



## CONTRAT DE SEJOUR

### INFORMATIONS PRÉALABLES

**L'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) « Accueil du Frère Jean » est un établissement privé géré par une Association à but non lucratif régie par la loi de 1901 et reconnue d'intérêt général.**

Le Conseil d'Administration a investi la Direction de l'établissement de la mission de gestion et de représentation.

L'Etablissement accueille des personnes, hommes ou femmes âgées d'au moins soixante ans, seules ou en couples, dans la mesure où leur prise en charge relève d'un établissement mentionné à l'article 1er, 4ème alinéa de la loi n°75.535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

A titre exceptionnel, des personnes de moins de soixante ans peuvent également y être admises sous réserve l'orientation prononcée par la COTOREP.

L'établissement accueille en priorité les personnes résidentes sur le Canton de Galan ou dans les cantons environnants.

L'établissement est habilité dans les conditions définies par le Règlement Départemental de l'Aide Sociale à recevoir les bénéficiaires de l'Aide Sociale.

Les résidents peuvent prétendre sous conditions au bénéfice d'aides au logement et/ou de l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA).

Conformément aux articles L311-4 et D311 du Code de l'Action Sociale et des Familles un contrat de séjour doit être établi entre le ou la résident(e) et l'établissement qui l'accueille.

Ce contrat a pour objet de définir la nature et le contenu de l'accompagnement de la personne accueillie et précise ses droits et obligations en sa qualité de résident(e) et l'établissement.

Ainsi, le règlement de fonctionnement est annexé au présent contrat.

Le présent document a valeur contractuelle : il y serait fait référence en cas de litige. Toutes les informations qu'il comporte, sont soumises à l'obligation de discrétion professionnelle, à laquelle est tenu tout salarié de l'établissement.

Conformément au décret n°2015 – 1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD, l'Accueil du Frère Jean inclut dans ses tarifs les prestations minimales requises (administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, animation et vie sociale) détaillées ci-après.

**L'EHPAD Accueil du Frère Jean, représenté par Monsieur Laurent LAGES, Directeur,**

D'une part,

**Et M/Mme** .....

le cas échéant, représenté(e) et/ou accompagné(e) par M/Mme

.....

- Représentant légal
- Parenté Type : .....
- Personne de confiance expressément désignée
- autres : .....

D'autre part,

**concluent un contrat de séjour**

- à durée indéterminée**
- temporaire, pour la période de séjour du .....au.....**

(L'accueil temporaire ne saurait excéder 90 jours par année civile).

Tout changement du présent contrat fera l'objet d'un avenant signé par les parties.

Durant votre séjour vous vous engagez à vous conformer aux termes du présent contrat et au règlement de fonctionnement en vigueur dans l'établissement, joint en annexe.

## **ARTICLE 1**

### **LE LOGEMENT**

L'établissement met à votre disposition une chambre meublée, espace privé :

Chambre N° ....., bâtiment....., .....étage

Au cours du séjour, le déménagement, vers une autre chambre pourra être envisagé à l'initiative d'une des parties : il sera acté par avenant au présent contrat.

Un inventaire du mobilier de cette chambre, signé par les parties, est annexé au contrat : il précisera également votre mobilier.

L'établissement s'engage à entretenir régulièrement votre chambre selon un planning établi par la Direction dans le respect des normes d'hygiène. Les réparations courantes seront à la charge de l'établissement.

Vous vous engagez à respecter les lieux sans les détériorer. Dans le cas contraire, les frais de réparation seront à votre charge ou celle de votre famille. Vous ne pouvez ni afficher ni percer les murs sans accord préalable de la Direction.

Une clé de votre chambre peut vous être remise. Pour votre sécurité, vous vous engagez à laisser libre accès à votre chambre en cas de force majeure. Ainsi, les veilleurs de nuit ont pour consigne de vous visiter, discrètement, chaque nuit, pour s'assurer de votre sécurité.

Dans l'hypothèse d'un départ définitif de l'établissement vous vous engagez à restituer la clé fournie.

Les charges d'eau et d'électricité sont comprises dans le tarif que vous acquittez au titre de l'hébergement.

## **ARTICLE 2**

### **LES PRESTATIONS**

#### **▪ Le téléphone**

Votre chambre est équipée d'un téléphone.

