

# PROJET D'ETABLISSEMENT 2012-2016

## 1. Cadre réglementaire

Selon l'art. L.311-8

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement (...\*).

Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation.

## 2. Contexte

Suite à la fusion associative d'avril 2011, il a été nécessaire de s'appuyer sur un projet d'établissement actualisé, afin que celui-ci intègre l'ensemble des activités. Ce projet s'appuie sur une étude de la population accompagnée confrontée au contexte territorial et aux grandes orientations.

## 3. Local

- *Le schéma gérontologique départemental*

Orientation n° 1 : améliorer le soutien à domicile

Orientation n° 3 : structurer la coordination gérontologique pour faciliter le parcours de soins et éviter les ruptures

Orientation n° 5 : promouvoir la bientraitance

Orientation n° 6 : mieux prendre en charge les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée

## 4. Le contenu du projet

Le projet élaboré par le groupe interdisciplinaire intégrant des membres du conseil d'administration a validé un plan d'actions selon 3 grands axes :

- ✚ Structurer et faire vivre le Projet "Managérial" des Ressources
- ✚ Elaborer et faire vivre le système d'information, de communication et de gestion documentaire
- ✚ Piloter et faire vivre la démarche des Projets Personnalisés de Soins

Ce plan d'actions se décompose ainsi :

# CHARTRE DES DROITS ET LIBERTES DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

## Article 1er

### **Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

## Article 2

### **Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

## Article 3

### **Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

## Article 4

### **Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans

un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

### **Article 5**

#### **Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

### **Article 6**

#### **Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

### **Article 7**

#### **Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

### **Article 8**

#### **Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

### **Article 9**

#### **Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

## **Article 10**

### **Droit à l'exercice des droits civiques**

#### **attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

## **Article 11**

### **Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

## **Article 12**

### **Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

**Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti.**

Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

**Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la mentionnée à l'article L. 311-4**

**DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES**

**LISTE DES PERSONNES QUALIFIÉES ÉTABLIE CONJOINTEMENT PAR**

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (Délégation Territoriale de Haute-Savoie),  
LE PRÉFET DU DÉPARTEMENT DE HAUTE-SAVOIE ET LE PRÉSIDENT DU CONSEIL GÉNÉRAL DE HAUTE-SAVOIE  
CONFORMEMENT À L'ARTICLE L311-5 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

	Nom, Prénom	Adresse de messagerie	Téléphone
<b>Domaine Médico- Social</b>			
<b>Personnes Agées</b>	BUGNARD Florence	bugnardf@gmail.com	04 50 51 49 14
	DANJOU Line	line.danjou@gmail.com	06 85 66 93 47
	DIF TURGIS Jean-Paul	difturgis@orange.fr	06 12 20 96 85
	FAREZ Marise	mwfarez@orange.fr	06 80 57 32 48
	LEPRINCE Brigitte	leprinceb@wanadoo.fr	04 50 69 67 73
	PERREY Colette	colperrey@orange.fr	06 86 88 93 90
<b>Personnes Handicapées</b>	DANJOU Line	line.danjou@gmail.com	06 85 66 93 47
	JEANNE Yves	yves.jeanne@univ-lyon2.fr	06 73 51 88 06
	MONFORT Annick	annickmonfort@sfr.fr	06 23 21 22 03
	PERREY Colette	colperrey@orange.fr	06 86 88 93 90
	ZILBER Jackie	jackie.zilber@orange.fr	06 26 27 84 62
<b>Personnes en difficultés spécifiques</b>	DANJOU Line	line.danjou@gmail.com	06 85 66 93 47
	PERREY Colette	colperrey@orange.fr	06 86 88 93 90
<b>Domaine Social</b>	DANJOU Line	line.danjou@gmail.com	06 85 66 93 47
	DIF TURGIS Jean-Paul	difturgis@orange.fr	06 12 20 96 85
	FAREZ Marise	mwfarez@orange.fr	06 80 57 32 48
	FONTANA Jean-Rolland	fontana.jean-rolland@orange.fr	04 50 68 88 64 06 17 14 28 36
	MONFORT Annick	annickmonfort@sfr.fr	06 23 21 22 03
<b>Domaine Protection Enfance</b>	DANJOU Line	line.danjou@gmail.com	06 85 66 93 47
	DIF TURGIS Jean-Paul	difturgis@orange.fr	06 12 20 96 85
	FAREZ Marise	mwfarez@orange.fr	06 80 57 32 48
	FONTANA Jean-Rolland	fontana.jean-rolland@orange.fr	04 50 68 88 64 06 17 14 28 36
	MONFORT Annick	annickmonfort@sfr.fr	06 23 21 22 03



