



Tel : 05.65.81.41.08

Fax : 05.65.65.81.19

E-mail : secretariat@ehpad-lunac.fr



Notice d'information relative à la personne de confiance

En application du décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, vous devez prendre connaissance de cette notice d'information et compléter le formulaire de désignation de la personne de confiance. La présente notice comprend des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article susvisé.

10/06/2022

SOMMAIRE :

I) Rôle et modalités de désignation de la personne de confiance

1. Quel est son rôle ?
2. Qui peut la désigner ?
3. Qui peut être la personne de confiance ?
4. Quand la désigner ?
5. Comment la désigner ?
6. Comment faire connaître ce document et le conserver ?

II) Mise en œuvre : cinq annexes

1. Rappel des principales missions de la personne de confiance
2. Formulaire de désignation de la personne de confiance
3. Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance
4. Formulaire de révocation de la personne de confiance
5. Attestation à conserver par l'établissement relative à l'information sur la personne de confiance

I) Rôle et modalités de désignation de la personne de confiance

1. Quel est son rôle ?

► *Accompagnement et présence*

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- √ Être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement, en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui. Et chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur.

Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.

- √ Elle pourra assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge afin de vous aider dans vos décisions

► *Aide pour la compréhension de vos droits*

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits.

Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions.

Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

► ***La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.***

2. Qui peut la désigner ?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale¹.

C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous être libre de ne pas désigner une personne de confiance.

3. Qui peut être la personne de confiance ?

¹ Les personnes sous tutelle doivent avoir l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission peut l'être. Ce peut être votre conjoint, un de vos enfants ou un de vos parents, un ami, un proche, votre médecin traitant.

Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. **Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée.** La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner ?

A l'entrée dans l'établissement, **il vous sera proposé de désigner votre personne de confiance.**

Si vous avez déjà désigné une personne de confiance, notamment au cours d'une hospitalisation antérieure, cette personne ne sera pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance durant votre prise en charge par l'établissement.

Il vous sera donc nécessaire, de procéder à une nouvelle désignation et de remplir le formulaire de désignation même s'il s'agit toujours de la même personne. Vous pouvez la désigner quand vous le souhaitez.

5. Comment la désigner

La désignation doit se faire par écrit : vous pouvez la faire sur papier libre, daté et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable. Il est cependant préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2.

Dans tous les cas, la personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document.

Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe 3, que cette désignation ou cette révocation est bien confirmée à votre volonté.

Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour sa désignation (formulaire annexe 4).

6. Comment faire connaître ce document et le conserver

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie.

Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés.

Il peut être utile de conserver le document de désignation en votre possession.

II) Mise en œuvre : cinq annexes

Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

1. Rappel des principales missions de la personne de confiance

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

✓ Vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;

✓ Assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;

✓ Prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical **en votre présence** : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et en devra pas divulguer des informations sans votre accord.

Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

Si vous ne pouvez plus exprimer votre volonté, elle a une mission de référent auprès de l'équipe médicale.

La personne de confiance sera la personne consultée en priorité par l'équipe médicale lors de tout questionnement sur la mise en œuvre, la poursuite ou l'arrêt de traitement et recevra les informations nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité. Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...). Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient. La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

Elle n'aura pas la responsabilité de prendre des décisions concernant vos traitements, mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

A savoir : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

2. Formulaire de désignation de la personne de confiance (L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles)

Désigne :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à, le

Signature

Cosignature de la personne de confiance

► **Partie facultative : les directives anticipées**

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Fait à....., le.....

Signature :

Cosignature de la personne de confiance :

3. Formulaire de révocation de la personne de confiance mentionnée à l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles

Je soussigné(e) :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Met fin à la désignation de :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

E-mail :

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Que, par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique.

Fait à le

Signature :

4. Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul (e) le formulaire de désignation de la personne de confiance

Cas particulier :

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous que le désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

► Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance



Témoïn 1 :

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui non

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Témoïn 2 :

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la désignation de :

Nom et prénom :

Comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :

Nom et prénom :

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

Partie facultative

Je soussigné (e)

Nom et prénom :

atteste également que :

Nom et prénom :

a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui non

lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : oui non

lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui non

Fait à

le

Signature du témoin :

Cosignature de la personne de confiance :

► Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p>Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné (e)</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que :</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné (e)</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Qualité (lien avec la personne) :</p> <p>atteste que :</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>A mis fin à la désignation de</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.</p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>
--	--

5. Attestation à conserver par l'établissement relative à l'information sur la personne de confiance

Je soussigné (e) :

Nom et prénom :

Fonction dans l'établissement :

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article L.311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionné à cet article à :

Nom et prénom :

Attestation signée à le

Signature du directeur ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :