



**EHPAD DU PAYS
DE BELMONT**

45 Place des Rameaux 42670 BELMONT DE LA LOIRE

Site de Belmont de la Loire : Tél. : 04 77 63 61 11 - Fax : 04 77 63 72 67 - Site de la Gresle : Tél. : 04 74 64 10 26 - Fax : 04 74 64 48 81

SSIAD : Tél. : 04 77 63 80 40 / COURRIEL : contact@ehpadblg.fr

LIVRET D'ACCUEIL



Bienvenue à la Résidence L'Oasis

125 Rue Benoit Brosse

42460 LA GRESLE

Téléphone : 04.74.64.10.26

Télécopie : 04.74.64.48.81

Courriel : contact@ehpadblg.fr

Madame, Monsieur,

Ce livret¹ a été réalisé à votre attention pour vous aider à mieux connaître votre nouveau lieu de vie, **La résidence L'Oasis** de La Gresle, associée en direction commune avec le Centre Hospitalier de Roanne.

L'EHPAD s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité pérenne et active. N'hésitez donc pas à nous interpeler en cas de difficultés ou d'idées nouvelles qui seront étudiées.

L'ensemble des équipes, soignantes, administratives et logistiques sont à votre disposition et écoute.

Nous vous souhaitons de passer d'agréables moments avec nous.

¹ Ce document a été élaboré conformément au Code de l'action sociale et des familles et à la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Plus précisément, son contenu reprend les dispositions de la circulaire n°138 DGAS du 24 mars 2004 relative à la mise en place du livret d'accueil prévu à l'article L. 311-4 du CASF.

Il a reçu l'avis favorable des Conseil de la vie sociale et Comité technique d'établissement en date du 26 avril 2016 et a été adopté par le Conseil d'administration en sa séance du 26 avril 2016.

SOMMAIRE



PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

P.4

SEJOUR ET VIE PRATIQUE

P.5 A 8

- La capacité d'accueil
- L'organisation de l'accueil et du secrétariat
- Les lieux collectifs au niveau de la résidence Ste Anne
- Votre chambre
- Le jardin
- La cuisine et son organisation
- La lingerie et son organisation
- Le salon de coiffure

SEJOUR ET SANTE

P.9 A 12

- Le cadre de santé
- Le médecin coordonnateur
- Le personnel médical
- Le personnel paramédical
- L'hygiène au sein de l'établissement
- L'établissement collabore avec les équipes mobiles du CH de Roanne
- Le projet d'accompagnement personnalisé
- Les référents soignants
- La présentation des instances au sein de l'établissement
- La désignation de la personne de confiance

SEJOUR ET VIE SOCIALE

P.13 A 14

- L'animation
- Services, activités à La Gresle

ANNEXES

P 15 A 26

- Annexe 1 : le dispositif « sortir plus »
- Annexe 2 : La Personne de confiance
- Annexe 3 : Les Directives anticipées
- Annexe 4 : Information sur le CVS

Présentation de l'établissement



L'EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes) du Pays de Belmont est né de la fusion de la résidence l'OASIS située sur la commune de La Gresle (42460) et de la résidence Sainte Anne située sur la commune de Belmont-de-la-Loire (42670) au 1^{er} janvier 2013.

La Gresle : est une commune de 830 habitants, située aux confins de la Loire et du Rhône.
A 18 kms de Charlieu (42), 25 kms de Roanne (42), 74 kms de Lyon (69), 7,5 kms de Cours la Ville (69) et 6,5 kms de Bourg de Thizy (69)
Liaison Roanne – La Gresle par le bus

L'EHPAD jouit d'un cadre verdoyant et calme à deux pas du centre-ville et des commerces : épicerie, bibliothèque, coiffeur, agence postale

Belmont de la Loire : est une commune de 1551 habitants, chef-lieu de canton, situé aux confins de la Loire, de la Saône et Loire et du Rhône.

