

## Textes de références :

- Article L 1111-6 Du Code de la Santé Publique
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite « Loi Leonetti »
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, dite « Loi Claeys-Leonetti »
- Article 37 du code de déontologie médicale

## Ressources documentaires et de soutien :

- Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs : [www.sfap.org](http://www.sfap.org)
- Observatoire National de la Fin de Vie : <http://www.onfv.org/>
- Cellule téléphonique d'écoute et de soutien « Accompagner la fin de vie : s'informer, en parler » au 0 811 020 300
- Santé Infos Droits : 0810 004 333 - Ligne d'information du Collectif Inter-associatif de la Santé (CISS) sur les informations juridiques et sociales liées à l'état de santé
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé: [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

CHCN - service communication - Septembre 2024 - © Yuri Arcurs



**La personne de confiance**

8 avenue Henri Adnot - BP 50029 - 60321 Compiègne CEDEX  
Tél. : 03 44 23 60 00 - [www.ch-compiegne-noyon.fr](http://www.ch-compiegne-noyon.fr)

## Qui peut désigner la personne de confiance ?

Toute personne majeure, même faisant l'objet d'une mesure de tutelle\*. Cette désignation est votre droit pour faire connaître vos souhaits concernant votre santé, elle n'est pas obligatoire.

## Quel est son rôle ?

### La personne de confiance peut :

- Vous accompagner dans vos démarches à accomplir
- Assister avec vous à vos entretiens médicaux afin de vous aider dans vos décisions pour votre santé
- Vous soutenir en cas de diagnostic ou de pronostic grave
- Être le porte-parole de vos souhaits si vous êtes dans l'incapacité de vous exprimer

**\* Avez-vous informé votre personne de confiance de votre positionnement concernant le don d'organes et de tissus ?**



## Comment se fait la désignation ?

La désignation se fait par écrit. Elle est conservée dans votre dossier médical.

Elle vous est proposée lors de votre admission en hospitalisation.

**Vous pouvez l'annuler ou la modifier à tout moment.** Sauf mention contraire, une désignation faite lors d'une hospitalisation n'est valable que pour la durée de l'hospitalisation.

**Votre personne de confiance doit avoir accepté ce rôle et doit signer également le formulaire.**

### La personne de confiance ne peut pas :

- Décider à votre place des soins qui vous sont apportés
- Avoir accès à votre dossier médical
- S'opposer à vos directives anticipées si vous en avez rédigées

## \* Vous êtes sous tutelle ?

Vous pouvez désigner une personne de confiance, mais pour cela vous devez obtenir l'autorisation du juge des tutelles, ou de votre conseil de famille.

## Qui peut être désigné ?

La personne de confiance **doit être majeure.**

Elle peut être **un parent, un proche, un médecin traitant.**

**Vous ne pouvez choisir qu'une seule personne.**

Elle doit avoir **accepté ce rôle.**

## Désignation de la personne de confiance

Je, soussigné(e) : ☐ Madame ☐ Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Déclare avoir reçu l'information concernant la désignation d'une personne de confiance (Article L1111-6 du code de la Santé Publique).

### ☐ Je ne souhaite pas désigner une personne de confiance.

Signature du patient :

Date : ...../...../.....

### ☐ Je souhaite désigner comme personne de confiance :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Qui est : ☐ un proche ☐ un parent ☐ mon médecin traitant

pour m'assister, être le porte-parole de mes souhaits, conformément aux informations figurant dans cette notice explicative.

Pièce à joindre si vous êtes sous mesure de protection juridique avec représentation : autorisation du juge ou du conseil de famille.

Cette désignation est **valable pendant la durée de mon hospitalisation.**

**Si je souhaite qu'elle reste valide après ma sortie d'hospitalisation, sans limite de durée,**

**je coche cette case :** ☐ (J'ai bien noté que je reste libre de changer d'avis à tout moment)

Je lui ai fait part de mes directives anticipées et de mes volontés si un jour je ne suis plus en capacité de m'exprimer :

☐ oui ☐ non

Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : ☐ oui ☐ non

Signature du patient :

Date : ...../...../.....

Je soussigné(e) : .....

Accepte d'être la personne de confiance de :

Signature de la personne de confiance :

Date : ...../...../.....

### Attestation par 2 témoins si la personne est dans l'incapacité physique d'écrire

#### Témoin 1

Je soussigné(e) : ..... Qualité (lien) : .....

J'atteste que la désignation de M/Mme ..... comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme .....

#### Témoin 2

Je soussigné(e) : ..... Qualité (lien) : .....

J'atteste que la désignation de M/Mme ..... comme personne de confiance est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de M/Mme .....

Signature du témoin 1 :

Date : ...../...../.....

Signature du témoin 2 :

Date : ...../...../.....