

La désignation de la Personne de Confiance



Tous les établissements de santé ont l'obligation de proposer à chaque personne hospitalisée la désignation d'une personne de confiance.

Ø Bien que patient hospitalisé, vous n'êtes pas obligé de désigner une personne de confiance ; c'est une possibilité qui vous est offerte.

Ø La désignation de la personne de confiance doit être une décision bien réfléchie sans précipitation et se faire par écrit, soit lors de votre admission, soit au moment de votre arrivée dans le service.

⌘ Il vous revient d'en informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord.

Ø Cette désignation est valable pour la durée de votre hospitalisation. Cependant, vous pouvez révoquer à tout moment votre personne de confiance. Cette révocation sera faite par écrit et le nouveau choix, s'il y en a un, sera porté sur la fiche prévue à cet effet. Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.

⌘ Les mineurs n'ont pas la possibilité de désigner une personne de confiance. Il en va de même pour les personnes sous tutelle, sauf si le juge maintient la désignation de celle que le malade aurait faite avant sa mise sous tutelle

La Personne de Confiance

Un nouvel acteur introduit par la loi du
4 mars 2002 relative aux droits des patients
et à la qualité du système de santé.

**PRINCIPE
MISSIONS
DESIGNATION**

« Informations destinées aux patients et à leurs proches. »

Le Principe

Toute personne majeure hospitalisée dans un établissement de santé peut désigner une personne de confiance.

Ø Cette personne de confiance librement choisie, peut être soit un membre de votre famille, soit un de vos proches, soit votre médecin traitant.

Ø L'objectif est de vous permettre d'être accompagné lorsque vous prenez connaissance d'informations concernant votre santé.

La personne de confiance est, si vous le souhaitez, présente à vos côtés pour vous conseiller et vous aider à prendre les décisions concernant votre santé, avant toute investigation ou traitement.

Ø Dans les situations où vous ne pouvez pas vous exprimer, la personne de confiance devient le garant du respect de vos droits et de vos intérêts.

β La personne de confiance est à différencier de la personne à prévenir. En effet, la personne à prévenir est celle qui sera contactée en cas d'aggravation de votre état de santé ou pour tout autre nécessité alors que la personne de confiance est appelée à jouer un rôle dans la relation de santé. Votre personne de confiance peut être nommée parmi les personnes à prévenir.

Les Missions de la Personne de Confiance

La personne de confiance vous accompagne, si vous le souhaitez, au cours de vos démarches dans l'établissement

Ø Pour cela, elle peut assister aux entretiens médicaux si vous le désirez. Dans ce cadre, votre médecin ne peut s'opposer à sa présence à vos côtés.

Dans les situations où vous n'êtes pas en état de vous exprimer, la personne de confiance est consultée.

Ø L'équipe médicale se doit de recueillir, auprès de la personne de confiance, ce que seraient vos souhaits si vous pouviez les exprimer.

Toutefois, en situation d'urgence, c'est la sauvegarde de votre santé qui prime.

β La personne de confiance n'a pas vocation à donner un consentement aux soins à votre place. Elle est votre porte-parole et ne donne qu'un avis sur la situation.

Ø Dans l'hypothèse d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, la personne de confiance dispose d'un droit à l'information, sauf si vous en avez disposé autrement.

β L'information donnée à la personne de confiance n'a pas pour effet de restreindre l'information qui doit être donnée à votre famille et vos proches.

La désignation de la Personne de Confiance



Je soussigné(e) : M, Mme, Mlle(*).....
..... demeurant à
..... Né(e) le.....

(**)Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne souhaite pas en désigner une.

(**)Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

M, Mme, Mlle
demeurant à.....

..... Tél/Fax :

Email :
.....@.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

J'ai bien noté que M, Mme, Mlle(*).....

◆ Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

◆ Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

◆ Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

◆ Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.

◆ Que je peux révoquer cette désignation à tout moment.

*Signature de la personne désignée
(date + heure recommandée)*

*Signature du patient
(date + heure)*

(*)Rayez les mentions inutiles (**)Cochez la case correspondante

Je soussigné M, Mme, Mlle révoque la personne de

La désignation de la Personne de Confiance



Je soussigné(e) : M, Mme, Mlle(*).....
..... demeurant à
..... Né(e) le.....

(**)Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et ne souhaite pas en désigner une.

(**)Déclare avoir reçu l'information relative à la personne de confiance et souhaite désigner :

M, Mme, Mlle
demeurant à.....

..... Tél/Fax :

Email :
.....@.....

pour m'assister en cas de besoin en qualité de personne de confiance.

J'ai bien noté que M, Mme, Mlle(*).....

◆ Pourra être consulté(e) par l'équipe hospitalière au cas où je ne serais pas en état d'exprimer ma volonté concernant les soins et de recevoir l'information nécessaire pour le faire. Dans ces circonstances, sauf en cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation importante ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.

◆ Qu'à ma demande, il (elle) m'accompagnera dans mes démarches à l'hôpital et pourra assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions.

◆ Que les informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin ne seront pas communiquées à la personne de confiance.

◆ Qu'il me revient de l'informer de cette désignation et de m'assurer de son accord.

◆ Que je peux révoquer cette désignation à tout moment.

*Signature de la personne désignée
(date + heure recommandée)*

*Signature du patient
(date + heure)*

(*)Rayez les mentions inutiles (**)Cochez la case correspondante

Je soussigné M, Mme, Mlle révoque la personne de