A 18 kms de Charlieu (42), 40 kms de Roanne (42), 6 kms de Chauffailles (71), 80 kms de Lyon (69) et 11 kms de Cours la Ville (69).
Liaison Roanne – Chauffailles par le bus et gare SNCF la plus proche à Chauffailles (6 kms)

Séjour et vie pratique

La capacité d'accueil :

L'EHPAD du Pays de Belmont dispose de 125 lits répartis comme suit :

- **40 lits** sur la résidence l'Oasis (La Gresle)
- 85 lits à la résidence Ste Anne (Belmont-de-la-Loire) dont 13 lits en CANTOU (unité de vie sécurisée).

L'organisation de l'accueil et du secrétariat :



Le secrétariat est ouvert de 08h30 et 16h30 du mardi au vendredi.

Trois agents travaillent au secrétariat :

- Mme BOUSSAND Christine – Gestion financière
- Mme DE PAULI Anne-Laurence – Gestion administrative des Résidents
- Mme DUIVON Maud – Gestion des Ressources humaines

Mme DE PAULI est votre référent administratif. Vous pouvez la rencontrer lors de sa présence ou en prenant rendez-vous.

Les agents ne sont pas présents tous les jours car ils effectuent les permanences au secrétariat de la Résidence Sainte Anne.

Les lieux collectifs au sein de la résidence L'Oasis :

Au Rez-de-chaussée : Accueil, coin informations-détente, infirmerie, salle polyvalente dont espace pour atelier culinaire, salle à manger (20 places), salle d'animation, 3 salons (2 espaces TV et 1 espace musique), jardin avec terrasse.



Au 1^{er} étage : salon, salle à manger (20 places), espace détente



Votre chambre (domicile du résident) :



L'établissement dispose de 40 Chambres simples dont 4 communicantes, possédant cabinet de toilette avec lavabo, et douche.



Pour votre sécurité, un système d'appel malade vous garantit un contact constant avec le personnel soignant.

Vous avez la possibilité de personnaliser votre chambre, faire installer un téléviseur ou du mobilier personnel avec l'accord de l'agent de maintenance en vous adressant au secrétariat.

Les équipements disponibles sur demande au secrétariat :

- Téléphone
- Accès internet gratuit
- Possibilité d'abonnement canal + à la charge du résident

Les lieux collectifs sont strictement **non-fumeurs**. . Il est formellement déconseillé de fumer dans les chambres, voire interdit si ces dernières sont équipées d'oxygène.

L'établissement n'est pas habilité à garder les objets de valeurs personnels. Renseignez-vous au secrétariat pour un dépôt à l'extérieur.

Présence d'un agent de maintenance : Tous les jours ouvrés de 8h30 à 17h sauf mercredi après-midi

Samuel Lornage

Le jardin :

Ouvert à tous.

Un lieu agréable entretenu par des résidents volontaires.



La cuisine centrale à Belmont :

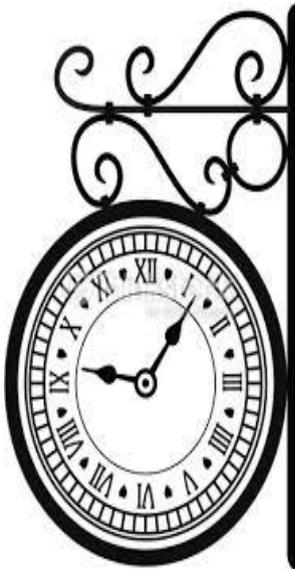


Le service Cuisine fonctionne de 6h30 à 15h45 tous les jours. Des cuisiniers de métier préparent les repas sur la résidence Sainte Anne en utilisant un maximum des produits frais et livre tous les jours à 10h30.

Les mets proposés sont validés par la diététicienne.

Les repas sont servis par les équipes soignantes.

Les horaires des repas :



- Le petit-déjeuner est servi à partir de 07h00 en chambre
- Le déjeuner est servi :
 - A 11h45 dans la salle à manger du rez-de-chaussée
 - A 12h dans la salle à manger de l'étage
- Une collation est servie à partir de 15h
- Le diner est servi :
 - à 18h30 dans la salle à manger du rez-de-chaussée
 - à 18h45 dans la salle à manger de l'étage

Vos proches peuvent déjeuner avec vous. L'inscription se fait auprès du secrétariat ou du service soignant au moins trois jours à l'avance. Le prix du repas est de 10.00 €. Il sera facturé sur votre facture des frais de séjour.



