

# NOTICE D'INFORMATION SUR LA PERSONNE DE CONFIANCE

*En application du décret n°2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, vous devez prendre connaissance de cette notice d'information et compléter le formulaire de désignation de la personne de confiance joint au Livret*

## 1 - Quel est le rôle de la personne de confiance ?

### ☞ Accompagnement et présence

La personne de confiance peut si vous le souhaitez :

- Etre **présente à l'entretien** prévu, lors de la conclusion du contrat de prestation, pour rechercher votre consentement à être pris en charge par le service du SAAD (en présence du coordonnateur du service).

*Elle sera la seule personne de votre entourage à avoir le droit d'être présente à cet entretien.*



- Elle pourra **vous accompagner dans vos démarches** liées à votre prise en charge sociale ou médico-sociale afin de vous aider dans vos décisions.

- Elle pourra **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

La personne de confiance sera consultée par le service qui vous prend en charge au cas où vous rencontreriez des difficultés dans la connaissance et la compréhension de vos droits. Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise votre volonté. Elle n'exprimera pas ses propres souhaits mais les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage d'un membre de votre famille (quel que soit le degré de parenté) ou proche non désigné comme personne de confiance.



Par ailleurs, lors de la désignation de la personne de confiance, 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 (en cas d'hospitalisation, d'accompagnement de fin de vie...), vous devrez l'indiquer dans le formulaire de désignation.

**La personne de confiance est tenue à un devoir de confidentialité par rapport aux informations vous concernant.**

## 2 - Qui peut désigner la personne de confiance ?

---



Ce droit est ouvert à toute personne accompagnée au domicile, y compris les bénéficiaires sous sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle.

Dans ce cas, 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.

**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.**

## 3 - Qui peut être votre personne de confiance ?

---

Vous pouvez désigner toute personne majeure de votre entourage en qui vous avez confiance, par exemple un membre de votre famille, un proche, un 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. La personne doit donner son accord à cette désignation et signer le formulaire. Elle peut refuser d'être votre personne de confiance ; auquel cas, vous devrez en désigner une autre. **Vous ne pouvez désigner qu'une seule personne de confiance.**



## 4 - Quand désigner votre personne de confiance ?

---



A la signature du contrat de prestation de service, il vous sera proposé de désigner votre personne de confiance.

Si vous avez déjà désigné une personne de confiance, notamment au cours d'une hospitalisation antérieure, cette personne ne sera pas automatiquement autorisée à être votre personne de confiance durant votre prise en charge par le service. Il vous sera donc nécessaire, de procéder à une nouvelle désignation et de remplir le formulaire de désignation même s'il s'agit toujours de la même personne. **Vous pouvez la désigner quand vous le souhaitez.**

## 5 - Comment désigner votre personne de confiance ?

---

La désignation se fait par **écrit** de préférence au moyen du formulaire ci-joint.

Il est toutefois possible de le faire sur papier libre, daté et signé en précisant le nom, prénom et les coordonnées de la personne de confiance.

*La personne que vous désignez doit signer le formulaire ou le papier libre.*

## 6 - Pour quelle durée désigner votre personne de confiance ?

---

La désignation de la personne de confiance en est valable **sans limitation de durée** (sauf si vous souhaitez la nommer pour une durée limitée).



Vous pouvez changer de personne de confiance ou mettre fin à sa désignation à tout moment.

Pour ce faire, vous devez remplir le formulaire de révocation qui vous a été remis dans le livret d'accueil ou en redemander un exemplaire.

## 7 - Si vous êtes dans l'impossibilité d'écrire et de signer le formulaire de désignation ou de révocation de la personne de confiance ?

---



Si vous avez des difficultés pour écrire, vous pouvez demander à deux témoins d'attester par écrit que cette désignation (ou cette révocation) est bien conforme à votre volonté et leur demander de remplir la partie correspondante du formulaire.

## 8 - Devez-vous conserver le formulaire de désignation d'une personne de confiance ?

---

Vous devez remplir et donner le formulaire dès la signature du contrat de prestation de service.

Il vous sera remis une copie qu'il est souhaitable de conserver.

Il est également conseillé de tenir informé vos proches de cette désignation.

