

LA PERSONNE DE CONFIANCE

Vous pouvez désigner dans votre entourage une personne de confiance qui peut, si vous le souhaitez, vous accompagner dans vos démarches de santé – y compris lors des consultations médicales - et transmettre à l'équipe soignante vos volontés au cas où vous seriez hors d'état de vous exprimer.

En quoi la personne de confiance peut-elle m'être utile ?

Elle peut vous accompagner dans vos démarches, assister à vos entretiens médicaux, et éventuellement, vous aider à prendre des décisions concernant votre santé.

Dans l'hypothèse où votre état de santé ne vous permet plus de donner votre avis ou de faire part de votre décision et préalablement à toute intervention ou investigation, le médecin ou le cas échéant, l'équipe médicale qui vous prend en charge, consultera en priorité la personne de confiance que vous aurez désignée. L'avis ainsi recueilli auprès de la personne de confiance guidera le médecin pour prendre ses décisions. Vous pouvez en outre confier vos directives anticipées à votre personne de confiance.

Quelles sont mes limites d'intervention de la personne de confiance ?

Si vous n'êtes pas en mesure de le faire vous-même, la personne de confiance s'exprime en votre nom et selon vos souhaits. Elle doit donc connaître vos volontés et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire. La personne de confiance ne peut toutefois obtenir communication de votre dossier médical. Si vous n'êtes plus en mesure d'exprimer votre volonté, seules les informations jugées nécessaires pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité seront communiquées à votre personne de confiance.

Dans le cadre de la procédure collégiale encadrant les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements en fin de vie, l'avis de la personne de confiance sera pris en compte par l'équipe médicale mais, en dernier lieu, c'est au médecin qu'il reviendra de prendre la décision concernant votre santé.

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.

Qui peut désigner une personne de confiance ?

Seule une personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous pouvez désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Si la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

La personne sous curatelle ou sous sauvegarde de justice peut, quand à lui, désigner sa personne de confiance.

Qui peut être désigné ?

Vous pouvez désigner toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission : un parent, un proche ou votre médecin traitant. Cette personne ne doit pas faire l'objet d'une quelconque incapacité

La personne de confiance que vous désignez et la personne à prévenir peuvent être la même personne, si vous le souhaitez.

Comment désigner la personne de confiance ?

La désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. A défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. Vous pouvez changer d'avis à tout moment et, soit annuler votre désignation, soit remplacer la désignation d'une personne par une autre. Dans tous les cas, il est préférable de le faire par écrit et de prendre toutes les mesures qui vous semblent utiles pour vous assurer de la prise en compte de ces changements (note dans le dossier médical, dialogue avec vos proches...).

Révisé le 6 août 2019
Service Droits des Patients

FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
(article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles)

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 CSP 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 :
 - o vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé,
 - o assister aux consultations ou aux entretiens médicaux (elle vous assiste mais ne vous remplace pas),
 - o 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 ne 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 traitements 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. À 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 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 : la décision concernant le traitement 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.

Nota : 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.

**FORMULAIRE DE DÉSIGNATION
DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
(article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles)**

Je soussigné(e),

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ Souhaite désigner comme personne de confiance :

Monsieur / Madame

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Adresse :

N° téléphone fixe :

N° téléphone portable

☐ parent

☐ proche

☐ médecin traitant

☐ autre (précisez) :

N.B. : il vous appartient d'informer la personne de confiance que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

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

La personne de confiance désignée possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ oui

☐ non

J'ai été informé que cette désignation vaut pour la durée de mon hospitalisation.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'Établissement et désigner une nouvelle personne de confiance.

Fait à :

le :

Signature du patient :

Co-signature de la personne de confiance :

Cas particulier :

☐ ce jour, incapacité du patient à désigner une personne de confiance.

Date :

Fait en deux exemplaires dont un remis au patient et un conservé par l'Établissement.

**MODÈLE D'ATTESTATION RELATIVE À L'INFORMATION SUR LA
PERSONNE DE CONFIANCE PAR LE PERSONNEL DE L'ÉTABLISSEMENT**

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Fonction dans l'établissement :

Atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 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 mentionnée à cet article à :

Nom du(de la) patient(e) : Prénom :

Né(e) le : Lieu de naissance :

Attestation signée à : le :

Signature de la personne qui a donné l'information

Signature du patient

**FORMULAIRE À DESTINATION DES TÉMOINS EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE
D'ÉCRIRE SEULE(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 la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

Témoin 1

Je soussigné(e) :

Nom du témoin : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste la désignation de :

Nom de la personne de confiance : 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 du(de la) patient(e) : Prénom :

Fait à : le :

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

Partie facultative :

Je soussigné(e) :

Nom du témoin : Prénom :

Atteste également que :

Nom de la personne de confiance : 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 :

Co-signature de la personne de confiance :

Témoign 2

Je soussigné(e)

Nom du témoin : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste la désignation de :

Nom de la personne de confiance : 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 du(de la) patient(e) : Prénom :

Fait à : le :

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

Partie facultative :

Je soussigné(e) :

Nom du témoin : Prénom :

Atteste également que :

Nom de la personne de confiance : 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 :

Co-signature de la personne de confiance :

Fait en deux exemplaires dont un remis au patient et un conservé par l'Établissement.

**FORMULAIRE À DESTINATION DES TÉMOINS EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ PHYSIQUE
D'ÉCRIRE SEULE(E) LE FORMULAIRE DE RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE****Cas particulier :**

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de révocation de la personne de confiance, deux personnes peuvent attester ci-dessous cette révocation.

Témoin 1

Je soussigné(e) :

Nom du témoin : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que :

Nom du(de la) patient(e) : Prénom :

A mis fin à la désignation de :

Nom de la personne de confiance : Prénom :

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

Fait à : le :

Signature du témoin :

Témoin 2

Je soussigné(e) :

Nom du témoin : Prénom :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que :

Nom du(de la) patient(e) : Prénom :

A mis fin à la désignation de :

Nom de la personne de confiance : Prénom :

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

Fait à : le :

Signature du témoin :

FORMULAIRE DE RÉVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE
(article L 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles)

Je soussigné(e)

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

☐ met fin à la désignation de :

Monsieur / Madame Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

N° téléphone fixe :

N° téléphone portable :

Mail :

☐ parent

☐ proche

☐ médecin traitant

☐ autre (précisez) :

Comme personne de confiance mentionnée à 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 du patient :

Co-signature de la personne de confiance :

Fait en deux exemplaires dont un remis au patient et un conservé par l'Établissement.