L'établissement, peut à votre demande et dans le cadre de son abonnement téléphonique ouvrir une ligne téléphonique privative dont l'usage vous sera exclusif. Dans ce cas, vos consommations téléphoniques seront portées sur la facture du mois à votre charge. Le taux de refacturation est arrêté par délibération annuelle du Conseil d'Administration de l'Association, affiché dans l'établissement et vous sera adressé par écrit une fois par an.

- Vous ne souhaitez pas l'ouverture d'une ligne privative
- Vous souhaitez l'ouverture d'une ligne privative

- **La télévision**

Votre chambre est équipée d'une prise TV ; Celle-ci permet l'installation de support(s) pour la réception de chaînes payantes auxquelles vous vous abonneriez.

- **Le linge**

L'établissement s'engage à vous fournir et à entretenir le linge de maison (draps, couvertures, serviettes, gants de toilettes).

L'établissement assurera l'entretien de votre linge personnel ne relevant pas d'un pressing ou de services spécialisés.

Vous vous engagez dès votre admission à ce que chacun de vos vêtements soit marqué (étiquettes cousues) à votre nom, prénom.

Vous vous engagez à renouveler régulièrement votre vestiaire.

- **L'Accès internet**

L'établissement met à la demande, un espace avec équipement connecté à Internet et équipé d'une « web-cam ».

- **La restauration**

L'établissement assure le petit déjeuner, le déjeuner, le goûter, le dîner et les collations à la demande (tisane...) : le petit déjeuner est servi en chambre. Les autres repas, sauf si l'état de santé l'interdit, sont servis en salle de restauration où vous aurez choisi votre place.

Nous nous engageons à respecter vos goûts et convictions ainsi que les régimes alimentaires prescrits sur ordonnance.

Les repas, sauf besoins spécifiques, sont servis à horaires réguliers : déjeuner à 12h00 et dîner à 19h00.

Vous vous engagez à informer la Direction si vous vous absentez pour un ou plusieurs repas.

Vous pouvez inviter les personnes de votre choix à prendre un déjeuner ou un dîner soit en salle à manger, soit dans un espace dédié : le tarif des repas « invités » est affiché dans l'établissement, à l'accueil. Pensez à nous prévenir 24 heures à l'avance.

Nous nous engageons si votre santé l'exige à vous apporter l'aide nécessaire à la prise de vos repas.

Une diététicienne est salariée par l'établissement. Elle participe à l'élaboration des menus et à leur adaptation à vos besoins.

- **La vie sociale et la préservation de l'autonomie**

D'une manière générale nous nous engageons à vous encourager dans le maintien de votre autonomie, à vous aider si nécessaire pour les actes essentiels de la vie quotidienne et à vous proposer des activités stimulant vos facultés cognitives et sensorielles.

Des animations sont régulièrement organisées dans l'établissement. En tenant compte de votre état de santé, des sorties sont organisées par l'établissement et ne donnent pas lieu à facturation supplémentaire.

L'établissement vous porte votre courrier et poste celui que vous lui confiez.

- **Les prestations facultatives (coiffeur, pédicure, esthéticienne...)**

D'autres prestations dans l'établissement vous sont proposées : coiffeur, pédicure, esthéticienne....

Si vous ne payez pas l'intervenant directement, l'établissement assure l'avance des paiements et reportera votre consommation sur votre facture mensuelle.

- **La prestation santé-soins**

Vous pouvez choisir votre médecin traitant, votre pharmacien ainsi que l'ensemble des professionnels de santé que vous souhaitez. Ces derniers devront signer le contrat de coordination avec l'établissement prévu par le décret n°2010-1731 du 30/12/2010. A défaut, vous pouvez choisir parmi une liste d'intervenants déjà signataires dudit contrat.

Votre chambre est équipée d'appel malade : par ce biais, vous pouvez solliciter les équipes soignantes pour vous aider.

L'établissement étant un substitut du domicile, les frais relatifs aux interventions des professionnels libéraux, les frais de laboratoires et de radiologies etc...restent à votre charge : vous pouvez en obtenir remboursement dans les conditions du droit commun.

L'établissement reçoit une dotation de la Sécurité Sociale pour le paiement de personnels soignants et des dispositifs médicaux. Cependant, les dispositifs médicaux non commandés par l'établissement mais par vous-même ou vos proches sont à votre charge exclusive sans remboursement possible par la Sécurité Sociale. Un médecin coordonnateur est salarié par l'établissement, à temps partiel : il exerce une activité de conseil dans l'organisation et la surveillance médicale et alimentaire.