## FORMULAIRE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**A REMETTRE COMPLETE, DATE ET SIGNE LE JOUR DE LA SIGNATURE  
DU CONTRAT DE PRESTATION DE SERVICE**

*En application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, il vous est proposé de désigner une personne de confiance pour la durée de votre accompagnement. Pour cela, vous devez compléter cette fiche après avoir pris connaissance de la notice d'information figurant au Livret d'accueil.*

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Contrat de prestation de service signé le ...../...../..... avec le SAAD de la Vallée du Var

### **1<sup>er</sup> cas : Bénéficiaire souhaitant désigner une personne de confiance**

Je souhaite désigner comme **personne de confiance dans le cadre de mon accompagnement par le SAAD** en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

Monsieur

Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone fixe : ..... portable : .....

E-mail : .....

Je la désigne également comme **personne de confiance en cas d'hospitalisation et d'accompagnement en fin de vie** en application de l'article L.1111-6 du code de la santé publique :  Oui  Non (*cocher la mention utile*)

- 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 (*cocher la mention utile*)

- Cette personne de confiance possède un exemplaire de mes directives anticipées :

Oui  Non (*cocher la mention utile*)

Cette personne de confiance, **légalement capable** est :

Un parent, *préciser le lien de parenté* : .....

Un proche, *préciser le lien* : .....

Mon médecin traitant : Dr .....

J'ai été informé(e) que cette désignation vaut pour toute la durée de mon contrat de prestation de service.

Je peux révoquer cette désignation à tout moment et dans ce cas, je m'engage à informer par écrit le service /l'établissement à l'aide de la fiche de révocation de la personne de confiance qui m'a été remise.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

Signature de la personne de confiance :

**☞ Cas particulier : pour les bénéficiaires dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e)**

Si vous êtes dans ce cas, deux personnes peuvent attester ci-dessous que la désignation de la personne de confiance au recto est bien l'expression de votre volonté :

**Témoïn 1 :**

Je soussigné(e), Nom et prénom

.....

Qualité (*lien avec la personne*)

.....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom

.....

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : (*Nom et prénom*)

.....

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**Témoïn 2 :**

Je soussigné(e), Nom et prénom

.....

Qualité (*lien avec la personne*)

.....

Atteste que la désignation de :

Nom et prénom

.....

Comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : (*Nom et prénom*)

.....

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du témoin :

Co-signature de la personne de confiance :

**Cas particulier : pour les bénéficiaires sous tutelle**

En application de la loi n°2016-87 du 2 février 2016, les bénéficiaires sous tutelle peuvent désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille :  Oui  Non

**2<sup>ème</sup> cas : Bénéficiaire ne souhaitant pas désigner une personne de confiance**

Je reconnais avoir été informé(e) de la possibilité qui m'est offerte de désigner une personne de confiance pour la durée de mon accompagnement. Toutefois, je ne souhaite pas désigner une personne de confiance, sachant qu'à tout moment je peux procéder à une désignation.

Dans cette hypothèse, je m'engage à en informer par écrit le service.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du bénéficiaire :

**3<sup>ème</sup> cas : Bénéficiaire non en mesure de désigner une personne de confiance (état clinique incompatible)**

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du médecin traitant :

## FORMULAIRE DE REVOCATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

**A REMETTRE COMPLETE, DATE ET SIGNE AU COORDONNATEUR**

*En application de l'article L311-5-1 du code de l'action sociale et des familles, vous avez invité(e) à désigner une personne de confiance pour la durée de votre accompagnement. Si vous souhaitez changer de personne de confiance ou la révoquer, vous pouvez utiliser cette fiche de révocation figurant au livret d'accueil.*

Je soussigné(e) Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Contrat de prestation de service signé le ...../...../..... avec le SAAD de la Vallée du Var

**Met fin à la désignation de :**

Monsieur

Madame

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le ..... à .....

Qualité (*lien avec la personne*) :

.....

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : ..... professionnel .....

portable : ..... E-mail :

comme **personne de confiance dans le cadre de ma prise en charge par le service prestataire** en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles.

que par suite, cette personne cessera aussi de remplir les missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L.1111-6 du code de la santé publique (**prise en charge au titre d'une hospitalisation en Médecine ou en SSR**).

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du bénéficiaire :