Une commission restauration se déroule 3 fois /an pendant laquelle vos remarques et suggestions sont prises en compte. Vous pouvez y assister si vous le souhaitez. Un affichage face aux salles à manger vous informe de la date de la réunion.

La lingerie commune sur Belmont :



Le service LINGERIE fonctionne de 7h30 à 15 h du lundi au vendredi. Le linge est acheminé 3 fois/semaine sur la résidence l'OASIS.

La lingerie se trouve sur le site de la Résidence SAINTE ANNE.

La responsable lingerie, Nicole Guillemet, est présente 1 fois/mois sur le site de la résidence l'OASIS.

Le linge est collecté tous les jours par le personnel soignant et redistribué trois fois par semaine. Les lingères effectuent le marquage du linge du résident à l'entrée et en cours de séjour, les retouches couture.

Le salon de coiffure :

Un salon de coiffure est à votre disposition au 1^{er} étage. Deux coiffeurs peuvent intervenir régulièrement. Votre coiffeur habituel peut intervenir à la résidence. Vous pouvez vous inscrire auprès des soignants. Les prix des prestations sont affichés au salon de coiffure.



Séjour et Santé

LA RESIDENCE DE LA GRESLE EST UN LIEU DE VIE OU VOUS POURREZ BENEFICIER D'UN ACCOMPAGNEMENT GRÂCE A LA PRESENCE D'UNE EQUIPE SOIGNANTE JOUR ET NUIT
EN CAS DE PROBLEME MEDICAL LE MEDECIN TRAITANT OU LE MEDECIN DE GARDE EST
CONTACTE

Cadre de santé : Mme Sophie DESAYE

- Présente sur le site : Jeudi

Médecin coordonnateur :

Personnel médical :

- Un pharmacien (les mardis, et vendredis si besoin)
- Des médecins traitants libéraux

Personnel paramédical :

- Un médecin coordonnateur
- Un cadre de santé
- Une infirmière référente
- Des infirmières assurant la continuité des soins 7j/7 de 6h30 à 21h
- Des aides-soignantes et aides médico-psychologique présents 7j/7 et 24h/24
- Des agents de service hospitalier présents par équipe 7j/7 et 24h/24
- Une psychologue (le vendredi matin et une fois par mois le jeudi toute la journée)
- Un professeur d'activités physiques adaptées (le mercredi et le vendredi après-midi)
- Une diététicienne
- Deux kinésithérapeutes libéraux (1 présent les lundis, mardis, jeudis et vendredis)

- **L'hygiène au sein de l'établissement :**

L'EHPAD est un lieu de vie collectif. La proximité entre les résidents et les soignants implique qu'il existe un risque infectieux. Il est indispensable que vous pensiez régulièrement à vous laver les mains soit avec du savon soit avec la solution hydroalcoolique mis à disposition dans l'établissement.

En période d'épidémie, telle que la grippe par exemple, certaines mesures peuvent être mises en place par l'établissement : suspension des activités de groupe, repas en chambre, demande aux visiteurs de différer leur venu... Ceci pour le bien de tous les résidents.

L'établissement collabore avec des équipes mobiles de l'hôpital de Roanne :

- L'équipe mobile d'hygiène pour ses formations et ses conseils
- L'équipe mobile de gériatrie pour ses interventions ponctuelles
- L'équipe mobile de géronto-psychiatrie pour un suivi
- L'équipe mobile de soins palliatifs pour accompagner le résident, sa famille, ainsi que l'équipe soignante

Le projet d'accompagnement personnalisé :

Afin d'améliorer l'accompagnement qui vous est proposé et de répondre au plus près à vos besoins et souhaits, votre projet d'accompagnement personnalisé est élaboré en équipe pluridisciplinaire durant les premiers mois suivant votre entrée. Vous êtes invité à collaborer à sa construction . Il peut être évalué à votre demande et en fonction de l'évolution de vos besoins.

