



## Annexe 3

# La personne de confiance

(article L.1111-6 du code de la santé publique)

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, toute personne hospitalisée peut désigner une personne de confiance qui l'accompagne lors de son hospitalisation.

Des **modifications substantielles ont été apportées par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades**. Voici les informations utiles si vous souhaitez adopter cette démarche.

Vous pourrez obtenir toute information complémentaire auprès des professionnels de santé du service et sur le site de la HAS.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da\\_personne\\_confiance\\_v9.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf)

### QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne **majeure**.  
Si vous faites l'objet d'une **mesure de tutelle**, vous pouvez désigner votre personne de confiance avec **l'autorisation du juge ou du conseil de famille** constitué.

### QUI PEUT ÊTRE DÉSIGNÉ ?

- Un parent
- Un proche
- Le médecin traitant

La personne de confiance doit être **majeure, capable**.  
**Il est indispensable que vous obteniez l'accord de cette personne et sa signature.**

### COMMENT EST-ELLE DÉSIGNÉE ?

Par écrit (**formulaire joint**), **Cosignée** par la personne désignée. Elle vaut pour **la durée de l'hospitalisation** sauf si vous en disposez autrement. Elle est **révisable et révoquable à tout moment**.

### QUEL EST SON RÔLE ?

**Si vous pouvez exprimer votre volonté**, la personne de confiance peut :

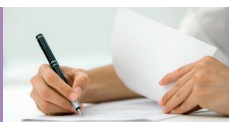
- Vous accompagner dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé.
- Vous assister lors des entretiens médicaux ou de vos démarches liées à votre santé.
- Il est recommandé de lui remettre vos directives anticipées si vous les avez rédigées.
- Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle aura pu recevoir.

**Si vous n'êtes plus en état de vous exprimer :**

- Elle sera votre « porte-parole » et « **rendra compte** » de votre volonté.
- Elle sera consultée en priorité pour l'exprimer.
- Son témoignage prévaudra sur tout autre de votre entourage.

- **La personne de confiance ne peut pas consulter votre dossier médical sans votre présence.**
- **Elle n'a pas vocation à prendre des décisions à votre place mais témoignera de vos souhaits, volontés et convictions.**

Le **rôle** de la **personne de confiance** est différent de celui de la **personne à prévenir**. Les informations qui peuvent être communiquées à cette dernière sont **limitées** aux événements d'ordre **organisationnel** et **administratif** (transfert, sortie, fin de séjour) pouvant survenir au cours de votre séjour.



## Annexe 4

### QUI PEUT LA DÉSIGNER ?

Toute personne majeure quelle que soit sa situation.

### LEUR OBJECTIF ?

Exprimer votre volonté si vous êtes **hors d'état d'exprimer votre volonté et en fin de vie**. Concernant la poursuite, limitation, l'arrêt ou le refus de traitement ou d'actes médicaux. Elles ne pourront être appliquées que dans le strict respect de la loi.

### DURÉE DE VALIDITÉ ?

Elles sont valables sans limite de temps. Révocables et modifiables à tout moment.

Elles **s'imposent** aux médecins **sauf dans 2 circonstances** :

- 1 - En cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation.
- 2 - Si elles paraissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, après avis collégial et information donnée à la personne de confiance (ou à défaut la famille ou les proches).

# Les directives anticipées

(article L. 1111-11 et R. 1111-18 du code de la santé publique)

Que vous soyez en bonne santé, atteint d'une maladie grave ou non, ou à la fin de votre vie, les **directives anticipées** permettent de faire connaître au médecin vos volontés concernant la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus de traitements et de gestes médicaux, **dans les cas où vous ne seriez plus en mesure de vous exprimer**.

N'hésitez pas à demander l'aide d'un médecin du service ou de l'équipe mobile de soins palliatifs pour remplir vos directives anticipées et obtenir les explications nécessaires

Retrouver toutes les informations utiles sur le site de l'HAS :

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives\\_anticipees\\_concernant\\_les\\_situations\\_de\\_fin\\_de\\_vie\\_v16.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf)

### QUAND ET COMMENT LES RÉDIGER ?

A tout moment que vous soyez en bonne santé ou non. Leur rédaction est **libre et volontaire** sur papier simple, via le formulaire ci-joint ou sur les formulaires proposés par le site de l'HAS. Elles doivent être datées et signées. Si vous ne pouvez pas le faire vous-même, vos directives peuvent être dictées en présence de 2 témoins dont votre personne de confiance si vous l'avez désignée.

### OÙ LES CONSERVER ?

Une fois rédigées, informez votre médecin traitant, personne de confiance, proche de leur existence : vous pouvez leur confier. Elles peuvent également être remises aux soignants lors de votre hospitalisation et conservées au dossier médical. Dans tous les cas, l'hôpital doit être tenu au courant de leur existence et facilement accessibles.



## Désignation d'une personne de confiance

En application de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades - Article L. 1111-6 du Code de la Santé Publique

Je soussigné(e) (nom, prénom) .....

Né(e) le .....

Adresse .....

.....

hospitalisé(e) au sein du site de ....., désigne en tant que personne de confiance

Mme, Mlle, M (nom, prénom) .....

Adresse .....

Téléphone / e-mail.....

Lien avec le patient (parent, proche, médecin traitant, autres).....

Je l'autorise à m'accompagner dans mes démarches, à assister aux entretiens médicaux. Au cas où je serais hors d'état d'exprimer ma volonté, j'ai bien noté que le médecin responsable pourra demander l'avis de cette personne après lui avoir donné l'information médicale nécessaire.

Cette désignation est valable  pour la durée de mon hospitalisation,  
 pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement,  
 Je lui fais part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer,  
 elle possède un exemplaire de mes directives anticipées.

Date :

Signature de la personne désignée :

Signature du patient :

Je décide de **révoquer** la personne de confiance de Mme, Mlle, M .....

Date : .....

Signature du patient :

NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.

## Mes directives anticipées

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

Né(e) le : .....

à .....

Domicilé(e) à : .....

Enonce ci-dessous mes directives anticipées dans le cas où je ne serais plus en mesure d'exprimer ma volonté : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Lorsque le patient est dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, il peut demander à 2 témoins d'attester que le document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

### 1<sup>er</sup> témoin

NOM, Prénom :

Qualité :

Date :

Signature :

### 2<sup>ème</sup> témoin

NOM, Prénom :

Qualité :

Date :

Signature :



NB : Il vous est conseillé d'en conserver un exemplaire et d'en confier un à votre personne de confiance.