



**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](mailto:contact@ehpadblg.fr)

# LIVRET D'ACCUEIL



## Bienvenue à la Résidence Sainte Anne

**45 Place des Rameaux  
42670 BELMONT DE LA LOIRE**  
Téléphone : 04.77.63.61.11  
Télécopie : 04.77.63.72.67  
Courriel : [contact@ehpadblg.fr](mailto:contact@ehpadblg.fr)

Madame, Monsieur,

Ce livret<sup>1</sup> a été réalisé à votre attention pour vous aider à mieux connaître votre nouveau lieu de vie, **La résidence Sainte Anne** de Belmont de la Loire, 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.

La Direction de l'établissement

---

<sup>1</sup> 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.

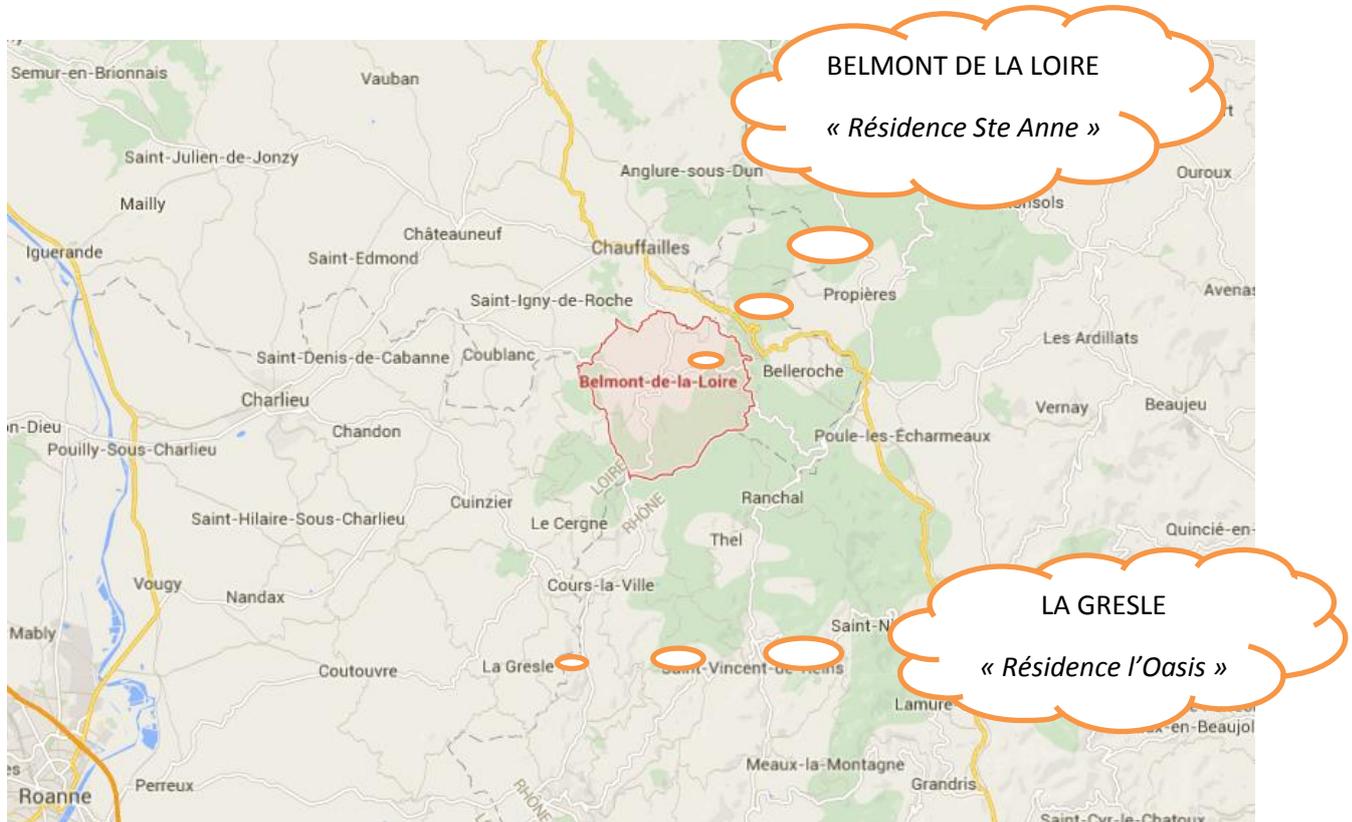
Il a reçu l'avis favorable des Conseil de la vie sociale et Comité technique d'établissement en date du 26 avril 2016 et a été adopté par le Conseil d'administration en sa séance du 26 avril 2016.

