

Annexe 1.a : Notice d'information relative à la désignation de la personne de confiance (article D. 311-0-4 du code de l'action sociale et des familles)

La notice d'information comprend :

- des explications concernant le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles;
- cinq annexes : Les annexes à la notice sont disponibles aux accueils des Résidences MAREVA.
 - annexe 2 : Formulaire de désignation de la personne de confiance;
 - annexe à la notice : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique;
 - annexe à la notice : Formulaire de révocation de la personne de confiance;
 - annexe à la notice : Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance ;
 - annexe à la notice : Un modèle d'attestation de délivrance de l'information sur la personne de confiance.

Le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance

La loi donne le droit à toute personne majeure prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social (1) de désigner une personne de confiance qui, si elle le souhaite, l'accompagnera dans ses démarches afin de l'aider dans ses décisions.

1. Quel est son rôle? La personne de confiance a plusieurs missions :

- Accompagnement et présence :

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- être présente à l'entretien prévu, lors de la conclusion du contrat de séjour, pour rechercher votre consentement à être accueillie dans l'établissement d'hébergement (en présence du directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui et, chaque fois que nécessaire, du médecin coordonnateur si la structure d'accueil est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.
- vous accompagner dans vos démarches liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.
- assister aux entretiens médicaux prévus dans le cadre de votre prise en charge médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

- Aide pour la compréhension de vos droits :

Votre personne de confiance sera consultée par l'établissement ou le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. Cette consultation n'a pas vocation à se substituer à vos décisions. Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance du code de l'action sociale et des familles (dans le cadre de votre prise en charge sociale ou médico-sociale), si vous souhaitez que cette personne exerce également les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article

L. 1111-6 du code de la santé publique (concernant les usagers du système de santé, par exemple, en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie...), vous devrez l'indiquer expressément dans le formulaire de désignation figurant en annexe 2. La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations qui vous concernent.

2. Qui peut la désigner?

Cette faculté est ouverte à toute personne majeure prise en charge par une structure sociale ou médico-sociale. C'est un droit qui vous est offert, mais ce n'est pas une obligation : vous êtes libre de ne pas désigner une personne de confiance. Pour les personnes qui bénéficient d'une mesure de protection judiciaire (sauvegarde de justice lorsqu'un mandataire spécial a été désigné, tutelle, curatelle) pour les

actes relatifs à la personne, la désignation d'une personne de confiance est soumise à l'autorisation du conseil de famille s'il a été constitué ou du juge des tutelles.

3. Qui peut être la personne de confiance?

Vous pouvez désigner comme personne de confiance toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, votre médecin traitant. Il est important d'échanger avec la personne que vous souhaitez désigner avant de remplir le formulaire de désignation et de lui faire part de vos souhaits par rapport à sa future mission. Il est important qu'elle ait la possibilité de prendre connaissance de son futur rôle auprès de vous et d'en mesurer de sa portée. La personne que vous souhaitez désigner doit donner son accord à cette désignation. A cet effet, elle contresigne le formulaire de désignation figurant en annexe 2. Il convient de préciser que cette personne peut refuser d'être votre personne de confiance; auquel cas, vous devrez en désigner une autre.

4. Quand la désigner?

Vous pouvez la désigner lorsque vous le souhaitez. Lors du début d'une prise en charge sociale ou médico-sociale, qu'elle soit effectuée par un service ou dans un établissement d'hébergement, il vous sera proposé, si vous n'aviez désigné personne auparavant, de désigner une personne de confiance. Il est possible que vous ayez déjà désigné une personne de confiance pour votre santé (2), notamment au cours d'une hospitalisation, avant votre début de prise en charge sociale ou médico-sociale. Cette personne n'est pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance pour votre prise en charge sociale ou médico-sociale. Il vous sera donc nécessaire, si vous souhaitez que cette même personne soit également votre personne de confiance dans le cadre de votre prise en charge sociale et médico-sociale, de procéder à une nouvelle désignation. La désignation de la personne de confiance du secteur social et médico-social est valable sans limitation de durée, sauf si vous l'avez nommé pour une autre durée plus limitée. Si vous êtes demandeurs d'asile, la notice d'information et le formulaire de désignation d'une personne de confiance vous ont été remis par l'Office français de l'immigration et de l'intégration lors de votre passage au guichet unique en même temps que la proposition d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile ou, si cette proposition d'hébergement intervient postérieurement à votre passage au guichet unique, en même temps que la proposition d'une offre d'hébergement en centre d'accueil pour demandeur d'asile.

Si vous souhaitez désigner une personne de confiance, il convient dès votre arrivée que vous remettiez le formulaire de désignation au responsable du centre afin qu'il puisse engager sans délais la prise de contact avec la personne que vous aurez désignée.