En cas de besoin ou d'urgence, il pourra être procédé à votre hospitalisation sur avis de votre médecin et/ou du médecin coordonnateur voire de l'urgentiste.

### **ARTICLE 3**

#### **ELABORATION DU PROJET D'ACCOMPAGNEMENT INDIVIDUALISÉ (le PAI)**

Dans un délai de 6 mois maximum nous nous engageons à compléter les informations sur vos habitudes de vie et vos attentes recueillies lors de la rencontre de pré admission et à les décliner en objectifs contractualisés dans un PAI avec vous et/ou un membre de votre famille et/ou votre représentant légal. Le PAI ne saurait faire impasse sur vos dernières volontés qu'il conviendra de préciser et auxquelles nous veillerons. Un membre du personnel sera référent de ce projet. A ce titre, il veillera à son respect et reste au interlocuteur privilégié, engagé dans l'actualisation de votre PAI. N'hésitez pas à le contacter.

Le PAI fait l'objet d'une révision annuelle qui sera annexée au contrat de séjour.

### **ARTICLE 4**

#### **PARTICIPATION À L'ORGANISATION ET A LA VIE DE L'ÉTABLISSEMENT**

Votre parole sera entendue quel que soit le membre du personnel auquel vous la confiez.

Cependant vous pouvez porter une parole collective en représentant les résidents au Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou en sollicitant les représentants y siégeant : la composition du CVS est affichée dans l'établissement.

Deux boîtes à idées au rez de chaussée sont également à votre disposition, si l'écrit discret a votre faveur.

Vous pouvez également participer à la Commission menus et la Commission animation.

### **ARTICLE 5**

#### **SÉCURITÉ**

Cet article ne saurait se substituer au Règlement de Fonctionnement annexé. L'établissement s'engage à mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose pour assurer votre sécurité et celle de vos biens. L'assurance responsabilité civile est comprise dans le tarif hébergement que vous acquittez mensuellement, elle couvre les sinistres dans la limite de 10 000 euros. Il vous appartient de souscrire une assurance complémentaire vous garantissant au-delà de ce montant.

Vous avez la possibilité de déposer les sommes d'argent, les bijoux, et les moyens de paiement dans le coffre-fort de l'établissement : un registre contresigné mentionnera les dépôts et retraits.

En cas d'hospitalisation, la porte de votre chambre sera systématiquement fermée à clé.

Si vous êtes fumeur, vous veillerez à ne jamais fumer au lit et à bien éteindre les mégots.

L'usage des bougies est interdit à l'intérieur des chambres.

## ARTICLE 6

### LES DISPOSITIONS FINANCIÈRES

Au plus tard le 10 de chaque mois vous vous acquitterez de la facture du mois qui s'ouvre.

Exception faite du financement des prestations prévues à l'article 3, votre facture est égale au nombre de jours du mois multiplié par le prix de journée de l'établissement.

Le prix de journée est arrêté chaque année par Monsieur Le Président du Conseil Départemental des Hautes-Pyrénées. Il comprend d'une part, un tarif journalier hébergement et d'autre part un tarif journalier dépendance, correspondant à votre perte d'autonomie (le GIR : Groupe Iso Ressources).

Le prix de journée 2018 est le suivant :

- Hébergement : 54,04 € pour les personnes de moins de 60 ans : 69.91 €
- Dépendance : GIR 1-2 : 24,57 €  
GIR 3-4 : 15,66 €  
GIR 5-6 : 6,70 €

***Pour l'année 2018, le coût mensuel (mois de 30 jours)  
d'un hébergement permanent représente :***

	GIR 1-2	GIR 3-4	GIR 5-6
Prix de journée Hébergement	1621,20 €	1621,20 €	1621,20 €
Prix de journée Dépendance	737.10 €	469.80 €	201 €
<b>TOTAL</b>	<b>2358,30 €</b>	<b>2091 €</b>	<b>1822,20 €</b>
<b>APA*</b> (montant maximum versé directement à l'établissement par le Département si l'usager est accueilli à titre permanent et n'a pas de participation)	536.10 €	268.80 €	0 €
<b>RESTE À CHARGE</b> (auquel peut se rajouter une participation dépendance, en fonction des revenus)	<b>1822,20 €</b>	<b>1822,20 €</b>	<b>1822,20 €</b>

Pour simplifier le paiement de vos factures nous vous conseillons le prélèvement automatique.

