

# LA PERSONNE DE CONFIANCE

Art. 1111-6 du Code de la Santé Publique

## **Vous êtes hospitalisé, ou vous allez l'être**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance.

Parmi ses missions, elle pourra vous accompagner dans vos démarches liées à votre santé et, si un jour vous êtes hors d'état d'exprimer votre volonté, elle sera consultée en priorité pour l'exprimer : elle pourra recevoir l'information médicale à votre place et sera votre porte-parole.

Pendant la durée de votre hospitalisation, il vous est possible de désigner une personne de confiance, librement choisie par vous dans votre entourage et en qui vous avez toute confiance, pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

Cette personne, que l'hôpital considèrera comme votre « personne de confiance », pourra, si vous en faites la demande, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.

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.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes.

**Remarque :** la personne de confiance peut être différente de la personne à prévenir.

## **Qui peut être la personne de confiance ?**

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 que vous échangiez avec elle afin qu'elle comprenne bien vos choix et votre volonté, et puisse être votre porte-parole le moment venu. Elle ne devra pas exprimer ses propres souhaits et convictions mais les vôtres et doit s'engager moralement vis-à-vis de vous à le faire. Elle doit être apte à comprendre et respecter les volontés énoncées dans une situation de fin de vie et mesurer la possible difficulté de sa tâche et la portée de son engagement.

Il est important qu'elle ait bien compris son rôle et donné son accord pour cette mission.

Une personne peut refuser d'être votre personne de confiance.

## La désignation d'une personne de confiance

- ↗ n'est pas une obligation mais est souhaitable ;
- ↗ doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation ;
- ↗ se fait par écrit par exemple à l'aide du formulaire ci-contre ;
- ↗ peut être annulée à tout moment (par écrit de préférence) ;
- ↗ peut être remplacée ultérieurement par la désignation d'une autre personne à votre demande ;
- ↗ est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez

### Cette désignation peut être utile

- ↗ Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
- ↗ Si vous ne pouvez les exprimer, votre personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière et pourra donner des instructions sur vos souhaits.
- ↗ Avant toute intervention ou investigation importante, les précisions ainsi recueillies pourront guider les médecins dans les choix thérapeutiques.
- ↗ 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 confier à votre personne de confiance.

Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et qui cosignera le formulaire.

**Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.**

**Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors nous l'indiquer précisément.**

**Ce document devra être remis à l'équipe soignante.**

# DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Art. 1111-6 du Code de la Santé Publique

**Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse, date de naissance)**

.....  
.....

**nomme la personne suivante M., M<sup>me</sup> (nom, prénom, adresse, date de naissance)**

.....

**téléphone** .....

**Email** .....

**Lien avec le patient (parent, proche)** .....

**Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :**  **oui**  **non**

**Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :**  **o** **u**  **i**  **non**

**Pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance :**

↗ **pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital Simone Veil.**

↗ **pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement.**

Je peux mettre fin à cette décision à tout moment et par tout moyen.

**J'ai bien noté que M., M<sup>me</sup>** .....

↗ **pourra m'accompagner, à ma demande, dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions;**

↗ **pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.**

suite au verso ↗

# ANNEXES

Dans ces circonstances, sauf cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

- ↗ pourra décider de mon inclusion dans un protocole de recherche médicale, si je ne suis pas en mesure d'exprimer ma volonté;
- ↗ ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurai indiquées au médecin;
- ↗ sera informé(e) par mes soins de cette désignation et que je devrai m'assurer de son accord.

ne souhaite pas désigner de personne de confiance.

Fait à ..... le .....

**Signature du patient**

**Accord et signature de la personne désignée**