## Les directives anticipées

***Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « directives anticipées », afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi l'hypothèse où elle ne serait pas, à ce moment-là, en capacité d'exprimer sa volonté.***

### I. À quoi servent les directives anticipées ?

Dans le cas où, en fin de vie, vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de **connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours**. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation (cf. *infra* IV).

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

### II. Quelles sont les conditions pour que mes directives anticipées soient prises en compte ?

#### 1. Condition d'âge

Vous ne pouvez rédiger des directives anticipées que si **vous êtes majeur(e)**.

#### 2. Conditions de forme

Le document doit être écrit et authentifiable. **Vous devez écrire vous-même vos directives**. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.

**Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à deux témoins** – dont votre personne de confiance<sup>(1)</sup>, si vous en avez désigné une - qui attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée. Ces témoins doivent indiquer leur nom et qualité et leur attestation est jointe aux directives.

#### 3. Conditions de fond

> L'auteur du document doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction.

Si vous le souhaitez, **vous pouvez demander au médecin** à qui vous confiez vos directives pour les insérer dans votre dossier, **d'y joindre une annexe attestant que vous êtes en état d'exprimer votre volonté et qu'il vous a donné les informations appropriées**.

(1) Voir la fiche concernant « La personne de confiance »

> Le document doit être rédigé depuis moins de 3 ans.

Pour être prises en compte par le médecin, **il faut que vos directives aient été rédigées depuis moins de 3 ans avant la date à partir de laquelle vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté.**

**Vous devez donc les renouveler tous les 3 ans.** Pour cela, il vous suffit de préciser sur le document portant vos directives que vous décidez de les confirmer et de signer cette confirmation. Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de validité de 3 ans commence à courir. Afin de vous assurer que les directives et leurs modifications éventuelles seront bien prises en compte, vous êtes invité(e) à prendre toutes les mesures pratiques qui s'imposent : mention des coordonnées de la personne détentrice de ces informations, tri des informations à conserver.

### III. Puis-je changer d'avis après avoir rédigé des directives anticipées ?

**Les directives sont révocables à tout moment : vous pouvez donc modifier, quand vous le souhaitez, totalement ou partiellement le contenu de vos directives.** Si vous n'êtes pas en mesure d'écrire, le renouvellement ou la modification de vos directives s'effectuent selon la même procédure que celle décrite précédemment (cf. *supra* II.3).

**Vous pouvez également annuler vos directives** et pour cela, il n'est pas obligatoire de le faire par écrit. Mais cela peut-être préférable, surtout si cette décision intervient pendant la période de validité des 3 ans.

### IV. Quel est le poids de mes directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en tenir compte. Dans la mesure où elles témoignent de votre volonté alors que vous étiez encore apte à l'exprimer et en état de le faire, elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. **Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical**, y compris sur celui de votre personne de confiance.

**Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin.** Celui-ci reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

### V. Que puis-je faire pour m'assurer que mes directives anticipées seront prises en compte au moment voulu ?

Puisqu'au moment où vos directives seront utiles, vous ne serez plus en état d'exprimer votre volonté, **il est important que vous preniez, tant que vous le pouvez, toutes les mesures pour que le médecin qui devra décider d'une limitation ou d'un arrêt de traitement puisse les consulter facilement.** Si vos directives ne sont pas insérées ou mentionnées dans le dossier qu'il détient, le médecin cherchera à savoir si vous avez rédigé des directives et auprès de qui vous les avez confiées : il s'adressera alors à votre personne de confiance, votre famille, vos proches, votre médecin traitant ou le médecin qui vous a adressé.