Vous pouvez bénéficier de certaines aides sous conditions pour payer votre facture :

- l'aide au logement : fonction de vos revenus elle est octroyée par la Caisse d'Allocations Familiales ou par la Mutualité Sociale Agricole.

- l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) : fonction de votre perte d'autonomie et de vos revenus, elle est versée directement à l'établissement par le Conseil Départemental si l'usager est accueilli à titre permanent. Le tarif GIR5-6 et une éventuelle participation, fonction de vos revenus, restent à votre charge.

Si vos ressources sont insuffisantes pour acquitter les frais de séjour, vous pouvez bénéficier de l'Aide Sociale, versée par le Conseil Départemental. Dans ce cas, vous reverserez à l'établissement dès l'instruction de la demande vos pensions, retraites, rentes, aides et ressources diverses ou vous nous autoriserez à les percevoir directement.

L'établissement laissera à votre disposition l'argent de poche conformément au Règlement Départemental d'aide sociale.

**Pour l'année 2018, le coût mensuel (mois de 30 jours)  
d'un hébergement temporaire représente :**

	<b>GIR 1-2</b>	<b>GIR 3-4</b>	<b>GIR 5-6</b>
Prix de journée Hébergement	1621,20 €	1621,20 €	1621,20 €
Prix de journée Dépendance	737.10 €	469.80 €	201 €
<b>TOTAL</b>	<b>2358,30 €</b>	<b>2091 €</b>	<b>1822,20 €</b>

Dans le cas d'un hébergement temporaire, vous percevrez directement un montant d'APA, versé par le Conseil départemental sur facture et selon les montants d'APA domicile, dans la limite de 90 jours par an.

Les absences

Vous devez informer le Secrétariat ou le personnel infirmier de l'établissement de toute absence même de quelques heures.

Absences pour convenance personnelle de moins de 72 heures

Pour une absence de 72 heures au maximum et dans la limite de 30 jours maximum dans l'année civile, le tarif journalier (hébergement + dépendance) est facturé.

Absences pour convenance personnelle de plus de 72 heures

Pour une absence de plus de 72 heures et dans la limite de 30 jours maximum dans l'année civile, le tarif journalier (hébergement + dépendance) est minoré du forfait hospitalier dû en hospitalisation.

Absences en cas d'hospitalisation

Pour une absence de plus de 72 heures et dans la limite de 30 jours maximum dans l'année civile, le tarif journalier (hébergement + dépendance) est minoré du forfait hospitalier dû en hospitalisation.

Au-delà de 30 jours d'absence, sauf dérogation, la prise en charge par l'aide sociale et l'APA sont suspendues et le tarif plein vous est appliqué.

Dans cette hypothèse, si votre absence se prolongeait, pour ne pas facturer des frais de séjour nous vous solliciterons pour que votre chambre soit mise à disposition pour accueillir des personnes en hébergement temporaire.

## **ARTICLE 7**

### **RÉSILIATION DU CONTRAT**

Elle est possible tant à votre initiative que celle de l'établissement.

Vous pouvez mettre fin à votre contrat par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception adressée à la Direction. Vous devrez respecter un préavis de 1 mois. Si ce délai n'est pas respecté le prix de journée sera facturé dans la limite maximum de 30 jours tant que le logement reste inoccupé.

Si votre conduite devenait incompatible avec la vie en collectivité de l'Accueil du Frère Jean ou attentait de manière délibérée à votre sécurité, en qualité de Directeur, j'engagerai une procédure de résiliation. Dans ce cadre, je solliciterai l'avis du Conseil de la Vie Sociale et vous remettrais ma décision en main propre dont j'adresserais une copie en lettre recommandée à votre représentant légal éventuel ou votre personne de confiance.

En cas de décès le contrat est rompu de fait. Les frais de séjour ne peuvent plus être exigés à compter de la libération de la chambre qui doit intervenir dans le délai de 7 jours maximum après le décès. Il sera éventuellement reversé le trop-perçu aux ayant droits, au prorata du nombre de journée comprises entre la date de libération de la chambre et celle correspondante au terme du paiement perçu.