5. Comment la désigner?

La désignation se fait par écrit. Il est préférable d'utiliser le formulaire figurant en annexe 2, mais vous pouvez aussi le faire sur papier libre, daté et signé en précisant bien le nom, le prénom et les coordonnées de la personne de confiance. La personne que vous désignez doit contresigner le formulaire ou, le cas échéant, le document. Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment. Dans ce cas, les modalités sont les mêmes que celles prévues pour la désignation (formulaire figurant en annexe à la notice). Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux personnes d'attester par écrit, notamment au moyen du formulaire figurant en annexe à la notice, que cette désignation ou cette révocation est bien conforme à votre volonté.

6. Comment faire connaître ce document et le conserver?

Il est important, lors d'une prise en charge, d'informer la structure et l'équipe de prise en charge que vous avez désigné une personne de confiance, afin qu'ils connaissent son nom et ses coordonnées, et d'en donner une copie. Il est souhaitable d'en tenir vos proches informés. Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

(1) Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

(2) En application de l'article L. 1111-6 du code de la santé publique.

**Annexe 1.b : 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 (du résident) :
Né(e) le à

Désigne

Nom et prénom (de la personne de confiance) :
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 du Résident

Signature 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'article 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'article 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 du Résident

Signature de la personne de confiance

I. Des directives anticipées, pour quoi faire ?

Toute personne majeure peut rédiger ses « directives anticipées » concernant sa fin de vie. C'est une possibilité qui vous est donnée. Il s'agit pour vous d'exprimer vos volontés par écrit sur les décisions médicales à prendre lorsque vous serez en fin de vie dans le cas où vous ne seriez pas en mesure d'exprimer votre volonté sur les traitements ou actes médicaux qui seront ou ne seront pas engagés, limités ou arrêtés. Le médecin n'est pas tenu de s'y conformer si d'autres éléments venaient modifier son appréciation.

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 ?

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, 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.

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.

Le document doit être rédigé depuis moins de 3 ans.

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.

Annexe 1.d : Attestation relative à l'information sur la personne de confiance et sur les directives anticipées

Je soussignée, Mme Marie LECUYER,

Fonctions dans l'établissement : Directrice

- 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 ;
- atteste également avoir délivré une information complète relative aux directives anticipées à :

Nom et prénom :

Né(e) le à

Attestation signée à, le

Signature de la personne accueillie (Résident)

Signature du représentant

Signature du directeur ou de son représentant

Annexe 2 : Etat des lieux

Nom/Prénom du résident : Chambre :

Date de l'entrée : Structure :

Clé de chambre : oui non

Élément :	Bon état - pas de dégradation	Etat moyen - légères dégradations	Mauvais état - dégradation nécessitant travaux ou disparition de l'élément
Murs chambre			
Sol de la chambre			
Prises chambre			
Porte entrée chambre			
Lit(s)			
Chevet			
Oreiller(s)			
Table bureau			
Chaise			
Placard/Armoire			
Table de lit			
Fauteuil de repos			
Murs S.D.B			
Sol S.D.B			
Lavabo			
Douche			
Tablette S.D.B			
Cabinet toilette			
Etat général			

Fait à, le

Le Directeur

Le Résident
ou son Représentant

Nom/Prénom du résident : Chambre :

Date de la sortie : Structure :

Clé de chambre : oui non

Élément :	Bon état - pas de dégradation	Etat moyen - légères dégradations	Mauvais état - dégradation nécessitant travaux ou disparition de l'élément
Murs chambre			
Sol de la chambre			
Prises chambre			
Porte entrée chambre			
Lit(s)			
Chevet			
Oreiller(s)			
Table bureau			
Chaise			
Placard/Armoire			
Table de lit			
Fauteuil de repos			
Murs S.D.B			
Sol S.D.B			
Lavabo			
Douche			
Tablette S.D.B			
Cabinet toilette			
Etat général			

Fait à, le

Le Directeur

Le Résident
ou son représentant

Annexe 3 : Choix du médecin traitant

Je soussigné (e),

Monsieur/Madame (résident(e) ou représentant légal),.....

de Monsieur/Madame (résident(e) de l'établissement),

fait le choix du médecin traitant :

Nom - Prénom :.....

Commune :

Fait à....., le..... Signature

Choix de la pharmacie

Je soussigné (e),

Monsieur/Madame (résident(e) ou représentant légal),.....,

de Monsieur/Madame (résident(e) de l'établissement),.....

atteste opter pour le choix de la Pharmacie ayant passé convention avec l'Etablissement pour la préparation et la fourniture des médicaments de façon sécurisée.

si désaccord, indiquer Nom et commune de la pharmacie choisie :

.....

Fait à....., le..... Signature

Choix du kinésithérapeute

Je soussigné (e),

Monsieur/Madame (résident(e) ou représentant légal),.....

de Monsieur/Madame (résident(e) de l'établissement),

fait le choix du kinésithérapeute :

Nom - Prénom :.....

Commune :

Fait à....., le..... Signature