# SOMMAIRE



|  |                  |
|--|------------------|
| <b>PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT</b>   | <b>P.4</b>       |
| <b>SEJOUR ET VIE PRATIQUE</b>  | <b>P.5 A 8</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- La capacité d'accueil</li><li>- L'organisation de l'accueil et du secrétariat</li><li>- Les lieux collectifs au niveau de la résidence Ste Anne</li><li>- Votre chambre</li><li>- Le jardin</li><li>- La cuisine et son organisation</li><li>- La lingerie et son organisation</li><li>- Le salon de coiffure</li></ul>  |                  |
| <b>SEJOUR ET SANTE</b>   | <b>P 9 A 12</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Le cadre de santé</li><li>- Le médecin coordonnateur</li><li>- Le personnel médical</li><li>- Le personnel paramédical</li><li>- L'hygiène au sein de l'établissement</li><li>- L'établissement collabore avec les équipes mobiles du CH de Roanne</li><li>- Le projet d'accompagnement personnalisé</li><li>- Les référents soignants</li><li>- La présentation des instances au sein de l'établissement</li><li>- La désignation de la personne de confiance</li></ul> |                  |
| <b>SEJOUR ET VIE SOCIALE</b>   | <b>P.13 A 14</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- L'animation</li><li>- Services, activités à Belmont de la Loire</li></ul>  |                  |
| <b>ANNEXES</b>   | <b>P 15 A 26</b> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Annexe 1 : le dispositif « sortir plus »</li><li>Annexe 2 : La Personne de confiance</li><li>Annexe 3 : Les Directives anticipées</li><li>Annexe 4 : Information sur le CVS</li></ul>  |                  |

# 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<sup>er</sup> janvier 2013.

**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)

L'EHPAD jouit d'un cadre verdoyant et calme à deux pas du centre-ville et des commerces : épicerie, boulangerie-pâtisserie, boucherie, médiathèque, presse, café-restaurant, pharmacie, la poste, marché le dimanche matin

**La Gresle** : est une commune de 805 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

# Séjour et vie pratique

## La capacité d'accueil :

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

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

## L'organisation de l'accueil et du secrétariat :



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

Quatre 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 LABROSSE Stéphanie – Référent SSIAD

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 L'OASIS.

## Les lieux collectifs au sein de la résidence Ste Anne :

**Au Rez-de-chaussée** : Accueil, espace des familles (machine à café), bibliothèque, salle à manger, salle d'animation, jardin.



**L'Unité sécurisée** : Salon, salle à manger

**Au 1<sup>er</sup> étage** : salon



**Au 2<sup>ème</sup> étage** : salon, salon des familles, bibliothèque



**Au sous-sol** : Lieu de culte ouvert à tous.

## ***Votre chambre (domicile du résident) :***



L'établissement dispose de 79 Chambres simples et de 3 chambres partagées, 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 des agents de maintenance en vous adressant au secrétariat.

Les équipements disponibles sur demande au secrétariat :

- Téléphone
- Accès internet

- 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 des agents de maintenance** : Tous les jours ouvrés de 8h30 à 16h30

Hervé Murard



Jean-Philippe Mercier



## Le jardin :

Ouvert à tous.

Un lieu agréable entretenu par des résidents volontaires.



