



## EPCAPA Ville de DIJON

### EHPAD

#### Les Bégonias – Les Marguerites – Le Port du Canal

### ANNEXE 10 ATTESTATION RELATIVE A LA PERSONNE DE CONFIANCE

#### *PERSONNE DE CONFIANCE*

**Toute personne majeure<sup>1</sup> peut désigner une personne de confiance.**

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.

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

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- vous soutenir et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
- assister aux consultations et entretiens médicaux. Elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
- prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical uniquement en votre présence. Elle ne devra pas divulguer des informations sans votre accord (devoir de confidentialité).

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. Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte 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, volontés et convictions : celle-ci appartient au médecin et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

**Attention :**

- la personne de confiance n'est pas nécessairement la personne à prévenir s'il vous arrivait quelque chose, si vous étiez hospitalisé(e) ou en cas de décès ;
- sa mission ne concerne que votre santé.

---

<sup>1</sup> . Les personnes sous tutelle doivent avoir l'autorisation du Juge ou du conseil de famille s'il a été constitué.

### **Qui peut être la personne de confiance ?**

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

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 la possible difficulté 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.

Vous pouvez changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit). Il est recommandé de prévenir votre précédente personne de confiance et les personnes qui détiennent son nom qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.



**EPCAPA Ville de DIJON**

**EHPAD**

**Les Bégonias – Les Marguerites – Le Port du Canal**

**Formulaire de désignation de la personne de confiance**

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse :

Téléphone privé :

professionnel :

portable :

E-mail :

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

**CAS PARTICULIER**

**Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation de la personne de confiance**

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance, décrite dans le formulaire précédent, est bien l'expression de votre volonté.

**Témoïn 1 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

oui non

que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :

oui non

Fait à : le :

Signature

**Témoïn 2 : Je soussigné(e)**

Nom et prénoms :

Qualité (lien avec la personne) :

atteste que la personne de confiance désignée est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M.....

que M ..... lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer :

oui non

que M ..... lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées :

oui non

Fait à : le :

Signature