La bienveillance constitue une valeur fondatrice du projet d'accompagnement mené par les professionnels.

La Charte des personnes âgées dépendantes accueillies en EHPAD est affichée dans différents lieux de l'établissement.

Nous sommes à votre disposition pour la lecture de ces documents.

Les référents soignants :

Pour faciliter la mise en œuvre de ce projet, vous avez deux référents soignants, qui sont vos interlocuteurs privilégiés et coordonnent l'amélioration de la transmission d'informations autour de votre situation.

Présentation des instances au sein de l'établissement :



➤ **LE CONSEIL D'ADMINISTRATION de l'EHPAD DU PAYS DE BELMONT :**

○ **Sa constitution :**

Le Conseil d'administration est constitué de 18 administrateurs et présidé en alternance par les maires des communes de Belmont de la Loire et de La Gresle

○ **Son rôle :**

Son rôle est d'assurer la bonne marche de l'établissement en garantissant :

- ✓ Le respect du projet d'établissement autour de l'accompagnement des Résidents,
- ✓ Le libre choix et l'expression de la citoyenneté de l'utilisateur en institution,
- ✓ L'équilibre budgétaire et financier,
- ✓ La représentation de l'établissement auprès des instances publiques.

Organe délibérant, le Conseil d'administration se réunit régulièrement pour informer, débattre et acter les décisions à partir des éléments présentés par la direction pour mener des projets et développer des actions au profit des Résidents.

➤ **LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE (CVS) : faire entendre sa voix.**

○ **Sa constitution :**

Le Conseil de la vie sociale est composé de représentants :

- ✓ Des résidents
- ✓ Des familles
- ✓ Du personnel

Ils sont élus tous les trois ans. Le président du CVS est élu parmi les membres des représentants des résidents.

La durée des mandats des membres du CVS est d'un an au minimum et de trois ans au maximum.

Les coordonnées du président et du représentant des familles sont affichées dans l'espace Familles au rez-de-chaussée.

Il se réunit trois fois par an.

○ **Son rôle :**

Le Conseil de vie sociale est un lieu d'échange et d'expression. Il donne son avis et émet des propositions sur toutes les questions intéressant le fonctionnement de l'établissement. Il est également un lieu d'écoute très important ayant notamment pour vocation de favoriser la participation des résidents.

La désignation de la personne de confiance et les directives anticipées :



LA PERSONNE DE CONFIANCE (Cf. annexe 2)

Vous pouvez désigner, si vous le souhaitez, une personne de confiance parmi votre famille, vos amis ou même votre médecin traitant.

La désignation de personne de confiance se fait par écrit sur papier libre ou en utilisant un imprimé à disposition auprès du Médecin Coordonnateur ou du Cadre de santé.

La personne de confiance vous :

- **Accompagne** dans les démarches médicales,
- **Assiste** aux entretiens médicaux pour aider à la décision,
- **Peut être présente** lors de consultation médicale,
- **Accompagne** lors de la consultation du dossier médical.

Vous pouvez interrompre lorsque vous le voulez ce dispositif.

LES DIRECTIVES ANTICIPEES (Cf. annexe 3)

Les directives anticipées sont des instructions écrites d'ordre médical que vous donnez par avance pour le cas où vous seriez dans l'incapacité d'exprimer votre volonté. Vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits sur la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements alors en cours.

Si vous avez rédigé des directives anticipées, le médecin doit en tenir compte dans la mesure où elles témoignent de votre volonté alors que vous étiez encore apte à l'exprimer. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale. Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de votre personne de confiance.