## La cuisine :



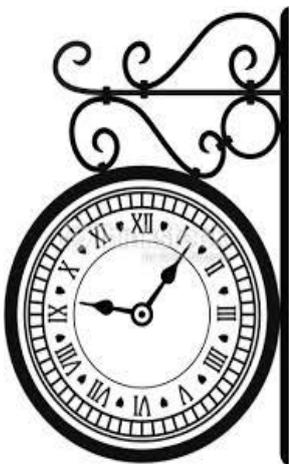
Le service Cuisine fonctionne de 6h30 à 15h30 les jours ouvrés et de 6h30 à 15h les weekends.

Des cuisiniers de métier préparent les repas sur place en utilisant un maximum des produits frais.

Les mets proposés sont validés par la diététicienne.

Les repas sont servis par les agents hôteliers et les équipes soignantes.

### Les horaires des repas :



- Le petit-déjeuner est servi à partir de 07h15 en chambre ou dans les salles à manger des étages pour les Résidents qui le souhaitent.
- Le déjeuner est servi :
  - à 12h dans les salles à manger
- Une collation est servie :
  - à 14h30 dans les salles à manger des étages
  - à 16h00 dans la salle à manger du rez-de-chaussée
- Le diner est servi :
  - à 18h00 – plateau en chambre

Vos proches peuvent déjeuner avec vous. L'inscription se fait auprès du service Cuisine 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 une fois par semestre pendant laquelle vos remarques et suggestions sont prises en compte. Vous pouvez y assister si vous le souhaitez. Un affichage en salle à manger du rez-de-chaussée vous informe de la date de la réunion.

## La lingerie :



Le service LINGERIE fonctionne de 6h30 à 15h30 du lundi au vendredi. Trois agents au moins sont présents chaque jour.

La lingerie se trouve au sous-sol de la Résidence SAINTE ANNE.  
La responsable lingerie est Camille ROCH.

Le linge est collecté tous les jours par le personnel soignant et redistribué deux fois par semaine par les lingères.  
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 RDC.  
Votre coiffeur peut intervenir.  
Vous pouvez vous inscrire auprès des animatrices.  
Les prix des prestations sont affichés au salon de coiffure.



# Séjour et Santé

L'EHPAD DE BELMONT DE LA LOIRE EST UN LIEU DE VIE OU VOUS POURREZ BENEFCIER 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

## **Infirmière coordonnatrice :**

- Présence du lundi au vendredi. L'infirmière coordonnatrice est présente sur les sites de Belmont de la Loire et de La Gresle.

## **Médecin coordonnateur :**

- Présence le mercredi et le jeudi matin. Il est possible de le rencontrer sur rendez-vous ou de le contacter par téléphone le mercredi après-midi.

## **Personnel médical :**

- **Un pharmacien**
- **Médecins traitants :**
  - o Dr MICOREK, Dr DHAIBY, Dr STEFANOV de Chauffailles, le Dr GAY de Charlieu, le Dr De La GARANDERIE, médecin coordonnateur

## **Personnel paramédical :**

- **Un médecin coordonnateur** présent le mercredi et le jeudi matin
- **Une infirmière coordonnatrice** présente du lundi au vendredi
- **Des infirmières** assurant la continuité des soins 7j/7 en journée
- **Des aides-soignantes et aide médico-psychologique** présents 7j/7 et 24h/24
- **Des agents de service hospitalier** présents par équipe 7j/7 et 24h/24
- **Une psychologue** (le mercredi)
- **Un professeur d'activités physiques adaptées**
- **Une diététicienne** présente 1 jour par mois
- **Un kinésithérapeute libéral** qui intervient sur prescription médicale

## - **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 mise 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... 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, notre 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 bientraitance 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.

# 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. annexe2)

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.

