

**DIRECTIVES ANTICIPEES, NOUS SOMMES TOUS CONCERNES...**  
**Code de la santé publique : articles L1111-4, L1111-11 & L1111-13**  
**Articles R 1111-17 à R1111-20 – Articles R1112-2 & R 4127-37**

**IL EST PEUT ETRE TEMPS DE PRENDRE UNE DECISION IMPORTANTE QUI POURRA ETRE UTILE UN JOUR !**

## Que sont ces directives anticipées ?

Ce sont des instructions écrites que vous pouvez donner par avance, pour le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Elles seront prises en considération pour toute décision vous concernant (arrêt ou limitation d'un traitement semblant disproportionné...) et discuté lors d'une procédure collégiale.

## Comment rédiger vos directives anticipées ?

Il s'agit d'un document écrit, que vous aurez daté et signé. Votre identité doit y être clairement indiquée (nom, prénom, date et lieu de naissance).

## Durée de validité

Vos directives anticipées sont valables 3 ans et révocables à tout moment. Elles sont renouvelables.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer, 2 témoins dont la personne de confiance attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

Nom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité de : \_\_\_\_\_

Qualité de : \_\_\_\_\_

Fait-le :

Signature :

Vos directives seront conservées dans votre dossier médical de la résidence et/ou chez votre médecin traitant). Dans l'éventualité où vous préféreriez les garder et/ou les remettre à votre personne de confiance, pensez à le mentionner à votre médecin traitant.

## Qui est la « personne de confiance » ?

Il vous est possible de désigner une personne de votre entourage en qui vous avez toute confiance. Cette personne, que les soignants considéreront comme votre « personne de confiance » pourra, si vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même, faire connaître aux équipes qui vous prennent en charge votre avis sur les soins vous concernant.

Si vous avez rédigé des directives anticipées exprimant vos souhaits relatifs à votre fin de vie pour la limitation ou l'arrêt de traitement, vous pouvez les remettre à votre personne de confiance.

La désignation d'une personne de confiance :

- n'est pas une obligation
- doit être une décision réfléchie, sans précipitation,
- se fait par écrit,
- peut être annulée ou modifiée à tout moment, selon votre demande (formulée par écrit de préférence),

Il vous revient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

Pour plus de renseignement vous pouvez vous rendre : [www.santé.gouv.fr](http://www.santé.gouv.fr) à la rubrique « santé » à l'intitulé « droit des usagers » puis « vos droits » et « fiches pratiques »

Ensemble, donnons plus de vie à leurs jours

## MES DIRECTIVES ANTICIPEES

Je soussigné(e) (nom-prénom) : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Enonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté à la suite d'une maladie grave et incurable (quelle qu'en soit la cause) ou d'un accident grave entraînant une dégradation irréversible de mes facultés.

Si je me trouve hors d'état d'exprimer ma volonté, je souhaite (*barrer les mentions inutiles*) :

Que l'on n'entreprenne pas, ni ne poursuive les actes de prévention, d'investigation ou de soins qui n'auraient pour seul effet que la prolongation artificielle de ma vie (art. L 1110-5 du code de la santé publique),

Que l'on soulage au mieux mes douleurs,

Que la personne de confiance désignée ci-après soit consultée,

Autre précision personnelle (exemple : je souhaite être accompagné(e) par un représentant du culte, par un accompagnateur bénévole...) :

---

---

---

Fait, le :

Personne de confiance

Signature

Nom :

Adresse :

Tél :

NB : valable 3 ans

**Le résident étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du résident, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.**

1 <sup>er</sup> témoin	2 <sup>ème</sup> témoin
Nom, prénom : Qualité : Date : Signature :	Nom, prénom : Qualité : Date : Signature :

### Conservation

- Je confie mes directives anticipées à : \_\_\_\_\_  
 Je conserve mes directives anticipées

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

NB : Valable 3 ans

---

### Renouvellement à la fin des 3 ans

Document confirmé le : \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

---

### Modification avant la fin des 3 ans

Document confirmé le : \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

---

### Annulation avant la fin des 3 ans

Document confirmé le : \_\_\_\_\_ Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

---

# Volonté en cas de décès

---

## **Les moyens d'expression de la volonté**

L'article 3 de la loi n°1887-11-15 du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles permet à tout majeur ou mineur émancipé de régler les conditions de ses funérailles en exprimant sa volonté dans un testament ou dans une déclaration faite en la forme testamentaire. Toutefois, cette disposition n'est pas d'ordre public et les intéressés peuvent exprimer leur volonté différemment.