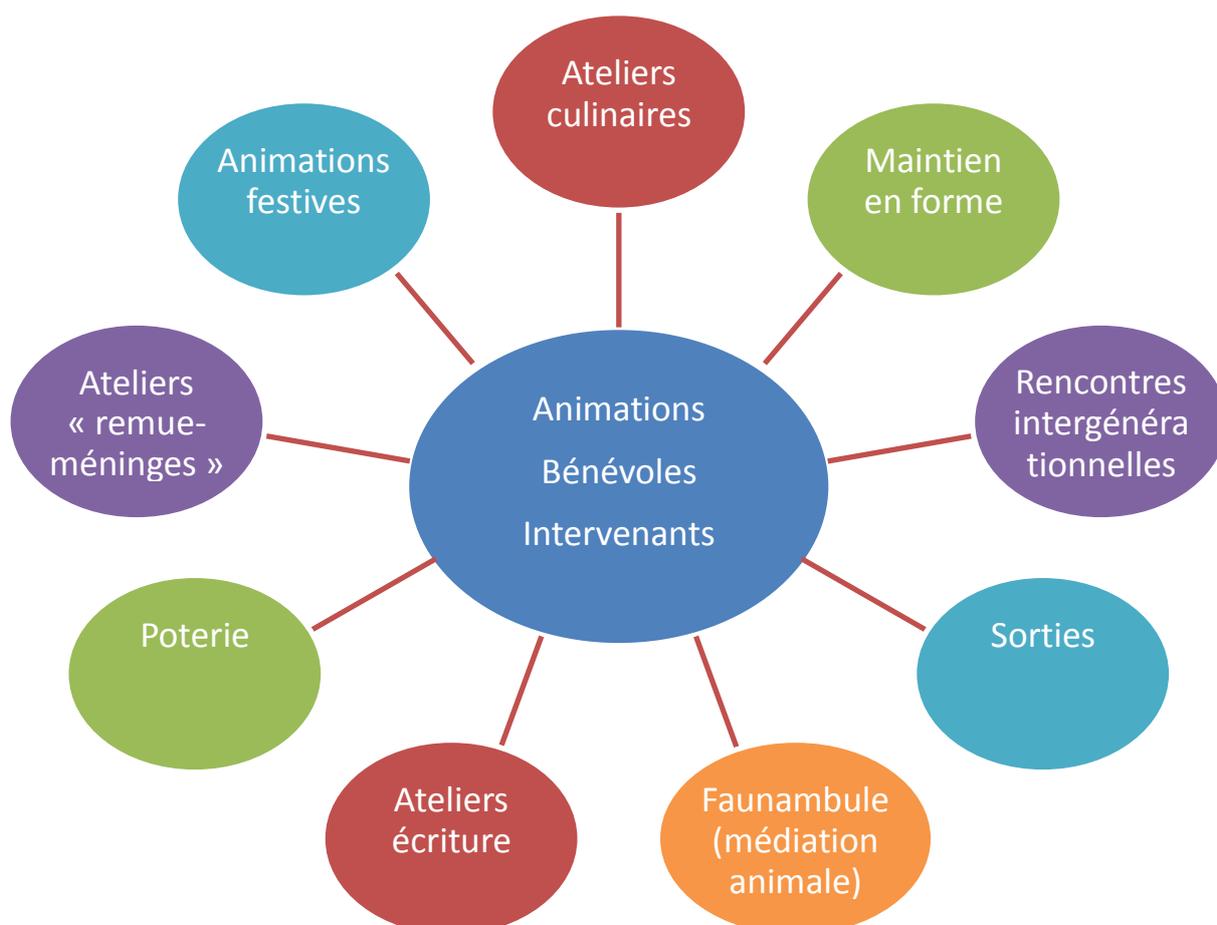
Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin, qui reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales. Vous pouvez en discuter avec le Médecin coordonnateur ou le Cadre de santé de l'établissement.

Séjour et vie sociale

Horaires de visites : 11H – 20H30 tous les jours

L'animation :

Du lundi au Vendredi diverses activités sont proposées, en lien avec les projets de vie des résidents.



L'équipe d'animation reste à votre écoute pour toute demande. N'hésitez pas à venir nous rencontrer.