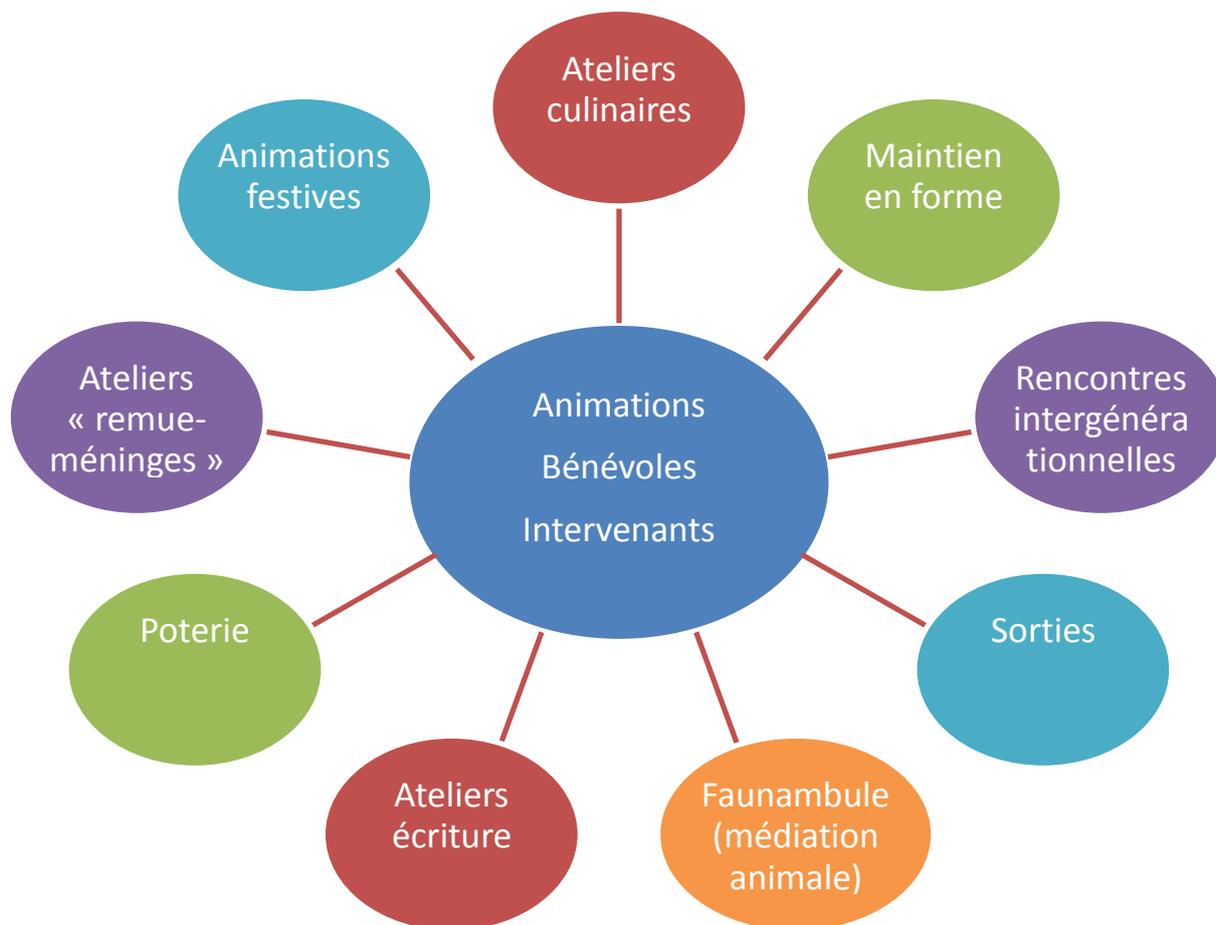
Toutefois, les directives anticipées n'ont pas de valeur contraignante pour le médecin, qui reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il convient d'appliquer les orientations que vous aurez exprimées, compte tenu de la situation concrète et de l'éventuelle évolution des connaissances médicales.

Vous pouvez en discuter avec le Médecin coordonnateur ou l'infirmière coordonnatrice de l'établissement.