En effet, une jurisprudence ancienne et constante considère que les modalités des obsèques d'une personne doivent être déterminées conformément à la volonté du défunt, même si celle-ci n'est pas établie en la forme prévue par l'article 3 de la loi précitée. L'alinéa 2 de ce même article précise en outre que la volonté du défunt exprimée par écrit sous signature privée a la même force qu'une disposition testamentaire relative aux biens et est soumise aux mêmes règles quant aux conditions de révocation.

Le testament olographe (ni témoins ni forme authentique obligatoire) : il ne sera point valable s'il n'est écrit en entier, daté et signé de la main du testateur mais n'est assujéti à aucune forme,

Testament par acte public : il est reçu par deux notaires ou par un notaire assisté de deux témoins,

Testament mystique : le papier qui contiendra les dispositions ou qui servira d'enveloppe sera clos, cacheté et scellé.

A défaut de l'expression d'intentions formelles, il convient de rechercher celui ou ceux de ses proches les plus habilités, en fonction de leur relations personnelles avec le défunt, pour exprimer les volontés présumées de celui-ci concernant les dispositions utiles devant être prises pour les funérailles.

Le respect de la volonté du défunt est d'ailleurs particulièrement protégé dans la mesure où l'article 433-21-1 du Code Pénal dispose que toute personne qui, connaissant cette volonté, donne aux funérailles un caractère contraire à celle-ci est punissable de six mois d'emprisonnement et de 7500€ d'amende.

En ce qui concerne le devenir des cendres, si le défunt a exprimé ses volontés relatives à leur destination, elles devront être respectées. Les cendres peuvent connaître différentes destinations, conformément à l'article L. 2223-18-2 du Code Général des Collectivités Territoriales, créé par la loi n°2008-1350 du 19 décembre 2008. Elles sont, en leur totalité, soit dispersées en pleine nature, sauf sur les voies publiques, soit conservées dans une sépulture traditionnelle ou un équipement réservé aux cendres (inclus dans un site cinéraire ou un cimetière). Quelle que soit la destination retenue, une déclaration en mairie d'impose, en application de l'article R.2213-39 du code précité.

## **Le séjour de la personne défunte**

La personne défunte est conservée dans la résidence dans sa chambre, comme à son domicile.

Une personne défunte peut rester durant 6 jours en EHPAD appartenant au secteur médico-social et non liée à un établissement de santé, conformément aux délais prévus pour l'inhumation ou le dépôt en caveau provisoire (les dimanches et jours fériés ne sont pas compris dans le calcul de ces délais).

La résidence ne peut imposer à la famille un transport mortuaire vers un autre domicile de la famille ou vers une chambre mortuaire.

Les résidences qui assurent l'hébergement des personnes âgées peuvent aussi créer et gérer des chambres mortuaires dans les conditions définies aux articles R.223-91 à R 223-96 du Code Général des Collectivités Territoriales.

## VOLONTES EN CAS DE DECES

---

Je soussigné, \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

Résident à la résidence « Harmonie » ayant souscrit un contrat d'obsèques :

N° \_\_\_\_\_ Organisme : \_\_\_\_\_

Demande que mes volontés ci-après soient respectées :

**Avant le décès :**

Recevoir un ministre du culte (prêtre par exemple)  OUI  NON

Nom éventuel : \_\_\_\_\_

Coordonnées : \_\_\_\_\_

**Après le décès :**

Contrat obsèques :  OUI  NON

Société de pompes funèbres \_\_\_\_\_

Tenue vestimentaire \_\_\_\_\_

Cérémonie  
religieuse \_\_\_\_\_

Si oui  
lieu \_\_\_\_\_

Y-a-t-il un notaire en charge de la succession :  OUI  NON

Si oui, Nom et adresse : \_\_\_\_\_

Fait à Aulnoy lez valenciennes, le \_\_\_\_\_

Le résident ou son représentant légal

En 2 exemplaires :

1 original pour la résidence et une copie pour le signataire