Pour faciliter ces démarches, plusieurs possibilités s'offrent à vous :

- > le mieux, en cas d'hospitalisation, est de **confier vos directives anticipées au médecin qui vous prend en charge**, que ce soit en établissement de santé ou en ville. Dans tous les cas, vos directives seront conservées dans le dossier comportant les informations médicales vous concernant ;
- > vous pouvez enfin **conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix** (en particulier à votre personne de confiance, si vous en avez une). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de la personne qui détient vos directives afin qu'il les mentionne dans votre dossier.

#### Textes de références

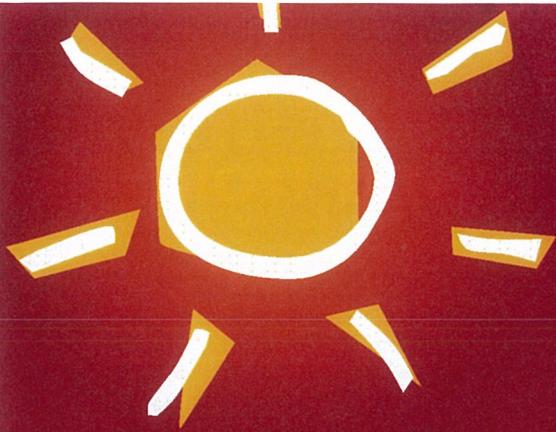
Articles L. 1111-4, L. 1111-11  
à L. 1111-13 et R. 1111-17  
à R. 1111-20, R. 1112-2,  
R. 4127-37 du Code de la santé  
publique

#### Autres fiches disponibles

Ces fiches sont téléchargeables et imprimables  
sur le site Internet du ministère [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) -  
Rubrique : « Usagers ».

- La personne de confiance
- Les règles d'accessibilité aux informations de santé à caractère personnel
- L'instruction des plaintes ou réclamations en établissement de santé et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)
- Le congé de représentation dans le système de santé





# En période de fortes chaleurs ou de canicule

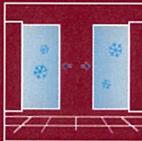
## Personne âgée

Je mouille ma peau plusieurs fois par jour tout en assurant une légère ventilation et ...

Je ne sors pas aux heures les plus chaudes.



Je passe plusieurs heures dans un endroit frais ou climatisé.



Je maintiens ma maison à l'abri de la chaleur.



Je mange normalement (fruits, légumes, pain, soupe...).



Je bois environ 1,5 L d'eau par jour. Je ne consomme pas d'alcool.



Je donne de mes nouvelles à mon entourage.



## Enfant et adulte

Je bois beaucoup d'eau et ...

Je ne fais pas d'efforts physiques intenses.



Je ne reste pas en plein soleil.



Je maintiens ma maison à l'abri de la chaleur.



Je ne consomme pas d'alcool.



Au travail, je suis vigilant pour mes collègues et moi-même.



Je prends des nouvelles de mon entourage.



TEBWA/CORPORALIE © Alexis / C. Minéchal - État des connaissances : avril 2011

En cas de malaise ou de coup de chaleur, j'appelle le 15

Pour plus d'informations : 0 800 06 66 66 (appel gratuit depuis un poste fixe)

[www.sante.gouv.fr/canicule-et-chaleurs-extremes](http://www.sante.gouv.fr/canicule-et-chaleurs-extremes)

[www.meteo.fr](http://www.meteo.fr)

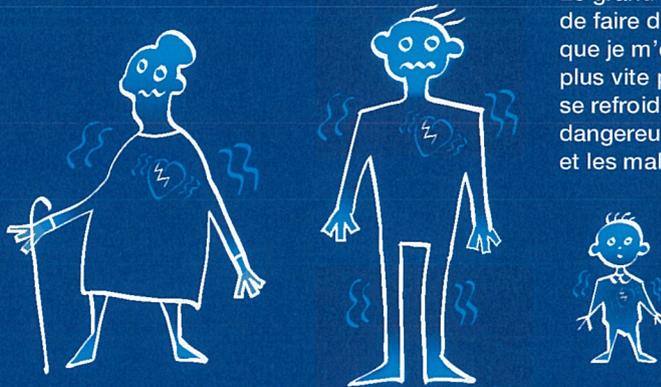


# En période de



# grand froid

Le grand froid demande à mon corps de faire des efforts supplémentaires sans que je m'en rende compte. Mon cœur bat plus vite pour éviter que mon corps se refroidisse. Cela peut être particulièrement dangereux pour les personnes âgées et les malades chroniques.