# Séjour et vie sociale

## 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 Belmont de la Loire :

- **MAIRIE** : 9 Rue du commerce – tel : 04.77.63.60.55

### Hébergement – restauration :

#### Restaurants :

- **La Terrasse**, café-tabac, bar, brasserie, tel : 04.77.63.76.26
- **Eden**, restaurant, tel : 09.53.31.95.45

#### Chambres d’hôtes :

- **La Belmonière**, tel : 04.77.64.35.39 – 06.58.45.31.25

#### Camping – caravaning – gîtes

- **Les écureuils**, tel : 04.77.63.72.62

### Culturel :

- **Médiathèque des Arcades**, tél: 09.77.70.92.79
- **Association Cour des Miracles**, tél : 04.77.63.69.77  
(Chorale, yoga, sophrologie, dentelles)

### Santé :

- **A.D.M.R.** : Aide à Domicile en Milieu Rural - Maison des Services – 42670 ECOCHE.  
Tél : 04.77.63.79.82
- **Lien En Roannais** : Association Roannaise d'Aide à Domicile Inter-génération et Assistance, 11 rue Benoît Malon, 42300 ROANNE, Tél. : 04.77.23.25.27

### Sorties :

- **Le Marché** : dimanche matin
- **Aire de Loisirs du Plan d’eau** avec des jeux plein air pour les enfants, une rivière ...
- **L’arboretum** (parc de la mairie, dans le bourg)





# **Annexe 1**

**Pour information : Le dispositif « Sortir Plus »**

## SORTIR PLUS

À PARTIR DE 75 ANS

### SORTIR PLUS. C'est quand vous voulez

Aller chez le coiffeur, retrouver ses amis, faire ses courses, voir des spectacles... Vous avez 75 ans et plus, vous éprouvez des difficultés à vous déplacer. À votre demande, quand vous le voulez, votre caisse de retraite complémentaire met à votre disposition son service SORTIR PLUS pour vous accompagner, à pied ou en voiture.

## SORTIR PLUS

Pour tout renseignement,  
appelez votre conseiller au

**0 810 360 560** Service 0,05 € / min  
+ prix appel

RETRAITE COMPLÉMENTAIRE  
**agirc-arrco**

Avec Agirc-Arrco, les groupes de protection sociale agissent pour une action sociale et solidaire : AGIR LA MONDIALE • ALLIANCE PROFESSIONNELLE RETRAITE (AGRIA) • ALDIENS • BZV • RPA UTO • LOURMEL • PRO BTP • APICIL • IRCISA • KLESIA • MALAKOFF MEDERIC HUMAINS



## SORTIR PLUS

Je sors si je veux



UNE ACTION SOCIALE  
Retraite complémentaire  
agirc-arrco

19/03/2019 14:44:31

## Un service de l'action sociale de votre Caisse de retraite complémentaire

L'Agirc-Arrco est l'organisme qui vous verse votre retraite complémentaire. Mais sa mission ne s'arrête pas là. Une action sociale est là pour vous aider à bien vivre votre retraite. Elle met en place des services qui permettent de faciliter vos sorties quand vous le souhaitez.

» Le service SORTIR PLUS en est la preuve.

### » À qui s'adresse SORTIR PLUS ?

Vous, à partir de 75 ans et si vous percevez une retraite complémentaire.

### » Comment ça marche ?

- Vous appelez un conseiller au numéro qui figure sur ce document.
- Votre conseiller organise votre sortie avec vous : aller à la gare, chez le coiffeur, retrouver des amis, faire des courses, voir des spectacles...
- Votre accompagnateur vient vous chercher à l'heure convenue et vous conduit où vous voulez. Selon le cas, il peut rester à vos côtés ou revenir vous chercher. Il vous accompagne ensuite à votre domicile.

### » Qui vous accompagne ?

Il s'agit d'un salarié d'un organisme d'aide à domicile ou de transport accompagné agréé par votre caisse de retraite. Si vous connaissez vous-même un organisme de ce type, et s'il est agréé par l'Agirc-Arrco, signalez-le à votre conseiller.

### » Comment régler chaque sortie ?

Avant d'organiser votre sortie, vous passez commande d'un chéquier SORTIR PLUS.

Il s'agit d'un chéquier Emploi Service Universel (ESU) d'une valeur de 150€ (10 chèques SORTIR PLUS de 15€ chacun). Par chéquier, votre participation forfaitaire sera de 15€ pour le premier chéquier, de 20€ pour le deuxième chéquier et de 30€ pour le troisième chéquier, le reste étant pris en charge par votre caisse de retraite. Vous pouvez bénéficier de trois chèquiers par an maximum.

