

Désignation de la personne de confiance

(Conformément à l'article L. 1111.6 du Code de Santé Publique)

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Ceci est un droit, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner de personne de confiance. A tout moment, durant votre hospitalisation, vous pouvez en désigner une, tout comme vous pouvez en changer.

Quel est son rôle ?

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

Elle 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 ne devra pas divulguer des informations sans votre accord

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 a pu recevoir, et vos directives anticipées : elle n'a pas le droit de les révéler à d'autres personnes

- 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 de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté.

Elle n'exprimera pas ses souhaits mais rapportera les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches ...).

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais peut aussi affronter une contestation s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés.

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

La mission de la personne de confiance ne concerne que votre santé.

Qui peut être personne de confiance ?

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

Rédacteur VIDAL Amandine (03/12/2024)	Vérification qualité LANDRIEAUX Lise (04/12/2024)	Validation du contenu MOREAU Françoise (04/12/2024)	Autorisation de l'application PETRYSZYN Maxime (06/02/2025)	Référence : SOI/COM/COM/FOR/008 Version : 1 Effective le : 06/02/2025
---	--	--	---	---

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 les possibles difficultés 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.

Formulaire de désignation de la personne de confiance

Après avoir reçu une information adaptée, je soussigné(e) :

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance :

Admis au Centre Hospitalier Cœur du Bourbonnais le :

Le cas échéant représenté sous tutelle par :

Nom, prénom et/ou organisme :

☐ Ne souhaite pas désigner de personne de confiance

☐ Désigne en tant que personne de confiance :

Nom, prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

- ✓ 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 : oui ☐ non ☐

Fait à :

Le :

Signature :

Signature de la personne de confiance :

Validé en CDU le 03/12/24

Rédacteur VIDAL Amandine (03/12/2024)	Vérification qualité LANDRIEAUX Lise (04/12/2024)	Validation du contenu MOREAU Françoise (04/12/2024)	Autorisation de l'application PETRYSZYN Maxime (06/02/2025)	Référence : SOI/COM/COM/FOR/008 Version : 1 Effective le : 06/02/2025
---	--	--	---	---