Si je reste dans le froid trop longtemps, ma température corporelle peut descendre en dessous de 35 °C, je suis alors en hypothermie. Mon corps ne fonctionne plus normalement et cela peut entraîner des risques graves pour ma santé.



Si je reste dans le froid trop longtemps, les extrémités de mon corps peuvent devenir d'abord rouges et douloureuses, puis grises et indolores (gelures). Je risque l'amputation.



Si je fais des efforts physiques en plein air, je risque d'aggraver d'éventuels problèmes cardio-vasculaires.

Quand je sors je me couvre suffisamment afin de garder mon corps à la bonne température.

- Je couvre particulièrement les parties de mon corps qui perdent de la chaleur: tête, cou, mains et pieds.
- Je me couvre le nez et la bouche pour respirer de l'air moins froid.
- Je mets plusieurs couches de vêtements, plus un coupe-vent imperméable.
- Je mets de bonnes chaussures pour éviter les chutes sur un sol glissant.
- J'évite de sortir le soir car il fait encore plus froid.
- Je me nourris convenablement, et je ne bois pas d'alcool car cela ne réchauffe pas.



Je suis prudent et je pense aux autres.



- Je limite les efforts physiques, comme courir.
- Si j'utilise ma voiture, je prends de l'eau, une couverture et un téléphone chargé, et je me renseigne sur la météo.
- Je suis encore plus attentif avec les enfants et les personnes âgées, qui ne disent pas quand ils ont froid.



Je chauffe mon logement sans le surchauffer et en m'assurant de sa bonne ventilation.

Si je remarque une personne sans abri ou en difficulté dans la rue, j'appelle le « 115 »

Pour plus d'informations:

[www.meteo.fr](http://www.meteo.fr) • [www.bison-fute.equipement.gouv.fr](http://www.bison-fute.equipement.gouv.fr) • [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) • [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

Je soussigné(e) M. Mme Mlle .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél : ..... E mail : .....

Je souhaite recevoir les documents afférents à la vie de l'association  
(Convocation assemblée générale...) par : **Email**  OU **Courrier**

Je déclare adhérer à l'association :

## Soins Prévention Accompagnement à Domicile

En tant qu'adhérent-bénéficiaire, je joins ma cotisation symbolique d'1 euro

en espèce

en chèque

Fait à ....., le .....

**Signature** précédée de la mention  
« Lu et approuvé »

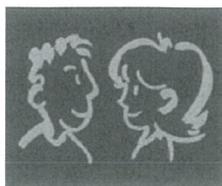
SSIAD

EMSAD

AJ

RESEAU

*Note d'information : Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En l'application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au secrétariat de l'association.*



## La personne de confiance

***Vous êtes majeur(e) : vous pouvez, si vous le souhaitez, désigner une « personne de confiance » que vous choisissez librement dans votre entourage.***

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

Votre personne de confiance peut vous être très utile :

- > **pour vous accompagner dans vos démarches et assister à vos entretiens médicaux** : ainsi pourra-t-elle éventuellement vous aider à prendre des décisions ;
- > **dans le cas où votre état de santé ne vous permettrait pas de donner votre avis ou de faire part de vos décisions** : le médecin ou éventuellement, en cas d'hospitalisation, l'équipe 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<sup>(1)</sup> à votre personne de confiance.

