

## Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du [code de la santé publique](#)

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#) peut exercer les missions suivantes.

### **Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement.**

La personne de confiance 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 : ce sont vos volontés, exprimées par écrit, sur les traitements que vous souhaitez ou non, si un jour vous ne pouvez plus vous exprimer.

### **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 ce que vous auriez souhaité.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

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

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient. La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas d'une contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, **son témoignage l'emportera.**

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

*NB : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.*

**Formulaire de désignation de la personne de confiance mentionnée à  
l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles**

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Désigne**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone fixe professionnel / portable : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

comme personne de confiance en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Signature**

**Cosignature de la personne de confiance**

**Partie facultative**

Par le présent document, j'indique également expressément que cette personne de confiance exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'art L. 1111-6 du code de la santé publique, selon les modalités précisées par le même code : oui  non

Je lui ai fait part de mes directives anticipées, telles que définies à l'art L. 1111-11 du code de la santé publique, 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**

**Cosignature de la personne de confiance**

**Attestation à conserver par l'établissement  
relative à l'information  
sur la personne de confiance**

**Je soussigné(e) :**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Fonction à l'EHPAD SALEVE-GLIERES : \_\_\_\_\_

atteste avoir délivré l'information prévue à l'article 311-0-3 du code de l'action sociale et des familles relative au droit à désigner une personne de confiance et avoir remis la notice d'information mentionnée à cet article à :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Attestation signée à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature du Directeur  
ou de son représentant**

**Cosignature de la personne accueillie**