Services, activités à La Gresle :

LA GRESLE : 830 habitants, altitude 522m, superficie 1475 ha

Mairie : 04-74-64-10-60 du mardi au samedi de 10h à 12h et le mardi 14h à 16h

Agence postale : 04-74-13-07-03 du lundi au vendredi de 10h30 à 12h30

Bibliothèque : mardi et vendredi de 16h30 à 18h30, le 1^{er} et 3^{ème} samedi de 10h30 à 12h.

Panier Greslois : alimentation générale 04-47-63-58-72 ouvert tous les jours de 7h30 à 12h30 et de 15h30 à 19h30. Fermé le dimanche après-midi.

Café-Presse : 04-74-64-46-51 ouvert tous les jours de 7h30 à 20h30, fermé le dimanche après-midi

Café restaurant « bistrot de pays : le Petit Grellis » 04-74-05-81-32. Proposition de menus ouvriers du lundi au vendredi 13€. Sur réservation 48h à l'avance menus de 14 à 22€.

Design Color's : salon de coiffure homme-femme-junior 04-74-64-09-72

Lundi, mardi, jeudi de 8h30 à 12h et de 14h à 18h30, vendredi 8h30-18h30, samedi 8h-13h.

Gîte : Murard Isabelle et Max Tél. : 04-74-64-14-52.

Aire de Loisirs de l'étang du château avec terrain de boules, tables de pique-nique et jeux pour enfants.

Annexe 1

Pour information : Le dispositif « Sortir Plus »

Principe

- Il facilite les déplacements des personnes âgées, sous forme de chèques permettant de payer l'accompagnement par un professionnel agréé, et éventuellement l'utilisation d'un moyen de transport.
- Ces sorties peuvent être d'ordre utilitaire (visite chez un médecin, courses, démarches administratives, coiffeur), mais aussi de loisirs (promenade, spectacles, visite à des amis, des proches), afin de favoriser le maintien d'une vie sociale.
- Différents financeurs (caisses de retraite de base ou complémentaires, collectivités locales, CCAS, mutuelles, etc.) proposent le dispositif. **Les conditions d'attribution et le montant des chèques peuvent varier selon les départements et les financeurs.**

Conditions d'obtention

- Percevoir une retraite complémentaire d'une caisse Arrco (non cadres) ou Agirc (cadres)
- Être âgé de 80 ans et plus.

Montant de l'aide

- Trois carnets de chèques d'une valeur de 150 € peuvent être obtenus chaque année (soit 450€ au total sur l'année).
- Une petite participation financière vous sera demandée (15 € pour le premier chéquier, 20€ pour le second, 30 € pour le troisième).
- **Pour plus d'informations**, adressez-vous à votre caisse de retraite complémentaire principale ou téléphonez au 0810433624

Le Cadre de santé, est disponible pour tout renseignement complémentaire sur le dispositif « sortir plus ».



Annexe 2

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-social¹ 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.

¹ Etablissement ou service social ou médico-social mentionné au [1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](#), lorsqu'il prend en charge des personnes majeures.

- 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 santé², 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 révocabation 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.

² En application de l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#).

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 d'une 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.

NB : 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.

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

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

Formulaire à destination des témoins en cas d'impossibilité physique d'écrire seul(e) les formulaires de désignation et de révocation de la personne de confiance

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.

<p>Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance Témoin 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____ atteste que la désignation de : Nom et prénom : _____</p> <p>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 : Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____, le _____ Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____ atteste également que : Nom et prénom : _____</p> <p>- 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 code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p>	<p>Témoin 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____ atteste que la désignation de : Nom et prénom : _____</p> <p>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 : Nom et prénom : _____</p> <p>Fait à _____, le _____ Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p>Partie facultative</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____ atteste également que : Nom et prénom : _____</p> <p>- 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 code : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- 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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>- lui a remis un exemplaire de ses directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature du témoin : _____ Cosignature de la personne de confiance : _____</p>
---	---