Quelque soit le motif de résiliation (sorties, décès) à l'issue de délai de préavis, les meubles et effets seront inventoriés par le Directeur de l'établissement en présence de deux membres du Conseil de la Vie Sociale. Les objets de valeurs et sommes d'argent seront placées dans le coffre de l'établissement. Les meubles et effets seront entreposés dans un local réservé à cet usage. Au terme d'un an l'établissement saisit la Caisse des dépôts et consignations (pour les sommes d'argent et/ou valeurs mobilières) et/ou l'administration des Domaines (pour les biens mobiliers). Il informe les ayants droits de cette saisie. A l'expiration d'un nouveau délai de 6 mois, les sommes ou objets sont remis respectivement à ces institutions.

## **ARTICLE 8**

### **MÉDIATION**

En cas de litige ou de contentieux, l'établissement, les résidents ou son représentant légal et si nécessaire la famille ou la personne de confiance, s'efforceront de trouver une solution amiable. En cas d'échec, les faits seront portés à la connaissance du Conseil de la Vie Sociale pour avis.

De plus, conformément à l'article L311-5 du Code de l'action sociale et des familles « toute personne (...) peut faire appel en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil Général (...) »

Cette liste est annexée au présent contrat.

## **ARTICLE 9**

### **DISPOSITIONS PARTICULIÈRES**

Votre signature du présent contrat vaut autorisation d'accès même en votre absence dans votre chambre au personnel de l'établissement pour le ménage, le retrait du linge sale et le dépôt du linge propre et pour toute réparation des équipements nécessaires à votre hébergement et votre accompagnement.

Le personnel pourra également entrer dans votre espace privé en cas d'urgence liée à la sécurité des biens et des personnes.

L'établissement dispose d'un système informatique destiné à gérer le fichier des résidents dans le strict respect du secret médical. Conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés (loin n°78-17 du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant.

## **ARTICLE 10**

### **DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE**

La notice d'information et ces annexes relative à la désignation de la personne de confiance ont été remises avec le dossier de demande. Elles ont fait l'objet d'une présentation lors de la visite de pré-admission.

Cette notice, ces annexes et l'attestation de remise sont jointes au présent contrat.

## **ARTICLE 11**

### **LIBERTE D'ALLER ET VENIR ET MESURES INDIVIDUELLES**

Conformément à l'article L 311 – 4 -1 du code de l'action sociale et des familles (décret n°2016 – 1743 du 15 décembre 2016), l'EHPAD a la possibilité de joindre une annexe au contrat de séjour. Cette annexe peut être conclue dès lors que des mesures individuelles visant à assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et à promouvoir l'exercice de sa liberté d'aller et de venir, sont prises par l'établissement.

Cette annexe intervient au regard des responsabilités de l'établissement vis-à-vis du résident.

L'opportunité de joindre une annexe au contrat de séjour est décidée par le médecin coordonnateur ou à défaut le médecin traitant du résident. Elle n'intervient que dans le cadre d'une évaluation pluridisciplinaire de l'équipe qui s'appuie sur les données de l'examen médical du résident pour identifier les besoins du résident et après analyse des risques et des bénéfices de ces mesures.

L'annexe est signée lors d'un entretien :

- entre le résident et le cas échéant de la personne chargée de sa protection juridique ou de la personne de confiance,
- et le directeur de l'établissement, ou son représentant.

Elle peut être révisable à tout moment selon les modalités précisées dans l'annexe.

Fait à Galan le,

Je certifie avoir reçu le livret d'accueil de l'établissement, avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et du présent contrat de séjour dont un original de chaque m'a été remis.

Signature du Directeur

Signature du ou de la résidente  
précédée de « Lu et approuvé »

Laurent LAGES

M-Mme.....

Signature de la personne présente

Nom, Prénom : .....

Qualité : .....

## 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 :**
  - Annexe 1 : Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique ;
  - Annexe 2 : Formulaire de désignation de la personne de confiance ;
  - Annexe 3 : Formulaire de révocation de la personne de confiance ;
  - Annexe 4 : Formulaires 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 5 : 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.

Les missions de cette personne de confiance sont rappelées dans l'annexe 1.

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 3).

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 4, 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

### **Rappel des principales missions de la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique**

Dans le cadre d'une prise en charge par le système de santé (par exemple, en cas d'hospitalisation), la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique peut exercer les missions suivantes.

