



Désignation d'une personne de confiance

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (art. 11)
Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Article L.111-6 du code de la Santé Publique

« Toute **personne majeure** peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement. »

La désignation d'une personne de confiance :

- N'est pas obligatoire
- Doit être une décision réfléchie
- Peut être révoquée à tout moment
- Peut être remplacée par la désignation d'une autre personne à tout moment
- Est valable pour la durée de l'hospitalisation
- Doit se faire par écrit

Quel est le rôle de la personne de confiance ?

- Si le patient est conscient et lucide, la personne de confiance peut l'aider à prendre une décision d'ordre médical. Elle partage le secret médical et peut être amenée à assister aux entretiens médicaux. Néanmoins, le patient peut décider que certaines informations médicales demeurent secrètes.
- Si le patient ne peut plus recevoir l'information médicale, ou ne peut exprimer sa volonté, la personne de confiance est consultée par le personnel médical. Cette dernière ne remplace pas le patient mais le représente. Elle oriente le praticien pour que ses décisions soient cohérentes vis-à-vis des impératifs médicaux et des convictions du patient.
- Si le patient est amené à consulter son dossier médical, il peut demander à la personne de confiance de l'accompagner dans ses démarches. En revanche, elle ne peut accéder directement au dossier médical du patient.

Qui peut-on désigner comme « personne de confiance » ?

- La loi précise seulement que la personne de confiance doit être une **personne physique** connue depuis longtemps par le patient afin qu'il y ait **une relation de confiance** entre les deux personnes.
- La personne de confiance peut être un membre de la famille, un proche, un médecin traitant ou un voisin.
- Il vous appartient d'informer la personne que vous avez choisi et d'obtenir son accord car elle peut refuser.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e)

MADemoiselle – MADAME – MONSIEUR

NOM MARITAL :
NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM(S) :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :
TEL :

ADMIS(E) AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.....

Hospitalisation complète

Actes ambulatoires

NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE PERSONNE DE CONFIANCE

*Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'ai offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à **en informer l'établissement par écrit**, en remplissant une fiche de désignation.*

SOUHAITE DESIGNER COMME PERSONNE DE CONFIANCE :

MADemoiselle – MADAME – MONSIEUR

NOM MARITAL :
NOM DE JEUNE FILLE :
PRENOM(S) :
DATE ET LIEU DE NAISSANCE :
ADRESSE :
TEL :

Cette personne est :

un proche

un parent

mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous mes entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

J'ai été informée que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette personne à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation.

FAIT LE

A.....

Signature de la personne de confiance

Signature du patient

Formulaire de changement de désignation de la personne de confiance

Je soussigné(e)

MADemoiselle – MADAME – MONSIEUR

NOM MARITAL :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL :

ADMIS(E) AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT.....

Hospitalisation complète

Actes ambulatoires

NE SOUHAITE PAS DESIGNER DE NOUVELLE PERSONNE DE CONFIANCE

*Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon séjour. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment, je peux procéder à une désignation. Dans cette hypothèse, je m'engage à **en informer l'établissement par écrit**, en remplissant une fiche de désignation.*

SOUHAITE DESIGNER COMME NOUVELLE PERSONNE DE CONFIANCE :

MADemoiselle – MADAME – MONSIEUR

NOM MARITAL :

NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

DATE ET LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

TEL :

Cette personne est :

un proche

un parent

mon médecin traitant

Je souhaite que cette personne de confiance m'accompagne dans toutes mes démarches et assiste à tous mes entretiens médicaux afin de m'aider dans mes décisions :

OUI

NON

J'ai été informée que cette désignation vaut pour toute la durée de mon hospitalisation. Je peux révoquer cette personne à tout moment et dans ce cas, je m'engage à en informer par écrit l'établissement, en remplissant la fiche de changement de désignation.

FAIT LE

A.....

Signature de la personne de confiance

Signature du patient