1. Formulaire en cas de révocation de la personne de confiance

<p>Témoïn 1 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que : Nom et prénom : _____</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom : _____ Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>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</p> <p>Fait à _____ , le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>	<p>Témoïn 2 :</p> <p>Je soussigné(e) Nom et prénom : _____</p> <p>Qualité (lien avec la personne) _____</p> <p>atteste que : Nom et prénom : _____</p> <p>a mis fin à la désignation de Nom et prénom : _____ Comme personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles ;</p> <p>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</p> <p>Fait à _____ , le _____</p> <p>Signature du témoin :</p>
---	---

Annexe 3

Le patient étant dans l'impossibilité de rédiger lui-même ses directives anticipées, les 2 témoins attestent, à la demande du patient, que ce document est l'expression de sa volonté libre et éclairée.

1 ^{er} témoin	2 ^e témoin
Nom, prénom	Nom, prénom
Qualité	Qualité
Date	Date
Signature	Signature

Conservation

Je confie mes directives anticipées à :

Je conserve mes directives anticipées.

Fait à le

Signature

NB: valable 3 ans

Renouvellement à la fin des 3 ans

Document confirmé le :

Fait à le

Signature

Modification avant la fin des 3 ans

Document modifié le :

Modification :

.....

.....

.....

Fait à le

Signature

Annulation avant la fin des 3 ans

Document annulé le :

Fait à le

Signature

DIRECTIVES ANTICIPÉES, NOUS SOMMES TOUS CONCERNÉS...

Code de la Santé Publique : Articles L 1111-4, L 1111-11 & L 1111-13
Articles R 1111-17 à R 1111-20 - Articles R 1112-2 & R 4127-37

Toute personne majeure peut, si elle le souhaite, faire une déclaration écrite, appelée « Directives Anticipées » afin de préciser ses souhaits quant à sa fin de vie, prévoyant ainsi le cas où elle ne serait pas, à ce moment là, en capacité d'exprimer sa volonté.



À quoi servent les directives anticipées ?

Si, en fin de vie, vous n'êtes pas en mesure d'exprimer votre volonté, vos directives anticipées permettront au médecin de connaître vos souhaits concernant la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements en cours.

On considère qu'une personne est « en fin de vie » lorsqu'elle est atteinte d'une affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale.

Comment rédiger vos directives anticipées ?

- Vous devez être majeur.
Vous devez être en état d'exprimer votre volonté libre et éclairée au moment de la rédaction.
- Vous devez écrire vous-même vos directives. Elles doivent être datées et signées et vous devez préciser vos noms, prénoms, date et lieu de naissance.
Si vous ne pouvez pas écrire et signer vous-même vos directives, vous pouvez faire appel à 2 témoins (dont votre personne de confiance, si vous l'avez désignée). Le document sera écrit par un des 2 témoins ou par un tiers. Les témoins, en indiquant leur nom et qualité (ex: lien de parenté, personne de confiance, médecin traitant...) attesteront que le document exprime bien votre volonté libre et éclairée.

• Le document est valable 3 ans.
 Vous devez donc les renouveler après le délai de 3 ans.
 Si vous décidez de les modifier, une nouvelle période de 3 ans commence à courir. Vous pouvez détruire les anciens documents pour éviter toute confusion.

• Vous pouvez mettre dans vos directives ce que vous souhaitez comme prise en charge dans le cas d'une fin de vie (ex: qualité de vie, dignité, acceptation ou refus d'un traitement, respect de la demande de non acharnement thérapeutique, soins de confort...), et votre décision pour le don d'organes.

Pouvez-vous changer d'avis après avoir rédigé vos directives anticipées ?

À tout moment, vous pouvez les modifier, totalement ou partiellement.
 Si vous ne pouvez pas écrire, le renouvellement ou la modification s'effectuent selon la même procédure que pour la rédaction (cf. comment rédiger vos directives?).

Vous pouvez également annuler vos directives. Il est préférable de le faire par écrit et d'en informer vos proches.

Quel est le poids de vos directives anticipées dans la décision médicale ?

Si vous avez rédigé des directives, le médecin doit en prendre connaissance. Elles constituent un document essentiel pour la prise de décision médicale, car elles témoignent de votre volonté.

