

# Désigner une personne de confiance

**À remplir par vos soins et à remettre  
dans votre service d'hospitalisation.**

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - AP-HP - est un centre hospitalier universitaire à dimension européenne mondialement reconnu.

Ses hôpitaux accueillent chaque année 8 millions de personnes malades : en consultation, en urgence, lors d'hospitalisations programmées ou en hospitalisation à domicile. Elle assure un service public de santé pour tous, 24h/24 et c'est pour elle à la fois un devoir et une fierté.

L'AP-HP est le premier employeur d'Île-de-France : 100 000 personnes - médecins, chercheurs, paramédicaux, personnels administratifs et ouvriers - y travaillent.

## Les données personnelles informatisées relatives à la personne de confiance

Les données à caractère personnel concernant votre personne de confiance (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, email, lien) sont traitées par les logiciels informatiques de l'AP-HP. Ces données sont utiles notamment à la prise en charge du patient et seront conservées pendant la durée légale de conservation du dossier médical. Les traitements de ces informations respectent les dispositions de la Loi informatique & Libertés\* et ont fait l'objet de formalités préalables auprès de la CNIL.

Votre personne de confiance dispose d'un droit d'accès aux informations la concernant, afin d'en vérifier l'exactitude et, le cas échéant, de les faire rectifier, compléter, mettre à jour ou effacer lorsqu'elles s'avèrent inexactes, incomplètes, périmées, en s'adressant au directeur de l'hôpital ou à la personne désignée par lui à cet effet.

Elle peut également, et sous réserve de motifs légitimes, s'opposer à ce que les données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement.

*\*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés*



ACCOMPAGNER

# Être assisté-e d'une personne de confiance

# Vous êtes hospitalisé-e ou vous allez l'être

Lors de votre hospitalisation, il vous est proposé de désigner une **personne de confiance**. Vous pouvez la choisir librement dans votre entourage (parent, proche, médecin traitant) pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre.

## Cette désignation est utile

- Cette personne de confiance pourra, si vous le souhaitez, assister aux entretiens médicaux et vous aider à formuler vos souhaits.
- Votre état de santé ne vous permettra peut-être pas toujours, pendant la durée de votre hospitalisation, de faire connaître aux personnes qui vous soignent votre avis ou les décisions que vous souhaitez prendre pour vos soins.
  - Si vous ne pouvez les exprimer, cette personne de confiance sera consultée par l'équipe hospitalière. Elle sera votre porte-parole pour refléter votre volonté concernant vos soins. Son témoignage prévaudra sur tous les autres.
  - Elle sera consultée par les médecins avant toute intervention ou investigation, sauf urgence.
- Si vous avez rédigé des directives anticipées relatives à votre fin de vie exprimant votre volonté pour la poursuite, la limitation, l'arrêt ou le refus du traitement, vous pouvez les confier à votre personne de confiance. N'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant.
- Si vous n'avez pas rédigé de directives anticipées, le médecin recueillera auprès de votre personne de confiance, le témoignage de votre volonté concernant votre fin de vie.

Pour en savoir plus sur la loi «Claeys Leonetti» du 2 février 2016, retrouvez les documents élaborés par l'AP-HP sur le site : <http://www.aphp.fr/findevie>

# Désigner une personne de confiance

- n'est pas une obligation
- doit être une décision bien réfléchie, sans précipitation. Prenez le temps d'en parler avec votre médecin traitant
- se fait par écrit, par exemple à l'aide du formulaire ci-contre
- peut être annulé à tout moment, par écrit de préférence
- est valable pour la durée de l'hospitalisation, et pour plus longtemps si vous le souhaitez
- est possible aussi, si vous êtes sous tutelle, avec l'accord du juge des tutelles ou du conseil de famille.

Vous pouvez à tout moment choisir de désigner une autre personne de confiance.

## À noter

La personne que vous choisissez doit accepter cette désignation et signer le formulaire.

Toutes les décisions que vous prendrez à ce sujet figureront dans votre dossier médical.

Vous serez libre de décider que certaines informations que vous jugerez confidentielles ne devront pas être données par l'équipe hospitalière à votre personne de confiance : vous devrez alors l'indiquer précisément.



Formulaire à remplir par vos soins et à remettre dans votre service d'hospitalisation

## Je, soussigné-e

nom.....  
prénom.....  
adresse.....  
date de naissance / \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ /

désigne M., Mme, (nom, prénom, adresse, tél., email)

Votre lien avec la personne de confiance (parent, proche, médecin traitant)

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

- pour la durée de mon hospitalisation à l'hôpital.....
- pour la durée de mon hospitalisation et ultérieurement

## J'ai bien noté que M., Mme

- pourra, à ma demande, m'accompagner dans mes démarches à l'hôpital et assister aux entretiens médicaux, ceci afin de m'aider dans mes décisions ;
- 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 cas d'urgence ou impossibilité de le (la) joindre, aucune intervention ou investigation ne pourra être réalisée sans cette consultation préalable.
- ne recevra pas d'informations que je juge confidentielles et que j'aurais indiquées au médecin.

## Je peux modifier ou mettre fin à cette désignation à tout moment

Signature de la personne désignée

Fait à .....  
le .....  
Signature

Pièce à joindre si vous êtes sous tutelle : autorisation du juge ou du conseil de famille

Un double de ce document est conservé par le patient