### Quelles sont les limites d'intervention de ma personne de confiance ?

**La personne de confiance ne pourra pas obtenir communication de votre dossier médical** (à moins que vous lui fassiez une procuration exprès en ce sens)<sup>(2)</sup>. De plus, si vous souhaitez que certaines informations ne lui soient pas communiquées, elles demeureront confidentielles, quelles que soient les circonstances. En revanche, si votre personne de confiance doit être consultée parce que vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, les informations jugées suffisantes pour pouvoir exprimer ce que vous auriez souhaité lui seront communiquées.

Si vous êtes hospitalisé, 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.**

En revanche, dans le cas très particulier de la recherche biomédicale, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer et qu'une **recherche biomédicale** est envisagée dans les conditions prévues par la loi, **l'autorisation sera demandée à votre personne de confiance.**

(1) Voir la fiche concernant « Les directives anticipées »

(2) Voir la fiche concernant « Les règles d'accessibilité aux informations de santé personnelles »

## Qui puis-je désigner ?

Toute personne de votre entourage en qui vous avez confiance et qui est d'accord pour assumer cette mission: un de vos parents, votre conjoint, votre compagnon ou votre compagne, un de vos proches, votre médecin traitant...

La personne que vous désignez comme personne de confiance peut être aussi celle que vous avez désignée comme « personne à prévenir » en cas de nécessité: **personne de confiance et personne à prévenir peuvent ou non être la même personne.**

## Comment désigner ma personne de confiance ?

La désignation doit se faire **par écrit. 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 la prise en compte de ces changements.

## Quand désigner ma personne de confiance ?

Vous pouvez désigner une personne de confiance à tout moment.

Dans le cas d'une hospitalisation, vous pouvez désigner votre personne de confiance **au moment de votre admission**. Mais vous pouvez également le faire **avant votre hospitalisation ou au cours de votre hospitalisation**. Ce qui importe c'est d'avoir bien réfléchi et de vous être assuré(e) de l'accord de la personne que vous souhaitez désigner avant de vous décider.

La désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour toute la durée de cette hospitalisation. **Si vous souhaitez que cette validité soit prolongée**, il suffit que vous le précisiez (par écrit, de préférence). Toutes les informations que vous aurez données à propos de votre personne de confiance seront classées dans votre dossier médical conservé au sein de l'établissement.

## Dans quel cas ne puis-je pas désigner une personne de confiance ?

**Si vous êtes protégé par une mesure de tutelle, vous ne pouvez pas désigner une personne de confiance.** En revanche, si vous avez désigné quelqu'un antérieurement à la mesure de tutelle, le juge des tutelles peut soit confirmer la mission de cette personne, soit révoquer sa désignation.

### Textes de références

Article L. 1111-6  
du Code de la santé publique

### Autres fiches disponibles

Ces fiches sont téléchargeables et imprimables sur le site Internet du ministère [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) - Rubrique: « Usagers ».

- Les directives anticipées
- Les règles d'accessibilité aux informations de santé à caractère personnel
- L'instruction des plaintes ou réclamations en établissement de santé et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU)
- Le congé de représentation dans le système de santé

## FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné(e),

Nom, Prénom.....

Date de naissance ....., Nom de jeune fille .....

Adresse :.....

.....

.....

Désigne, comme personne de confiance ,

Nom, Prénom.....

Date de naissance ..... / ..... / ....., Nom de jeune fille .....

Adresse :.....

.....

Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / ..... Portable : ..... / ..... / ..... / ..... / .....

Lien avec la personne (parent, proche, médecin traitant...) : .....

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

Jusqu'à ce que j'en décide autrement

Uniquement pour les questions en lien avec ma prise en charge du service

J'ai bien noté que M.....

- Pourra m'accompagner, à ma demande, dans les démarches concernant mes soins et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes prises de décision.
- Pourra être consulté(e) par l'équipe qui me prend en soin, au cas où je ne serai pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire.
- 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'aurais indiquées à mon médecin traitant
- Est informé(e) par mes soins de cette désignation et cette personne est en accord avec cette désignation.

Je peux modifier ma personne de confiance à tout moment, et en informerai mon médecin traitant et le(s) assurant mon accompagnement.

Fait le  
Signature

A

Signature de la personne désignée