- Lorsque vous pouvez exprimer votre volonté, elle a une mission d'accompagnement. La personne de confiance peut si vous le souhaitez :
  - vous soutenir dans votre cheminement personnel et vous aider dans vos décisions concernant votre santé ;
  - assister aux consultations ou aux entretiens médicaux : elle vous assiste mais ne vous remplace pas ;
  - prendre connaissance d'éléments de votre dossier médical en votre présence : elle n'aura pas accès à l'information en dehors de votre présence et ne devra pas divulguer des informations sans votre accord.

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.

Enfin, en l'absence de directives anticipées, le médecin a l'obligation de consulter votre personne de confiance dans le cas où vous seriez hors d'état d'exprimer votre volonté afin de connaître vos souhaits relatifs à la fin de vie. A défaut de personne de confiance, un membre de votre famille ou un proche serait consulté.

Elle sera votre porte-parole pour refléter de façon précise et fidèle vos souhaits et votre volonté, par exemple sur la poursuite, la limitation ou l'arrêt de traitement.

Elle n'exprime pas ses propres souhaits mais rapporte les vôtres. Son témoignage l'emportera sur tout autre témoignage (membres de la famille, proches...).

Si vous avez rédigé vos directives anticipées, elle les transmettra au médecin qui vous suit si vous les lui avez confiées ou bien elle indiquera où vous les avez rangées ou qui les détient.

La personne de confiance peut faire le lien avec votre famille ou vos proches mais en cas de contestation, s'ils ne sont pas d'accord avec vos volontés, son témoignage l'emportera.

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, sous réserve de vos directives anticipées, et la décision sera prise après avis d'un autre médecin et concertation avec l'équipe soignante.

Nota : Dans le cas très particulier où une recherche biomédicale est envisagée dans les conditions prévues par la loi, si vous n'êtes pas en mesure de vous exprimer, l'autorisation de votre personne de confiance sera en revanche requise.

## Annexe 2

### **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 :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**désigne**

Nom et prénom :

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 :

Cosignature 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 :

Cosignature de la personne de confiance :

### Annexe 3

#### **Formulaire de révocation 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 :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**met fin à la désignation de**

Nom et prénom :

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) :

Adresse :

Téléphone fixe professionnel portable

E-mail :

**comme personne de confiance mentionnée à 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.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

## Annexe 4

### Formulaires à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) le formulaire de désignation 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.

#### 1. Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance

<p><u>Témoin 1 :</u> <b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p><b>atteste que la désignation de</b> Nom et prénom :</p> <p><b>comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</b> Nom et prénom :</p> <p>Fait à : le :</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p> <p style="text-align: center;"><u>Partie facultative</u></p> <p><b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom :</p> <p><b>atteste également que :</b> Nom et prénom : <input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle 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</p>	<p><u>Témoin 2 :</u> <b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p><b>atteste que la désignation de</b> Nom et prénom :</p> <p><b>comme personne de confiance en application de l'article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de :</b> Nom et prénom :</p> <p>Fait à : le :</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p> <p style="text-align: center;"><u>Partie facultative</u></p> <p><b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom :</p> <p><b>atteste également que :</b> Nom et prénom : <input type="checkbox"/> a également indiqué expressément qu'elle 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</p>
---	---

<p>code : <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>	<p>code : <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a fait part de ses volontés et de ses directives anticipées si un jour elle n'est plus en état de s'exprimer : <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p> <p>Cosignature de la personne de confiance :</p>
---	---

## 2. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p><u>Témoin 1 :</u></p> <p><b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p><b>atteste que :</b> Nom et prénom :</p> <p><b>a mis fin à la désignation de</b> Nom et prénom :</p> <p><b>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</b></p> <p><b>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, 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.</b></p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p><u>Témoin 2 :</u></p> <p><b>Je soussigné(e)</b> Nom et prénom : Qualité (lien avec la personne) :</p> <p><b>atteste que :</b> Nom et prénom :</p> <p><b>a mis fin à la désignation de</b> Nom et prénom :</p> <p><b>Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</b></p> <p><b>Que, par suite, dans le cas où elle lui avait confié ces missions, 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.</b></p> <p>Fait à</p> <p>le</p> <p>Signature du témoin :</p>
--	--

## Annexe 5

### Attestation relative à l'information sur la personne de confiance

**Je soussigné(e)**

Nom et prénom :

Fonctions dans l'établissement :

**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 à :**

Nom et prénom :

Né(e) le à

Attestation signée à \_\_\_\_\_, le

Signature du directeur ou de son représentant :

Cosignature de la personne accueillie :