Leur contenu est prioritaire sur tout autre avis non médical, y compris sur celui de la personne de confiance.

Le médecin les appliquera, totalement ou partiellement, en fonction des circonstances, de la situation ou de l'évolution des connaissances médicales.

Comment faire pour vous assurer que vos directives seront prises en compte au moment voulu ?

Il est important que vous preniez toutes les mesures pour que le médecin puisse en prendre connaissance facilement.

Pour faciliter les démarches, vous pouvez :

- remettre vos directives à votre médecin traitant,
- en cas d'hospitalisation, informer le médecin hospitalier de la personne qui détient vos directives ou les remettre au médecin hospitalier qui les conservera dans le dossier médical,
- conserver vous-même vos directives ou les confier à toute personne de votre choix (ex: votre personne de confiance). Dans ce cas, il est souhaitable que vous communiquiez au médecin qui vous prend en charge les coordonnées de cette personne.



MES DIRECTIVES ANTICIPÉES

Je soussigné(e) (nom-prénom) :

NÉ(e) le : à :

énonce ci-dessous mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état d'exprimer ma volonté :

• Je souhaiterais éventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à poursuivre (cocher) :

- > Respiration artificielle (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration)
 - Intubation/trachéotomie oui non ne sait pas
 - Ventilation par masque oui non ne sait pas
- > Réanimation cardio-respiratoire (en cas d'arrêt cardiaque : ventilation artificielle, massage cardiaque, choc électrique)
 - oui non ne sait pas
- > Alimentation artificielle (une nutrition effectuée au moyen d'une sonde placée dans le tube digestif ou en intraveineux)
 - oui non ne sait pas
- > Hydratation artificielle (par une sonde placée dans le tube digestif)
 - oui non ne sait pas
- > Hydratation artificielle (par perfusion)
 - oui non ne sait pas
- > Rein artificiel (une machine remplace l'activité de mes reins, le plus souvent l'hémodialyse)
 - oui non ne sait pas
- > Transfert en réanimation (si mon état le requiert)
 - oui non ne sait pas
- > Transfusion sanguine
 - oui non ne sait pas
- > Intervention chirurgicale
 - oui non ne sait pas
- > Radiothérapie anti-cancéreuse
 - oui non ne sait pas
- > Chimiothérapie anti-cancéreuse
 - oui non ne sait pas
- > Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie
 - oui non ne sait pas
- > Examen diagnostique lourd et/ou douloureux
 - oui non ne sait pas

• Je demande que l'on soulage efficacement mes souffrances (physiques, psychologiques), même si cela a pour effet d'abrèger ma vie

- oui non ne sait pas

• Autres souhaits en texte libre :

.....

Fait à le
 Signature

NB : valable 3 ans

Vous ou votre parent venez d'entrer dans une résidence pour personnes âgées

Soyez les bienvenus !

Nous espérons que vous en serez satisfaits

Le saviez-vous?

Dans cet établissement, il existe une structure appelée « **Conseil de la Vie Sociale** » ou « **CVS** » dont la mission, définie par la loi de 2002, vise à créer un **lieu de concertation** entre les résidents, les familles, le personnel et la direction.

Le CVS permet

A la direction
d'entendre les avis des résidents
ou de leurs familles

**Aux résidents, à leurs familles
et au personnel**
de participer à l'amélioration
du cadre de vie

Le champ de compétences du CVS est très large

Organisation intérieure, repas, activités, animations socio-culturelles et services thérapeutiques, projets de travaux et d'équipements, nature et prix des services rendus, entretien des locaux, relations avec le personnel...

**Vous souhaitez vous tenir informé(e) de l'action de vos représentants
au sein de la Résidence ?**

MERCI DE COMPLÉTER CE DOCUMENT

Je souhaite que mes coordonnées soient transmises aux représentants des familles :

OUI

NON

Entourez votre réponse

Nom :

Adresse :

Email :

Tel :

Document réalisé par  Age'illu@e.com