*À noter : ces chèques SORTIR PLUS ne peuvent pas servir à payer d'autres prestations : aide à domicile, femme de ménage, courses, séjour de vacances, billets de train ou d'avion, restaurant, taxi...*

### » Combien ça coûte ?

Le coût de chaque sortie est fonction de la distance et du temps nécessaire à partir de votre domicile. Le montant correspondra à un nombre de chèques SORTIR PLUS qui sera déterminé avec vous au moment de l'organisation de chaque sortie.

Comment obtenir plus d'informations ?  
Après d'un conseiller au

**0 810 360 560** Service 0,05 €/min + prix appel.



# 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-social<sup>2</sup> 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.

---

<sup>2</sup> 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 santé<sup>3</sup>, 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.

---

<sup>3</sup> En application de l'[article L. 1111-6 du code de la santé publique](#).

Il peut être utile de conserver le document de désignation avec vous.

## **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.

Un formulaire de désignation vous est transmis à votre admission.

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 (à demander au secrétariat) 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 (à demander au secrétariat) 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 demander au secrétariat) 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.

1.

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Formulaire en cas de désignation d'une personne de confiance</b> <b>Témoïn 1 :</b><br/>                 Je soussigné(e)<br/>                 Nom et prénom : _____<br/><br/>                 Qualité (lien avec la personne)<br/>                 atteste que la désignation de : _____<br/><br/>                 Nom et prénom : _____<br/>                 Comme personne de confiance en application de l'<a href="#">article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : _____<br/>                 Nom et prénom : _____<br/><br/>                 Fait à _____ , le _____<br/>                 Signature du témoin : _____      Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Partie facultative</b><br/>                 Je soussigné(e)<br/>                 Nom et prénom : _____<br/>                 atteste également que : _____<br/>                 Nom et prénom : _____</p> <p>- a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a>, 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><b>Témoïn 2 :</b><br/>                 Je soussigné(e)<br/>                 Nom et prénom : _____<br/><br/>                 Qualité (lien avec la personne) _____<br/>                 atteste que la désignation de : _____<br/>                 Nom et prénom : _____<br/>                 Comme personne de confiance en application de l'<a href="#">article L.311-5-1 du code de l'action sociale et des familles</a> est bien l'expression de la volonté libre et éclairée de : _____<br/>                 Nom et prénom : _____<br/><br/>                 Fait à _____ , le _____<br/>                 Signature du témoin : _____      Cosignature de la personne de confiance : _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Partie facultative</b><br/>                 Je soussigné(e)<br/>                 Nom et prénom : _____<br/>                 atteste également que : _____<br/>                 Nom et prénom : _____</p> <p>- a également indiqué expressément qu'elle exercera les missions de la personne de confiance mentionnée à l'<a href="#">article L. 1111-6 du code de la santé publique</a>, 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> |
|--|---|

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

### Témoïn 1 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) \_\_\_\_\_

atteste que :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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](#) ;

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](#)

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du témoin :

### Témoïn 2 :

Je soussigné(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Qualité (lien avec la personne) \_\_\_\_\_

atteste que :

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

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](#) ;

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](#)

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

Signature du témoin :

# Annexe 3

Le formulaire est à retirer au secrétariat de la Résidence

*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 <sup>er</sup> témoin | 2 <sup>e</sup> 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

4-2017-2017

## 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 anticancéreuse**
  - oui  non  ne sait pas
- > **Chimiothérapie anticancéreuse**
  - oui  non  ne sait pas
- > **Médicaments visant à tenter de prolonger ma vie**
  - oui  non  ne sait pas
- > **Examen diagnostic 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'abréger ma vie  oui  non  ne sait pas

• Autres souhaits en texte libre :

.....

.....

.....

Fait à ..... le .....

Signature

NB: valable 3 ans

# Annexe 4

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 Village.com