in the registration form relating to your identity (last name, first name, title, date and place of birth), your contact details, and any objections you may have to the removal of organs or tissues in the event of your death.

This information is essential for managing your request. Without it, your request cannot be processed or recorded in the register.

Who will have access to this data?

Throughout the duration of its processing, this personal data is subject to special protection. In addition to the security measures implemented, the French Agency for Biomedicine permanently ensures that only certain authorized persons can have access to this information (authorized Agency staff). We strictly ensure that the data collected is never misused or used for purposes other than an inquest after death.

What are my rights concerning this data?

For the duration of the processing, users have the right to access, modify, and rectify their personal data. These rights may be exercised by writing to the National Refusal Register at the above address attaching a copy of a proof of identity bearing your signature.

Who processes personal data?

The register is managed by the French Agency for Biomedicine, a national state agency created by bioethics laws, as the entity responsible for processing personal data (governed by the "Informatique & Libertés" law of January 6, 1978) and whose registered office is located at 1 avenue du Stade de France, 93212 SAINT DENIS LA PLAINE Cedex (SIRET No 180 092 587 00013).

Attestation de refus de soins
Refusal of treatment form

FRANÇAIS
ENGLISH

Le / On :_____ à / at : _____

Je soussigné·e M. Mme / I, the undersigned, Mr or Ms

_____

Certifie que le Dr. / Hereby certify that

_____

m'a expliqué les risques encourus qui comprennent de façon non limitative *(à remplir par le·la médecin) /*
explained the risks involved to me, which include but are not limited to (to be filled out by the doctor):

FR

_____

_____

_____

_____

EN

_____

_____

_____

_____

Je reconnais avoir été informé·e clairement et avoir compris ces risques.
I acknowledge having been clearly informed, and have understood these risks.

Je déclare souhaiter néanmoins *(barrer les mentions inutiles)*
I nonetheless wish to *(cross out irrelevant options)*

- quitter le service / leave the service
- refuser l'hospitalisation / refuse hospitalization
- refuser les soins et/ou l'intervention / refuse the treatments and/or intervention

que me propose le Dr. / proposed to me by 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.
and hereby release the latter and their establishment from all liability and consequences, including life-threatening ones, that may result from my choices and decisions.

Attestation de refus de soins
Refusal of treatment form

FRANÇAIS
ENGLISH

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.
I understand that signing this document does not prevent me from changing my mind and receiving the care I have refused if I wish to do so, and that, on the contrary, I am encouraged to do so.

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) :
My decision to refuse the proposed treatment is based on the following reasons *(to be filled out by the patient if they so desire):*

FR

_____

_____

EN

_____

_____

Signature du·de la patient·e
Patient's signature

Signature du·de la médecin
Doctor's signature

Signature des témoins (proche, personne de confiance, personnel soignant)
Witnesses' signatures (loved one, trusted person, healthcare staff)

Ce certificat est rédigé en double exemplaire, une copie étant remise au patient, l'autre conservée dans le dossier médical.
This certificate is issued in duplicate, with one copy given to the patient and the other kept in the medical file.

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.
If the patient refuses to sign, this refusal is recorded on the document by the doctor and another member of the medical team.

WWW.PLATEFORME-VIP.ORG

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

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 !

I WANT IT TO HAPPEN LIKE THIS

for the end of my life and beyond

The VIP Platform in a nutshell

Founded in 2020 under the initiative of Le Relais Ozanam (a member organization of Groupement des Possibles), this platform is based on field observations and participatory research on the ageing of people being supported by or residing in social housing.

Plateforme VIP is aimed at everyone in the social, medico-social, health, gerontology, and funeral sectors who deal with issues regarding precariousness, ageing, end of life, death, and bereavement, in order to:

- Promote greater awareness of the issues at stake in public responses and policies.
- Ensure dignified support of people living in precarious situations.

For more information, please visit the Plateforme VIP website or get in touch.

Une question ? Contactez nous ! / Any questions? Contact us!

plateforme-vip@relaisozanam.org / 06.65.92.74.07

Ce document est édité sous licence creative commons.
This document is provided under a creative commons license.

Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de modification
2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0 FR)
https://creativecommons.org

GROUPEMENT DES POSSIBLES

l'Oiseau Bleu HÉBERGEMENT ET INSERTION

Le Relais Ozanam ACCOMPAGNER ~ HÉBERGER ~ LOGER

CULTURES DU CŒUR ISÈRE